

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA**

**“San Vicente Mártir”**

**“VALORACIÓN DEL SUFRIMIENTO EN EL ALCOHOLISMO  
CRÓNICO”**

**TRABAJO FIN DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE**

**“GRADO EN MEDICINA”**

**Presentado por:**

Da. CLARA SANCHO HINAREJOS

**Tutor/a:**

PROF. DR. D GERMÁN CERDÁ OLMEDO

**Cotutor/a:**

Dr. D. ASENSI FRANCISCO CABO

MESEGUER

**Valencia, a 9 de mayo de 2022**





## AGRADEMIENTOS

A mi padre, Alberto Sancho Muñoz. Gracias por enseñarme que toda cima supone disciplina, gran audacia, superar miedos, peligros y, en definitiva, no perder la esperanza, ni la fe de llegar hasta la meta. Tú ya has llegado a la última cima, el cielo. Te echo de menos.



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>1.1. ALCOHOLISMO CRÓNICO</b>	<b>3</b>
1.1.1. Definición del alcohol	3
1.1.2. Datos epidemiológicos en España relativos al consumo de alcohol	4
1.1.3. Manifestaciones clínicas	7
1.1.4. Neurobiología de la dependencia al alcohol	9
1.1.5. Definición de Craving	12
<b>1.2. SUFRIMIENTO</b>	<b>15</b>
1.2.1. Definición de sufrimiento	15
<b>2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</b>	<b>18</b>
<b>3. HIPÓTESIS</b>	<b>19</b>
<b>4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	<b>19</b>
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>20</b>
<b>5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO</b>	<b>20</b>
<b>5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO</b>	<b>20</b>
<b>5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA</b>	<b>20</b>
<b>5.4. VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES</b>	<b>21</b>
<b>5.5. INTERVENCIÓN</b>	<b>28</b>
<b>5.6. DISEÑO DE LA ENCUESTA</b>	<b>29</b>
<b>5.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b>	<b>32</b>
<b>5.8. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS Y CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL</b>	<b>32</b>
<b>6. ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS</b>	<b>34</b>
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>35</b>
<b>7.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA</b>	<b>35</b>
7.1.1. Distribución de la muestra por sexo	35
7.1.2. Distribución de la muestra por edad	36
7.1.3. Distribución de la muestra por nivel educativo	36
7.1.4. Distribución de la muestra por situación laboral	38
7.1.5. Distribución de la muestra en función de los ingresos mensuales	39
7.1.6. Distribución de la muestra en función de la cronicidad de la enfermedad	40
<b>7.2. RESULTADO EN LA RELACIÓN CON LAS DIMENSIONES DE SUFRIMIENTO</b>	<b>41</b>
7.2.1. Resultados del sufrimiento total y de cada una de las dimensiones del sufrimiento	41
7.2.2. Resultados del sufrimiento en función de las variables demográficas	48
7.2.2.1. Resultados por sexo en relación con dimensiones de sufrimiento	48
7.2.2.2. Resultados por edad en relación con las dimensiones del sufrimiento	50
7.2.2.3. Resultados por nivel educativo en relación con las dimensiones del sufrimiento	52
7.2.2.4. Resultados por situación laboral en relación con las dimensiones del sufrimiento	54
7.2.2.5. Resultados por ingresos mensuales en relación con las dimensiones de sufrimiento	56
7.2.2.6. Resultados por cronicidad en relación con las dimensiones de sufrimiento	58
7.2.3. Sufrimiento escalar SAEC	60

7.2.4.	Correlación entre variables principales, Total-SAEC, Pretest, Postest y Gold Standard	61
<b>8.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>64</b>
<b>9.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>73</b>
<b>10.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>74</b>
<b>11.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>80</b>

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<i>Figura 1. Encuesta sobre el Uso de las Drogas en Enseñanzas Secundarias en España de 10-20 años. España, 1994-2018 (6).</i>	4
<i>Figura 2. Prevalencia de consumo de alcohol en la población española de 15-64 años. España, 1997-2019/2020 (7).</i>	6
<i>Figura 3. Sistema Dopaminérgico (20).</i>	11

**ÍNDICE DE TABLAS**

<i>Tabla 1. Prevalencia del consumo de alcohol en España durante el año 2019/2020 distribuido por género, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días (8).</i>	6
<i>Tabla 2. Prevalencia de consumo de alcohol en la población español según grupos de edad y sexo durante el año 2019/2020: alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en el último mes, diario en el último mes y nunca.</i>	6
<i>Tabla 3. Manifestaciones clínicas.</i>	9
<i>Tabla 4. Variables dependientes e independientes.</i>	28
<i>Tabla 5. Definición de los niveles educativos.</i>	37
<i>Tabla 6. Definición de los niveles educativos agrupados.</i>	38
<i>Tabla 7. Definición de las situaciones laborales.</i>	39
<i>Tabla 8. Estudio de la dimensión física del sufrimiento.</i>	42
<i>Tabla 9. Estudio de la dimensión psicológica del sufrimiento.</i>	43
<i>Tabla 10. Estudio de la dimensión social del sufrimiento.</i>	44
<i>Tabla 11. Estudio de la dimensión espiritual del sufrimiento.</i>	45
<i>Tabla 12. Estudio del sufrimiento total SAEC.</i>	46
<i>Tabla 13. Análisis estadístico respuestas del SAEC.</i>	61
<i>Tabla 14. Correlaciones.</i>	63

**ÍNDICE DE GRÁFICAS**

Gráfica 1. Distribución de la muestra en función del sexo. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis. _____	35
Gráfica 2. Distribución de la muestra en función de la edad. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis. _____	36
Gráfica 3. Distribución de la muestra en función de la edad. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis. _____	37
Gráfica 4. Distribución sintetizada de la muestra en función del nivel educativo. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis. _____	37
Gráfica 5. Distribución sintetizada de la muestra en función de la situación laboral. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis. _____	38
Gráfica 6. Distribución sintetizada de la muestra en función de los ingresos mensuales. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis. _____	39
Gráfica 7. Distribución sintetizada de la muestra en función de la cronicidad. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis. _____	40
Gráfica 8. Distribución sufrimiento físico. _____	42
Gráfica 9. Distribución sufrimiento psicológico. _____	43
Gráfica 10. Distribución sufrimiento social. _____	44
Gráfica 11. Distribución sufrimiento espiritual. _____	45
Gráfica 12. Comparación del sufrimiento de las dimensiones. _____	47
Gráfica 13. Promedio de las distintas dimensiones. _____	47
Gráfica 14. Resultados por sexo en relación con las dimensiones de sufrimiento. _____	48
Gráfica 15. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en función del sexo. _____	49
Gráfica 16. Resultados por edad en relación con las dimensiones de sufrimiento. _____	50
Gráfica 17. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en relación con la edad. _____	51
Gráfica 18. Resultados según nivel educativo en relación con las dimensiones de sufrimiento. _____	52
Gráfica 19. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en relación con los estudios. _____	53
Gráfica 20. Resultados según la actividad laboral en relación con las dimensiones de sufrimiento. _____	54
Gráfica 21. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en relación con la situación laboral. _____	55
Gráfica 22. Resultados según ingresos mensuales en relación con las dimensiones de sufrimiento. _____	56
Gráfica 23. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en relación con los ingresos mensuales. _____	57
Gráfica 24. Resultados según cronicidad en relación con las dimensiones de sufrimiento. _____	58
Gráfica 25. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en relación con la cronicidad. _____	59

## RESUMEN

**Hipótesis:** La utilización de la escala SAEC permite conocer el sufrimiento en pacientes con trastorno por consumo de alcohol.

**Objetivos:** Valorar el sufrimiento en pacientes con Trastorno por Consumo de Alcohol.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y transversal por medio de la encuesta de Sufrimiento Asociada a Enfermedades Crónicas (SAEC) llevada a cabo en los meses de enero-marzo de 2022 entre los pacientes del Centro de Alzira de la Fundación AEPA, de la Fundación A. Miguel Roca-Proyecto hombre y de la Unidad de Alcoholología (UA) de Valencia.

**Resultados:** De los 104 pacientes, 66 hombres (63,50%) y 38 mujeres (36,50%). A través de los datos recogidos en la encuesta, se refleja que la dimensión de sufrimiento más afectada es la psicológica afectando más a los hombres (5,82) de edad menor de 54 años (5,9) que se encuentra inactivo/paro (6,05) y percibían unos ingresos de mayores de más de 1050 euros (5,84). La dimensión espiritual, social y social siguen la misma tendencia.

**Conclusiones:** El sufrimiento, afecta más a los hombres que a las mujeres con un rango de edad entre 45-54 años, con un nivel de estudios intermedio, que están inactivos y reciben unos ingresos de entre 550,00 € y 1050,00 €. Así mismo, llevan padeciendo la enfermedad durante más de 10 años. La escala de Sufrimiento Asociado a Enfermedad Crónica (SAEC) aplicada en pacientes con alcoholismo crónico obtiene un valor promedio de 5,23 sobre 10. La dimensión más afectada es la psicológica con una puntuación de 5,81 sobre 10

## ABSTRACT

**Hypothesis:** The use of the SAEC scale provides insight into distress in patients with alcohol use disorder.

**Objectives:** To evaluate suffering in patients with Alcohol Use Disorder.

**Material and methods:** Descriptive, observational and cross-sectional study using the Suffering Associated with Chronic Diseases (SAEC) survey carried out in the months of January-March 2022 among patients at the Alzira Centre of the AEPA Foundation, the A. Miguel Roca-Proyecto Hombre Foundation. and the Alcoholology Unit (UA) in Valencia.

**Results:** Of the 104 patients, 66 were men (63.50%) and 38 women (36.50%). Through the data collected in the survey, it is reflected that the most affected dimension of suffering is psychological, affecting more men (5.82) under 54 years of age (5.9) who are inactive/unemployed (6.05) and receive an income of more than 1050 euros (5.84). The spiritual, social and social dimension follow the same trend.

**Conclusions:** Suffering, affects men more than women with an age range between 45-54 years, with an intermediate level of education, who are inactive and receive an income of between 550.00 € and 1050.00 €. They have also been suffering from the disease for more than 10 years. The Suffering Associated with Chronic Illness Scale (SAEC) applied to patients with chronic alcoholism obtains an average value of 5.23 out of 10. The most affected dimension is the psychological dimension with a score of 5.81 out of 10.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. ALCOHOLISMO CRÓNICO

#### 1.1.1. Definición del alcohol

El alcoholismo se define, según la OMS “como cualquier deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de una persona, cuya naturaleza permita inferir razonadamente que el alcohol es un parte del nexo causal que provoca dicho trastorno”. (1)

El alcohol es una sustancia química cuyos atributos pueden llevar a consecuencias patológicas tanto a nivel físico como a nivel psicológico (2). Esto depende tanto de si el paciente es consumidor crónico o agudo, así como de la alcoholemia (3) . Alcoholemia, entendida como la presencia de alcohol en sangre, se mide en gramos de alcohol por cada litro de sangre (g/l) o de su similar en aire espirado (4).

Por otro lado, la absorción de este depende de la velocidad en la toma y de si la bebida es fermentada o destilada, siendo más rápida en la destilada. Igualmente, es más rápida la absorción si llega antes al intestino delgado, sería el caso en el que el estómago no presentara alimento (4).

Unos de los puntos de partida del estudio del alcoholismo es saber diferenciar conceptos básicos, pero imprescindibles. Es necesario distinguir entre el trastorno por consumo de alcohol e Intoxicación por alcohol, los cuales están diferenciados en el Manual de diagnóstico y estadísticos de los Trastorno Mentales (DSM-5) (Anexo 1).

La toma de alcohol está muy normalizada en la costumbre de muchas sociedades, como puede ser la occidental (5). El consumo desmesurado es una causa que repercute en una desorganización social. (2) Se trata de una sustancia psicoactiva que puede llevar a causar dependencia, convirtiéndose en una verdadera tragedia personal y también social.

### 1.1.2. Datos epidemiológicos en España relativos al consumo de alcohol

Para valorar el consumo de estupefacientes en jóvenes utilizaremos la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza secundaria (ESTUDES) que se realiza cada dos años desde 1994. Este documento nos permitirá disponer de una perspectiva muy útil a lo largo del tiempo (6)

Según ESTUDES, el alcohol es el estupefaciente más consumido por los jóvenes de entre 14-18 años en España. El 77,9% admite haber bebido “alguna vez en su vida”, reconociendo la mayoría que consumieron en los “últimos 12 meses”. En 2018, se determina que la prevalencia del consumo en los “últimos 12 meses” permanece estable. Por otro lado, el tramo temporal del consumo en el “último mes” ha experimentado un significativo descenso, pasando del 67,0% al 58,5%. Sin embargo, en ese mismo periodo ha aumentado el número de estudiantes que se han emborrachado (6).

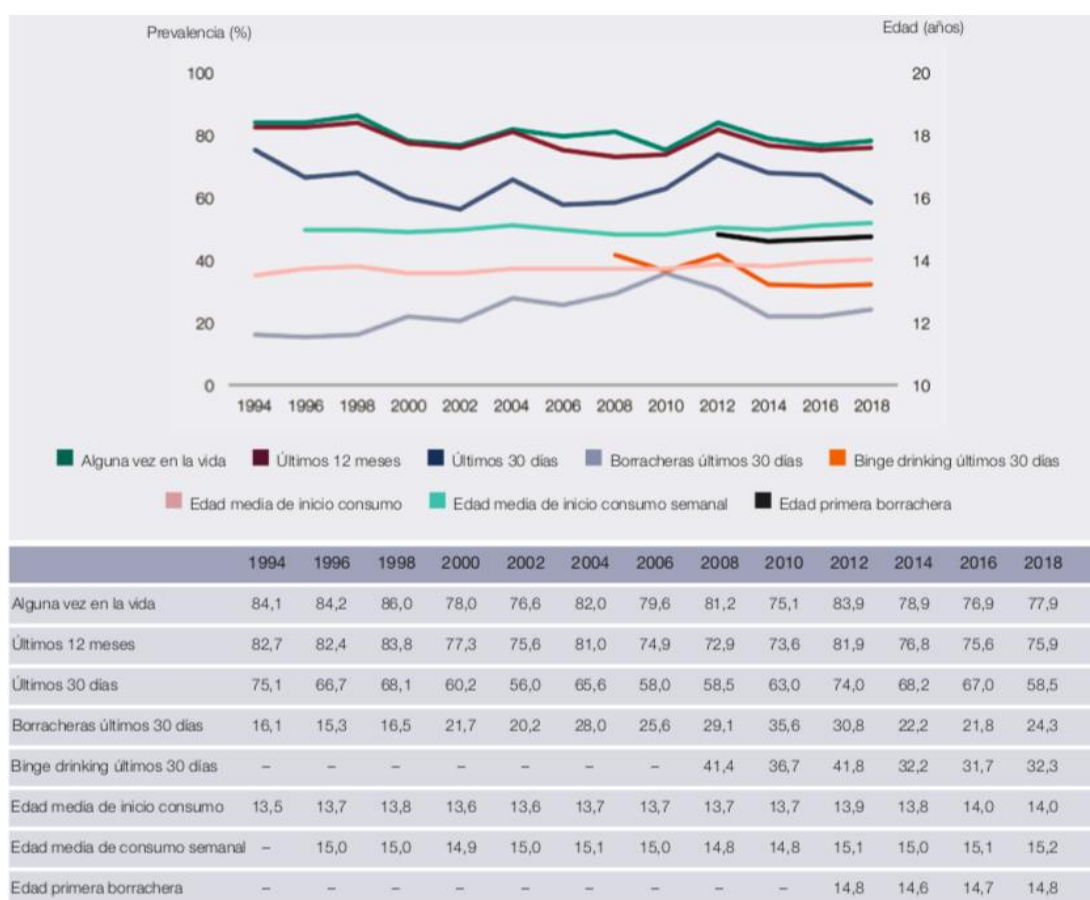


Figura 1. Encuesta sobre el Uso de las Drogas en Enseñanzas Secundarias en España de 10-20 años. España, 1994-2018 (6).

Por otro lado, tenemos las Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Se trata de un programa bienal de encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas, promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas. El tamaño de la muestra del año 2018 ha sido de 17.899 cuestionarios válidos (7).

Según EDADES en el año 2019/2020, las sustancias psicoactivas que presentan una mayor prevalencia de consumo en todos los indicadores temporales considerados son el alcohol y el tabaco. La prevalencia en el consumo de alcohol, alguna vez en su vida, en la población de 15-64 años ha aumentado con respecto al año 2017, y ha pasado de 91,2% en el año 2017 al 93,0% (7).

En la figura 2 se aprecia que la tendencia del porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas diariamente ha aumentado con respecto al año 2017.

Otros datos significativos que nos ofrece esta encuesta son los siguientes: con relación a las diferencias por sexo en el año 2019, en la tabla 1, observamos que el porcentaje de bebedores es mayor en los hombres que en las mujeres.

En la tabla 2, que muestra el sexo y la edad con relación al consumo de alcohol, observamos que cuando los grupos de edad son más jóvenes más se aproximan los porcentajes según el sexo, que podríamos interpretar como la progresiva incorporación de la mujer al consumo de alcohol cada vez más parecido al hombre.

Por último, existen distintos motivos por los que se consume en los últimos 12 meses. El motivo “es divertido” representa el 56,8 % de las mujeres y los hombres un 55,6%. En segundo lugar, “le gusta” supone un 27,7% de las mujeres, mientras que los hombres es un 37%. En tercer lugar, “encajar en un grupo” figura un 18,1% femenino frente un 16,9% masculino. Por último, “es saludable” representa un 13,3% de las mujeres y un 16,1% de los hombres.

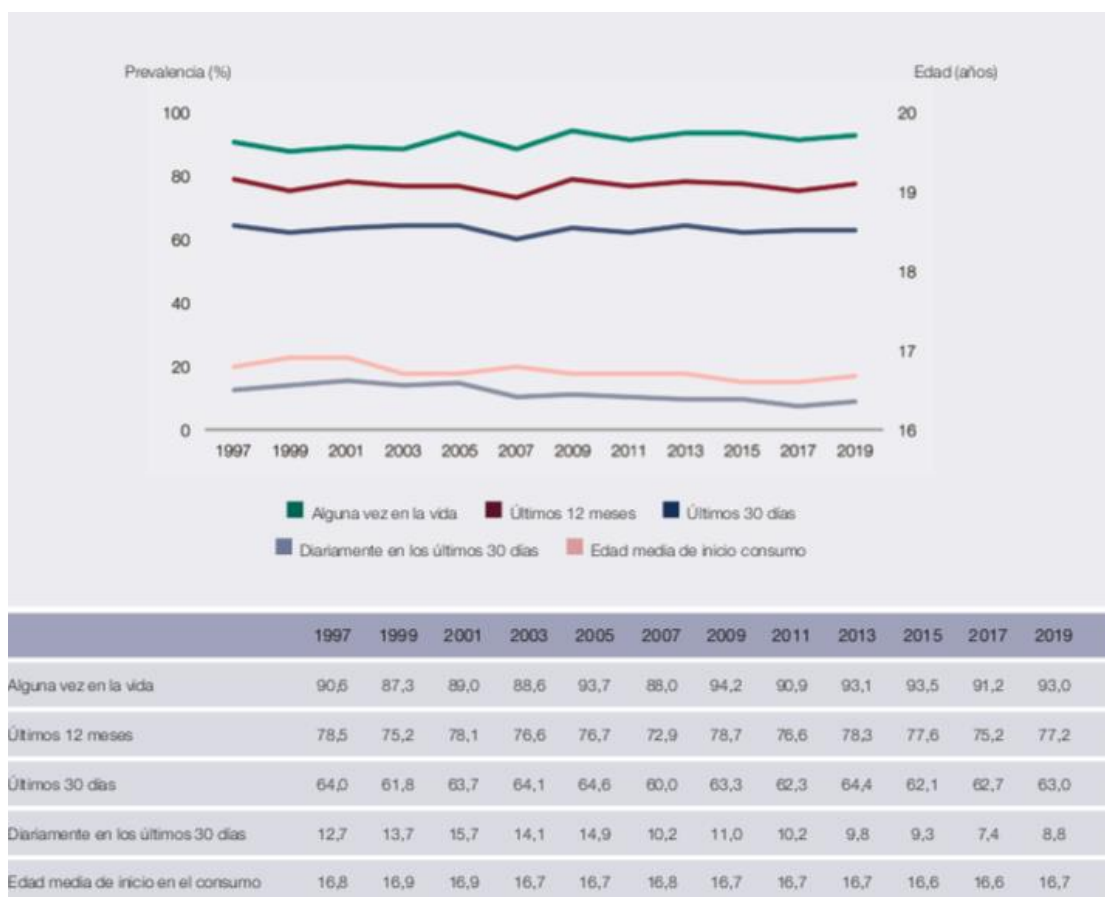


Figura 2. Prevalencia de consumo de alcohol en la población española de 15-64 años. España, 1997-2019/2020 (7).

Por sexo/en 2019	Hombre	Mujer
Últimos 12 meses	82,70%	71,60%
Últimos 30 días	72%	53,90%

Tabla 1. Prevalencia del consumo de alcohol en España durante el año 2019/2020 distribuido por género, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días (8).

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	93,0	95,5	90,4	88,7	90,2	87,1	93,9	96,1	91,7	93,1	95,3	90,9	94	96,1	91,9	93,8	98,3	89,3
Últimos 12 meses	77,2	82,7	71,6	79,3	81,9	76,7	79,2	86,1	72,3	77,9	82,7	73,0	76,7	81,6	71,9	73,6	81,6	65,6
Últimos 30 días	63,0	72,0	53,9	61,8	68,0	55,1	64,7	75	54,3	62,9	70,9	54,6	64,3	72,5	56,4	61	73,2	48,9
Diariamente en los últimos 30 días	8,8	14,2	3,4	1,3	1,9	0,6	4,0	6,1	1,8	8,4	13,5	3,1	10,9	18,0	4,0	16,6	26,8	6,5
Nunca	7,0	4,5	9,6	11,3	9,8	12,9	6,1	3,9	8,3	6,9	4,7	9,1	6,0	3,9	8,1	6,2	1,7	10,7

Tabla 2. Prevalencia de consumo de alcohol en la población español según grupos de edad y sexo durante el año 2019/2020: alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en el último mes, diario en el último mes y nunca.

### 1.1.3. Manifestaciones clínicas

El etanol, también conocido como alcohol etílico, es un compuesto químico que afecta negativamente a diferentes órganos, con una intensidad variable en función de la cantidad y la duración de su consumo. Presenta una afectación, como se ha dicho anteriormente, tanto física como psicológica (9). Este daño lo realiza a través de diversas acciones sobre las funciones celulares y moleculares. El metabolismo del etanol actúa directamente sobre el estado oxidativo e inflamatorio sistémico, alterando de esta manera las respuestas inflamatorias e inmunitarias. El estrés oxidativo que genera produce un deterioro de los tejidos.

Por otro lado, en cuanto a los efectos del metabolismo del etanol, se encuentra la alteración de los componentes moleculares. Según Szabo (10) el alcohol modifica la redistribución estimulada por los lipopolisacáridos (LPS) de los componentes del complejo TLR4 dentro de las balsas lipídicas. Las balsas lipídicas están formadas por colesterol y esfingolípidos, que dan lugar a microdominios de la membrana plasmática y presentan fluidez en la misma. La estimulación de TLR4 lleva a la secreción de citocinas proinflamatorias importantes para impulsar respuestas inmunitarias intensas (11).

Esto supone que una alteración de dicho complejo conlleva una metamorfosis en la inmunidad innata, en la redistribución del citoesqueleto de actina, en los receptores y por ello de la señalización de estos (10).

En concordancia, las neuronas son células cuyo cometido está subordinado a la separación de proteínas a dominios concretos en la membrana, es decir, presentan balsas lipídicas. Muchos de los procesos postsinápticos con gran importancia en cuanto a funcionalidad están subordinados a las almadias lipídicas ricas en colesterol (12). En las espinas de las dendritas de la mayoría de las neuronas, en cada una de esas espinas presenta una única sinapsis (13).

Los receptores GABA se sitúan en las membranas de las neuronas postsinápticas. Moderan muchas de las transmisiones sinápticas inhibitorias rápidas del SNC tras activar el cloro. Su activación se produce una vez asociado a su ligando, esto provoca un aumento de la permeabilidad del cloro (14).

La Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>-ATPasa es una enzima clave de la membrana del tejido nervioso, que mantiene en equilibrio los gradientes a través de la membrana (14). Se trata de una balsa lipídica que se sitúa en las porciones iniciales del axón y nódulos de Ranvier. La pieza clave para la distribución de estos es la proteína ankyrin G. La ANK-3 asocia el esqueleto de la membrana rica basada en espectrina con proteínas de la membrana, como la Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>-ATPasa (15).

Es por ello, que alteración de las balsas lipídicas provoca debilidad de las sinapsis tanto excitatorias como inhibitorias, la disminución de las espinas y alteración en la señalización de receptores superficiales (12).

Como se ha dicho anteriormente, el alcohol produce efecto en los diversos órganos y sistemas. Los efectos dependen de la cantidad de alcohol en sangre y de si el consumo es agudo o crónico. Es por ello por lo que es importante contextualizar de que paciente se habla. En este caso, nos centraremos en un paciente crónico (3).

Aparato Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estómago: incremento en la excreción de ácido y gastrina.</li> <li>- Intestino: El alcoholismo crónico produce alteración en la absorción de vitamina B y otros nutrientes.</li> <li>- Hígado: El alcoholismo crónico puede provocar un dilatado abanico de consecuencias. Puede dar entre otras cosas: hepatitis alcohólica o cirrosis hepática.</li> <li>- Páncreas: El alcoholismo crónico puede provocar una pancreatitis aguda o crónica.</li> </ul>
Aparato Respiratorio	El alcoholismo crónico disminuye el efecto ventilatorio al dióxido de carbono. Puede provocar una fuerte depresión respiratoria.

Aparato Cardiovascular	Un elevado consumo de alcohol supone un riesgo para padecer hipertensión arterial, accidente cerebrovascular y miocardiopatía.
Sistema Hematopoyético	El alcoholismo crónico puede provocar anemias sideroblásticas y megaloblásticas, trombocitopenias, leucopenia o reducción en el movimiento de leucocitos. Por otro lado, el alcohol reduce la agregación plaquetaria.
Aparato Urogenital	El alcoholismo crónico puede desarrollar diferentes afectaciones tanto en hombres (ejemplo: impotencia entre otras) como en mujeres (ejemplo: amenorrea o esterilidad entre otras)
Efecto sobre la temperatura corporal	El etanol altera el mecanismo de regular de la temperatura de nuestro cuerpo.

Tabla 3. Manifestaciones clínicas.

#### 1.1.4. Neurobiología de la dependencia al alcohol

Conocidos los conceptos y la prevalencia de este problema en la sociedad española, corresponde detenernos en algunos aspectos neurobiológicos de la dependencia al alcohol. De esta manera, se podrá entender el problema en su globalidad.

En este apartado, cabe reseñar la importancia que el control de las emociones tiene sobre la elaboración de una conducta. Cuando se habla de adicciones se hace referencia a la pérdida de control de estos impulsos sobre el consumo de alcohol, objeto de dependencia. No cabe duda, hoy en día, que las vías dopaminérgicas meso-límbicas y meso-corticales, el glutamato, así como el GABA, están relacionados con las emociones (16)

El sistema límbico presenta una función crucial en los procesos biológicos de las emociones, adicciones y estados de alerta, entre otros. Uno de sus núcleos más conocidos del sistema límbico es el accumbens, que se ocupa de:

- La adicción.
- El apego: que permite la supervivencia de la especie.
- La recompensa: situada en la vía dopaminérgica mesocorticolímbica, vía necesaria para mecanismos como es el motivacional y de control que incita al animal a buscar fuentes de gratificación (17) (18).
- El placer: producido por las drogas, conducta sexual o la ingesta alimentos (17) (18).

A partir de unos experimentos que llevaron a cabo, Olds y Milner en 1950 mostraron que la función de nuestro cerebro de recompensa y esfuerzo es la protagonista de las adicciones (19). Determinaron los llamados “centros de placer” que estarían llamados a reforzar de forma positiva comportamientos implicados en alcanzar aquello que deseamos. Este sistema también tiene la capacidad de reforzar conductas cuya finalidad es evitar efectos negativos que proceden de la ausencia de lo que deseamos (20).

En la figura 3, se aprecian los circuitos mesolímbico y mesocortical. En relación con la vía dopaminérgica mesolímbica, con sus eferencias gabaérgicas de orden inhibitorio desde el Área Tegmental Ventral del mesencéfalo hacia el Núcleo Accumbens del sistema límbico, así como en la vía dopaminérgica mesocortical con sus aferencias glutamatérgicas de orden excitatorio, desde el córtex frontal.

Roy A. Wise en 2002 hipotetiza que este circuito de recompensa, va a conformar conductas promovidas por incentivos naturales (21), lo cual ha sido estudiado por Antonio Piñas y Tomás Chivato en 2020.

En la vía dopaminérgica mesolímbica la liberación de dopamina a través del Área Tegmental Ventral del mesencéfalo a la amígdala suscita reminiscencia positiva vinculada al estímulo expuesto, dado que la amígdala induce respuestas emocionales. Por otro lado, en la vía mesocortical esa liberación de dopamina en la corteza prefrontal provoca “*un efecto sobre la cognición, el comportamiento relacionado con las emociones de los individuos*” (22).

El mecanismo de cómo el alcohol pone en marcha este mecanismo de refuerzo, es menos conocido. Gerald A. Deehan Jr y su equipo, evidenciaron que el alcohol pone en marcha el mecanismo de refuerzo. Los metabolitos biológicamente activos del alcohol pueden aumentar de forma directa o indirecta, la actividad de las neuronas dopaminérgicas del Área Tegmental Ventral. El alcohol y sus metabolitos están reforzando el sistema mesolímbico dopaminérgico. Si se inhibe la vía metabólica del alcohol, se inhiben las consecuencias biológicas de la exposición al alcohol. Los metabolitos de alcohol pueden alterar los niveles de neurotransmisores que actúan sobre el sistema de dopamina mesolímbica (23).

Las sustancias adictivas, como el alcohol, alteran el comportamiento del sistema de refuerzo de manera similar a la de los reforzadores naturales. Por otro lado, cabe destacar la importancia de la hipótesis que sostiene que cualquier otro estímulo reforzante, no sólo la comida o el alcohol, pueden influir sobre el sistema de refuerzo y recompensa, como puede ser: las aficiones, amistades, familia (20).

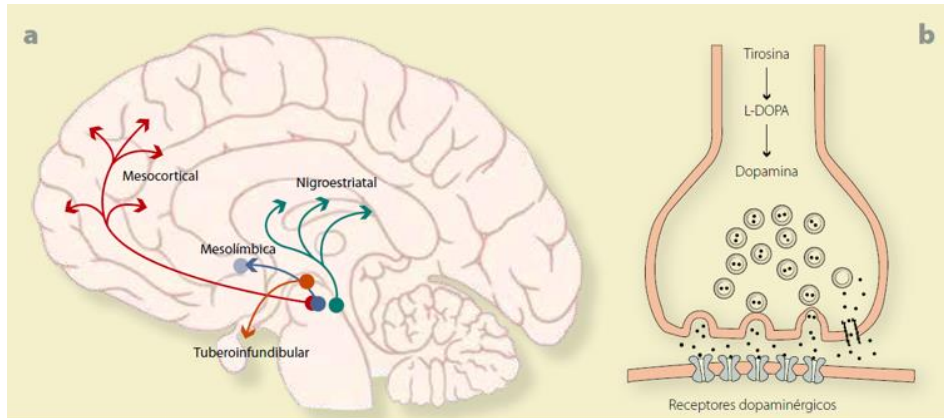


Figura 3. Sistema Dopaminérgico (20).

### 1.1.5. Definición de Craving

Tras este repaso neurobiológico de la dependencia de alcohol, resultará más sencillo comprender en qué consiste y la importancia del craving para el tratamiento de los pacientes. Lo definió Wikler en 1948 como la urgencia agobiante e intensa hacia el uso de opiáceos cuando aparecía la abstinencia. Más adelante en 1957, Myerson lo incluyó como uno de los síntomas más importantes de la dependencia del alcohol. Edward y Gross en 1976 lo consideraron como un deseo irracional o conciencia subjetiva de compulsión, comprendiéndola como una necesidad imperiosa, dándole el significado de una disputa entre el querer consumir y la abstinencia. En 1988 Hovarth, diferenció “craving” e impulso. El impulso sería la consecuencia instrumental del “craving”.

El “craving”, en el idioma inglés, causó mucha polémica por los años cincuenta del siglo pasado, comenzando así la discusión motivada por la dependencia del alcohol (24). En español, la polémica ha sido mayor debido a que a nuestro vocablo “Deseo” no se le aplica ninguna graduación y en este caso significaría un fuerte deseo, frente a la necesidad, que en inglés denomina “Urge” según G. Alan Marlatten 1987 y que se puede traducir, en este caso, como “impulso”.

Este síntoma se ha equiparado con el concepto de deseo y puede aparecer tanto en los criterios para dependencia como en los de la abstinencia de alcohol y así puede cronificarse para el resto de su vida. Según los factores de riesgo, ya sean de orden interno o bien de orden externo, aparecerá este síntoma con mayor o menor intensidad tanto en la dependencia, como en la abstinencia al alcohol (25).

Es sabido que este síntoma es un fenómeno subjetivo complejo y multidimensional, con un amplio abanico de vertientes desconocidas, pero se hace imprescindible tenerlo en cuenta y explorarlo debido a la gran importancia que conlleva en el ámbito psicobiológico de la adicción al alcohol (26).

En el DSM-5 se incluyó el “craving” como uno de los 11 posibles criterios para diagnosticar el trastorno por consumo de alcohol. No hace mucho se confirmó que el “craving” tiene una importante correlación con la gravedad del trastorno, relativo tanto a las cantidades ingeridas como a las consecuencias de esta ingesta, lo cual viene a ratificar la inclusión de este síntoma (27).

El “craving” es fundamentalmente un proceso consciente que puede motivar al individuo a consumir reiteradamente alcohol, haciendo así complicada la abstinencia y favoreciendo

la recaída. Sin embargo, este síntoma no explica completamente la conducta adictiva. Se ha demostrado que hay una dificultad en la recuperación de las personas con problemas de consumo de alcohol, que padecen una alteración del cortex prefrontal ventromedial y la cíngula anterior. Pero el “craving” puede servir de marcador para localizar a aquellas personas con riesgo de recaer en el consumo de alcohol, debido a la hipersensibilidad de los procesos motivacionales como es este síntoma sobre la vía dopaminérgica mesolímbica, que debería ser adecuadamente controlada por las estructuras cerebrales antes mencionadas (28).

Se puede decir que la impulsividad forma parte del “craving” y forma parte como síntoma de múltiples enfermedades psiquiátricas, por ejemplo: trastornos afectivos, tanto en fases maníacas como hipomaniacas de un trastorno bipolar (29) o en trastornos del ánimo (30) es también frecuente su aparición en trastornos psicóticos (31) en la psicosis orgánicas inducidas por una epilepsia, tumores cerebrales o trastornos endocrinos, y sobre todo cuando hay lesiones límbicas y frontales, también aparece con frecuencia (32). Diversos autores han considerado que entre otros muchos rasgos de la personalidad la impulsividad está presente, siendo más frecuente en el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite (33) (30). Cuando se refiere a las conductas adictivas, se puede considerar que la impulsividad es consustancial a ellas (34). Se podrían añadir una amplia lista de enfermedades orgánicas susceptibles de cursar con impulsividad, de las cuales se pueden destacar la hipocolesterolemia con relación a la conducta impulsiva y agresiva (35).

Se ha definido de muchas formas el concepto de impulsividad y por varios autores, por lo que será necesario definirlo en este trabajo. Consideramos los impulsos como algo propio del hombre, algo natural y necesario para la supervivencia de cualquier ser vivo y de su especie. Son estímulos que inducen a una conducta con relación a lo afectivo y que tiene que ver con las necesidades biológicas. Estos impulsos o necesidades deben ser mandados por otras estructuras neuronales cuya función será resistir los impulsos, priorizando la capacidad de juicio en relación con el desarrollo de las conductas convenientes y la frustración de las inconvenientes, anteponiendo por lo tanto la conveniencia frente a la apetencia. De esta forma se podría decir que la impulsividad surge al priorizar la apetencia, en esta ocasión como “necesidad instintiva”, frente a la conveniencia en un momento y en un lugar determinado (36).

Por lo cual, se puede señalar la importancia que tiene el control de impulsos sobre la elaboración de una conducta. Cuando hablamos de adicciones, se haría referencia a la pérdida de control de impulsos hacia el consumo de alcohol, esto es el “Craving” y dentro de él la impulsividad, objeto de dependencia en este caso. Hoy en día no cabe duda de que están relacionadas con las manifestaciones de impulsividad, la vía dopaminérgica meso-límbico-cortical y más recientemente la serotonina y el glutamato, así como el GABA (37).

La impulsividad conlleva una incapacidad para controlar los impulsos, pero también pueden estos resurgir con tal fuerza que resulta muy complicado evitar su ejecución inmediata; frente a ello está la capacidad de reflexión, la cual se sitúa entre el inicio del impulso y hasta que se para este, esta ordena la conducta, en ocasiones esta capacidad reflexiva puede fallar (38) (39).

## 1.2. SUFRIMIENTO

### 1.2.1. Definición de sufrimiento

El sufrimiento humano es un término que se puede definir *“como un estado afectivo cognitivo y negativo, que se acompaña de una sensación de amenaza a la integridad, de un sentimiento de impotencia y del agotamiento de recursos para afrontar dicha amenaza.”*

(40). Por otro lado, Scheler también lo definió como *“vivencia sacrificial de la parte por el todo y de lo inferiormente valioso (en sentido relativo), por lo superiormente valioso”* (41).

El hombre se encuentra en una búsqueda constante del sentido de su vida, de su existencia, de la percepción que se tiene de uno mismo (42). Por ello, cuanto mayor distancia exista entre las expectativas que tenga una persona sobre uno mismo y lo que realmente se puede conseguir, provoca sufrimiento. El no encontrar recursos para afrontar esa situación provoca un incremento de ese malestar (43).

Para el control personal ante el sufrimiento Scheler propone que se lleve a cabo *“el recogimiento en la unidad de la persona, el silencio, el aguante, la autorreflexión, contemplación y meditación”* (44). Con esto Scheler pretende mostrar que el hombre requiere una introspección y afrontar las situaciones que se presentan, no la huida o el rechazo. El objetivo no es otro que conocer las limitaciones que tiene uno y sus virtudes.

La logoterapia fundada por Viktor Frankl en 1991, centra su atención en que todo ser humano encuentre el sentido de su vida, intentando hacerle consciente de sus propias responsabilidades, por lo tanto *“la logoterapia no pretende imponer ningún juicio a nadie, puesto que la verdad no lo necesita, dado que se abre camino por sí misma”* (45). De esta manera el doctor Frankl deja entrever que todo sufrimiento tiene un “para qué”, que da más sentido a nuestra vida.

El sufrimiento está condicionado por la propia cultura y por el tiempo en el vivimos (46). En occidente vivimos la cultura de lo inmediato, en el que el estado de bienestar ha tomado las riendas de nuestras vidas y donde no se acepta la frustración. La vida del nuevo milenio marca metas inminentes, sin pensar en el fin último, presentando una existencia

dependiente del entorno, superficial y con un rechazo abrumador al dolor y a todo aquello que se aleje de la idea de bienestar (42). En 1932 Aldous Huxley (47) ya mostró un hipotético mundo feliz, en que la gente no sufre, un mundo en el que existe una supuesta estabilidad social a partir de una estabilidad emocional. En el planeta de Ford, a diferencia de las utopías expuestas en la literatura de siglos anteriores, se deifica el sexo con el fin último de descargar ansiedades, pensamientos negativos que podrían transfigurar en inconformismo contra el propio régimen. Por otro lado, se incentiva el consumo de “soma”, una droga que permite dominar al consumidor, que ingerían para evitar el desánimo o pusilanimidad. Todo ello conseguido bajo el control y supervisión de un estado que posee la prerrogativa de determinar lo que es bueno y que marca un aplanamiento emocional. Aldous destroza esa ilusión romántica de un paraíso venido a la tierra, puesto que va en contra de la propia naturaleza humana.

Con todo lo que se ha expuesto, queda de manifiesto que el sufrimiento no es meramente un dolor físico. Engloba pensamientos y emociones negativas (48). Hayes plasma en su libro la necesidad de la gente en buscar soluciones a contrariedades determinadas: como viene a ser la depresión, ansiedad, traumas o adicciones. Sin embargo, no buscan la verdadera raíz del problema, que es a partir de la cual se puede buscar la posible solución. Soluciones como el control de pensamiento o erradicar sentimientos estresantes.

Antonio Damasio en la línea de este argumentario, en su libro “El Error de Descartes”, nos diferencia dos tipos de emociones; por un lado, las primarias que proceden de nuestras estructuras límbicas, extendidas hasta la amígdala; por otro lado, habla de las emociones secundarias que en este caso se gestan desde las propias estructuras corticales, utilizando, como no, las estructuras subyacentes límbicas. Refuerza la idea de que cada pensamiento conlleva una emoción, es decir que un pensamiento puede ser un estímulo más que active la amígdala como cualquier estímulo de orden instintivo (49). Las emociones primarias, como podría ser la alegría, la tristeza, van asociadas a un patrón de conducta más bien físico. Por otro lado, las emociones secundarias, como podría ser la culpa, la calma, presentan un factor cognitivo más predominante y están vinculadas a relaciones interpersonales (50).

Centrándonos en las emociones, Aristóteles defiende la idea de que estas están vinculadas a creencias y admite su dimensión corporal (51). Por ello, si una situación concreta ha

despertado en nosotros un malestar, una inquietud, puede desaparecer si somos capaces de ver que realmente no había ninguna injusticia o no se ha realizado con intención de herirnos (52). Nussbaum, citando a Aristóteles, también aboga que las emociones son inteligentes: *“Desde el punto de vista de Aristóteles las emociones no son fuerzas animales ciegas, sino partes inteligentes y discriminadoras de la personalidad, estrechamente relacionadas con creencias de cierta clase, y por tanto sensibles a modificaciones cognitivas”* (53).

## 2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La transcendencia del sufrimiento se sabe que es grande y que está presente en múltiples enfermedades, siendo alguna de ellas de extremada gravedad para el propio individuo en su proceso de crecimiento personal. No menos trascendente en su implicación social, por lo que impide la cooperación en una comunidad y por lo tanto su progreso hacia la integración.

“Verbi gratia” en la literatura científica aparece en la depresión y la conducta suicida la importancia del dolor psicológico, del sufrimiento que padecen al percibirse como incapaces (54). En cuanto a los cuidados paliativos se conoce la transcendencia de las intervenciones cognitivas fundamentadas en el comportamiento, los aspectos espirituales y sociales. Todo aquello que minimice su depresión o ansiedad (55). Se vincula la presencia de estrés en la vida temprana con mayor susceptibilidad para consumir alcohol. Suele tratarse de consumidores con un perfil de agresividad e impulsividad (56). En el trastorno de estrés posttraumático, en los veteranos de guerra existe un significativo porcentaje de estrés post-traumático con pensamientos cognitivos negativos “*Soy completamente incompetente*”, que suele estar asociado a un exceso en el consumo del alcohol y todo ello facilita un incremento en los niveles de dolor. Pese al intento de tratar el trastorno posttraumático y la adicción al alcohol, si presenta pensamientos cognitivamente negativos derivados de estos dos trastornos, el dolor continuará, con una salud mental y estado funcional deficientes (57). Así mismo, el sufrimiento se manifiesta como característica frecuente en alcohólicos (57).

Se considera el sufrimiento una sensación que se encuentra en diversas enfermedades psiquiátricas y, entre ellas, el trastorno por consumo de alcohol, por ello es fácil entender la necesidad de disponer de instrumentos diagnósticos adecuados y fiables para evaluar la presencia de sufrimiento. Sin embargo, no se ha indagado mucho acerca del sufrimiento ni de su necesidad de buscar abordajes novedosos (58).

Todo ello denota la importancia de evaluar y definir el perfil de sufrimiento asociado a la dependencia del alcohol, en sus cuatro dimensiones (física, psicológica, social y espiritual). Este análisis puede ser una herramienta eficiente para abordar el malestar de estos pacientes de forma integral más allá de los síntomas físicos.

### **3. HIPÓTESIS**

La utilización de la escala SAEC permite conocer el sufrimiento en pacientes con trastorno por consumo de alcohol.

### **4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

a. Objetivo general:

- 1.- Valorar el sufrimiento en pacientes con Trastorno por Consumo de Alcohol.

b. Objetivos específicos:

- 1.-Definir las dimensiones humanas que se más contribuyen al sufrimiento en pacientes con alcoholismo crónico
- 2.- Determinar un perfil de sufrimiento en pacientes con alcoholismo crónico
- 3.- Conocer el impacto de la situación económica en la vivencia de sufrimiento en pacientes con alcoholismo crónico.
- 4.- Conocer el impacto del género y cuál es más sensible al sufrimiento con relación al consumo de alcohol.
- 5.- Conocer el impacto de la edad del paciente en un contexto de Trastorno por consumo de alcohol.
- 6.- Conocer el impacto del nivel académico del paciente en un contexto de Trastorno por consumo de alcohol.

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Este es un estudio descriptivo (59) no controlado, piloto, observacional y transversal mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC), en una población con Trastorno por Consumo de Alcohol y que acuden a una Unidad de Tratamiento para este trastorno (60).

### 5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio se ha realizado a personas con diagnóstico de Trastorno por consumo de alcohol según los criterios de la DSM-5, que acuden tanto a tanto al Centro de Alzira de la Fundación AEPA como al Centro de la Fundación A. Miguel Roca-Proyecto hombre de Valencia y la Unidad de Alcoholología (UA) de Valencia, las cuales ya están en tratamiento en esta unidad. Todas ellas son consideradas la población de referencia de este estudio.

### 5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Cuando se ha iniciado la recogida de datos, se han incluido en el estudio todos los pacientes que acudieron a la consulta del médico, durante el periodo de tiempo del estudio y que cumplieron con los siguientes criterios.

#### **Criterios de inclusión:**

- a) Diagnóstico de Trastorno por consumo de alcohol según criterios de la DSM-5
- b) Mayores de edad
- c) Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias

#### **Criterios de exclusión**

- a) Estar bajo los efectos de intoxicación etílica según los criterios de la DSM-5
- b) Facultades cognitivas insuficientes para poder entender las preguntas de los cuestionarios

#### 5.4. VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES

Se pretende valorar el sufrimiento con relación a unas variables que serán independientes. Se determinan dos tipos de variables diferentes (61), por un lado están las variables dependientes y por otro las variables independientes esto se entiende de la siguiente manera: las variables independientes, según sean mayores o menores, van a determinar, de alguna manera, el valor de las variables dependientes que son las que queremos estudiar en este trabajo, centrándonos fundamentalmente en el sufrimiento.

a.- Las variables dependientes a considerar en una primera instancia son:

Estas variables se han extraído de la batería de escalas que le pasamos a cada una de las personas incluidas en el estudio.

VD-1. Valoración del Sufrimiento personal en los últimos 3 meses: medida mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC), siendo 0 nada de sufrimiento y 10 un sufrimiento extremo.

El tipo de variable es Cuantitativa discreta.

VD-2. Evaluación de la Situación que le hace Sufrir: medida mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC), valorando del 0 al 10 el grado en el que está acuerdo con las afirmaciones. Se considera *nada de acuerdo* el 0 y *muy de acuerdo* el número 10

1F “Experimento dolor físico”

2P “Siento tristeza”

3S “Tengo problemas con mi entorno familiar”

4E “Tengo dificultades para mantener mi paz interior, mi equilibrio”

5F “Experimento cansancio o fatiga”

6P “Siento ansiedad”

7S “Tengo problemas con mi entorno social”

8E “Creo que no voy a poder afrontar esta situación, me veo superado”

9F “Tengo dificultades para dormir”

10P “Me siento infeliz”

11S “Me siento incomprendido/a por los demás”

12E “Me resulta difícil encontrar sentido a mi vida”

- 13F “Tengo problemas de atención, concentración o memoria”
- 14P “Tengo sentimientos de culpabilidad por lo que me ocurre”
- 15S “Me siento insatisfecho/a con la respuesta del sistema sanitario ante mi problema”
- 16P “Siento que mi autoestima se ha visto disminuida”
- 17F “Experimento limitaciones físicas en actividades diarias normales para mi edad”
- 18P “Siento impotencia porque siempre estaré enfermo/a”
- 19S “Tengo problemas con mi trabajo o mis estudios”
- 20E “Me preocupa la soledad, sentirme aislado/a”
- 21F “Se han producido cambios físicos en mi imagen persona que me disgustan”
- 22P “Siento que soy una carga para los demás”
- 23S “Tengo problemas con mi pareja”
- 24E “Estoy preocupado/a y siento miedo por la idea de la muerte”
- 25S “Temo los problemas económicos para mí y para mi familia”
- 26P “Los días se me hacen largos, el tiempo pasa despacio para mí”

El tipo de variable es Cuantitativa discreta.

VD-3. Repetir Valoración del Sufrimiento personal en los últimos 3 meses: medido mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC), siendo 0 nada de sufrimiento y 10 un sufrimiento extremo. Se ha repetido una vez completada la escala anterior y tras haber reflexionado sobre su tipo de sufrimiento y el impacto que tiene en su vida.

El tipo de variable es Cuantitativa continua.

VD-4 Evaluación de la Movilidad: medida mediante la Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L.

Valoraremos:

- “No tengo problemas para caminar”
- “Tengo problemas leves para caminar”
- “Tengo problemas moderados para caminar”
- “Tengo problemas graves para caminar”
- “No puedo caminar”

El tipo de variable es Cualitativa nominal politómica.

VD-5 Evaluación de la Auto-cuidado: medido mediante la Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L.

Valoraremos:

- “No tengo problemas para levantarme o vestirme”
- “Tengo problemas leves para levantarme o vestirme”
- “Tengo problemas moderados para levantarme o vestirme”
- “Tengo problemas graves para levantarme o vestirme”
- “No puedo levantarme o vestirme”

El tipo de variable es Cualitativa nominal politómica.

VD-6 Evaluación de las Actividades cotidianas: medida mediante la Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L.

Valoraremos:

- “No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas”
- “Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas”
- “Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas”
- “Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas”
- “No puedo realizar mis actividades cotidianas”

El tipo de variable es Cualitativa nominal politómica.

VD-7 Evaluación de Dolor/Malestar: medido mediante la Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L.

Valoraremos:

- “No tengo dolor ni malestar”
- “Tengo dolor ni malestar leve”
- “Tengo dolor ni malestar moderado”
- “Tengo dolor ni malestar fuerte”
- “No puedo dolor ni malestar extremo”

El tipo de variable es Cualitativa nominal politómica.

VD-8 Evaluación de Ansiedad/Depresión: Medida mediante la Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L.

Valoraremos:

“No estoy ansioso ni deprimido”

“Estoy levemente ansioso o deprimido”

“Estoy moderadamente ansioso o deprimido”

“Estoy muy ansioso o deprimido”

“Estoy extremadamente ansioso o deprimido”

El tipo de variable es Cualitativa nominal politómica.

b. Las variables independientes a considerar en una primera instancia son:

Estas variables ha sido extraídas de la historia clínica del paciente donde está incluido en la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC), por ser consideradas relevantes para la elaboración de este estudio.

VI-1 Sexo: esta variable se recoge mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC).

Los valores son:

“Masculino”

“Femenino”

El tipo de variable es Cualitativa nominal dicotómica.

VI-2 Edad: esta variable se recoge mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC).

El rango va desde los 16 años hasta mayores de 85 años

“De 16 a 24 años”

“De 25 a 34 años”

“De 35 a 44 años”

“De 45 a 54 años”

“De 55 a 64 años”

“De 65 a 74 años”

“De 75 a 84 años”

“De 85 y más años”

El tipo de variable es Cuantitativa continua.

VI-3 Nivel máximo de estudios alcanzado: esta variable se recoge mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC).

Los valores son:

- “No sabe leer ni escribir”
- “Enseñanza primaria incompleta”
- “Enseñanza primaria completa”
- “Enseñanza secundaria incompleta”
- “Enseñanza secundaria completa”
- “Bachillerato”
- “Formación profesional grado medio”
- “Formación profesional grado superior”
- “Estudios universitarios superiores”

Esta es la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación cuyas siglas en inglés corresponde al acrónimo ISCED-1997 fue aprobado en la 29.<sup>a</sup> Conferencia General de la UNESCO, en 1997. Adaptándose en España a través del Real Decreto 269/2000, de 25 de febrero de 2000 (publicado el 7 de marzo de 2000) por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Educación 2000 (CNED- 2000) (62).

El tipo de variable es Cualitativa ordinal politómica.

VI-4 Ingresos mensuales netos del hogar: esta variable se recoge mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC).

Los valores son:

- “Menos de 550 euros”
- “De 550 a 1050 euros”
- “De 1050 a menos de 1550 euros”
- “De 1550 a 2200 euros”
- “De 2200 a menos de 3600 euros”
- “De 3600 a menos de 5000 euros”
- “Más de 5000 euros”
- “NS/NC”

El tipo de variable es Cuantitativa continua.

VI-5 Situación laboral principal en el momento de admisión a tratamiento: esta variable se recoge mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC).

Valoraremos:

- “Inactivo (no puedo trabajar: pensionista, discapacitado, no busco empleo)”
- “Parado (no trabajo, pero deseo hacerlo y busco activamente empleo)”
- “Ocupado por cuenta propia”
- “Ocupado por cuenta ajena con contrato temporal jornada completa”
- “Ocupado por cuenta ajena con contrato terminar jornada parcial”
- “Ocupado por cuenta ajena con contrato indefinido jornada completa”
- “Ocupado por cuenta ajena con contrato indefinido jornada parcial”

El tipo de variable es Cualitativa nominal politómica.

VI-6 La enfermedad crónica que padece: esta variable se recoge mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC).

Valoraremos:

- “Fibromialgia/Síndrome de fatiga crónica”
- “Artrosis/Artritis/Reumatismo”
- “Bronquitis crónica/Enfisema/EPOC/Asma”
- “Diabetes”
- “Hepatopatía crónica/Cirrosis”
- “Migrañas”
- “Párkinson”
- “Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)”
- “Insuficiencia renal avanzada”
- “Problemas de corazón (infarto/angina de pecho)”
- “Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)”
- “Depresión crónica”
- “Ansiedad crónica”
- “Otras:”

El tipo de variable es Cualitativa nominal politómica.

VI-7 Padece esta enfermedad desde: esta variable se recoge mediante la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC).

Los valores son:

“Menos de un años”

“Entre 1 y 3 años”

“Entre 4 y 6 años”

“Entre 7 y 10 años”

“Más de 10 años”

El tipo de variable es Cuantitativa continua.

<b>Variables</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Instrumento de medida</b>
VD-1. Valoración del Sufrimiento personal	Cuantitativa discreta	SAEC
VD-2. Evaluación de la Situación que le hace Sufrir	Cuantitativa discreta	SAEC
VD-3. Repetir Valoración del Sufrimiento personal	Cuantitativa discreta	SAEC
VD-4 Evaluación de la Movilidad	Cualitativa nominal politómica	EQ-5D-5L
VD-5 Evaluación de la Auto-cuidado	Cualitativa nominal politómica	EQ-5D-5L
VD-6 Evaluación de las Actividades cotidianas	Cualitativa nominal politómica	EQ-5D-5L
VD-7 Evaluación de Dolor/Malestar	Cualitativa nominal politómica	EQ-5D-5L
VD-8 Evaluación de Ansiedad/Depresión	Cualitativa nominal politómica	EQ-5D-5L
VI-1 Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	SAEC
VI-2 Edad	Cuantitativa continua	SAEC
VI-3 Nivel máximo de estudios alcanzado	Cualitativa ordinal politómica	SAEC

VI-4 Ingresos mensuales netos del hogar	Cuantitativa continua	SAEC
VI-5 Situación laboral principal	Cualitativa nominal politómica	SAEC
VI-6 La enfermedad crónica que padece	Cualitativa nominal politómica	SAEC
VI-7 Padece esta enfermedad desde	Cuantitativa continua.	SAEC

Tabla 4. Variables dependientes e independientes.

## 5.5. INTERVENCIÓN

Para poder realizar el proyecto, se ha contactado con el presidente de la Fundación A. Miguel Roca- Proyecto Hombre, el director de la Fundación AEPA y con los médicos de la Unidad Alcohólica de Valencia para exponerles la investigación y solicitar su participación. Tras informarles presencialmente, mostrarles la hoja de información (Anexo 2), el cuestionario (Anexo 6) y de firmar el acuerdo de colaboración de la investigación, se determinó como se llevaría a cabo. En las dos asociaciones y en la Unidad Alcohólica programaron talleres en los que se podían incluir la realización del cuestionario, de esta manera se ha logrado acudir presencialmente. Se ha podido comentar a los pacientes, se esclarecieron cuestiones y se ha valorado su sufrimiento plasmado en el papel como a nivel verbal.

Los pacientes fueron incluidos en el estudio y propuesto para proceder al cumplimiento de la encuesta, durante un intervalo de tiempo que nos ha permitido llevar a cabo la recolección de datos. Finalizado este tiempo, se dio por concluida la recogida de datos. Antes de empezar con la encuesta, debieron leer la hoja de información (Anexo 2) donde se les explicó el porqué del estudio, el objetivo de la encuesta, los beneficios que puede tener por participar, los riesgos que pueden sufrir por participar, como se tratarán sus datos personales y con quién pueden contactar en caso de duda. Al mismo tiempo se les facilitó el consentimiento informado (Anexo 3), reiterando que se trata de un cuestionario anónimo.

Las personas incluidas en el estudio han sido tratadas en régimen ambulatorio debido a su trastorno por consumo de alcohol, con la posibilidad de que consuman otra sustancia; por lo tanto, se realiza en un contexto terapéutico en el Centro de Alzira de la Fundación AEPA, donde encontramos una población que en su mayoría proceden del ámbito rural, como en el Centro de la Fundación A. Miguel Roca-Proyecto hombre de Valencia o del centro de día de Ontinyent y la Unidad de Alcoholología de Valencia, en el cual la mayoría de los pacientes son población urbana de Valencia.

A la totalidad de personas incluidas en el estudio se ha evaluado el “sufrimiento”, a través de la Escala de Valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC) y la “calidad de vida”, a través de la Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L (63). Las dos escalas, que se encuentran en el mismo cuestionario, se llevaron a cabo en la intervención del estudio. De esta manera nos permitió comparar los resultados de ambas escalas entre ellas y los resultados de cada una consigo misma.

Dentro del cuestionario (Anexo 6), la escala SAEC pretende medir el sufrimiento en cuatro dimensiones, en la dimensión social, espiritual, física y psicológica. Tenemos dos sistemas de control de criterio, uno es interno que se encuentra en la propia escala SAEC, que es la autoevaluación del sufrimiento antes y después de realizar la escala, tratándose de una evaluación criterial. El otro sistema de control es externo, se trata de la encuesta sobre la *Calidad de vida relacionada con la salud* que nos sirve para correlacionar los resultados, se empleará la segunda como gold standart.

Toda esta información se ha recabado en el un documento Excell para ser analizada en el programa IBM SPSS Statistics.

## **5.6. DISEÑO DE LA ENCUESTA**

La encuesta SAEC (Anexo 6) pretende objetivar de manera cuantitativa el sufrimiento de los pacientes que hagan uso de ella. Se encuentra dividida en dos secciones.

Por un lado, se muestra una serie de cuestiones centradas en aspectos de índole descriptiva y sociodemográfica.

Por otro lado, se presenta la parte de la encuesta a validar. Su versión original presentaba 24 ítems que tratan de lograr la evaluación cuantitativa del sufrimiento del usuario dentro las cuatro dimensiones física, psicológica, social y espiritual.

La validación de la escala se llevó a cabo de la mano de 13 profesionales. Se trata de un grupo multidisciplinar, formado por expertos con competencia más que relevante en las dimensiones anteriormente expuestas. Se contó con dos psicólogos sociales, una psicóloga clínica, psicólogo especialista en tratamiento del dolor, un teólogo y abogado, dos médicos especialistas, dos antropólogos, un sacerdote diocesano, un trabajador y un educador social.

Para dicha validación, se envió por correo a cada uno de los 13 profesionales las directrices de la evaluación y la escala SAEC. Los expertos estuvieron invitados tanto a evaluar la escala, como a aportar consideraciones para su posible validación. Dentro de las introducciones, se les instaba, por un lado, a valorar para cada ítem si consideraba que era *esencial útil pero prescindible o innecesario* para evaluar el sufrimiento. La finalidad de este apartado es determinar si dicho ítem debe formar parte de la escala. Por otro lado, debían asignar cada ítem en una de las 4 dimensiones: físico, psicológico, social y espiritual. Por último, describir la representatividad de cada ítem según la escala Likert de 4 alternativas, en 1 es *poco representativo* y 4 *muy representativo*.

El procedimiento para el estudio de la validez de la escala ha sido el *Índice de Validez de Contenido* (ICV), determinado en la investigación de Lawshe (64), con la reforma realizada por Tristan (65), siendo esta la más empleada para esta clase de evaluación. Asimismo, se analizó en Índice de Validez Factorial, descrito por Rubio et al. (66), que mediante la determinación adicional de un *Índice de Fiabilidad de Acuerdo Interjueces* (IRA) y un *Índice de Validez Factorial* (FVI) remata el estudio de Lawshe. Los índices expuestos se precisaron con el siguiente planteamiento.

- Ratio de Coeficiente de Validez Modificado (CVR') de cada ítem: Los ítems se estima oportunos con un  $CVR' > 0,58$
- Índice de Validez de Contenido (ICV'): Se trata del promedio de todos los CVR' de toda la escala. Se requiere un  $ICV' > 0,58$  para ser válida

- Fiabilidad de Acuerdo Interjueces (IRA): Representa el porcentaje de ítems que los jueces llegan a un acuerdo => 80%, puntuando cada ítem con un 3 o un 4 en claridad y representatividad
- Índice de Validez Factorial (FVI): Promedio del porcentaje donde los jueces han acertado en la determinación de los ítems en su dimensión correspondiente.

Una vez realizada la valoración por cada uno de ellos, se concretó una reunión para examinar los resultados globales obtenidos y de cada uno de los ítems. En cuanto a la puntuación global se obtuvo los siguientes resultados.

- ICV': 0,64
- IRA: 0,58
- FVI: 74,31

En el cuestionario original se objetivaba que 4 de los 24 ítems presentaban unas puntuaciones en CVR' bajas y se procedió a su eliminación. Los expertos, por su parte, propusieron sustituirlos por otros que lo investigadores consideraron oportunos. Posterior a esta reunión y tras recoger las sugerencias, se redactó una segunda versión de la escala eliminando esos 4 ítems e incluyendo otros 5. De esta manera, la encuesta cuenta con 25 ítems y fue reevaluada con los mismos criterios.

En el resultado de la segunda versión es un Índice de Validez de Contenido que logra el 0,74, con los CVR parciales de los ítems sobrepasando el 0,58 en 21 de los 25 ítems. En cuanto al Índice de Fiabilidad del Acuerdo Interjueces, alcanza 0,72 por ciento. Este dato nos expone que, en 18 de los 25 ítems, el 80 por ciento de los jueces puntuaron con un 3 o 4 en claridad y representatividad del ítem. Los ítems con un 3 o 4 de puntuación, se obtiene un promedio de acuerdos del 87,08 por ciento. Igualmente, la media de las valoraciones de los ítems ascendió a 3,42 puntos.

El Índice de Validez Factorial alcanzó un resultado de 71,38 por ciento. Con este dato, queda de manifiesto que los expertos asignaron los ítems en las dimensiones adecuadamente sin ser conoceros del resultado de dicha asignación.

Finalmente, con esta última valoración de la evaluación, se aprobó la validez, alcanzando resultados oportunos. En esta segunda versión que fue aprobada, se añadió un ítem. Esta incorporación aumentaría la validez de la escala, aunque la escala sin ella ya presentaba la robustez pertinente. De esta manera, la escala finalmente presenta 26 ítems.

### **5.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Las limitaciones de este estudio consisten en que algunos pacientes presentaban capacidades cognitivas deficientes para entender las preguntas del cuestionario, esto se debe como consecuencia de los años que llevaban de consumo o de enfermedades mentales añadidas. Al mismo tiempo, cada paciente se encontraba en un punto distinto de la enfermedad, algunos estaban en pleno síndrome de abstinencia, otros llevaban poco tiempo y otros ya estaban en pleno proceso de superación. De esta manera, se presenta una gran variabilidad de resultados.

En un principio el trabajo estaba enfocado en pacientes exclusivamente alcohólico. Sin embargo, se tuvo que incluir a pacientes que consumieran otra sustancia, siendo el alcohol el consumo predominante. Esta cuestión estuvo presente desde el inicio del trabajo.

Así mismo, tuve dificultades a la hora de buscar información, esto es debido a que ni en Mesh ni Desc está incluido el término “sufrimiento”. Los términos que aceptan son “pain” y “stress, psychological”. Por otro lado, hay poca investigación acerca del sufrimiento en el alcoholismo crónico, lo que dificulta indagar sobre el tema de estudio.

### **5.8. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS Y CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL**

En primer lugar, se procedió llevar a cabo un estudio descriptivo univariado de cada una de las variables que se proponen para el posterior análisis estadístico. De esta manera, para hacer una descripción de variables cualitativas categóricas y de las cuantitativas discretas, se realizará una distribución de frecuencias, tanto frecuencias absolutas como las frecuencias relativas, determinando sus porcentajes y será representado mediante tablas de frecuencia, de las cuales se extraerán gráficas.

En el procedimiento estadístico descriptivo de las variables cuantitativas continuas en primer lugar, se registrarán los cuartiles cuando la variable sea ordinal, y los *valores de tendencia central*: la media, la mediana o percentil 50, la moda o valores más repetidos, suma de todos los valores y el Error típico de la media que mide lo que puede variar el

valor de la media de una muestra a otra; seguido de los *valores de dispersión*: la desviación típica que mide el grado en el que las puntuaciones de la variable se alejan de su media, la varianza que es una medida de dispersión y el rango que es el resultante de la resta del valor máximo y el mínimo: finalmente los *valores de distribución*: la asimetría hace referencia al grado de simetría de una distribución, de manera que el valor del error típico de asimetría sea 0 significa la máxima simetría. Sin embargo, para poder determinar que hay asimetría, los valores han de ser superiores a 1.96 (67).

La finalidad de la prueba de Kolmogorov-Smirnov es medir la concordancia entre la distribución del conjunto de datos a estudio y una distribución teórica específica y así poder determinar la normalidad de la curva de esa distribución, así pues, para un nivel significativo de esta prueba menor a 0.05 la distribución no es normal y si supera la significación los 0.05, entonces puede decirse que la distribución es normal (68). A la hora de comparar medias cuantitativas que estén dentro de la normalidad en ambos en ambos grupos de comparación, se empleará t de Student, en caso de que sean más de dos distribuciones se empleará ANOVA.

Cuando se comparé una variable cuantitativa con otra variable cuantitativa: en primer lugar, se utilizará la Correlación Rho de Spearman o la Correlación r de Pearson para determinar por un lado la intensidad de la correlación mediante el coeficiente de correlación y por otro la significación estadística

En este trabajo para obtener el tamaño de la muestra se ha empleado la siguiente fórmula:

$$n = \left( \frac{Z_{\alpha/2} \sigma}{e} \right)^2$$
. Se empleará un error máximo tolerable ( $e$ ) del 0.05%, un nivel de significación ( $\alpha$ ) del 5,00% y la desviación estándar será de 0,5. Por tanto, la muestra presentará un tamaño mínimo ( $n$ ) de 387 pacientes. Dado que no se ha indagado mucho acerca del sufrimiento ni de su necesidad de buscar tratamientos novedosos (58) en pacientes alcohólicos, supondremos que la situación “más desfavorables”:  $p=q=0,5$ .

Aunque el tamaño muestral ideal según lo calculado anteriormente sería de 364 pacientes, por falta de recursos y la necesidad de colaboración de más asociaciones la muestra con la que hemos trabajado es de un total de 104 participantes.

## 6. ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS

Este trabajo científico se han respetado los principios de la Declaración de Helsinki de 2013 (69), desarrollándose el estudio de acuerdo con el protocolo y con procedimientos normalizados de trabajo que aseguran el cumplimiento de la normativa en el estado español, para ello nos referiremos al convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina (Convenio de Oviedo, publicado en el B.O.E. el 20/10/1999) (70), a la Declaración de Taipei sobre las consideraciones éticas de las bases de datos y los biobancos (71) , y a la Ley Orgánica 3/2018 de “protección de datos personales y garantía de los derechos digitales”, publicado en el B.O.E el 06/12/2008 (72).

De toda esta normativa se deduce que: se debe respetar la imparcialidad en la selección de las personas incluidas en el estudio, respetar también la confidencialidad de estas, así como que se debe valorar la relación riesgo y beneficio. En todo caso, se solicita siempre, a todos los pacientes, el consentimiento informado, se les entregará la hoja de información al paciente y otra sobre la protección de datos de carácter personal, para su inclusión en el estudio (Ver Hoja de información, Consentimiento Informado y la Protección de Datos). No existe riesgo alguno asociado para la salud de las personas incluidas en este estudio. Toda la información obtenida en el estudio será confidencial, los datos recogidos se introducirán, por el investigador principal, en una base de datos para realizar el análisis estadístico pero el nombre del paciente no aparecerá en ningún documento del estudio, sólo se le asignará un número. Sin que el investigador principal pueda relacionar el número con los datos de filiación del paciente que quedaran exclusivamente recogidos en una tabla Excel que custodiará el tutor del TFG, el Dr. Cerdá Olmedo. No existen investigadores colaboradores.

El estudio se realizará asegurando el cumplimiento de normas éticas y legales vigentes (Declaración de Helsinki)

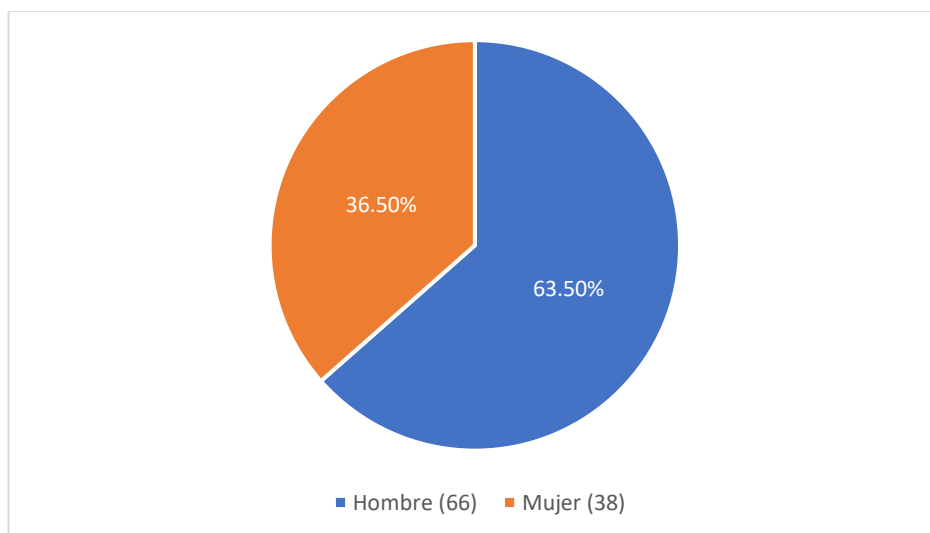
## 7. RESULTADOS

### 7.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Este trabajo de investigación ha contado con la participación de 104 pacientes, que realizaron la encuesta SAEC. Todos han aceptado participar, han firmado el consentimiento informado y se han leído la hoja de información. Estos pacientes son componente de la Fundación AEPA, Fundación Proyecto Hombre de Valencia u Ontinyent o de la Unidad Alcohólica de Valencia. Para valorar el perfil de los participantes se ha empleado una serie de variables de índole descriptiva y sociodemográfica: género, edad, nivel educativo, situación laboral, ingresos mensuales y de la cronicidad de la enfermedad.

#### 7.1.1. Distribución de la muestra por sexo

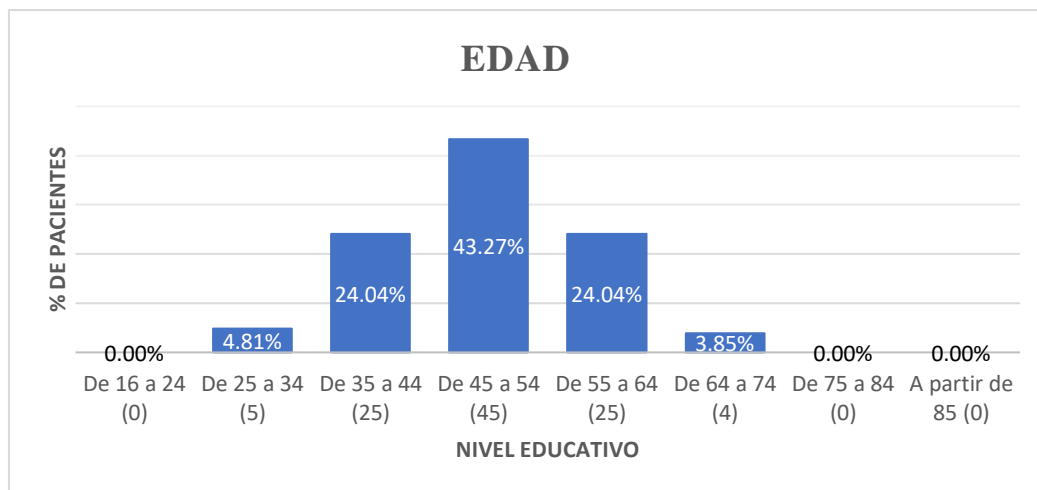
Con respecto a la variable “sexo” se ve, que el sexo masculino alcanza un 63,5 por ciento del total de la muestra estudiada, mientras que el sexo femenino un 36,5%. Por tanto, la mayoría de los participantes eran hombres



Gráfica 1. Distribución de la muestra en función del sexo. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis.

### 7.1.2. Distribución de la muestra por edad

La variable “edad” se diferencia en 7 grupos. La mayoría de los pacientes se concentran en el rango de edad 35-64 años. En la gráfica 2 se observa que la edad predominante de los pacientes es entre los 45 y 54, representando un 43,27% (45 participantes) de total de la muestra.

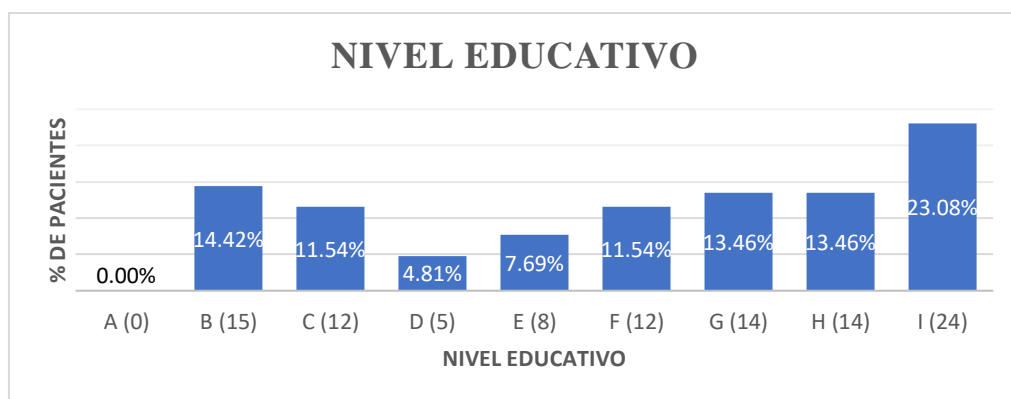


Gráfica 2. Distribución de la muestra en función de la edad. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis.

### 7.1.3. Distribución de la muestra por nivel educativo

En cuanto a la variable “nivel educativo” se ha determinado dos gráficas distintas. Por un lado, una gráfica dónde se muestran la distribución en los 9 niveles educativos, cada uno de ellos representado con una letra posteriormente explicada en la Tabla 5. Por otro lado, se ha establecido otra gráfica con 3 grupos que aglutinan a los pacientes según los estudios alcanzados, explicados en la Tabla 6.

En la Gráfica 3, que corresponde a la distribución de los 9 niveles, se visualiza que el nivel de estudios universitarios alcanza un 23,08% (24 pacientes) de la muestra. Este va seguido de la educación primaria incompleta con un 14,42% (15 pacientes).

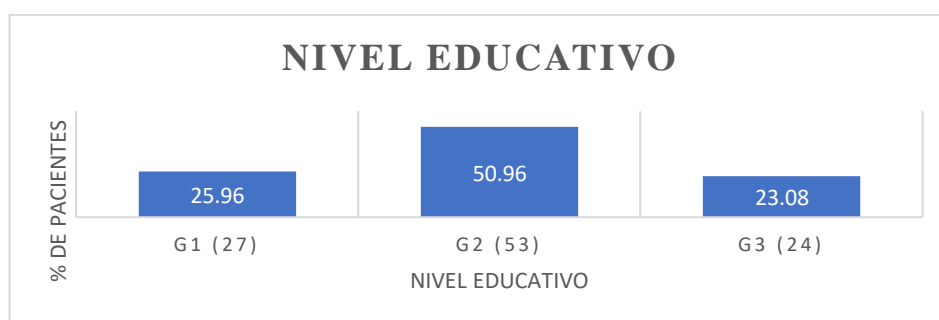


Gráfica 3. Distribución de la muestra en función de la edad. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis.

A	No sabe leer ni escribir
B	Educación primaria incompleta
C	Educación primaria completa
D	ESO incompleta
E	ESO completa
F	Bachillerato
G	Formación profesional grado medio
H	Formación profesional grado superior
I	Estudios Universitarios

Tabla 5. Definición de los niveles educativos.

En la Gráfica 4, que corresponde a la distribución sintetizada, se observa que la mitad de los pacientes se encuentra en el grupo G2: Paciente tanto con la ESO incompleta como completa y los que hayan finalizado bachillerato o formación profesional grado medio o grado superior.



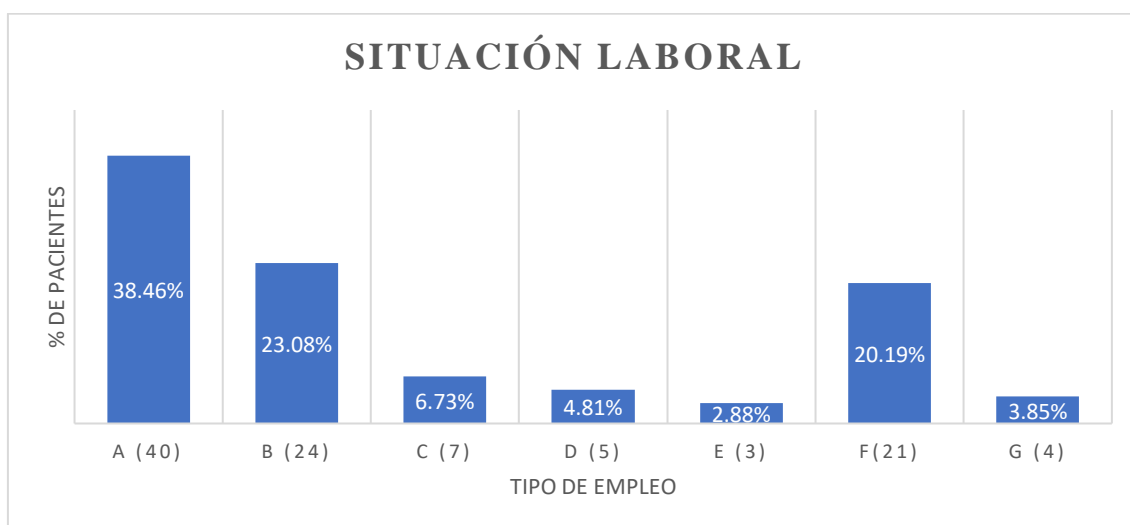
Gráfica 4. Distribución sintetizada de la muestra en función del nivel educativo. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis.

G1	Pacientes que no saben leer ni escribir y los que presentan la educación primaria incompleta o completa
G2	Paciente tanto con la ESO incompleta como completa y los que han curso bachillerato o que presenten formación profesional grado medio o grado superior
G3	Pacientes con estudios universitarios.

Tabla 6. Definición de los niveles educativos agrupados.

#### 7.1.4. Distribución de la muestra por situación laboral

La variable “situación Laboral” está dividida en 7 situaciones distintas en las que se sitúan los pacientes. La situación laboral donde se sitúa la mayoría de los pacientes es en la inactiva, con una proporción del 38,46% (40 pacientes).



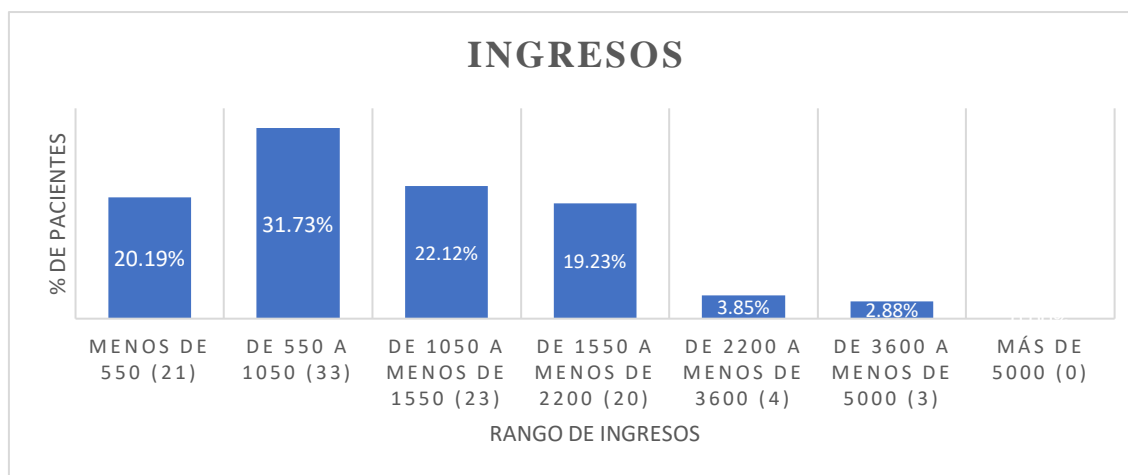
Gráfica 5. Distribución sintetizada de la muestra en función de la situación laboral. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis.

A	Inactivo
B	Parado
C	Ocupado por cuenta propia
D	Ocupado por cuenta ajena con contrato temporal a jornada completa
E	Ocupado por cuenta ajena con contrato temporal a jornada parcial
F	Ocupado por cuenta ajena con contrato indefinido a jornada completa
G	Ocupado por cuenta ajena con contrato indefinido a jornada parcial

Tabla 7. Definición de las situaciones laborales.

### 7.1.5. Distribución de la muestra en función de los ingresos mensuales

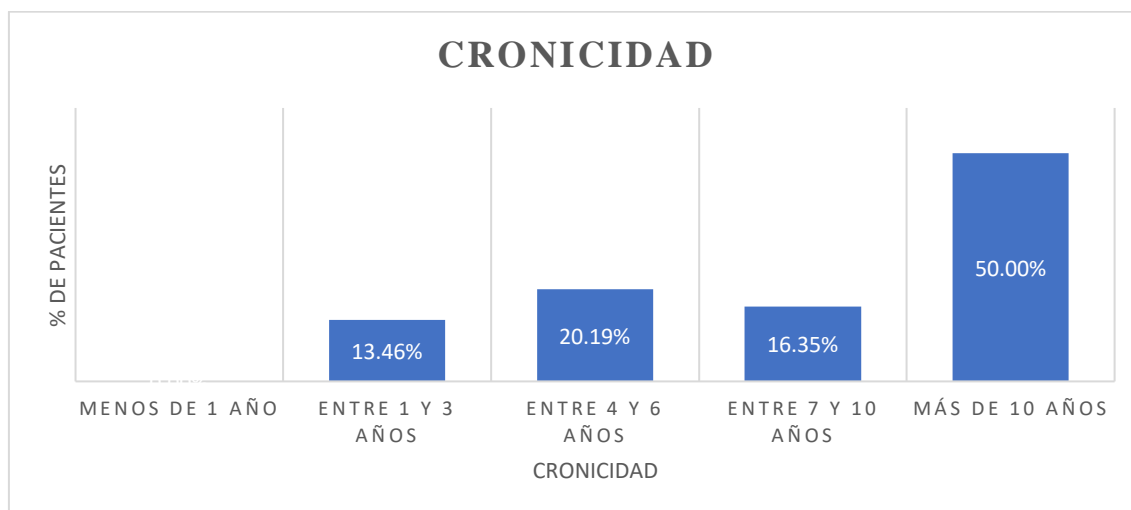
La variable “ingresos mensuales” fija 7 opciones, indicadas en la gráfica 6. En cuanto a los ingresos del hogar, la mayor parte de la proporción lograban obtener 550-1050 euros, representando un 31,73% (33 pacientes) de la muestra.



Gráfica 6. Distribución sintetizada de la muestra en función de los ingresos mensuales. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis.

### 7.1.6. Distribución de la muestra en función de la cronicidad de la enfermedad

En cuanto a la variable “cronicidad de la enfermedad” se quiere saber el tiempo que lleva el paciente consumiendo. Se distribuye en 5 apartados, siendo el rango de más de 10 años el que tenga la mitad de los pacientes, es por ello por lo que es el predominante.



Gráfica 7. Distribución sintetizada de la muestra en función de la cronicidad. Los datos se han expresado en porcentaje y el número de pacientes entre paréntesis.

En síntesis, tras ver el resultado de perfil de los 104 pacientes se observa que en su mayoría son hombres de 45 a 54 años. Su nivel máximo de estudios que han alcanzado son los estudios universitarios, aunque no es un porcentaje muy elevado. En cuanto a los ingresos mensuales, la mayoría se encuentra ente 550 a 1050 euros, encontrándose en una situación laboral inactiva. Generalmente no presentan dependencia a otra sustancia. Asimismo, llevan más de 10 con la adicción al alcohol.

## **7.2. RESULTADO EN LA RELACIÓN CON LAS DIMENSIONES DE SUFRIMIENTO**

En este apartado, se exponen los resultados a los que se han llegado tras el estudio del sufrimiento en sus distintas dimensiones (física, psicológica, social y espiritual), la valoración se ha realizado a través de una escalada Likert del 0 al 10 y se analizará cómo influye el sexo, la edad, el nivel educativo, la situación laboral, los ingresos mensuales o la cronicidad en relación con dichas dimensiones del sufrimiento.

### **7.2.1. Resultados del sufrimiento total y de cada una de las dimensiones del sufrimiento**

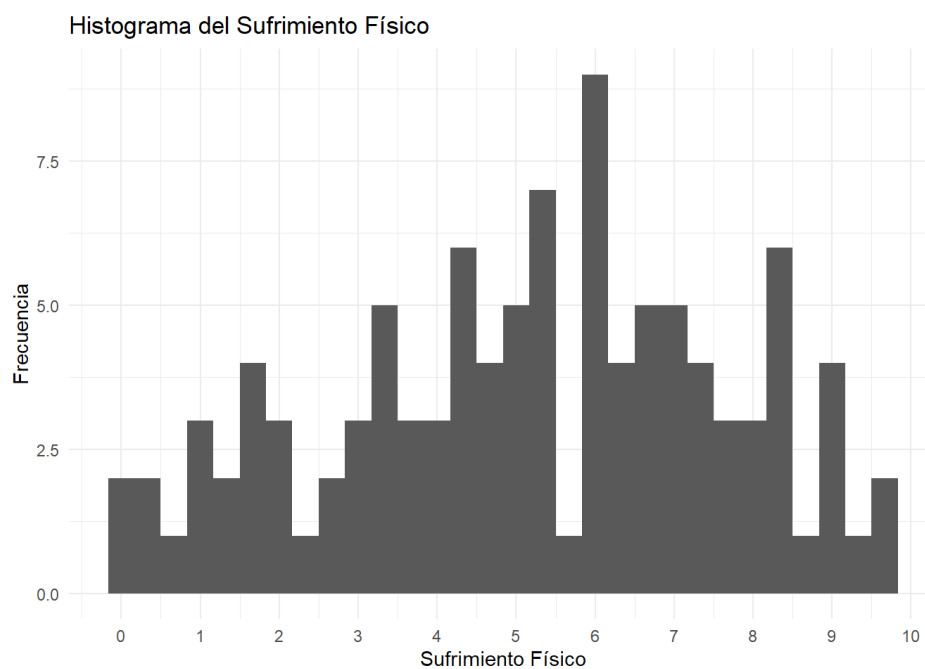
En la tabla 8, 9, 10 y 11, se expone el estudio de las cuatro dimensiones del sufrimiento. Sin embargo, en la gráfica 13 se muestra el promedio de las dimensiones. De esta manera, la comparación del sufrimiento entre las distintas esferas y con el total es más visual.

En cuanto a la tabla 8, se puede observar que el sufrimiento físico presenta una media de 5,23 en un intervalo de confianza del 95% de [4,75-5,71]. La media recortada al 5%, la cual significa que recorta el 5% de las puntuaciones de los extremos, en cuanto al sufrimiento físico presente una media de 5,27. La asimetría muestra la distribución de la variable en función de la media aritmética, en este caso es de -0,24. Esto quiere decir que la cola de la distribución se expande por la izquierda para valores por debajo de la media. Por otro lado, la curtosis es de - 0,79, esto nos indica que presenta una distribución platicúrtica, es decir, menor concentración entorno a la media. El rango intercuartil, diferencia entre el tercer y el primer cuartil de una distribución, es de 3,50 y la desviación estándar es de 2,47, siendo la segunda más alta. Esto nos muestra que la distribución de los datos presenta una gran dispersión, como se observa en la gráfica 8.

**Descriptivos**

		Estadístico	Error estándar	
<b>D_FISICA</b>	Media	5,2323	,24262	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	4,7511	
		Límite superior	5,7135	
	Media recortada al 5%	5,2737		
	Mediana	5,3300		
	Varianza	6,122		
	Desviación estándar	2,47421		
	Mínimo	0,00		
	Máximo	9,67		
	Rango	9,67		
	Rango intercuartil	3,50		
	Asimetría	-,245	,237	
	Curtosis	-,791	,469	

Tabla 8. Estudio de la dimensión física del sufrimiento.



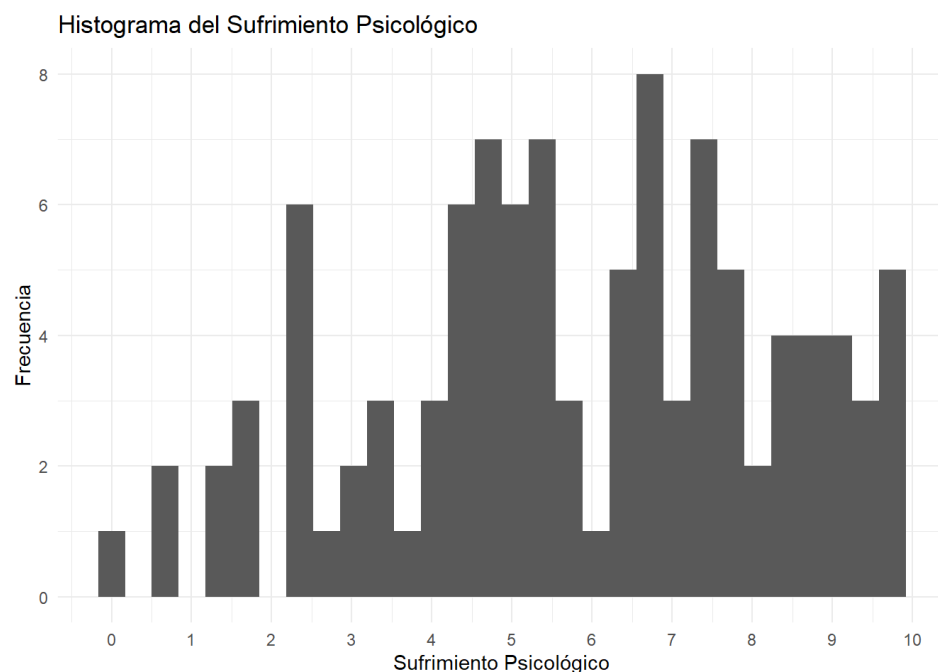
Gráfica 8. Distribución sufrimiento físico.

En segundo lugar, el estudio del sufrimiento psicológico presenta una media de 5,81, siendo la más alta de todas las dimensiones, en un intervalo de confianza del 95% de [5,34-6,28], con una media recortada de 5,87 y una mediana de 5,81, la mayor de todas como se observa en el gráfico 12. La asimetría tiene un valor de -0,28 y una curtosis, de -0,68, es por ello por lo que también presenta una distribución platicúrtica como el resto de las dimensiones. El rango intercuartil es de 3,25 y una desviación estándar de 2,42. En conclusión, es la dimensión cuyos valores en relación con el sufrimiento son más altos.

**Descriptivos**

		Estadístico	Error estándar	
<b>D_PSIOLÓGICA</b>	Media	5,8138	,23791	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	5,3420	
		Límite superior	6,2857	
	Media recortada al 5%	5,8707		
	Mediana	5,8150		
	Varianza	5,887		
	Desviación estándar	2,42623		
	Mínimo	0,00		
	Máximo	9,75		
	Rango	9,75		
	Rango intercuartil	3,25		
	Asimetría	-,289	,237	
	Curtosis	-,683	,469	

Tabla 9. Estudio de la dimensión psicológica del sufrimiento.

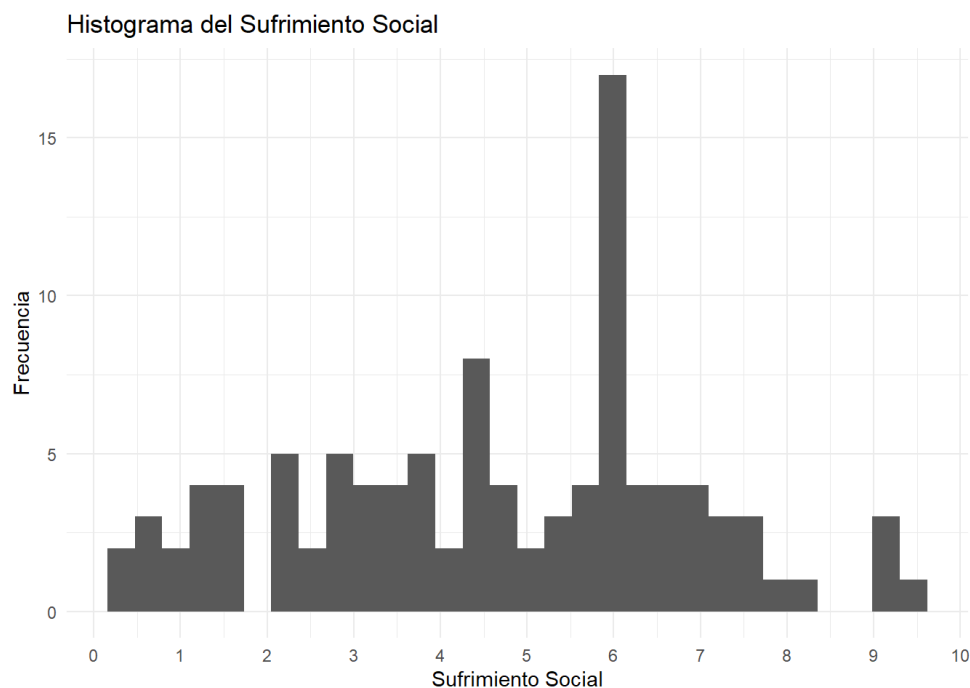


Gráfica 9. Distribución sufrimiento psicológico.

En cuanto al sufrimiento social es el que ha alcanzado una media más baja, la cual es de 4,62 en un intervalo de confianza del 95% de [4,19- 5,05]. La asimetría es de -0,10 y la curtosis de -0,70. Esto significa, en comparación con el resto de las dimensiones, que es la menos platicúrtica. El rango intercuartil es de 3,28 y una desviación estándar de 2,22, por tanto, es el rango en la que mayor agrupación de datos cerca de la media.

Descriptivos			Estadístico	Error estándar
<b>D_SOCIAL</b>	Media		4,6222	,21791
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	4,1900	
		Límite superior	5,0544	
	Media recortada al 5%		4,6086	
	Mediana		4,7100	
	Varianza		4,939	
	Desviación estándar		2,22230	
	Mínimo		,29	
	Máximo		9,43	
	Rango		9,14	
	Rango intercuartil		3,28	
	Asimetría		-,101	,237
	Curtosis		-,709	,469

Tabla 10. Estudio de la dimensión social del sufrimiento.



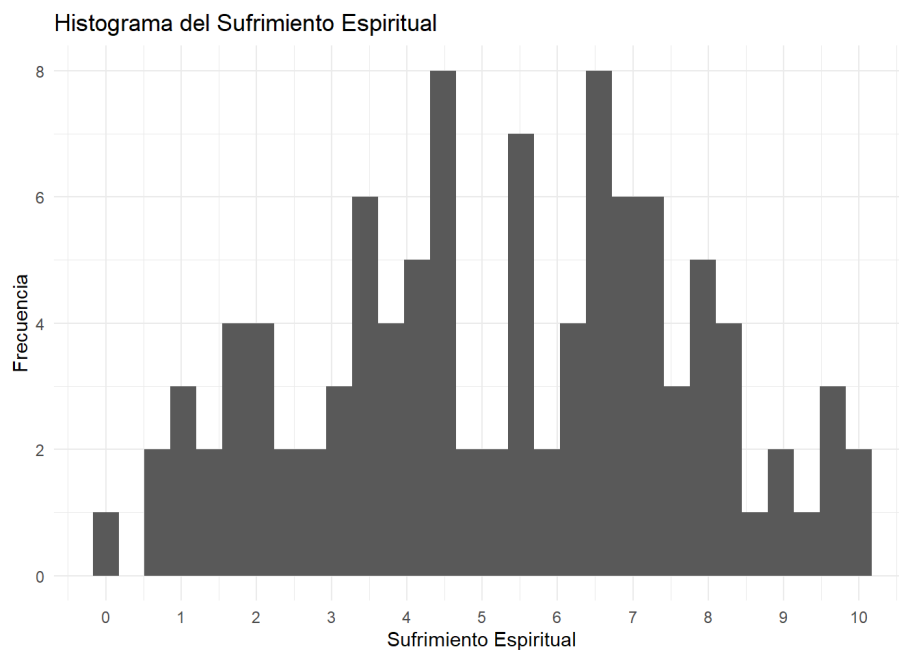
Gráfica 10. Distribución sufrimiento social.

La dimensión espiritual ha obtenido una media de 5,26 en un intervalo de confianza del 95% de [4,77- 5,74]. La asimetría es de  $-0,086$ , por ello es la dimensión más simétrica. Esto se puede apreciar en la gráfica 14. El rango intercuartil es de 3,80, superior al resto de esferas y la desviación estándar de 2,47. El valor mínimo es de 0 y un valor máximo de 10, esto quiere decir que hay pacientes que no sufren nada y pacientes que sufre hasta un valor de 10.

**Descriptivos**

		Estadístico	Error estándar	
<b>D_ESPIRITUAL</b>	Media	5,2615	,24304	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	4,7795	
		Límite superior	5,7435	
	Media recortada al 5%	5,2598		
	Mediana	5,4000		
	Varianza	6,143		
	Desviación estándar	2,47850		
	Mínimo	0,00		
	Máximo	10,00		
	Rango	10,00		
	Rango intercuartil	3,80		
	Asimetría	-,086	,237	
	Curtosis	-,842	,469	

Tabla 11. Estudio de la dimensión espiritual del sufrimiento.



Gráfica 11. Distribución sufrimiento espiritual.

Por último, la puntuación media del sufrimiento total es de 5,23 en un intervalo de confianza del 95% de [4,80 –5,65]. Presenta el valor mínimo de 0,51, el máximo con 9,28 y un rango de 8,77. Presenta una cola de la distribución que se expande por la izquierda para valores por debajo de la media, reflejado en la asimetría, cuyo valor es -0,237. La curtosis es de -0,807, es por ello por lo que también presenta una distribución platicúrtica. Esta distribución muestra que hay menos concentración de datos cerca de la media. El rango intercuartil, es de 3,39 y la desviación estándar es de 2,18, siendo la más baja de todas.

**Descriptivos**

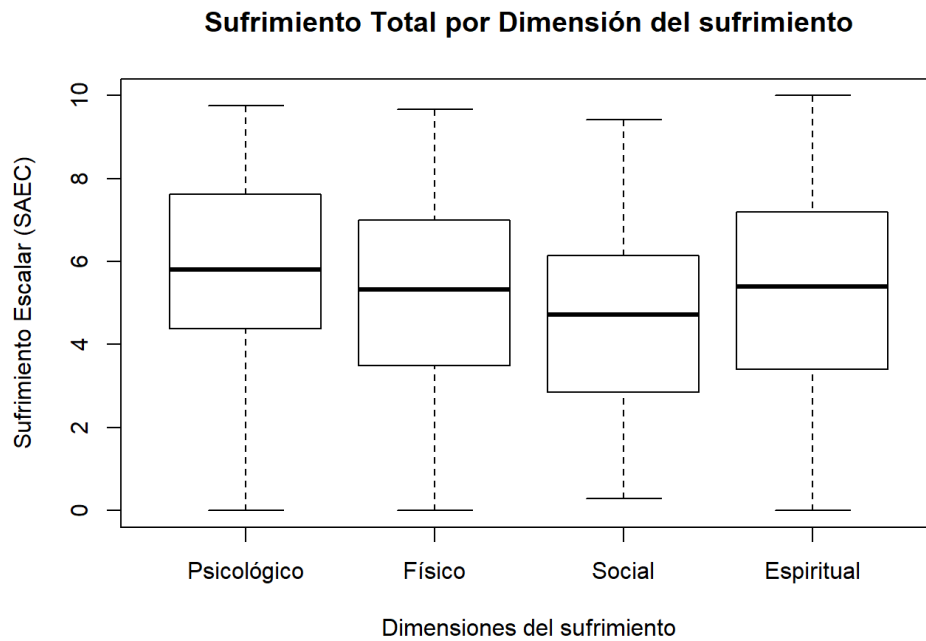
		Estadístico	Error estándar	
<b>TOTAL_SAEAC</b>	Media	5,2317	,21458	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	4,8062	
		Límite superior	5,6573	
	Media recortada al 5%	5,2641		
	Mediana	5,3650		
	Varianza	4,789		
	Desviación estándar	2,18835		
	Mínimo	,51		
	Máximo	9,28		
	Rango	8,77		
	Rango intercuartil	3,39		
	Asimetría	-,237	,237	
	Curtosis	-,807	,469	

Tabla 12. Estudio del sufrimiento total SAEC.

Como se observa en la gráfica 13, la dimensión psicológica es la que presenta mayor mediana, le sigue la dimensión espiritual, física y finalmente, la social.

La dimensión psicológica presenta una mayor mediana y media, al mismo tiempo, estas están cerca. Sin embargo, tiene una distribución asimétrica negativa. En comparación con el resto de las esferas, esta asimetría de -0,289 es la que muestra una cola de distribución más alargada por la izquierda para los valores por debajo de la media y con más datos con valores elevados.

En la gráfica 12 se observa la mediana de las distintas esferas de sufrimiento. La mediana es un estadístico descriptivo de tendencia central, que identifica el valor que está en el centro de la variable, siendo que los datos presentan un orden de magnitud.



Gráfica 12. Comparación del sufrimiento de las dimensiones.



Gráfica 13. Promedio de las distintas dimensiones.

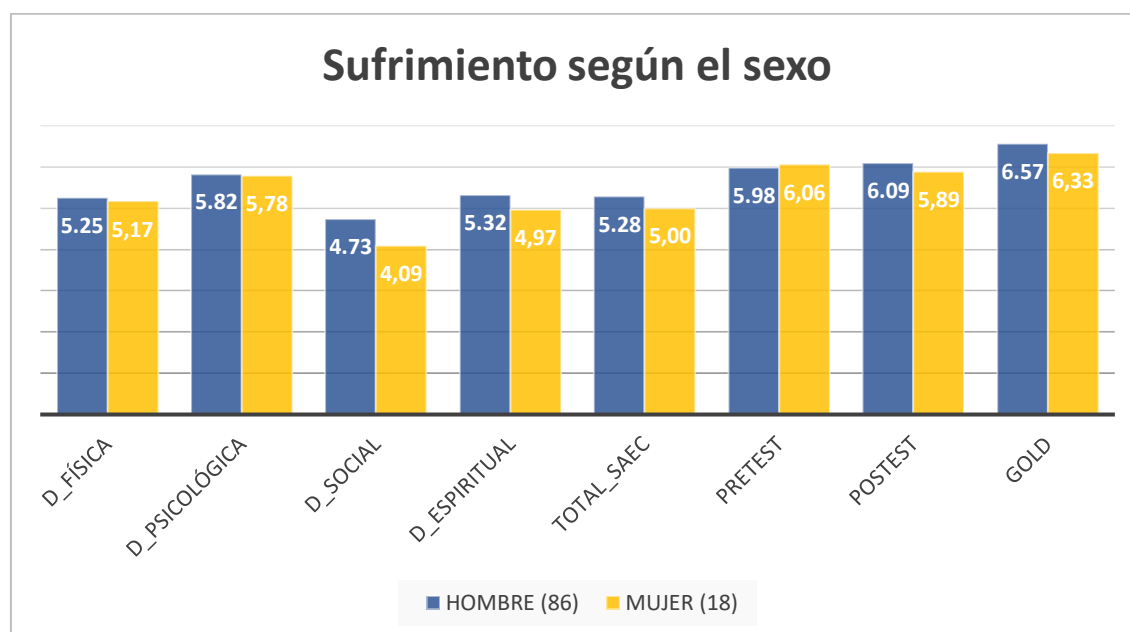
## 7.2.2. Resultados del sufrimiento en función de las variables demográficas

### 7.2.2.1. Resultados por sexo en relación con dimensiones de sufrimiento

Los resultados por sexo se han tratado comparando ambos sexos y observando el sufrimiento de cada sexo en cada una de las distintas dimensiones.

Como se puede observar en la Gráfica 14, el sufrimiento del hombre es mayor en todas las dimensiones del sufrimiento. En el Total-SAEC también es mayor en el hombre, con una puntuación de 5,28 frente a un 5,00 de la mujer.

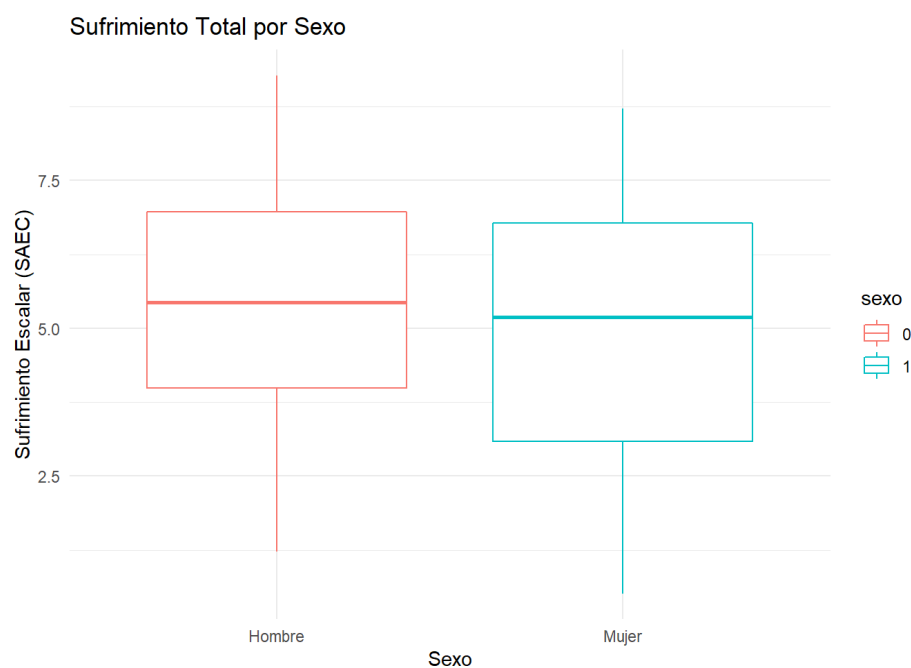
En la encuesta hay una pregunta de autoevaluación del sufrimiento antes (sufrimiento pretest) y después de pasar la escala (sufrimiento postest). En esta variable, el Pretest de la mujer tiene una ligera mayor puntuación respecto al hombre. Sin embargo, en el caso del Postest, es el hombre el que presenta mayor puntuación. Finalmente, el Gold Standard presenta una relación inversa con el sufrimiento; a mayor calidad de vida, menor debería de ser el sufrimiento. En la variable sexo esto no se confirma, dado que el hombre alcanza una mayor puntuación en comparación con la mujer y es el hombre quien presenta mayor sufrimiento.



Gráfica 14. Resultados por sexo en relación con las dimensiones de sufrimiento.

Al realizar la comparación de medias de la variable sexo, mujer y hombre, se comprueba que la distribución sigue criterios de normalidad probados mediante Kolmogorov-Smirnov, de forma que se utiliza la prueba t de student para la comparación de medias en muestras independientes. El valor de t, después de observar la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas, es de 0,710, con una significación del 0,623 en un intervalo de confianza del 95% [-1,41-0,848], de forma que se concluye que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En la Gráfica 15, se puede observar que la mediana del sufrimiento es ligeramente más elevada en hombres que en mujeres. Respecto a la distribución, presenta una leve asimetría negativa o sesgada a la izquierda, esto quiere decir que los datos están concentrados en la parte superior.



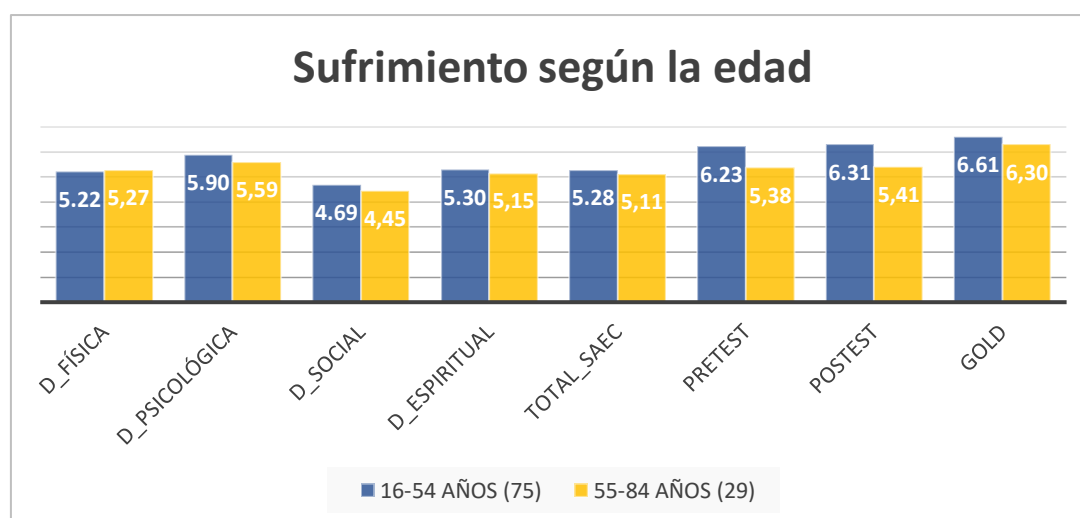
Gráfica 15. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en función del sexo.

### 7.2.2.2. Resultados por edad en relación con las dimensiones del sufrimiento

Los resultados por edad se han tratado comparando dos grupos de edades. El grupo 1 se encuentra en un rango de edad entre los 16-54 años y grupo 2 se agrupan los que presentan una edad comprendida entre 55-84 años. Por otro lado, se valora el sufrimiento de cada grupo en cada una de las distintas dimensiones.

Como se puede observar en la Gráfica 16, el sufrimiento del rango 16-54 es mayor en todas las dimensiones del sufrimiento, exceptuando en la dimensión física, donde los mayores de 55 tienen una puntuación ligeramente mayor que la del grupo 1. En el Total-SAEC también es mayor en los menores de 55 años, con una puntuación de 5,28 frente a un 5,11 de los mayores de 55 años.

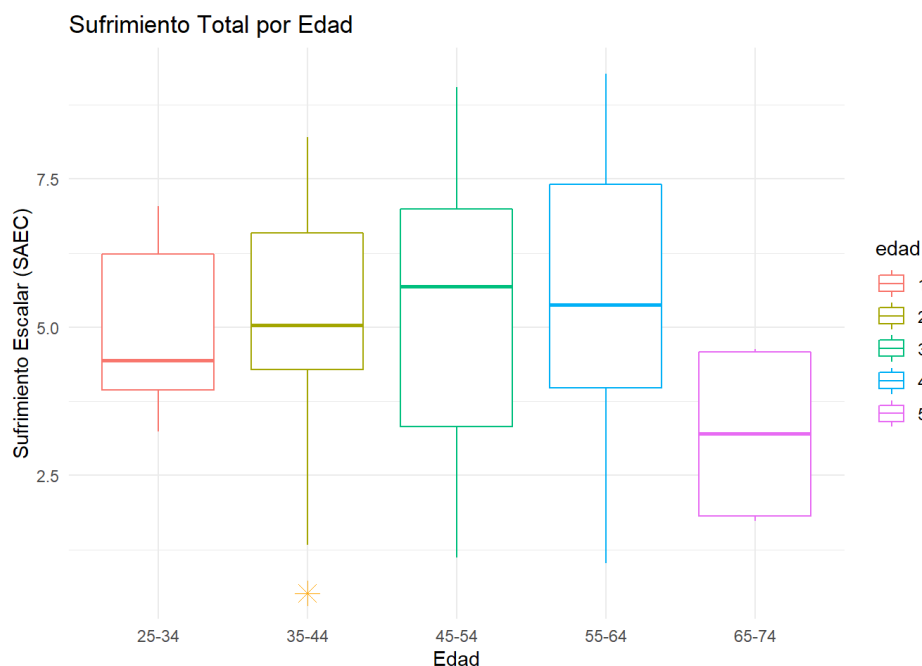
En la encuesta hay una pregunta de autoevaluación del sufrimiento antes y después de pasar la escala. En este caso en el Pretest, el grupo 1, con una puntuación de 6,23 refleja un notable mayor sufrimiento que el grupo 2, con una puntuación de 5,38. Por otro lado, tanto el grupo 1 como el 2 aumentan el sufrimiento en el Postest. Finalmente, el Gold Standard presenta una relación inversa con el sufrimiento; a mayor calidad de vida, menor debería de ser el sufrimiento. En la variable edad, los menores de 55 años que son los que más sufren en la mayoría de las dimensiones, tienen una mayor calidad de vida en comparación con los mayores de 55 años.



Gráfica 16. Resultados por edad en relación con las dimensiones de sufrimiento.

Al realizar la comparación de medias de la variable edad, menor de 55 años y mayor de 55 años, se comprueba que la distribución sigue criterios de normalidad probados mediante Kolmogorov-Smirnov, de forma que se utiliza la prueba t de student para la comparación de medias en muestras independientes. El valor de t, después de observar la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas, es de 0,973, con una significación del 0,737 en un intervalo de confianza del 95% [-0,791-1,115], de forma que se concluye que no existen diferencias significativas entre menores y mayores de 55 años.

En la Gráfica 17, se observa como la mediana del sufrimiento conforme aumenta la edad. Sin embargo, en grupo 5, edad entre 65-74, presenta una caída de la mediana siendo la más baja de todas.



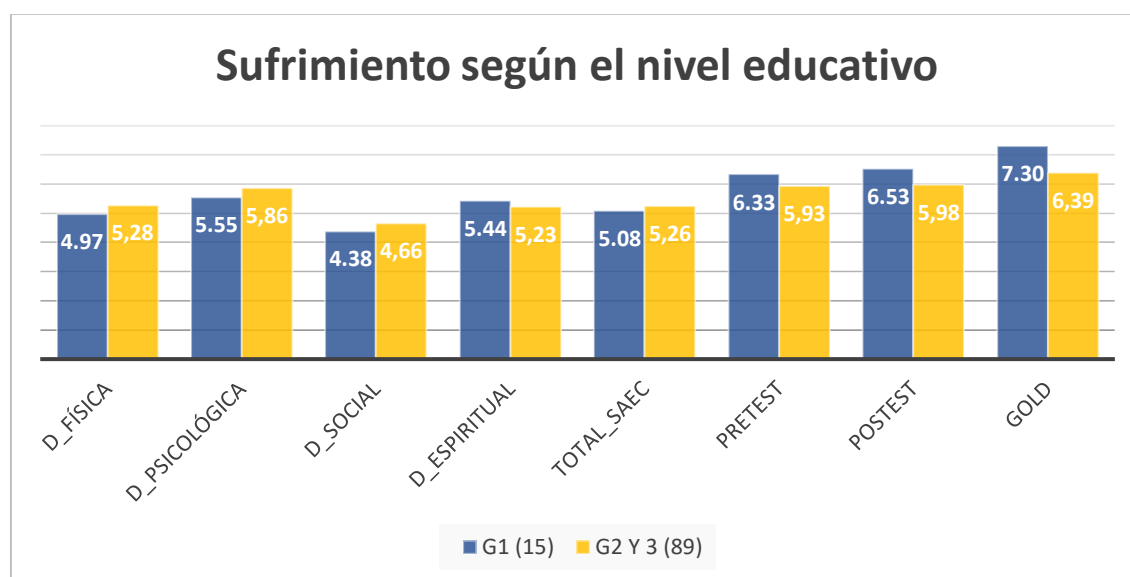
Gráfica 17. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en relación con la edad.

### 7.2.2.3. Resultados por nivel educativo en relación con las dimensiones del sufrimiento

Los resultados por educación se han tratado comparando dos grupos de nivel educativo. El grupo 1, sin estudios, y grupo 2, con mayor nivel educativo. Por otro lado, se valora el sufrimiento de cada grupo en cada una de las distintas dimensiones.

Como se puede observar en la Gráfica 18, el sufrimiento en el grupo 2 es mayor en todas las dimensiones menos en la espiritual. En el Total-SAEC también es mayor en el grupo 2, con una puntuación de 5,26 frente a un 5,08 del grupo 1.

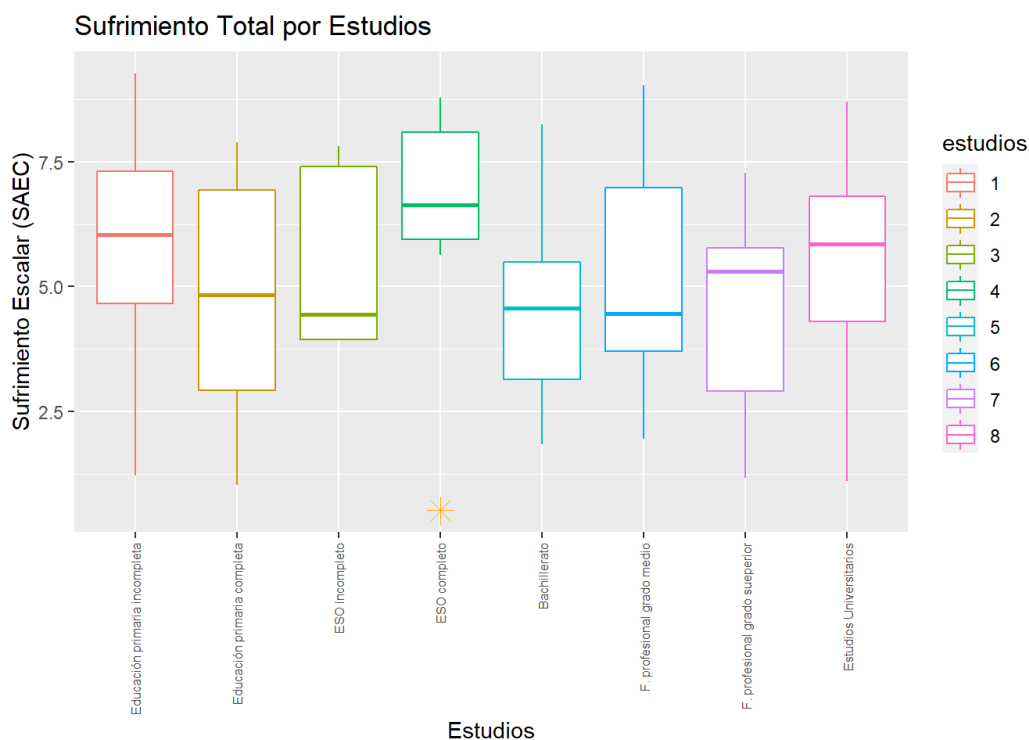
En la encuesta hay una pregunta de autoevaluación del sufrimiento antes y después de pasar la escala. En este caso, el Pretest del grupo 1 obtiene una puntuación de 6,33 que refleja un notable mayor sufrimiento que el grupo 2, con una puntuación de 5,93. Tanto el grupo 1 como el 2 aumentan el sufrimiento en el Posttest, siendo el grupo 1 el que autopercebe mayor sufrimiento. Finalmente, el Gold Standard presenta una relación inversa con el sufrimiento; a mayor calidad de vida, menor debería de ser el sufrimiento. En la variable nivel educativo esto se confirma, dado que los que tienen menor nivel educativo alcanza una mayor puntuación en calidad de vida, en comparación con el grupo con mayor nivel educativo, los cuales presenta mayor sufrimiento. El grupo de menor nivel educativo presenta una llamativa mayor puntuación, con un 7,30 frente al 6,39 del grupo 2.



Gráfica 18. Resultados según nivel educativo en relación con las dimensiones de sufrimiento.

Al realizar la comparación de medias de la variable nivel educativo, bajo y alto nivel, se comprueba que la distribución sigue criterios de normalidad probados mediante Kolmogorov-Smirnov, de forma que se utiliza la prueba t de student para la comparación de medias en muestras independientes. El valor de t, después de observar la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas, es de 0,118, con una significación del 0,780 en un intervalo de confianza del 95% [-1,388-1,045], de forma que se concluye que no existen diferencias significativas entre pacientes con bajo y alto nivel educativo.

En la Gráfica 19, se puede observar como la mediana del sufrimiento aumenta desde el grupo 1 al 4, luego la mediana cae y vuelve a ir en aumento conforme aumenta el nivel de estudio.



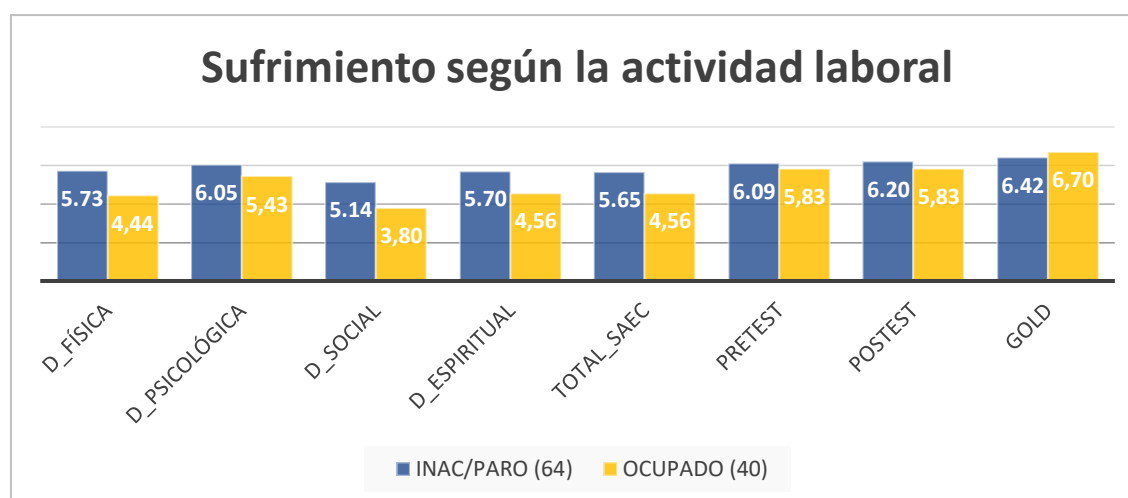
Gráfica 19. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en relación con los estudios.

#### 7.2.2.4. Resultados por situación laboral en relación con las dimensiones del sufrimiento

Los resultados por situación laboral se han tratado comparando dos grupos de actividad laboral, los inactivos/parados y los ocupados. Por otro lado, se valora el sufrimiento de cada grupo en cada una de las distintas dimensiones.

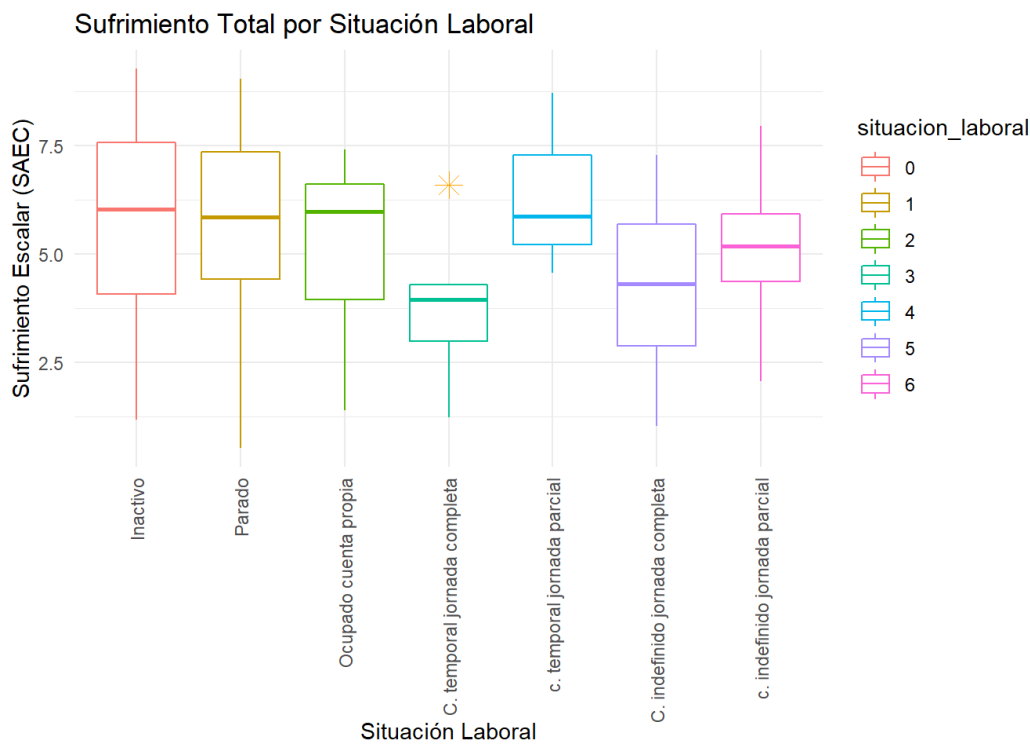
Como se puede observar en la Gráfica 20, el sufrimiento en el inactivo/parados es mayor en todas las dimensiones. Existen grandes diferencias entre los dos grupos en todas las dimensiones del sufrimiento. En la dimensión física, el inactivo/parado presenta una puntuación de 5,73, mientras que el ocupado tiene un 4,44. En el social el primer grupo tiene un 5,14 frente al 3,80 del segundo grupo. En el Total-SAEC también es mayor el primer grupo, con una puntuación de 5,65 frente a un 4,56 del segundo grupo.

En la encuesta hay una pregunta de autoevaluación del sufrimiento antes y después de pasar la escala. En este caso, el Pretest del inactivo/parado obtiene una puntuación de 6,09, la cual refleja mayor sufrimiento que el ocupado, que alcanza una puntuación de 5,83. Por otro lado, el inactivo/parado aumentan el sufrimiento en el Posttest, mientras el ocupado se mantiene con la misma puntuación. Finalmente, el Gold Standard presenta una relación inversa con el sufrimiento; a mayor calidad de vida, menor debería de ser el sufrimiento. En la variable actividad laboral esto se confirma, dado que el ocupado alcanza una mayor puntuación en comparación con el inactivo/parado, siendo este último el que más sufre.



Gráfica 20. Resultados según la actividad laboral en relación con las dimensiones de sufrimiento.

Al realizar la comparación de medias de la variable actividad laboral, inactivo/parado y ocupado, se comprueba que la distribución sigue criterios de normalidad probados mediante Kolmogorov-Smirnov, de forma que se utiliza la prueba t de student para la comparación de medias en muestras independientes. El valor de t, después de observar la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas, es de 0,118, con una significación del 0,12 en un intervalo de confianza del 95% [0,246-1,950], de forma que se concluye que existen diferencias significativas entre los pacientes inactivos/parados y los ocupados.



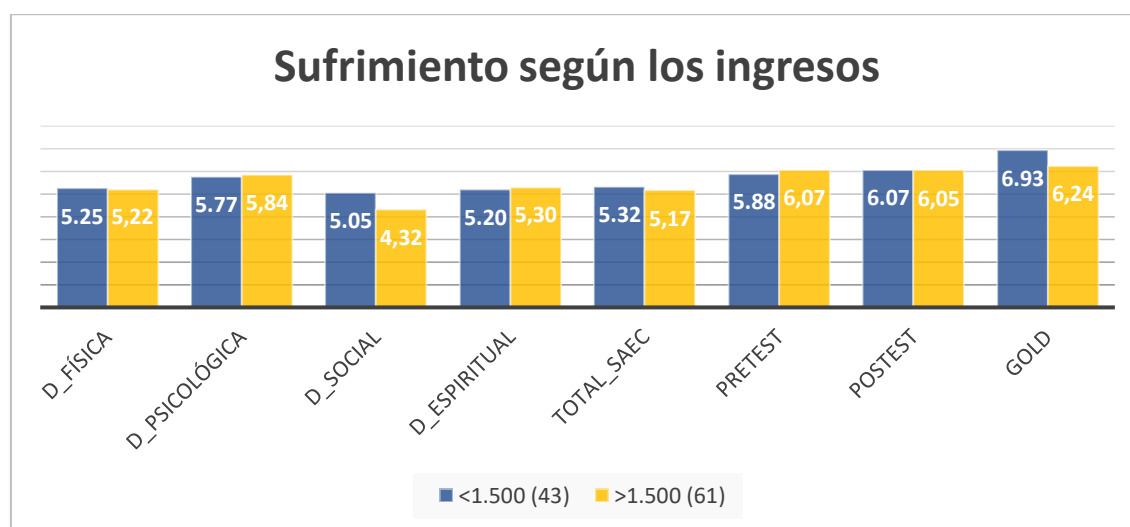
Gráfica 21. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en relación con la situación laboral.

### 7.2.2.5. Resultados por ingresos mensuales en relación con las dimensiones de sufrimiento

Los resultados por ingresos mensuales se han tratado comparando dos grupos según la cantidad que reciban al mes. Por un lado, los que cobran menos de 1.500 y el otro, los que cobran más de 1.500. Así mismo, se valora el sufrimiento de cada grupo en cada una de las distintas dimensiones.

Como se puede observar en la Gráfica 22, el sufrimiento de los pacientes que cobran menos de 1.500 es ligeramente mayor en la dimensión física y notablemente mayor en la social, con una puntuación de 5,05 frente al 4,32 de los que cobran más de 1.500. Aquellos que cobran más de 1.500 tienen mayor sufrimiento en comparación con el otro grupo, en las dimensiones psicológica y espiritual. En el Total-SAEC, se observa que la puntuación es mayor en el grupo que cobra menos de 1.500.

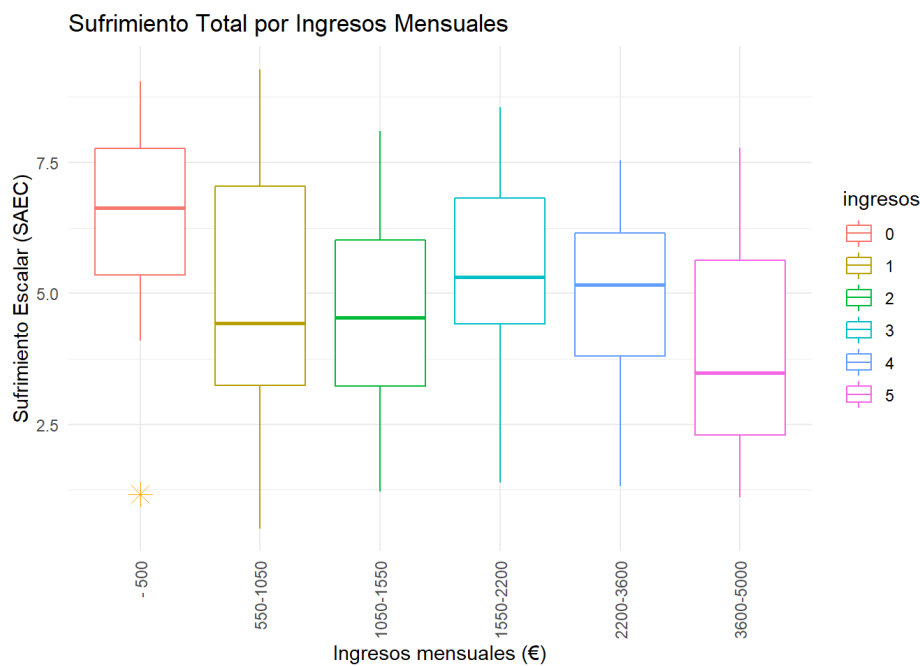
En la encuesta hay una pregunta de autoevaluación del sufrimiento antes y después de pasar la escala. En este caso, el Pretest de los que tiene mayores ingresos autoperciben mayor sufrimiento que los que ingresan menos. Sin embargo, en el Posttest en la muestra con mayor salario autopercibe menor sufrimiento y la muestra con menor salario aumentan la puntuación. Finalmente, el Gold Standard presenta una relación inversa con el sufrimiento; a mayor calidad de vida, menor debería de ser el sufrimiento. En la variable ingresos mensuales aquellos que presentan ingresos mensuales menos de 1.500 tienen una notable mayor calidad de vida que el grupo que más ingresa.



Gráfica 22. Resultados según ingresos mensuales en relación con las dimensiones de sufrimiento.

Al realizar la comparación de medias de la variable ingresos mensuales, los que cobran menos y más de 1.500 euros, se comprueba que la distribución sigue criterios de normalidad probados mediante Kolmogorov-Smirnov, de forma que se utiliza la prueba t de student para la comparación de medias en muestras independientes. El valor de t, después de observar la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas, es de 0,04. De forma que, rechazamos la hipótesis de igualdad de varianzas y aceptamos que las varianzas son distintas. Esto quiere decir, que hay heterocedasticidad, por tanto, que los datos a analizamos no son homogéneos.

En la Gráfica 23 se observa como la mediana de sufrimiento en relación con los ingresos presenta una gran variabilidad. Siendo la mayor mediana de sufrimiento en aquellas personas que cobran 500 euros al mes y la menor mediana de sufrimiento en aquellas que cobran más de 5000 euros.



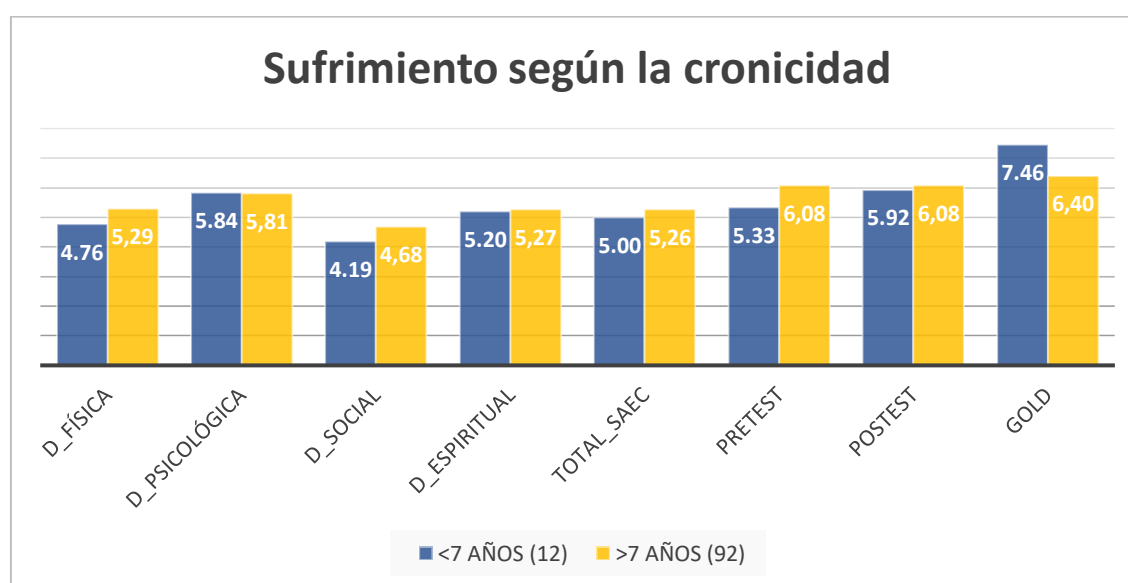
Gráfica 23. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en relación con los ingresos mensuales.

### 7.2.2.6. Resultados por cronicidad en relación con las dimensiones de sufrimiento

Los resultados por ingresos mensuales se han tratado comparando dos grupos según el tiempo que lleven de enfermedad. Por un lado, los que llevan menos de 7 años y el otro grupo lleva más de 7 años. Así mismo, se valora el sufrimiento de cada grupo en cada una de las distintas dimensiones.

Como se puede observar en la Gráfica 24, el sufrimiento en las personas que llevan más de 7 años es mayor en todas las dimensiones menos en la psicológica, donde el grupo que lleva menos tiempo presenta una ligera mayor puntuación. En el Total-SAEC, se observa que la puntuación es mayor en el grupo 2.

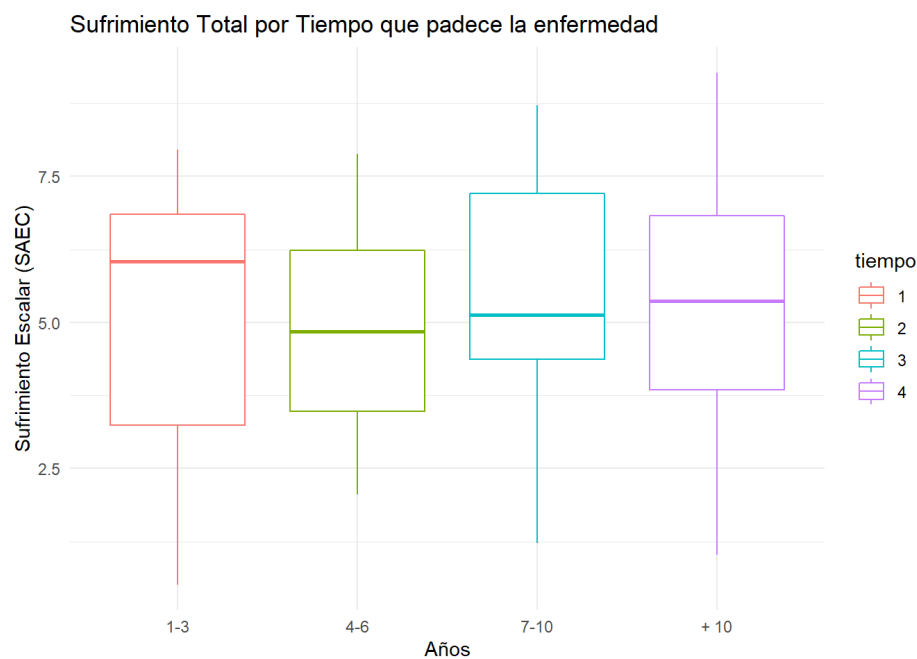
En la encuesta hay una pregunta de autoevaluación del sufrimiento antes y después de pasar la escala. Tanto en el Pretest como en el Postest, aquellos que tienen mayor cronicidad presentan mayor sufrimiento. Además, en ambos grupos aumenta el sufrimiento autopercibido en el Postest. Finalmente, el Gold Standard presenta una relación inversa con el sufrimiento; a mayor calidad de vida, menor debería de ser el sufrimiento. En la variable cronicidad esto se confirma, dado que los que llevan menos de 7 años alcanza una notable mayor puntuación en comparación con los que llevan más de 7 años.



Gráfica 24. Resultados según cronicidad en relación con las dimensiones de sufrimiento.

Al realizar la comparación de medias de la variable cronicidad, menos y más de 7 años con la enfermedad, se comprueba que la distribución sigue criterios de normalidad probados mediante Kolmogorov-Smirnov, de forma que se utiliza la prueba t de student para la comparación de medias en muestras independientes. El valor de t, después de observar la prueba de Levene para homogeneidad de varianzas, es de 0,706, con una significación del 0,693 en un intervalo de confianza del 95% [-1,604-1,071], de forma que se concluye que no existen diferencias significativas entre los pacientes que llevan más o menos de 7 años con la enfermedad.

En la Gráfica 25, se puede observar como la mediana del sufrimiento es mayor en el grupo 1, disminuye notablemente y va aumentando conforme aumentan los años de conicidad.



Gráfica 25. Diagrama de caja y bigotes del sufrimiento en relación con la cronicidad.

### 7.2.3. Sufrimiento escalar SAEC

En la Tabla 13, se recopilan todos los ítems de la encuesta SAEC y se han aglutinado en la dimensión a la que pertenecen. Se puede observar, como el ítem con una mayor media es “Siento Ansiedad” con una media de 6,798 y le ítem con la menor es “tengo problemas con mi entorno familiar” con una media de 2,66.

	Media	IC 95%	Mediana
<b>Sufrimiento Psicológico</b>			
Siento tristeza	6.519231	[5.97-7.07]	7
Siento ansiedad	6.798077	[6.25, 7.34]	7.5
Me siento infeliz	6.221154	[5.60, 6.84]	7.0
Tengo sentimientos de culpabilidad por lo que me ocurre	6.634615	[6.02, 7.25]	7.0
Siento importancia porque siempre estaré enfermo	4.759615	[4.10, 5.42]	5.0
Siento que soy una carga para los demás	4.884615	[4.18, 5.59]	5.0
Los días se me hacen muy largos, el tiempo pasa despacio para mí	4.471154	[3.77, 5.18]	4.0
Siento que mi autoestima se ha visto disminuida	6.201923	[5.62, 6.78]	7.0
<b>Sufrimiento Físico</b>			
Experimento dolor físico	4.000000	[3.39, 4.61]	4.0
Experimento cansancio o fatiga	6.134615	[5.56, 6.71]	7.0
Tengo dificultades para dormir	5.317308	[4.63, 6.00]	5.5
Tengo problemas de atención, concentración o memoria	5.682692	[5.02, 6.35]	7.0
Experimento limitaciones físicas en actividades diarias normales para mi edad	4.855769	[4.22, 5.49]	5.0
Se han producido cambios físicos en mi imagen personal que me disgustan	5.403846	[4.69, 6.11]	7.0
<b>Sufrimiento Social</b>			
Me siento incomprendido/a por los demás	6.211538	[5.57, 6.85]	7.0
Tengo problemas con mi trabajo o estudios	4.490385	[3.84, 5.14]	4.0
Tengo problemas con mi pareja	5.259615	[4.64, 5.88]	5.0
Tengo problemas con mi entorno familiar	2.663461	[2.10, 3.23]	2.0

Tengo problemas con mi entorno social	4.221154	[3.48, 4.97]	4.0
Me siento insatisfecho/a con la respuesta del sistema sanitario ante mi problema	4.336538	[3.61, 5.06]	4.5
Temo los problemas económicos para mí y para mi familia	5.173077	[4.45, 5.90]	6.0
<b>Sufrimiento Espiritual</b>			
Tengo problemas para mantener mi paz interior, mi equilibrio	6.548077	[5.98, 7.12]	7.0
Creo que no voy a poder afrontar esta situación, me veo superado	5.028846	[4.36, 5.69]	5.0
Me resulta difícil encontrar sentido a la vida	4.990385	[4.32, 5.66]	5.0
Me preocupa la soledad, sentirme aislado/a	5.913462	[5.27, 6.55]	7.0
Estoy preocupado/a y siento miedo por la idea de muerte	3.826923	[3.11, 4.54]	3.0

Tabla 13. Análisis estadístico respuestas del SAEC.

#### 7.2.4. Correlación entre variables principales, Total-SAEC, Pretest, Postest y Gold Standard

En estadística, se emplea el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) para medir la covariación entre variables que están relacionadas linealmente. Cuantifica la fuerza y dirección de la relación lineal de las dos variables entre ellas. Si la  $r=0$  no hay relación lineal, si es próxima a 1 existe una fuerte relación lineal positiva. Sin embargo, si es próxima a -1 significa que presenta una relación inversa, cuando una variable aumenta, la otra disminuye. La relación es significativa cuando ( $p<0,05$ ).

En la Tabla 14 se observa que la correlación entre el Total-SAEC con las diferentes dimensiones es muy elevada. La que presenta mayor correlación es la dimensión psicológica con una  $r= 0,937$  y la dimensión que presenta menor correlación es la social con una  $r= 0,876$ .

Entre las dimensiones, las que presentan mayor relación lineal entre ellas son la dimensión psicológica y la espiritual con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,873. Sin embargo, las dimensiones que tienen menor correlación entre ellas son la social y la espiritual con una relación de 0,7

En cuanto a la correlación de la  $r$  entre la SAEC y el Pretest es de 0.647, esto significa que tiene una relación elevada. Sin embargo, es la  $r$  entre SAEC y el Posttest es mayor, con una  $r$  de 0,695.

El Gold Estándar, la encuesta 5Q5D5L los valores de correlación son negativos. Esto se debe a que esta escala va de 0 a 10 en relación con la calidad de vida, si tiene elevada calidad de vida puntúa con un 10. Presenta una relación negativa con el SAEC, dado que cuando la calidad de vida aumenta, el sufrimiento disminuye. La correlación la  $r$  es de -0,297, la relación es baja, pero significativa. El Gold Estándar mira la peculiaridad de la enfermedad que estamos tratando. Presenta una mayor correlación con la dimensión física con un  $r=-0,369$ .

Por último, para medir la consistencia interna, la confiabilidad de nuestra encuesta se emplea el coeficiente alfa Cronbach. El valor de este coeficiente oscila entre 0 y 1, cuanto más cerca este el valor en 1 más consistencia interna tendrá la encuesta. Sin embargo, si el valor de más próximo a 0, quiere decir que tiene poca confiabilidad. El coeficiente de esta encuesta es de 0.959, por lo tanto, presenta una confiabilidad excelente.

Correlaciones

		D_F	D_P	D_S	D_E	TOTAL_SAEC	PRE TEST	POS TEST	GOLD
<b>D_F</b>	r	1	<b>,780**</b>	<b>,757**</b>	<b>,772**</b>	<b>,909**</b>	<b>,538**</b>	<b>,601**</b>	<b>-,369**</b>
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	104	104	104	104	104	104	104	104
<b>D_P</b>	r	<b>,780**</b>	1	<b>,756**</b>	<b>,873**</b>	<b>,937**</b>	<b>,620**</b>	<b>,705**</b>	<b>-,263**</b>
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,007
	N	104	104	104	104	104	104	104	104
<b>D_S</b>	r	<b>,757**</b>	<b>,756**</b>	1	<b>,702**</b>	<b>,876**</b>	<b>,561**</b>	<b>,542**</b>	<b>-,129</b>
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,192
	N	104	104	104	104	104	104	104	104
<b>D_E</b>	r	<b>,772**</b>	<b>,873**</b>	<b>,702**</b>	1	<b>,922**</b>	<b>,639**</b>	<b>,678**</b>	<b>-,309**</b>
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,001
	N	104	104	104	104	104	104	104	104
<b>TOTAL SAEC</b>	r	<b>,909**</b>	<b>,937**</b>	<b>,876**</b>	<b>,922**</b>	1	<b>,647**</b>	<b>,695**</b>	<b>-,297**</b>
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,002
	N	104	104	104	104	104	104	104	104
<b>PRE TEST</b>	r	<b>,538**</b>	<b>,620**</b>	<b>,561**</b>	<b>,639**</b>	<b>,647**</b>	1	<b>,678**</b>	<b>-,235*</b>
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,016
	N	104	104	104	104	104	104	104	104
<b>POS TEST</b>	r	<b>,601**</b>	<b>,705**</b>	<b>,542**</b>	<b>,678**</b>	<b>,695**</b>	<b>,678**</b>	1	<b>-,204*</b>
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,038
	N	104	104	104	104	104	104	104	104
<b>GOLD</b>	r	<b>-,369**</b>	<b>-,263**</b>	<b>-,129</b>	<b>-,309**</b>	<b>-,297**</b>	<b>-,235*</b>	<b>-,204*</b>	1
	Sig. (bilateral)	,000	,007	,192	,001	,002	,016	,038	
	N	104	104	104	104	104	104	104	104

Tabla 14. Correlaciones.

**\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)**

**\*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)**

## 8. DISCUSIÓN

A la vista de los resultados se puede decir que el perfil de la muestra es el siguiente:

Se trata de una población masculina y veterana ya que la mayoría de los pacientes (63,50%) son hombres con una edad entorno a los 45-54 años.

Con relación al nivel de estudios, atendiendo a la clasificación agrupada, poco más de la mitad (51%), pertenecen al grupo 2 (tanto con la ESO incompleta como completa y los que han curso bachillerato o que presenten formación profesional grado medio o grado superior). Sin embargo, si analizamos los niveles educativos sin agrupar, el grupo más grande es el de los que tienen estudios universitarios\_ que representan casi la cuarta parte de la muestra (25%).

Centrando la atención en la situación laboral, más de un tercio (38,46%) son inactivos; los ingresos mensuales están comprendidos entre 550,00 € y 1050,00 € para el 32% de los pacientes y la mitad de la muestra (50%) llevan más de 10 años con esta situación de dependencia al alcohol.

### Análisis de la influencia del sexo en el consumo de alcohol y drogas

En nuestra muestra existe un predominio masculino del 63,50% (66 pacientes), frente al 36,50%, que representa el femenino (formado por 28 pacientes), presentando una proporción 2 a 1 veces superior la de los hombres frente a la que se da en las mujeres.

En este contexto, según los estudios oficiales de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020 (7), el consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres en todo el tramo temporal y a cualquier edad. Esta diferencia existente en cuanto al consumo de alcohol entre hombres y mujeres se debe a que el 95,5% de los varones han consumido alcohol alguna vez en su vida frente al 90,4% de las mujeres que lo han hecho. Con respecto al consumo en el último año, los hombres alcanzan una prevalencia del 82,7% frente al 71,6% de la prevalencia de consumo de las mujeres. Y por último en cuanto al consumo diario de alcohol la prevalencia de los hombres es del 14,2 % frente al 3,4% que alcanzan las mujeres, siendo 4 veces más el consumo de los primeros respecto al consumo de las segundas.

Se plantea que esta diferencia entre hombres y mujeres pueda estar determinada porque el consumo de alcohol culturalmente se ha asociado a un hábito masculino, que no se encuentra relacionado a lo femenino. Sin embargo, esa diferencia es menor en la población joven dado que la mujer incorpora conductas masculinas. Por otro lado, la forma de consumir es diferente, los hombres lo hacen en sociedad, mientras que la mujer consume en casa, por vergüenza o sentimiento de culpabilidad. (73). Quizás hoy en día esto está cambiando y, como antes hacíamos referencia, los patrones masculinos y femeninos de consumo de alcohol se están equiparando

#### Análisis de la influencia de la edad en el consumo de alcohol y drogas

Con relación a la edad, se observa como la mayoría de los pacientes 43,27% se encuentran en un rango de edad de 45-54 años, seguido de los rangos 35-44 años y 55-64 años, con el mismo porcentaje de pacientes 24,04% (25 pacientes). Comparando estos datos con la encuesta EDADES 2011, se observa que en ésta hay un aumento de la prevalencia de bebedores de riesgo alrededor de los segmentos de edad próximos a 50 años de la misma manera que en nuestra muestra (74).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), se observa que en la Encuesta Europea de Salud en España 2020, la edad predominante es de 45-54 años con una proporción de 20,33 %, seguida de aquellos que tienen 35-44 años que representa el 19,50% y el rango de 55 a 64 que alcanza el 16,49% de la muestra poblacional (75)

Estudiando conjuntamente las variables sexo y edad con relación al consumo de alcohol se advierte que conforme los grupos de edad son más jóvenes, los porcentajes según el sexo más se aproximan, lo que podríamos interpretar como la progresiva incorporación de la mujer al consumo de alcohol hacia niveles cada vez más parecidos al hombre (7).

#### Análisis de la influencia de nivel educativo en el consumo de alcohol y drogas

En cuanto a la variable nivel educativo, ya se ha explicado en el capítulo de resultados que se va a trabajar con los 9 niveles educativos que se plantean en la encuesta, agrupados en 3 categorías.

Si analizamos los niveles agrupados, a tenor de los porcentajes acumulados, en nuestra muestra se ve que el valor más frecuente es el del Grupo 2, que representa un 50% de la

muestra (pacientes que tienen la ESO completa o incompleta, el bachillerato o formación profesional de grado medio o grado superior). En segundo lugar, el Grupo 1, con una proporción de 25,96% (aquellos que tienen un nivel académico más bajo). Por último, los pacientes con estudios universitario, con un porcentaje del 23,08% de la muestra. Sin embargo, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en la Encuesta Europea de Salud en España 2020, en relación con las personas consumidoras de alcohol, el perfil de estudio básico supone el 40,98%, y los que tienen nivel superior son un 32,58% (76).

De la misma forma, la Encuesta 2019/2020 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, igualmente determina que el perfil de un consumidor diario de alcohol presenta un nivel educativo bajo. Siendo fundamental el conocimiento del comportamiento del consumo de alcohol según el nivel educativo o socioeconómico.

#### Análisis de la influencia de la situación laboral en el consumo de alcohol y drogas

Otra de las variables sociodemográficas estudiadas ha sido la situación laboral de los participantes de la muestra. Predomina el grupo de pacientes inactivos, que suponen un 38,46% del total de la muestra total de pacientes incluidos en el estudio, seguido de los que se encuentran en paro con una proporción del 23,08%.

Según el OEDA de 2019/2020 los pacientes que se encuentran en edad de trabajar, incluyendo activos y parados, la prevalencia de aquellos que no tienen estudios o presentan estudios primarios es del 15,6 %, los que tienen estudios secundarios representan el 10,4%, mientras que aquellos con estudios universitarios sólo alcanza el 5,8% (8). Gómez-Talegón indica en su estudio que más de la mitad de los pacientes que consumen alcohol tienen problemas laborales, vinculados con su consumo, durante toda su vida. Los motivos más habituales son; el absentismo con un 34,4% y las llamadas de atención con un 28% (77). Así pues, la conducta del consumo de alcohol dificulta, que los pacientes puedan incorporarse con una continuidad en el ámbito laboral.

Si nos fijamos en variable ingresos mensuales, de los datos recogidos se ve que el 31,73% de los pacientes incluidos en el estudio, tienen unos ingresos entre 550,00 a 1050,00 euros al mes. A este grupo le siguen los participantes que cobran entre 1050,00 a 1550,00 euros

que son un total del 22,12% y por último el conjunto que ingresa menos de 550,00€ euros y que representa el 20,19% del total de la muestra.

Según el estudio observacional de Enríquez-Martínez, el 40,6% de los pacientes obtenían unos ingresos bajos frente a un 31,3% con ingresos medios (78). Así mismo, en el estudio realizado por Mosquera, se observó que la media de ingresos mensuales personales era de 766 euros (79). Sin embargo, estos resultados no son obtenidos de la muestra poblacional, son datos de otros estudios y, por tanto, podrían estar sesgados

#### Análisis de la influencia de la cronicidad en el consumo de alcohol y drogas

En relación con la cronicidad de la enfermedad, según los datos obtenidos de nuestro estudio, la mitad 50% lleva más de 10 años diagnosticados como alcohólicos, y el 20,19% llevan sufriendola entre 4 y 6 años.

Existen pocos estudios en los que se determine el número de años que los pacientes lleven sufriendo la enfermedad. En una muestra de personas desintoxicadas de alcohol, los años de duración del consumo de alcohol de forma problemática fue de 10,8 años de media. Si comparamos con los datos de nuestra muestra, observamos que las cifras no son muy dispares a las de esta publicación (80). Por otro lado, se ha tratado la cronicidad buscando de relación entre los años enfermo con los niveles de autoeficacia. Postulando que, cuantos más años se consuma, menores serán los niveles de autoeficacia, entendido este concepto como la capacidad que tiene la persona para ser coherente con su decisión de abandonar el alcohol y dejar de beber. Por tanto, cuantos más años consumiendo el paciente tendrá más predisposición a recaer. (81).

Tras el estudio de las variables sociodemográficas determinadas en nuestro trabajo, hemos analizado los resultados de las distintas esferas del sufrimiento obtenidos del cuestionario SAEC.

#### Resultados de las distintas esferas del sufrimiento obtenidos del cuestionario SAEC.

Como se puede ver en los resultados del trabajo acerca del sufrimiento, la dimensión con mayor puntuación es la psicológica con un promedio de 5,81. El segundo puesto en frecuencia es la dimensión espiritual con una media de 5,26, seguida de la dimensión física con una puntuación de 5,23 y finalmente la dimensión social con un 4,62.

### Dimensión psicológica

El alcoholismo crónico es una enfermedad, que como ya se ha comentado en la introducción, es de conducta adictiva, la cual hace referencia a una pérdida del control de los impulsos. Da lugar a una alteración del comportamiento del sistema de refuerzo y a “perder el interés en las actividades placenteras habituales o abandono de ellas”, incapacidad denominada anhedonia frecuentemente asociada a depresión (82). Al mismo tiempo, el deseo o craving, surge de la necesidad de consumir y el desbalance cerebral, que se produce por esa neuroadaptación por el consumo crónico, da lugar a una inestabilidad psicológica. Esta inestabilidad se concreta en ansiedad, depresión, falta de motivación, entre otras. Es por ello, que como se refleja en nuestro estudio, la esfera más afectada es la psicológica (83).

El ítem de la dimensión psicológica que ha mostrado mayor media de sufrimiento es el “siento ansiedad” (promedio 6,79), seguido de “tengo sentimiento de culpabilidad por lo que le ocurre” (media de 6,63). En el estudio realizado por Arias Molina se manifestó que en personas que sufren alcoholismo crónico, la ansiedad se situaba más en el nivel alto de rasgo (19,09%) y de estado (24, 54%) (84).

El consumo continuado da lugar a cuadros depresivos graves, pero no permanentes. Es cierto que no hay estudios que relacionen que la causa de la depresión sea el alcohol. Más bien, el alcohol produce alteraciones afectivas transitorias. Según el estudio de Casas, el 80% de los pacientes ha sufrido depresión en algún tramo del rango de tiempo que lleva consumiendo, pero no se trata de una depresión primaria. En cuanto al suicidio, el 18-20% han tratado de suicidarse en algún momento durante su consumo crónico (85). Esta alteración afectiva que pueden experimentar, se puede ver reflejada en el ítem “siento tristeza”, tratándose de un ítem con una puntuación alta de 6,519.

### Dimensión espiritual

Tras la dimensión psicológica, la segunda con mayor promedio de sufrimiento es la espiritual, con una puntuación de 5,26. En relación con la escala SAEC, el ítem con mayor media de esta esfera es “tengo problemas para mantener mi paz interior” (media de 6,54), mostrando una relevante diferencia de puntuación con el resto de ítem del sufrimiento espiritual. Sin embargo, el ítem con menos puntuación es “estoy preocupado/a y siendo miedo por la idea de la muerte” (promedio 3,82)

La espiritualidad es un concepto que es una visión de pertenecía a una vida trascendente y a la existencia de un ser superior a uno mismo. Se ha relacionado como un aspecto favorable con la salud física y psicológica y, al mismo tiempo, tiene una gran importancia con relación al tratamiento y recuperación de aquellos que tiene una conducta adictiva como el alcoholismo.

Existen autores que tratan la espiritualidad como componente protector de dicha conducta y ayuda al control del craving. Así mismo, el Alcohólicos Anónimos existen programas donde se fomenta principios como la oración y la aceptación de un “Ser creador”. Estos programas ayudan al paciente a asumir que por sus propias fuerzas no puede hacer frente al alcohol, pero sí con ayudar de un ser superior (86).

Según el estudio de John F. Kelly, Alcohólicos Anónimos mejoraba los resultados en cuanto al nivel conductual, porque fomentan las prácticas espirituales personales de cada paciente (87). De la misma manera, que el equipo de Robinson, reflejo en su estudio prospectivo como, tras 6 meses de recibir tratamiento con AA se encontraron cambios significativos. Cambios garantizados por prácticas como el perdón a uno mismo, determinar metas en la vida y al aumentar la meditación y oración (88).

#### Dimensión física

Por otro lado, tenemos el sufrimiento físico con una media de 5,23. “Experimento cansancio o fatiga” es el ítem al que los pacientes han dado mayor puntuación, seguido de “Tengo problemas de atención, concentración o memoria” (promedio 5,68).

La afectación física es menos visible o que no se ve como el pilar fundamental que representa a alteración mental, que es la que puede dificultar la capacidad del paciente para dejar de consumir. El consumo crónico y continuo de alcohol da lugar a efectos nocivos para nuestro cuerpo.

Afectaciones como al aparato digestivo, dando lugar a alteraciones tanto en estómago, como intestino, hígado o páncreas. Afectaciones en el aparato respiratorio, pudiendo provocar una depresión respiratoria. Alteraciones cardiovasculares, del sistema hematopoyético como urogenital y el efecto sobre la temperatura corporal. (3 del TFG). Sin embargo, el ítem “experimento dolor físico” es el que menor puntuación presenta.

El ítem “tengo dificultades para dormir” tiene un promedio considerable de 5,31. Se puede afirmar que todas las drogas susceptibles de producir dependencia van a alterar el sueño natural; ya sea alterando su regulación normal en lo relativo adormir cuando deba, es decir

no dormir a deshoras; ya sea por la cantidad de sueño que no se ajuste al necesario por exceso o por defecto; o bien actuando sobre la calidad del sueño al no respetar la estructura natural del sueño (89). Esta falta de sueño puede ser uno de los motivos de ese cansancio o fatiga que los pacientes han puntuado de manera tan elevada.

#### Dimensión social

Por último, nos centraremos en la dimensión social, la cual ha obtenido la menor media con un 4,62. Donde el ítem que tiene una media notablemente más elevada respecto al resto de ítem es “me siento incomprendido/a por los demás”, con un promedio de 6,21.

Los efectos del alcohol son múltiples, entre los cuales nos encontramos afectaciones a nivel familiar y social. La figura de la familia es el pilar principal para la prevención del paciente para consumir. Tiene una notable importancia, dado que es el cimiento que determina los valores o el autoconcepto de la persona. Pueden ser fuente de problemas emocionales de los pacientes (90). En nuestra muestra el ítem “tengo problemas con mi entorno familiar” obteniendo una media de 2,66, siendo el ítem con menos puntuación de toda la escala. Muchos de los pacientes referían, que antes de iniciar el tratamiento presentaban numerosos problemas con su entorno familiar, pero tras iniciar la terapia se habían convertido en su pilar. En todas las asociaciones dan mucha importancia a la figura de la familia y su implicación.

En los pacientes que realizaron la encuesta, el segundo ítem con elevada puntuación es “tengo problemas con mi pareja”. Según el estudio de Amanda Márcia sobre los efectos del alcohol a nivel de la relación familiar en la población de Brasil, determina que el “25% dijo que la pareja con la que vivían se irritó con su embriaguez o con su comportamiento mientras bebía. El 12% dijo haber iniciado una discusión o pelear con la pareja mientras se bebe”. Es por esto, que la conducta adictiva perjudica al núcleo familiar, incitando violencia, maltrato, dificultades económicas que repercuten a toda la familia. El alcohol es una sustancia que altera el control de impulsos y puede desarrollar conductas agresivas. En medio de esta situación, es clave la participación de las familias en la terapia con los pacientes y que puedan crear alianzas para conseguirlo (91).

El abuso del alcohol en gente joven se emplea para divertirse, relacionarse mejor con los demás y poder encajar. Es la incapacidad social del adolescente el que le convierte en un factor de riesgo, por su falta de autocontrol, de ver el riesgo y las consecuencias (92).

En lo referente al sexo, el hombre muestra una mayor media de sufrimiento en todas las dimensiones, siendo la dimensión social la que presenta mayor diferencia entre ambos sexos. En la dimensión física el hombre tiene un resultado de 5,246 respecto al 5,166 de la mujer. En la esfera psicológica el varón presenta una media de 5,82 y la mujer de 5,78. Por otro lado, en el sufrimiento social el hombre alcanza el 4,73 y la mujer 4,08, finalmente, en la espiritual el hombre refleja un 5,32 y la mujer 4,96. En el sufrimiento total del SAEC, la muestra masculina tiene una media de 5,28 y la muestra femenina un 4,99. Este escenario podría deberse a motivos culturales, en los que el hombre debe guardarse las cosas para sí mismo, no sea que los demás lo vean vulnerable o débil. Parece que la masculinidad no da cabida al mundo de las emociones, que la sensibilidad es algo más propio de la mujer. Podría ser una de las razones por las que el hombre consume más que las mujeres, por falta de salida antes problemas personales.

Si nos centramos en la edad, observamos que aquellos que se encuentran en el rango de edad de 16-54 años sufren más en todas las dimensiones, incluida el Total SAEC, menos en la física que es ligeramente mayor en aquellos que tienen entre 55-84 años. Aquella dimensión que presenta mayor diferencia entre ambos rangos es la psicológica, siendo la puntuación de los más jóvenes un 5,899 frente a un 5,59 de los pacientes mayores de 55 años. Las razones que podrían justificar esta situación podrían ser que a la gente más mayor les incomoda el dolor, son capaces de reconocer la importancia de entender a los que les rodea y poder ser un apoyo. Tienen mayor capacidad de ser reflexivos y abiertos a las vivencias que les ha tocado experimentar. Por otro lado, la gente más joven, especialmente los adolescentes, tiene una menor madurez personal, lo que les dificulta salir de su ensimismamiento, con un predominio de sentimientos de inseguridad que les hace sufrir.

Otra de las variables sociodemográficas es la educación. Se puede ver que aquellos con mayor nivel de estudio experimentan mayor sufrimiento en todas las esferas, menos en la espiritual, siendo la psicológica la más afectada. Esta situación puede deberse a que aquellos con mayor nivel académico tengan mayor autoconocimiento, mayor madurez personal y capacidad para entender y para preguntarse cuestiones más trascendentales, que puedan hacerle ver el rumbo que está tomando su vida y por ello, hacerle sufrir más.

Por otro lado, nos encontramos con la actividad laboral, dividido en inactivo/parado y ocupado. En todas las dimensiones el inactivo refleja un mayor sufrimiento, con una notable diferencia respecto al ocupado, siendo la más afectada la psicológica, como hemos visto en las otras variables. En la dimensión social, el inactivo/parado tiene una media de 5,136 mientras que el ocupado presenta una puntuación de 3,79. En la espiritual en inactivo presenta un 5,7 de promedio y el ocupado un 4,55. La precariedad laboral o la falta de vida laboral da lugar a un aumento de sufrimiento y de empeoramiento de la salud. Por lo que, podríamos entender que aquel que trabaja presenta todos los días objetivos, tener la mente ocupada y poder sentir que forma parte del engranaje que hace que la sociedad funcione, es decir, verse miembro de ello y no verse excluido.

Tratando los ingresos mensuales, en el Total SAEC los pacientes que ingresan menos de 1500 evidencia un mayor nivel de sufrimiento. Sin embargo, en cuanto a las dimensiones, el grupo 2 (cobran más de 1500) experimentan mayor sufrimiento en la esfera psicológica, con una media de 5,84 frente al 5,77 del primer grupo, y espiritual.

Viendo las gráficas de los resultados en relación con la cronicidad de la enfermedad, el grupo que lleva más de 7 años tiene una relevante diferencia en cuanto a participantes. Este grupo tiene 92 participantes y aquellos que llevan menos de 7 años tienen 12 participantes. La afectación de las dimensiones es similar al resto de las variables, siendo la más afectada la dimensión psicológica con una media de 5,8, seguida de la física con una puntuación de 5,29 y la espiritual con un 5,26, para observar finalmente, la dimensión social con un promedio de 4,67.

## 9. CONCLUSIONES

1. El perfil de mayor sufrimiento en el alcoholismo crónico es un varón, con una edad entorno a los 45-54 años, con un nivel educativo medio, que se encuentra inactivo, cuyos ingresos están entre 550 y 1050 euros y que lleva padeciendo la enfermedad más de 10 años.
2. La escala de Sufrimiento Asociado a Enfermedad Crónica (SAEC) aplicada en pacientes con alcoholismo crónico obtiene un valor promedio de 5,23 sobre 10.
3. Los pacientes con alcoholismo crónico se ven más afectados por la dimensión psicológica, y esta alcanza una puntuación de 5,81 sobre 10.
4. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los inactivos/parados y los ocupados, siendo los inactivos/parados el grupo que obtiene un valor más elevado de sufrimiento total con una media de 5,65 sobre 10 en la escala SAEC. En este grupo la dimensión más afectada es la psicológica, con una puntuación de 6,05 sobre 10.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2021 noviembre 4]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
2. Menéndez EL. Alcoholismo y proceso de alcoholización; la cosntrucción de una propuesta antropológica. In Latapí D, Luna R, editors. Antrolopogía del alcoholismo en méxico: los límites culturales de la economía política 1930-1979. Méxio: Ciesas; 1991. p. 13-35.
3. Álvarez González FJ, Del río Gracia C. Farmacología del alcohol. In Manual SET del alcohol. Madrid: Panamericana; 2003. p. 109-124.
4. Reina Galán F. Preguntas y respuestas sobre el alcohol y el alcoholismo. 1st ed. Sevilla: S.L. Punto Rojo Libros; 2017.
5. De Ternay J, Leblanc P, Michel P, Benyamina A, Naassila M. One-month alcohol abstinence national campaigns: a scoping review of the harm reduction benefits. *Harm Reduct J*. 2022 Marzo; 19(1).
6. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ESTUDES), Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Observatorio Español sobre Drogas; 2018.
7. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España 2019-2020 (EDADES). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2020.
8. Encuesta 2019-2020 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio español de la droga y de las adicciones (OEDA) , Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad; 2019-2020.
9. Jung MK, Callaci JJ, Lauing KL, Otis JS. Alcohol Exposure and Mechanisms of Tissue Injury and Repair. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010 noviembre 30; 35(3): p. 392-399.
10. Szabo G, Dolganiuc A, Dai Q, Pruett SB. TLR4, ethanol, and lipid rafts: a new mechanism of ethanol action with implications for other receptor-mediated effects. *J Immunol*. 2007 Feb 1; 178(3): p. 1243-1249.
11. Yong-Chen L, Wen-Chen Y, Ohashi PS. LPS/TLR4 signal transduction pathway. *Cytokine*. 2008 mayo; 42(2): p. 145-151.
12. Hering H, Lin CC, Sheng M. ARTICLE, Cellular/Molecular Lipid Rafts in the Maintenance of Synapses, Dendritic Spines, and Surface AMPA Receptor Stability. *Journal of Neuroscience*. 2003 Abril 15; 23(8): p. 3262-3271.
13. Hering H, Sheng M. Dendritic spines: structure, dynamics and regulation. *Nat Rev Neurosci*. 2001 Diciembre; 2(12): p. 880-888.
14. Dalskov SM, Immerdal L, Niels-Christiansen LL, Hansen GH. Lipid raft localization of GABAA receptor and Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>-ATPase in discrete microdomain clusters in rat cerebellar granule cells. *Elsevier*. 2004 Noviembre 29; 46(6): p. 489-299.
15. Scott M. J, Bennett V. Developing nodes of Ranvier are defined by ankyrin-G clustering and are independent of paranodal axoglial adhesion. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2002 Febrero 12; 99(4): p. 2303-2308.
16. Saavedra Torres JS, Diaz Cordoba WJ, Zuñiga Ceron LF, Navia Amezcua CA, Zamora Bastidas TO. Correlación funcional del sistema límbico con la emoción, el aprendizaje y la memoria. *Morfología*. 2015; 7(2): p. 29-44.

17. Bustos M. Nucleus accumbens and the motivational system of attachment. *Rev chil neuropsiquiat*. 2008; 46(3): p. 207-215.
18. Fernández-Espejo E. How does the nucleus accumbens tick? *Revista de Neurología*. 2000; 30(9): p. 845-849.
19. Méndez-Díaz M, Romero Torres BM, Cortés Morelos J, Ruíz-Contreras A, Próspero García O. Neurobiology of addictions. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2017 febrero; 60(1).
20. Piñas Mesa A, Chivato Pérez T. Las adicciones de ayer y hoy. Hacia un enfoque humanista en el tratamiento de las adicciones. 1st ed. Piñas Mesa A, Chivato Pérez T, editors. Madrid: Dykinson, S.L; 2020.
21. Wise RA. Brain reward circuitry: insights from unsensed incentives. *Neuron*. 2002 october 10; 36(2): p. 229-240.
22. Morales Basto JP, Burgos Castro ED, Fandiño Sánchez A, Porrás Galindo LF, Rodríguez Munevar DS, Agudelo Cañas S, et al. La relación entre el sistema endocannabinoide y la adicción a la comida: una revisión exploratoria. *Revista Espanola de Nutricion Humana y Dietetica*. 2021 julio; 25(2): p. 212-226.
23. Deehan DA, Hauser SR, Wilsen JA, Truitt WA, Rood ZA. Elucidating the biological basis for the reinforcing actions of alcohol in the mesolimbic dopamine system: the role of active metabolites of alcohol. *Frontiers in integrative neuroscience*. 2013 august 23; 7(104).
24. W.H.O. Expert Committee on Mental Health and Alcohol. The "craving" for alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1955; 16: p. 33-66.
25. De Arce F, Bernaldo de Quirós M, Labrador FJ. El concepto de deseo de consumo por la droga. *Psicotema*. 1994; 6(3): p. 367-374.
26. Guardia-Serecigni J, Segura Segura L, Gonzalvo Cirac B, Trujols Albet J, Tejero Pociello A, Suárez González A, et al. Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (Escala EMCA). *Medicina Clínica*. 2004; 123(6): p. 211-216.
27. Murphy CM, Stojek MK, Few LR, Rothbaum AO, Mackillop J. Craving as an Alcohol Use Disorder Symptom in DSM-5: An Empirical Examination in a Treatment-seeking Sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2014 Febrero; 22(1): p. 43-49.
28. Seo , Lacadie CM, Tuit K, Hong KI, Constable RT, Sinha R. Disrupted Ventromedial Prefrontal Function, Alcohol Craving, and Subsequent Relapse Risk. *JAMA Psychiatry*. 2013 Octubre 2; 70(7): p. 727-739.
29. Swann , Anderson J, Dougherty D, Moeller F. Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2001 Marzo 25; 101(2): p. 195-197.
30. Moeller F, Barratt E, Dougherty D, Schmitz J, Swann A. Psychiatric aspects of impulsivity. *AM J Psychiatry*. 2001 Noviembre; 158(11): p. 1783-1793.
31. Hoptman MJ. Impulsivity and Aggression in Schizophrenia: A Neural Circuitry Perspective with Implications for Treatment. *CNS Spectrums*. 2015 Junio; 20(3): p. 280-286.
32. Sadock K&. *Sinopsis de Psiquiatría*. 10th ed. Virginia: Editorial Lippincott; 2003.
33. Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA. The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III—R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychological Medicine*. 1999; 29(4): p. 943-951.

34. Allen TJ, Moeller FG, Rhoades HM, Cherek DR. Impulsivity and history of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*. 1998; 50(2): p. 137-145.
35. Krueger T, Schedlowski M, Meyer G. Cortisol and Heart Rate Measures during Casino Gambling in Relation to Impulsivity. *Neuropsychobiology*. 2005; 52: p. 206-211.
36. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Anderson SW. Dissociation Of Working Memory from Decision Making within the Human Prefrontal Cortex. *Journal of Neuroscience*. 1998 Enero 1; 18(1): p. 428-437.
37. Celada P, Puig M, Antigas F. Serotonin modulation of cortical neurons and networks. *Frontiers in integrative neuroscience*. 2013 Abril 19; 7: p. 25-31.
38. Zermatten A, Van der Linden M, d Acremont M, Jermann F, Bechara A. Impulsivity and Decision Making. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005; 193(10): p. 647-650.
39. Xiao L, Bechara A, Grenard LJ, Stacy WA, Palmer P, Wei Y, et al. Affective decision-making predictive of Chinese adolescent drinking behaviors. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2009; 15: p. 547-557.
40. Chapman CR, Gavrin J. Suffering: the contributions of persistent pain. *Lancet*. 1999 junio; 353: p. 2233-2237.
41. Ramírez Patiño M. The Max Scheler proposal as a resolution to the problem of pain inintelligibility. *Stoa*. 2020; 11(21): p. 82-97.
42. Miramontes F. The theory of the meaning of suffering. Philosophical foundation of a therapy: Scheler and Frankl. *Realitas*. 2013; 1(1): p. 51-55.
43. Jairo J, Krikorian A, Vélez MC. Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología*. 2008; 5(2-3): p. 245-255.
44. Llambias de azevedo J. Max Scheler: Exposición sistemática y evolutiva de su filosofía con algunas críticas y anticríticas. 1st ed. Buenos Aires: Nova; 1966.
45. Frankl VE. *El hombre en busca del sentido* Barcelona: Herder; 1991.
46. Thumala D. Modernidad y Sufrimiento: Algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento. *Mad*. 2003; 8.
47. Huxley AL. *Un mundo feliz* Barcelona: Plaza & Janés; 1990.
48. Hayes S. *Sal de tu mente, entra en tu vida* Bilbao: Desclée de brouwer; 2013.
49. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Anderson SW. Dissociation Of working memory from decision making within the human prefrontal cortex. *J Neurosci*. 1998 enero 1; 18(1): p. 428-437.
50. Belmonte Martínez C. Emociones y cerebro. *Rev.R.Acad.Cienc.Exact.Fís.Nat. (Esp)*. 2007; 101(1): p. 59-68.
51. Aristóteles. *Acerca del alma* Madrid: Gredos; 1988.
52. Pinedo Cantillo I, Yáñez Canal J. Emotions and moral life: a reading from the cognitive-evaluator theory of Martha Nussbaum. *Veritas*. 2017; 36: p. 47-72.
53. Nussbaum C. Aristotle on Emotions and Rational Persuasion. In Oksenberg Rorty A. *Aeristotle's Rhetoric*. Berkeley: University of California Press; 1996. p. 303-323.
54. Conejero I, Olié E, Calati R, Ducasse D, Courtet P. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 april 5; 20(5): p. 33.

55. Von Blanckenburg P. Psychological interventions in palliative care. *Curr Opin Psychiatry*. 2018 Septiembre; 31(5): p. 389-395.
56. Kim ST, Hwang SS, Kim HW, Hwang EH, Cho J, Kang JI, Kim SJ. Multidimensional impulsivity as a mediator of early life stress and alcohol dependence. *Sci Rep*. 2018 Marzo 7; 8(1): p. 4104.
57. Curry I, Malaktaris A, Lyons R, Herbert M, Norman S. The Association Between Negative Trauma-Related Cognitions and Pain-Related Functional Status Among Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder. *J Trauma Stress*. 2019 April 1; 32(2): p. 317-322.
58. Wemm SE, Larkin C, Hermes G, Tennen H, Sinha R. A day-by-day prospective analysis of stress, craving and risk of next day alcohol intake during alcohol use disorder treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2019 Novembre 1; 204: p. 107-569.
59. Fernandez PS. Epidemiología: Conceptos Básicos. In Argimon Pallàs JM. *Tratado de epidemiología clínica*. Madrid: Dupont Pharm; 1995. p. 25-39.
60. Argimon JM, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiología*. 4th ed. Madrid: Elsevier; 2004.
61. Villasís-Keever MÁ, Miranda-Novales MG. El protocolo de investigación IV: las variables de estudio. *Rev Alerg Mex*. 2016 julio-septiembre; 63(3): p. 303-310.
62. Real Decreto 269/2000, de 25 de febrero, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Educación 2000 (CNED-2000). Madrid: Boletín Oficial del Estado, Ministerior de Economía y Hacienda; 2000.
63. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº3. Madrid: Encuesta Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
64. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975; 28: p. 563-575.
65. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*. 2008; 6(1): p. 37-48.
66. Rubio D, Berg-Weber M, Tebb S, Lee E, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*. ; 27(2): p. 94-104.
67. Bakieva M, González Such J, García-Bellido R, Jornet JM. Universidad de Valencia, Grupo de innovación educativa, innovaMIDE. [Online].; 2010 [cited 2021 octubre 12]. Available from: <http://www.uv.es/innovamide>.
68. T P, independientes pm. Universidad de Valencia, Grupo de Innovación educativa, innovaMIDE. [Online].; 2010 [cited 2021 octubre 12]. Available from: [https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS\\_0701b.pdf](https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0701b.pdf).
69. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. Fortaleza, Brasil: 64ª Asamblea Genera. Asociación Médica Mundial (AMM); Octubre 2013.
70. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina). In *Boletín Oficial del Estado*. Oviedo: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 1999. p. 36825- 36830.

71. Declaración de Taipei sobre las consideraciones éticas de las bases de datos y los biobancos. Taiwán: 67ª Asamblea Genera. Asociación Médica Mundial (AMM); Octubre 2016.
72. Ley Orgánica 3/2018 d5dddPdDPygdldd. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. [Online].; 2018 [cited 2021 Diciembre 21. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>.
73. Fernández Alonso V, Corral Liria I. Consumo de alcohol y género: diferencias desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. NURE Investigación. 2018 Junio 27; 15(96).
74. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 12. Ministerior de Sanidad. Plan Nacional sobre drogas. [Online].; 2011 [cited 2022 Mayo 2. Available from: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/4\\_EDADES\\_2011\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/4_EDADES_2011_Informe.pdf).
75. Instituto Nacional de Estadística. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 15. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=47560&L=0>.
76. Instituto Nacional de Estadística. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 28. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=47564>.
77. Gómez-Talegón MT, Álvarez González FJ. Problemas laborales en pacientes dependientes del alcohol: Evolución en un año de tratamiento. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2009 Septiembre; 55(216).
78. Enríquez-Martínez OG, Cristine Luft V, Perim de Faria C, Bisi Molina MdC. Consumo de alcohol y perfil lipídico en participantes del Estudio Longitudinal de Salud del Adulto (ELSA-Brasil). Nutrición Hospitalaria. 2020 Febrero; 36(3).
79. Mosquera Noguera J, Rodríguez-Míguez E. Costes intangibles de la dependencia alcohólica desde la perspectiva de los pacientes y sus familiares: un estudio de valoración contingente. Adicciones. 2018; 30(2): p. 111-122.
80. Martinotti G, Di Nicola M, Reina D, Andreoli S, Focà F, Cunnif A, et al. Alcohol Protracted Withdrawal Syndrome: The Role of Anhedonia. Substance Use & Misuse. 2008; 43(3-4): p. 271-284.
81. López Torrecillas F, Peralta I, Muñoz Rivas MJ, Godoy JF. Autocontrol y consumo de drogas. Adicciones. 2003; 15(2).
82. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10th ed. Virginia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
83. Chesa Vela D, Elías Abadías M, Fernández Vidal E, Izquierdo Munuera E, Sitjas Carvacho M. El craving, un componente esencial en la abstinencia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004; 89: p. 93-112.
84. Arias Molina Y, Cabrera Hernández Y, Herrero Solano Y. Autoestima, ansiedad y depresión en adolescentes con consumo de riesgo de alcoholismo. Multimed. 2019 Mayo-Junio; 23(3).
85. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones. 2022; 14.
86. Rodríguez-Puente L, Alonso-Castillo MM, Álvarez-Bermudes J, Gómez-Meza MV, Armendáriz-García NA, Hernández Martínez EK. Perspectiva espiritualidad en integrantes de alcohólicos anónimos: estudio piloto. Enfermería Global. 2017 Julio 1; 16(47).
87. Kelly JF, Stout RL, Magill M, Tonigan JS, Pagano ME. Spirituality in Recovery: A Lagged Mediation Analysis of Alcoholics Anonymous' Principal Theoretical

- Mechanism of Behavior Change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2011 Marzo; 35(3): p. 454-463.
88. Robinson EAR, Krentzman A, Webb JR. Six-Month Changes in Spirituality and Religiousness in Alcoholics Predict Drinking Outcomes at Nine Months. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2011 Julio; 72(4): p. 660-668.
89. Irwin M, Miller C, Gillin JC, Demodena A, Ehlers C. Polysomnographic and spectral sleep EEG in primary alcoholics: an interaction between alcohol dependence and African-American ethnicity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2000 Septiembre; 24(9): p. 1376-1384.
90. Lloret Irlles D. Alcoholismo: Una visión familia. *Salud y drogas*. 2001 Enero; 1(1): p. 113-128.
91. dos Santos Reinaldo AM, Pillon SC. Alcohol effects on family relations: a case study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008 Agosto; 16: p. 529-534.
92. Senra Varela M. Educar en habilidades sociales para prevenir el abuso de alcohol en la adolescencia. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*. 2010; 2(2): p. 423-433.
93. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition ed.: American Psychiatric Publishing; 2013.

## 11. ANEXOS

### 7.1 Anexo 1: Definición trastorno por consumo de alcohol

En el Manual de diagnóstico y estadísticos de los Trastorno Mentales (DSM-5) publicado por la APA cuya última actualización se realizó en 2013, aparecen sustanciales diferencias respecto de anteriores ediciones, cuando define el Trastorno por consumo de alcohol e Intoxicación por alcohol.

#### **A. Trastorno por consumo de alcohol**

Se determina como un patrón problemático de consumo de alcohol que provoca una afectación clínicamente reveladora y que se expresa, al menos, por dos de los siguientes ítems, aconteciendo durante un periodo de doce meses:

- 1.- El consumo de alcohol con frecuencia en grandes cantidades o durante un periodo de tiempo mayor del que se pretendía.
- 2.- Presenta un anhelo imperecedero o afán improductivo de dominar o detener el consumo de alcohol.
- 3.- Se utiliza un cuantioso tiempo en actividades indispensables para conseguir alcohol, consumo de alcohol o de reponerse de sus efectos.
4. “Craving”, o un fuerte deseo o necesidad de consumir alcohol.
- 5.- Consumo reiterado de alcohol, que da lugar a la falta en la realización de responsabilidades en el trabajo, en instituto o en el hogar.
- 6.- Consumo incesante de alcohol, pese a de tener contrariedades sociales continuas o repetido o problemas interpersonales ocasionado o aumentado por los efectos de la sustancia.
- 7.- Disminución o renuncia a primordiales actividades sociales, laborales o recreativas como consecuencia del consumo de alcohol.
- 8.- Consumo reiterado de alcohol en circunstancias en las cuales es físicamente arriesgado.
- 9.- Se persiste el consumo de alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos, recidivantes o persistentes, que parecen ser consecuencia o aumentados por el consumo de alcohol.
- 10.- Tolerancia, definida por cualquiera de las siguientes:

- Un deseo de cantidades paulatinamente crecientes de alcohol para alcanzar la intoxicación o el efecto que esperaba.
- Un destacado descenso del efecto con el persistente consumo de semejante cuantía de alcohol.

11.- Abstinencia definida por cualquiera de los siguientes:

- I. El síndrome de abstinencia característico de alcohol.
  - a. Manifestación del síndrome de abstinencia típico del consumo de alcohol después de su uso continuo y en desmesuradas proporciones:
    1. Hiperactividad autonómica (por ejemplo, sudoración o más de 100 pulsaciones por minuto)
    2. Temblor de las manos incrementado
    3. Insomnio
    4. Náuseas o vómitos.
    5. Alucinaciones; visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones.
    6. Agitación psicomotora.
    7. Ansiedad
    8. Convulsiones generalizadas tónico-clónicas.
  - b. Dos o más de los sucesivos síntomas evolucionados horas o días después de la suspensión (o descenso) del consumo de alcohol reseñado en el apartado a.
- II. Consume alcohol (o una sustancia muy parecida, tal como una benzodiacepina) para calmar o eludir los indicios de abstinencia.

### **B. Intoxicación por alcohol**

Sin embargo, en este mismo documento, el DSM-5, se define intoxicación por alcohol atendiendo las siguientes consideraciones:

- 1.- Consumo reciente de alcohol.
- 2.- Conducta complicada o cambios psicológicos clínicamente relevante (v.g., conducta sexual inadecuada o violento, cambios en el genio, condura trastornada) que se manifiesta mientras o poco después del consumo de alcohol.

3.- Por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas que se muestran mientras o poco después de la ingesta de alcohol:

- a. Hablar arrastrando palabras.
- b. Incoordinación.
- c. Marcha insegura.
- d. Nistagmo.
- e. Alteración de atención o de la memoria.
- f. Estupor o coma.

4.- Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra alteración médica y no se logra aclarar mejor por otros trastornos mentales, incluida una intoxicación por otra sustancia (93).

## 7.2 Anexo 2: Hoja de información al Participante/Paciente

### Hoja de información al Participante/Paciente



**Título del estudio:** .....

**Nombre del Investigador Principal:** .....

Tutores del Trabajo: Dr. Germán Cerdá Olmedo y Dr. Asensi Cabo Meseguer

Soy ....., alumno de 6º de Medicina de la Universidad Católica de Valencia. Estoy realizando mi trabajo de fin de grado sobre la valoración del sufrimiento en pacientes con .....

Este trabajo forma parte de la una línea de investigación del grupo de “Investigación básica y clínica en dolor” de la Universidad Católica de Valencia cuyo Investigador principal es el Dr. Germán Cerdá Olmedo.

El Dr. Cerdá junto con el Dr. Asensi Cabo han diseñado la encuesta “Sufrimiento Asociado a Enfermedad Crónica (SAEC), con la intención de evaluar y definir el sufrimiento asociado a diferentes enfermedades crónicas.

Los datos obtenidos tienen fines puramente científicos y su tratamiento es absolutamente anónimo, y no será en ningún caso posible identificarle en ningún momento, de forma que le rogamos la máxima sinceridad en sus respuestas.

Contestar a esta encuesta, sólo le llevará unos minutos.

Le rogamos la máxima sinceridad a la hora de proporcionar las respuestas de este, para obtener datos lo más veraces posibles.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento.

Puede hacer todas las preguntas que necesite al investigador y éste se las resolverá.

Puede llevarse la información que se le da y pensarlo tranquilamente y discutirlo con sus familiares, con su médico de cabecera o cualquier otra persona, si así lo cree necesario.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio cuando quiera y sin sufrir ningún perjuicio por ello.

#### **¿Por qué se realiza el estudio?**

Cuando se habla de tratar a un paciente, solemos referirnos al tratamiento médico/farmacológico, aunque éste no sea el único y no siempre el más importante.

Ante enfermedades crónicas como ..... que no tienen una curación definitiva, puede ser muy beneficioso centrarse en el tratamiento del sufrimiento que este conlleva.

El sufrimiento por ser una vivencia personal es un término muy subjetivo. Cada persona lo vive de una forma, por lo que, con este estudio, queremos encontrar un

método o instrumento universal para su valoración. Esto supondría una gran ayuda para mejorar el trato de todos aquellos pacientes que experimenten cualquier tipo de sufrimiento causado por una enfermedad crónica.

### **¿Cuál es el objetivo de la encuesta?**

Con este cuestionario pretendemos evaluar el sufrimiento que usted experimenta como consecuencia de la enfermedad crónica que padece. Para así, poder diseñar una escala de valoración del sufrimiento válida y universal que englobe todas las dimensiones del sufrimiento asociado a enfermedad crónica.

### **¿Qué beneficios puede obtener por participar en este estudio?**

No obtendrá ningún beneficio directo con su participación. No obstante, la información que nos facilite, así como la que se obtenga del resto de las encuestas que se realicen, pueden ser de gran utilidad para mejorar el conocimiento que tenemos hoy día de su enfermedad y ello permitirá idear manejos e intervenciones más eficaces para tratar su sufrimiento.

Y es importante que sepa que, con su participación, puede contribuir a un avance en el conocimiento de las consecuencias de ..... que sirva para mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas como la suya.

### **¿Qué riesgos puedo sufrir por participar en el estudio?**

Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún perjuicio ni tendrán consecuencias de ningún tipo.

### **¿Cómo se tratarán mis datos personales y cómo se preservará la confidencialidad?**

La información será recogida de manera anónima, y tratada de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, así como la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

Conforme a la normativa reguladora de la protección de datos de carácter personal, la privacidad de los participantes quedará totalmente preservada ya que en ningún apartado de la encuesta se solicita la identificación del paciente

### **¿Con quién puedo contactar en caso de duda?**

En caso de duda o necesidad puede contactar con el investigador principal del estudio: a través del correo electrónico que se indica a continuación:

**Proceso de participación:** Si está de acuerdo en participar en este estudio, marque la casilla “acepto participar en este estudio”.

A continuación, rellene la encuesta SAEC que se le proporcionará.

**MUCHAS GRACIAS DE ANTEMANO POR SU PARTICIPACIÓN.**

### 7.3 Anexo 3: Hoja de consentimiento informado

#### Hoja de CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo, ..... (*nombre y apellidos del participante*), he leído la hoja de información al participante, y he quedado satisfecho con la información proporcionada.

Permito, por tanto, la recolección de datos, su manejo y análisis a los responsables del estudio de investigación titulado “.....”

Firma

Fecha

Persona autorizada:

Nombre

DNI

Firma

#### 7.4 Anexo 4: Protección de datos de carácter personal

### PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

#### Datos del Estudio:

Título: Perfiles de sufrimiento asociado a enfermedad crónica. Validación de la escala de sufrimiento personal asociado a enfermedad crónica (ESP-aec).

Institución: Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Código del Proyecto:

Nombre y apellidos del/de los investigador/es principal/es:

Los datos de carácter personal recabados son incluidos en fichero titularidad de la Universitaria Católica de Valencia San Vicente Mártir (UCV). La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos es a los únicos efectos de identificar a las personas físicas, cuya información es sometida a estudio o análisis, en la labor de investigación.

Los investigadores/as o equipos de investigación tratan los datos con las medidas de seguridad, conforme a Ley, necesarias para garantizar la confidencialidad y la integridad de toda esta información.

En todo caso, a partir de la necesaria identificación real y veraz de la persona, el investigador/a o equipo de investigación disocia (anonimiza u omite) los datos, de manera que no puede llegar a ser identificada por terceros.

Los resultados provisionales y finales del estudio están completamente compuestos de información no identificativa de personas.

Los datos sensibles (salud, violencia doméstica, origen racial o étnico, entre otros) que, en su caso, pudiera proporcionar se entenderá que la UCV (y, en concreto, el investigador/a o equipo de investigación) está autorizado, de forma expresa, para el tratamiento y, en su caso, cesión o comunicación. Así, informamos que sus datos pudieran ser cedidos o comunicados a las entidades o profesionales, sanitarios o científicos, en los supuestos necesarios para el desarrollo, control y seguimiento de un estudio epidemiológico.

De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, presentando una solicitud por escrito, acompañada de una fotocopia de su D.N.I., Pasaporte, N.I.E. u otro documento de identificación equivalente, dirigida a la Secretaria de la Universidad Católica de Valencia – LOPD INVESTIGACIÓN C/ Quevedo, 2 46001 de Valencia.

De acuerdo con lo anterior, **CONSIENTO** al personal de la UCV a que trate mis datos personales, en las condiciones y términos expuestos. Y, como prueba de conformidad, suscribo la presente.

En.... Valencia....., a ..... de ..... De 2021.

Nombre y Apellidos

D.N.I

Fdo.

**Nota.-** En caso de actuar como tutor o representante legal de la persona objeto de estudio, por tratarse de un menor de 14 años y/o padecer una discapacidad, físicao psíquica.

Nombre y Apellidos:

.....

.....

D.N.I.:.....

Fdo.

## 7.5 Anexo 5: Documentos de aceptación de colaboración por parte de las asociaciones

### DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DE COLABORACIÓN

Yo Vicent Andrés Martínez con DNI 22642744A como director y en nombre de la FUNDACIÓN ARZ. MIGUEL ROCA-PROYECTO HOMBRE, **ACEPTO** la participación altruista de nuestra FUNDACIÓN en la distribución de la encuesta SAEC (Encuesta de sufrimiento asociado a enfermedad crónica) entre nuestros pacientes

La finalidad de dicha encuesta es conocer el impacto del sufrimiento asociado a LAS ADICCIONES

La información será recogida de manera anónima y tratada de acuerdo a la ley orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales; y la ley 1/1982 , de 5 de Mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

En las publicaciones y comunicaciones públicas de los resultados de este trabajo de investigación se hará explícita la colaboración de en este proyecto.

Firma

VICENT  
SALVADOR  
R|ANDRES  
MARTINEZ

Firmado digitalmente por  
VICENT SALVADOR|  
ANDRES|MARTINEZ  
Fecha: 2021.12.14  
10:29:30 +01'00'

Nombre Vicent Andres Martinez

Cargo :director FAMR-PH

DNI: 22642744A



**fundación AEPA**

Fundación para el Análisis Estudio y Prevención de las Adicciones  
www.fundacionsepa.com

## ACUERDO DE COLABORACIÓN

---

En Alicante, a 1 de Febrero de 2022

### REUNIDOS

**DE UNA PARTE**, Francisco Avendaño Corcoles, mayor de edad, con D.N.I. 07546348W como Director de la Fundación A.E.P.A.

**Y DE OTRA PARTE**, Clara Sancho Hinarejos, mayor de edad, con DNI 44891738Q con domicilio en calle Guillem de Castro n.º 77

### MANIFIESTAN

1.- Que Clara Sancho Hinarejos es alumna de 6º de medicina en la Universidad Católica de Valencia y está desarrollando su trabajo de fin de grado TFG y con título "Valoración del sufrimiento en el alcoholismo crónico" bajo la dirección de Dr. Germán Cerdá Olmedo estando interesada en realizar un trabajo de investigación TFG.

2.- Que la Fundación es una entidad social cuya misión es el análisis, estudio y prevención de las adicciones. Y teniendo en cuenta el currículum de la interesada está dispuesta a favorecer dicho trabajo.

Por lo que ambas partes, formalizan la siguiente colaboración con arreglo a las siguientes:

### CLÁUSULAS

#### **PRIMERA.- OBJETO DE COLABORACIÓN.**

La realización de un trabajo TFG "Valoración del sufrimiento en el alcoholismo crónico".

#### **SEGUNDA.- ACEPTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

La Fundación A.E.P.A. acepta la realización de este trabajo de acuerdo con el plan de trabajo presentado.

**fundación AEPA**  
Fundación para el Análisis Estudio y Prevención de las Adicciones  
Calle Zarandieta, 6, 03010, Alicante  
CIF: G53413746



fundación AEPA  
Fundación para el Análisis Estudio y Prevención de las Adicciones  
www.fundacionseps.com

**TERCERA.- RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO.**

El responsable del seguimiento del desarrollo de la investigación será Francisco Avendaño Corcoles, director de la Fundación.

**CUARTA.- EMISIÓN DE INFORMES.**

Finalizado el proyecto, Clara Sancho Hinarejos emitirá un informe final estableciendo las conclusiones a que se llegue en el mismo.

**QUINTA.- DURACIÓN DE LA COLABORACIÓN.**

Esta colaboración entrará en vigor el día de su firma y tendrá una vigencia hasta Mayo de 2022 pudiendo renovarse de mutuo acuerdo si ambas partes consideran oportuna su prosecución.

La investigación objeto del presente acuerdo podrá interrumpirse por mutuo acuerdo entre las partes, bien porque consideren los trabajos finalizados antes del periodo marcado, o por cualquier otra causa.

**SEXTA.- CONFIDENCIALIDAD Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS.**

Los datos e informes obtenidos durante la realización del proyecto, así como los resultados finales, tendrán carácter confidencial. En las publicaciones, se respetará siempre la mención a los autores del trabajo, así como la mención a la Entidad que ha facilitado el desarrollo del mismo, debiendo utilizarse su nombre y Logo en todas las publicaciones, previa solicitud de los mismos. En cualquiera de los casos de difusión de resultados se hará siempre referencia especial a la presente colaboración.

**SEPTIMA.- MODIFICACIÓN DE LA COLABORACIÓN.**

Las partes podrán modificar las condiciones del presente acuerdo previa discusión y/o aprobación de los nuevos términos en los que se base.

**OCTAVA.- REGULACIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DATOS.**

Clara Sancho Hinarejos se compromete al cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos y salvaguardar la información de los usuarios y su anonimato.



**fundación AEPA**

Fundación para el Análisis Estudio y Prevención de las Adicciones  
www.fundacionaepa.com

**NOVENA.- RESCISIÓN DE LA COLABORACIÓN.**

El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de la presente colaboración, por una cualquiera de las partes, facultará a la otra para rescindir el mismo, quedando automáticamente anulados todos los derechos correspondientes sobre el objeto de la investigación.

Habiendo leído el presente por si mismos y hallándose conformes, lo firman por y a un solo efecto, en el lugar y fecha arriba citados.

CLARA|  
SANCHO|  
HINAREJOS|  
Firmado digitalmente por  
CLARA|SANCHO|  
HINAREJOS  
Fecha: 2022.05.07  
17:35:12 +02'00'

Fdo.: Clara Sancho Hinarejos

07546348W  
FRANCISCO JOSE  
AVENDAÑO (R:  
G53413746)  
Firmado digitalmente por  
07546348W FRANCISCO JOSE  
AVENDAÑO (R: G53413746)  
Fecha: 2022.02.24 12:45:21  
+01'00'

Fdo.: Francisco Avendaño Corcoles  
Director Fundación A.E.P.A

**DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DE COLABORACIÓN**

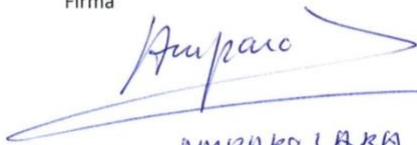
Yo **AMPARO LARA GARCIA** con DNI **21384765-D** como (cargo)  
y en nombre de **UNIDAD de ALCOHOL**, ACEPTO la participación altruista de nuestra  
(institución, empresa o centro) en la distribución de la encuesta SAEC (Encuesta de sufrimiento  
asociado a enfermedad crónica) entre nuestros pacientes

La finalidad de dicha encuesta es conocer el impacto del sufrimiento asociado a .....

La información será recogida de manera anónima y tratada de acuerdo a la ley orgánica  
3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos  
digitales; y la ley 1/1982, de 5 de Mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y  
familiar y a la propia imagen.

En las publicaciones y comunicaciones públicas de los resultados de este trabajo de  
investigación se hará explícita la colaboración de en este proyecto.

Firma



Nombre **AMPARO LARA GARCIA**

Cargo: **COORDINADORA de la UNIDAD de ALCOHOL**

DNI: **21384765-D**



## 7.6 Anexo 6: Escala de valoración del Sufrimiento Asociado a Enfermedades Crónicas (SAEC)

### ESCALA DE VALORACIÓN DEL SUFRIMIENTO ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS (SAEC)

El presente cuestionario pretende evaluar el sufrimiento que usted experimenta como consecuencia de la enfermedad crónica que padece.

Los datos obtenidos tienen fines puramente científicos y su tratamiento es absolutamente anónimo, y no debe identificarse en ningún momento, de forma que le rogamos la máxima sinceridad en sus respuestas.

Muchas gracias por su colaboración.

**Acepto participar en este estudio**

**1. Sexo.** Marque lo que proceda con una X

Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

**2. Edad.** Marque lo que proceda con una X

De 16 a 24 años	<input type="checkbox"/>
De 25 a 34 años	<input type="checkbox"/>
De 35 a 44 años	<input type="checkbox"/>
De 45 a 54 años	<input type="checkbox"/>
De 55 a 64 años	<input type="checkbox"/>
De 65 a 74 años	<input type="checkbox"/>
De 75 a 84 años	<input type="checkbox"/>
De 85 y más años	<input type="checkbox"/>

**3. Nivel máximo de estudios alcanzado.** Marque lo que proceda con una X

G1: No sabe leer ni escribir	<input type="checkbox"/>
G1: Educación primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
G1: Educación primaria completa	<input type="checkbox"/>
G2: ESO incompleto	<input type="checkbox"/>
G2: ESO completo	<input type="checkbox"/>
G2: Bachillerato	<input type="checkbox"/>
G2: Formación profesional grado medio	<input type="checkbox"/>
G2: Formación profesional grado superior	<input type="checkbox"/>
G3: Estudios Universitarios	<input type="checkbox"/>

**4. Ingresos mensuales netos del hogar.** Marque lo que proceda con una X

Menos de 550 euros	
De 550 a 1.050	
De 1.050 a menos de 1.550	
De 1.550 a menos de 2.200	
De 2.200 a menos de 3.600	
De 3.600 a menos de 5.000	
Más de 5.000	
NS/NC	

**5. Situación laboral actual.** Marque lo que proceda con una X

Inactivo (no puedo trabajar: pensionista, discapacitado, no busco empleo)	
Parado (no trabajo, pero deseo hacerlo y busco activamente empleo)	
Ocupado por cuenta propia	
Ocupado por cuenta ajena con contrato temporal jornada completa	
Ocupado por cuenta ajena con contrato temporal jornada parcial	
Ocupado por cuenta ajena con contrato indefinido jornada completa	
Ocupado por cuenta ajena con contrato indefinido jornada parcial	

**6. La enfermedad crónica que padezco es** Marque lo que proceda con una X

Fibromialgia/Síndrome de fatiga crónica	
Artrosis/Artritis/Reumatismo	
Bronquitis crónica/Enfisema/EPOC/Asma	
Diabetes	
Hepatopatía cónica/Cirrosis	
Migrañas	
Párkinson	
Esclerosis lateral <del>amiotrófica</del> (ELA)	
Insuficiencia renal avanzada	
Problemas de corazón (infarto/angina de pecho)	
Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)	
Depresión crónica	
Ansiedad crónica	
Otra:	

**7. Padezco esta enfermedad desde:** Marque lo que proceda con una X

Menos de un año	
Entre 1 y 3 años	
Entre 4 y 6 años	
Entre 7 y 10 años	
Más de 10 años	

**8. Valore, en general, su sufrimiento personal en los últimos 3 meses, siendo 0 nada de sufrimiento y 10 un sufrimiento extremo. Rodee con un círculo el valor que mejor represente su opinión.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

*Nada de sufrimiento*

*Sufrimiento extremo*

**9. A continuación, para cada ítem, y desde que se encuentra en la situación que le hace sufrir, valore de 0 a 10 el grado en que usted está de acuerdo con las siguientes afirmaciones, siendo 0 nada de acuerdo y 10 muy de acuerdo. Rodee con un círculo el valor que mejor represente su opinión.**

		<i>Nada de acuerdo</i>										<i>Muy de acuerdo</i>											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1F	Experimento dolor físico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2P	Siento tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3S	Tengo problemas con mi entorno familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4E	Tengo dificultades para mantener mi paz interior, mi equilibrio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5F	Experimento cansancio o fatiga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6P	Siento ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7S	Tengo problemas con mi entorno social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8E	Creo que no voy a poder afrontar esta situación, me veo superado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9F	Tengo dificultades para dormir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10P	Me siento infeliz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11S	Me siento incomprendido/a por los demás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12E	Me resulta difícil encontrar sentido a la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13F	Tengo problemas de atención, concentración o memoria	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14P	Tengo sentimientos de culpabilidad por lo que me ocurre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15S	Me siento insatisfecho/a con la respuesta del sistema sanitario ante mi problema	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16P	Siento que mi autoestima se ha visto disminuida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17F	Experimento limitaciones físicas en actividades diarias normales para mi edad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18P	Siento impotencia porque siempre estaré enfermo/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19S	Tengo problemas con mi trabajo o mis estudios	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20E	Me preocupa la soledad, sentirme aislado/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21F	Se han producido cambios físicos en mi imagen personal que me disgustan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22P	Siento que soy una carga para los demás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23S	Tengo problemas con mi pareja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24E	Estoy preocupado/a y siento miedo por la idea de la muerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25S	Temo los problemas económicos para mí y para mi familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26P	Los días se me hacen muy largos, el tiempo pasa despacio para mí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**10. Ahora, una vez que ha completado la escala anterior y ha podido reflexionar sobre su tipo de sufrimiento y el impacto sobre diferentes aspectos de su vida, le rogamos que vuelva a valorar su sufrimiento personal en general en los últimos 3 meses, siendo 0 nada de sufrimiento y 10 un sufrimiento extremo. Rodee con un círculo el valor que mejor represente su opinión.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

*Nada de sufrimiento*

*Sufrimiento extremo*

Con la finalidad de complementar la información que usted nos ha facilitado sobre su sufrimiento, le pedimos ahora que tenga la amabilidad de cumplimentar esta brevísima encuesta sobre la *Calidad de vida relacionada con la salud*.

## **EQ-5D-5L**

**Cuestionario de Salud**  
**Versión en español para España**

*Spanish (Spain) v.2 © 2009 EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group*

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

### **MOVILIDAD**

- No tengo problemas para caminar
- Tengo problemas leves para caminar
- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas graves para caminar
- No puedo caminar

### **AUTO-CUIDADO**

- No tengo problemas para lavarme o vestirme
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme o vestirme

### **ACTIVIDADES COTIDIANAS** (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

### **DOLOR / MALESTAR**

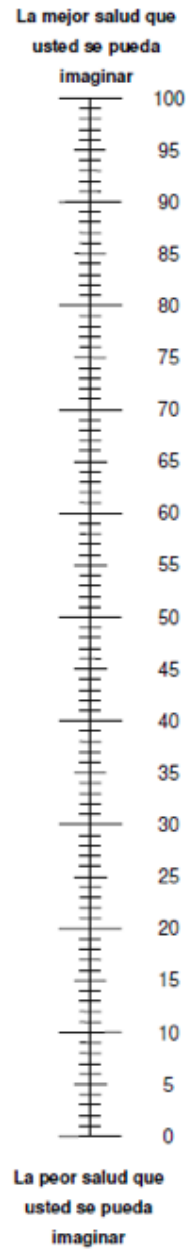
- No tengo dolor ni malestar
- Tengo dolor o malestar leve
- Tengo dolor o malestar moderado
- Tengo dolor o malestar fuerte
- Tengo dolor o malestar extremo

### **ANSIEDAD / DEPRESIÓN**

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy levemente ansioso o deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido

- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.  
0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =



## 7.7 Resolución favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Valencia

### INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR (CEI).

Dra. Mar Aranda Jurado, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

Certifico que:

Ha tenido entrada en la reunión del Comité de Ética de la Investigación (CEI) de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir en su reunión extraordinaria, de fecha **2 de diciembre de 2021**, la solicitud de evaluación del proyecto de investigación, relacionado a continuación:

Título: **"Valoración del sufrimiento en el alcoholismo crónico"**.

Código del proyecto: **UCV/2020-2021/052**

Investigador Principal: **Clara Sancho Hinarejos**

El Comité de Ética de la Investigación ha acordado **informar favorablemente el mismo**.

Valencia, 20 de diciembre de 2021.

**MARIA MAR  
ARANDA  
JURADO**

Firmado digitalmente por MARIA MAR|ARANDA|JURADO  
Nombre de reconocimiento (DN):  
cn=MARIA MAR|ARANDA|JURADO,  
serialNumber=52648490H,  
givenName=MARIA MAR,  
sn=ARANDA JURADO,  
ou=CIUDADANOS, o=ACCV, c=ES  
Fecha: 2021.12.20 11:34:02 +01'00'

**Mar Aranda Jurado**  
Secretaria del Comité de Ética de la Investigación

# VALORACIÓN DEL SUFRIMIENTO EN EL ALCOHOLISMO CRÓNICO.



**Autora:** Da. Clara Sancho Hinarejos  
**Tutor:** Prof. Dr. D. Germán Cerdá Olmedo  
**CoTutor:** Dr. D. Asensi Francisco Cabo Meseguer

## Resumen

El alcoholismo es una enfermedad que da lugar a un deterioro en el funcionamiento físico, mental o social que afecta mayoritariamente a hombres mayores de 45 años. El alcohol es un compuesto químico que provoca una alteración del sistema de refuerzo y vivir de forma anedónica. El craving y el desbalance cerebral dan lugar a una inestabilidad psicológica. Las alteraciones físicas, como la alteración del sueño normal o el aumento de cansancio, y la afectación a nivel social, por problemas familiares o con la pareja, podrían ser factores negativos para poder controlar el craving y ser capaces abandonar el consumo de alcohol.

## Metodología

Estudio descriptivo, observacional y transversal por medio de la encuesta de Sufrimiento Asociada a Enfermedades Crónicas (SAEC) llevada a cabo en los meses de enero, febrero y marzo de 2022 entre los pacientes del Centro de Alzira de la Fundación AEPA, del Centro de la Fundación A. Miguel Roca-Proyecto hombre de Valencia y de la Unidad de Alcoholología (UA) de Valencia.

## Resultados

De los 104 pacientes, 66 hombres (63,50%) y 38 mujeres (36,50%).  
**1.** La dimensión psicológica es la más con un predominio en hombres (5,82) de edad menor de 54 años (5,9) que se encuentra inactivo/paro (6,05) y percibían unos ingresos de mayores de más de 1050 euros (5,84).  
**2.** La dimensión espiritual, se afecta más en los menores de 54 años (5,30) que se encuentran inactivos/paro (5,70).  
**3.** La dimensión social y social siguen la misma tendencia que las otras esferas.

## Conclusiones

**1.** El perfil de mayor sufrimiento en el alcoholismo crónico es un varón, con una edad entorno a los 45-54 años, con un nivel educativo medio, que se encuentra inactivo, cuyos ingresos están entre 550 y 1050 euros y que lleva padeciendo la enfermedad más de 10 años.  
**2.** La escala de Sufrimiento Asociado a Enfermedad Crónica (SAEC) aplicada en pacientes con alcoholismo crónico obtiene un valor promedio de 5,23 sobre 10.  
**3.** Los pacientes con alcoholismo crónico se ven más afectados por la dimensión psicológica, y esta alcanza una puntuación de 5,81 sobre 10.  
**4.** Existen diferencias estadísticamente significativas entre los inactivos/parados y los ocupados, siendo los inactivos/parados el grupo que obtiene un valor más elevado de sufrimiento total con una media de 5,65 sobre 10 en la escala SAEC.

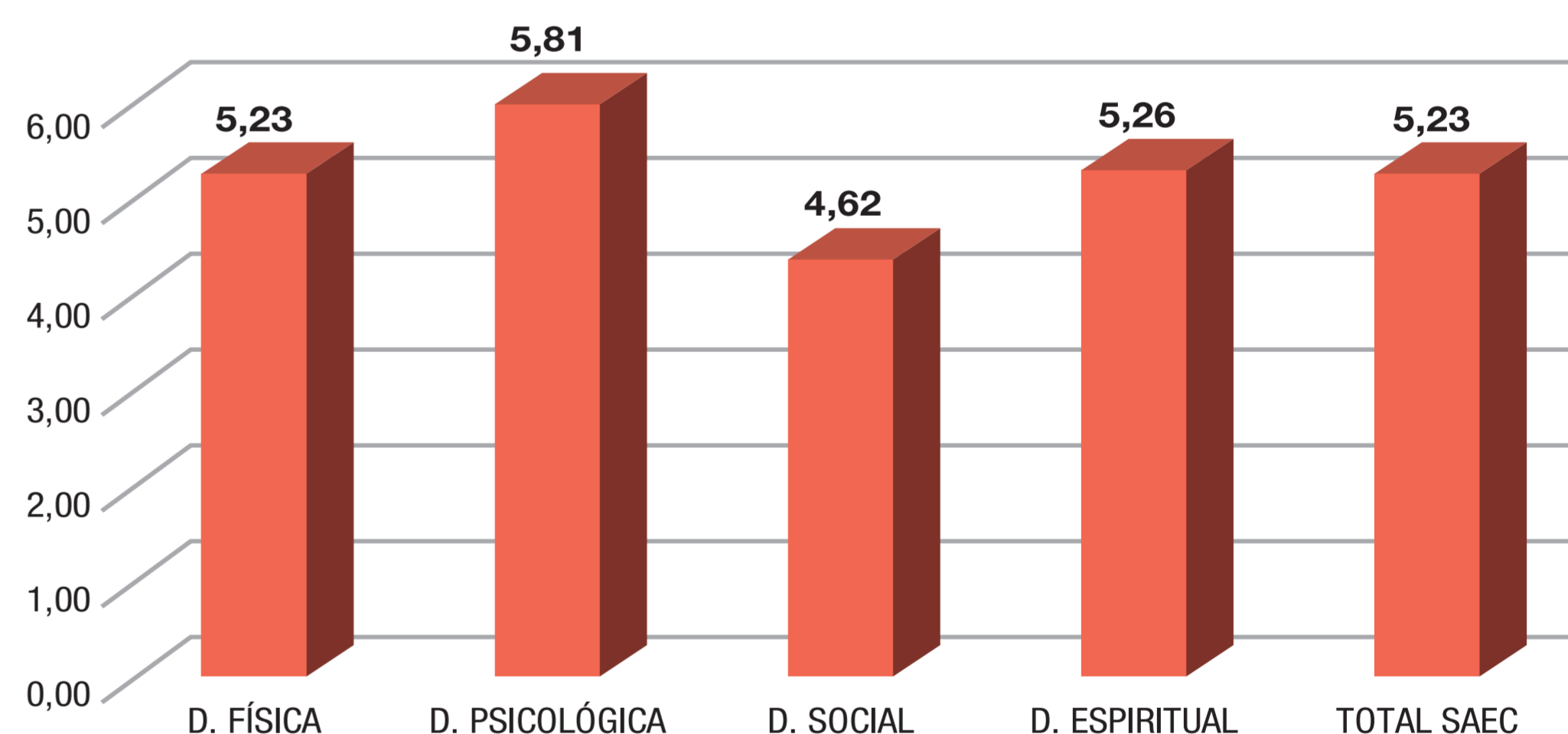
## Hipótesis

La utilización de la escala SAEC permite conocer el sufrimiento en pacientes con trastorno por consumo de alcohol.

## Objetivos

1. Valorar el sufrimiento en pacientes con Trastorno por Consumo de Alcohol.
2. Definir las dimensiones humanas que se más contribuyen al sufrimiento en pacientes con alcoholismo crónico.
3. Determinar un perfil de sufrimiento en pacientes con alcoholismo crónico.

## SUFRIMIENTO PROMEDIO



## RADIAL DE VALORES PROMEDIO

