



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC

DEPRESIÓN COMO FACTOR DETONANTE DEL CONSUMO DE
ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

C. MARTINEZ BAUTISTA HECTOR
C. RIVERA CERDA LIBNA ZULEIDI

ASESORA:

DRA. EN C.S. GABRIELA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

REVISORES:

M. EN C. S. KARLA PATRICIA CRUZ CALDERON
M. EN SEX. CLIN. CARLOS MARTIN CEDILLO GARRIDO





INDICE

Resumen5

Justificación.....7

Capítulo I8

 1.1 Antecedentes historicos9

 1.2 Definición de Depresión11

 1.2.1 Depresion en las primeras etapas de vida.....14

 1.3 Clasificacion de la depresión.....17

 1.3.1 Relación de la depresión con otras enfermedades.....19

 1.4 Factores de riesgo.....21

 1.4.1 Factores cognitivos23

 1.4.2 Factores familiares y genéticos24

 1.4.3 Riesgo de suicidio.....26

 1.5 Diagnóstico28

 1.6 Tratamiento31

 1.6.1 Tratamiento psicoterapéutico33

 1.6.2 Tratamiento farmacológico37

 1.7 Depresión y juventud.....37

Capitulo II.....40

2 Alcoholismo y su relación con la depresión40

 2.1 Antecedentes históricos del alcoholismo.....40

 2.1.1 Consumo de alcohol en México.....41

 2.1.2 Definición de alcoholismo46

 2.2 Investigaciones sobre alcoholismo.....48

 2.3 Características del consumo de alcohol.....50

 2.3.1 Niveles de consumo y grados de alcohol51



2.3.2	Consumo de riesgo.....	57
2.4	Fases del alcoholismo.....	59
2.4.1	Causas del consumo de alcohol.....	62
2.4.2	Factores con mayor prevalencia.....	65
2.4.3	Consecuencias del consumo de alcohol.....	66
2.5	Diagnóstico del consumo de alcohol.....	69
2.5.1	Intervenciones preventivas.....	69
2.5.2	Manejo de la dependencia al alcohol.....	70
2.6	Relacion entre consumo de alcohol y depresión.....	72
Capítulo III.....		76
3	Método.....	76
3.1	Planteamiento del problema.....	76
3.2	Pregunta de investigación.....	77
3.3	Objetivo General.....	77
3.3.1	Objetivos específicos.....	77
3.4	Hipótesis.....	77
3.5	Diseño de la investigación.....	78
3.6	Tipo de muestreo:.....	78
3.7	Muestra.....	78
3.8	Instrumentos.....	78
3.9	Procedimiento.....	80
3.10	Análisis de datos.....	80
Capítulo IV.....		81
4	Presentación de resultados.....	81
4.1	Resultados.....	81



4.2	Características de depresión.....	81
4.3	Relación entre depresión y sexo	83
4.4	Relación entre depresión y licenciatura.....	84
4.5	Características del consumo de alcohol.....	86
4.6	Relación entre consumo de alcohol y sexo	88
4.7	Relación entre consumo de alcohol y licenciatura	90
4.8	Correlación por niveles de depresión y consumo.....	92
Capitulo V		94
5	Discusión y conclusion.....	94
5.1	Discusión.....	94
5.2	Conclusiones y limitaciones	96
Bibliografía		101
Anexos		113



Resumen

El presente trabajo de investigación pretende abordar dos problemas de salud pública que son de gran importancia en el contexto mexicano: la depresión y el consumo de alcohol. El capítulo uno se presenta el desarrollo de elementos teóricos sobre la depresión incluida su definición y clasificación. Debido al incremento mundial de esta enfermedad se estima que estos problemas tienen impacto muy fuerte afectando principalmente a la población juvenil.

La depresión se caracteriza por diversos síntomas tanto somáticos como cognitivos y conductuales. Las causas son muy diversas, desde un momento de vida hasta por cuestiones existenciales propias de cada etapa.

La depresión tiene consecuencias tanto en la vida personal como laboral de las personas así como en sus relaciones personales, incluso puede inducir a diferentes patologías que ponen en riesgo la integridad de las personas como: trastornos de la conducta y trastornos de la personalidad, enfermedades físicas y el abuso del consumo de alcohol y otras sustancias.

En el capítulo dos se aborda la relación de la depresión con el consumo de alcohol debido a que al igual que la depresión el consumo de alcohol tan solo en México ha crecido alarmantemente, siendo esta sustancia la primera en cuanto a consumo. Los altos índices en el consumo de alcohol han generado repercusiones a



nivel social, personal y de enfermedades. Incluso se ha encontrado relación entre el consumo de alcohol y la depresión con alta prevalencia en el país.

En el capítulo tres se llevará a cabo la metodología empleada para probar nuestra hipótesis basada en nuestra búsqueda de información.

Finalmente en el capítulo cuatro presentaremos los resultados obtenidos así como la comparación con los trabajos realizados previamente sobre este tema.



Justificación

De acuerdo con estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México en nuestro país, aproximadamente 2.5 millones de personas en México viven con depresión. Cifra alarmante tomando en cuenta las consecuencias esta enfermedad por ejemplo, aislamiento, suicidio, abandono personal, social, enfermedades crónicas, etc., si no es atendida de forma oportuna y pertinente (INEGI, 2018) .

Otro fenómeno de alta relevancia que está sucediendo en la sociedad mexicana, es el consumo de alcohol. Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas (ECONDE, 2015) el consumo de alcohol en los últimos años ha aumentado, convirtiéndose en un problema de salud pública que afecta principalmente a la juventud. El consumo de alcohol puede ser atribuido a factores, como la curiosidad, influencia social, o depresión según diversas investigaciones.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones son hombres y 20.37 millones mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace.

De acuerdo con la revista Forbes (2018), la ansiedad y la depresión son los principales problemas de salud pública en jóvenes mexicanos, que afecta principalmente a mujeres, el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, de la



Facultad de Medicina, afirmó que en la mayoría de los casos las enfermedades mentales comienzan antes de los 14 años, y que por lo general no son detectadas y atendidas, el número de jóvenes entre 12 y 24 años con depresión es de aproximadamente 2.5 millones (OMS, 2013). De no tratarse a tiempo, la depresión puede causar que algún joven disponga de su vida. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 14 a 25 años y la sexta entre niños de 5 a 14 años. Los intentos de suicidio ocurren con frecuencia.

Notablemente, la depresión puede llevar al suicidio, asociada a la pérdida de alrededor de 850.000 vidas cada año. El INEGI (2018) señala que para México, más de la mitad de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos. El año 2016, de los 6,291 fallecidos por suicidio, 5,116 eran hombres, lo que se traduce en que, de cada diez suicidios, ocho son cometidos por hombres, mientras que dos de cada diez (1 173), por mujeres (INEGI, 2018).

La relación de la depresión como factor detonante en el consumo de alcohol ha quedado probada (Espada, Sussaman, Huedo y Alfonso, 2011). Por lo que ésta investigación contribuirá a conocer la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en jóvenes con distinto nivel de consumo, así como sus causas y problemas relacionados.

Capítulo I Depresión



1.1 Antecedentes historicos

La "diversidad cultural", da soporte a las diversas formas de sintomatizar la depresión, Kraepelin (1856-1926) identificó una relación entre la depresión y el lenguaje sintomático de la depresión” (Aguirre, 2008, p.570).

La depresión alcanzó su vértice epidemiológico, casi como si fuera un fenómeno social propio, aún con el hecho de que en 1953, Carathers redacta para la OMS su informe sobre África, se creía que la depresión era poco significativa en los países del tercer mundo o primitivos. Para entender la transculturalidad de la depresión, existe ejemplos significativos que menciona Aguirre (2008) a continuación.

En la II Guerra Mundial, un batallón de tropas inglesas se disponía a entrar en combate, momentos antes, pudo observarse un doble comportamiento en las trincheras mientras los soldados ingleses (europeos) se aislaban para rezar, recordar a sus familiares etc., derramando algunas lágrimas, otros soldados (asiáticos) saltaban y gesticulaban, profiriendo gritos y alaridos, como en una danza compartida. Muchos interpretaron estos gritos como expresión de "valentía", cuando en realidad constituían una manifestación depresivo-maníaca ante el peligro de la muerte por la inminencia del combate. En ambas manifestaciones, llanto y grito, se advierte una posición bipolar depresiva y maníaca, expresándose, a través de la "doble forma", la diferencialidad transcultural.



El hecho depresivo es universal, aunque su incidencia es desigual en las culturas. A diferencia de la biología humana, que si bien es un hecho universal, lo es de una manera básicamente uniforme (una cardiopatía tiene una somatomorfía igual en Madrid que en Nagasaki), la cultura es también un hecho universal (lo que nos permite comunicarnos como humanos) pero adquiere diversas modulaciones, lo que hace posible el análisis transcultural. Precisamente, la etnopsiquiatría nace de la conjunción interdisciplinaria entre la etnología y la psiquiatría, para entender el comportamiento humano, normal y anormal, en el contexto de la cultura en general y de cada cultura en particular (Aguirre, 2008).

Para entender mejor cómo funciona la descripción nosológica de la depresión, hay que basarnos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental (DSM-V), el cual señala: que cuando se hace referencia a una clasificación nosológica, del (griego “nosos” = enfermedad y “logos” = discurso) la descripción de los trastornos comportamentales la descripción de los síntomas y su agrupamiento en cuadros patológicos distintos.

La depresión al ser un problema de salud pública, tiene un alto grado de mortandad, además de generar discapacidad funcional en la vida de los individuos que la padecen. Además de que a nivel mundial las consecuencias económicas pueden llegar hasta en, 118 billones de euros en Europa y de hasta 83 millones de dólares en Estados Unidos. A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, es decir



uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente el 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos (Pérez-Padilla, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) en el mundo, este trastorno representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México, ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Además se estima que 9.2% de la población ha sufrido depresión, y una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años pero los jóvenes presentan tasas mayores.

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Este trastorno puede llegar a hacerse crónico o recurrente y en su forma más grave, puede conducir al suicidio (OMS, 2013).

1.2 Definición de Depresión

Para entender mejor cómo funciona la descripción nosológica de la depresión, hay que basarnos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental (DSM-V), el cual señala: que cuando se hace referencia a una clasificación nosológica, del (griego “nosos” = enfermedad y “logos” = discurso) la descripción de los trastornos comportamentales la descripción de los síntomas y su agrupamiento en cuadros patológicos distintos.



La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

En cuanto a la definición y criterios sobre la depresión, en el DSM-V la clasifica como un: “trastornos de estado de ánimo” en la sub-clasificación de “trastornos depresivos y trastornos bipolares, no se introducen cambios significativos respecto a los criterios del diagnóstico del DSM-IV para el diagnóstico de la depresión (APA, 2013).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de interés en las actividades cotidianas, presencia de actitudes negativas, sentimientos de inadaptación y baja autoestima. La persona deprimida vislumbra un futuro desesperanzador, Vázquez, Hervás y Romero (2010) mencionan que la depresión se manifiesta mediante 114 síntomas disfóricos, somáticos, cognitivos y conductuales con predominio en la adolescencia. Algunos ejemplos de éstos son: tristeza, deseos de morir, irritabilidad, angustia, malhumor, aislamiento social, consumo de alcohol y drogas, conducta suicida, dolor de cabeza, baja autoestima, pensamientos negativos, desesperanza, pensamientos de muerte y de suicidio; éstos



con frecuencia son diferentes a los que se presentan en la atapa adulta. Arrivillaga, Cortes y Lozano (2004) precisan que existen diversos factores genéticos y psicosociales que interrelacionados actúan como desencadenantes o mantenedores de la depresión. Aunque en algunos casos existe un componente genético, en otros, priva la configuración psicológica que el individuo tenga”

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2005), mostró que el 8.8% de los mexicanos había presentado, por lo menos, un cuadro depresivo en algún momento de su vida y, 4.8%, lo presentó en el transcurso del año previo a la encuesta, lo que da como resultado una elevada utilización de los servicios de salud y un descenso de la productividad laboral.

Se encontró mayor riesgo en personas con antecedentes familiares de trastornos afectivos, con experiencias infantiles: muerte parental temprana, medio familiar caótico, maltrato físico y psicológico, con eventos vitales negativos tales como ausencia de confidente, pobre apoyo social y ambiente disruptivo (Kaplan,1995). También se identificó en pacientes deprimidos mayor número de acontecimientos estresantes, no necesariamente negativos, en el período que antecede al episodio depresivo. Sin embargo, cabe señalar, con respecto a su papel precipitante, que estos acontecimientos previos no son causa necesaria ni suficiente para la aparición de un cuadro depresivo, su importancia relativa es mayor en los períodos iniciales de la enfermedad.



Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Para Berenzon, (2013) la depresión es una enfermedad que tiene un impacto significativo en la calidad de vida y en el funcionamiento cotidiano de la población. Es frecuente la comorbilidad con condiciones crónicas como la diabetes y las enfermedades coronarias, lo cual aumenta el impacto económico para el paciente, su familia y la sociedad. Se observa que sólo una proporción pequeña de personas afectadas acuden a tratamiento y, quienes lo hacen, tardan mucho tiempo en decidirse a hacerlo; sólo la mitad recibe un tratamiento mínimo adecuado. Sin embargo, resulta alentadora la existencia en México de tratamientos efectivos disponibles que pueden mejorar la salud y calidad de vida de las personas con depresión, si son recibidos de manera oportuna.

1.2.1 Depresión en las primeras etapas de vida

“Durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha, ocurre una profunda reorganización de la vida emocional, con un estado de caos bien reconocido. Se comienza la elaboración de defensas, las cuales mantiene la integridad del Yo (Blos, 1994). La depresión en adolescentes es un fenómeno que se presenta con bastante frecuencia, razón por la cual debe atenderse oportunamente. Vázquez,



Hervas y Romero (2010) refieren que la depresión en adolescentes resulta mucho más frecuente que la depresión reportada en adultos.

Sin embargo, no es fácil identificar la depresión en los adolescentes, ya que en esta etapa son habituales los altibajos en el estado de ánimo. Además, indicios tan típicos de la depresión como tristeza, problemas para dormir o falta de autoestima pueden estar enmascarados por una conducta desobediente, discusiones frecuentes o el consumo de drogas. El hecho de presentar algunos síntomas característicos no es suficiente para diagnosticar una depresión.

Los pensamientos depresivos pueden presentarse normalmente en la adolescencia y reflejar el proceso normal de desarrollo, siendo el momento en el que los jóvenes se preocupan por cuestiones existenciales. Según la OMS (2004) la intensidad de los pensamientos suicidas, su profundidad y duración, el contexto en el que surgen, la imposibilidad de distraer a un niño o joven de estos pensamientos son los rasgos que distinguen a un joven saludable de uno que se encuentra al borde de una crisis suicida.

Leyva, Hernández, Nava y López (2007) mencionan que la frecuencia de depresión fue de 29.8%; en el sexo masculino se identificó en 18.7% y en la mujer en 42.4%. En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa. Por otra parte Ghaedi y Mohd (2014) mencionan que la prevalencia de depresión entre los estudiantes no atletas es significativamente más



alta de aquellos que no son. Los resultados también presentaron que el nivel de depresión entre mujeres estudiantes era mucho más frecuente que en hombres. Debido a la fatiga y falta de energía es más frecuente que en los varones.

De acuerdo con Arrieta, Díaz y González (2014) en Colombia existe una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en jóvenes universitarios, sin embargo, esto no es una evidencia de un posible diagnóstico formal pero sugieren que un nivel significativo de estudiantes que muestran niveles patológicos.

González-Forteza (2015) indica sobre la depresión en adolescentes y muestra hallazgos de que los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes entre los adolescentes que no estudian ni trabajan subraya que la pertenencia a un rol ocupacional conlleva implicaciones en el estado emocional. Tomando en cuenta que en éstas edades la ocupación de estudiante es la más predominante en zonas urbanas como la Ciudad de México, y que la condición adicional de trabajar o solo trabajar está estrechamente relacionada con la falta de recursos económicos. Por lo que no estudiar ni trabajar pone en evidencia una problemática social que permea a lo emocional. Mientras para adolescentes y jóvenes estudiantes, el sistema escolar se configura como un espacio de oportunidad para la promoción del bienestar, la detección temprana de los problemas de salud mental y su referencia oportuna a tratamiento.



1.3 Clasificación de la depresión

La depresión es un Síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en criterios diagnósticos racionales y operativos. La depresión como una enfermedad que se ha mantenido constantemente como una etapa de intensa presión que afecta al individuo y a su entorno social (Keller, 1997).

Para Cassano y Fava, (2002) la depresión se trata como un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos.

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la



clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.

El término depresión se emplea para describir el humor, entonces se refiere a sentimientos de tristeza, desesperación o aflicción, la depresión es experimentada universalmente como normal. Cuando el término se usa en el diagnóstico, la depresión puede ser índice psiquiátrico específico o un componente de la enfermedad.

La depresión es un conjunto de síntomas de predominio afectivo tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

El diagnóstico de un trastorno depresivo debe establecerse a partir de datos que son observables pero poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, el enlentecimiento psicomotriz, el tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas: culpa, hipocondría, ruina, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas (Marcus, Yasamy, Ommeren, Chisholm y Saxena, 2014).

La base donde se logran distinguir los cambios patológicos puede ser vista a partir de la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y



social. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque resulte difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, frecuentemente se percibe el trastorno depresivo asociado a ansiedad con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones (OMS, 2013).

1.3.1 Relación de la depresión con otras enfermedades

Kessler, (2005) considera que la depresión también es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. Además, la depresión es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física. La depresión también puede afectar o ser de riesgo para algunas enfermedades físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares. La depresión aumenta el riesgo de aparición de enfermedad coronaria por 1.64 veces y la incidencia de enfermedad isquémica de 1.5 a 2.0 veces; también predice la morbilidad y la muerte en pacientes con enfermedad cardíaca existente. Se ha demostrado que la depresión empeora el pronóstico después de un infarto del miocardio (Medina, 2015).

La OMS (2004) hecho a andar un estudio sobre el desarrollo de las enfermedades mentales hasta 2020, y prevé que, para ese año, enfermedades como la depresión superarán a las enfermedades cardiovasculares.



Riley et al, (2009) señalan que la depresión es un factor de riesgo independiente para la diabetes tipo 2, además se asocia con la falta de adherencia a los hipoglucémicos orales, al mal control glucémico, al aumento de los costos de atención y a la progresión y aparición más temprana de complicaciones microvasculares y macrovasculares, discapacidad y muerte.

La depresión suele ser comórbida con cáncer; se asocia con mal pronóstico y con un aumento de la morbilidad (Medina, 2015). Simplemente recibir un diagnóstico de cáncer y soportar el declive del estado físico, el dolor y las terapias oncológicas invasivas aumentan el uso de servicios de salud mental.

Según Patten et al, (2009) la depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales.

La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos (Serby Y Yu2003).

También se ha identificado que existe mayor sintomatología depresiva para los jóvenes de nivel superior, en contraste con los de nivel medio. Al comparar la sintomatología depresiva en estos grupos, los resultados indicaron mayores puntajes de depresión en el grupo que consume más alcohol (González et al, 2012).



1.4 Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial y aún más complejo por lo cual son demasiados los grupos de factores de riesgo, a pesar de esto aún no se ha logrado abarcar totalmente ni conocer plenamente como estos factores influyen entre sí. No se puede determinar la importancia de cada uno de estos conforme a las circunstancias y el rango de edad específico (Butler et al., 2006).

La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones. Primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia (Bellón et al., 2008).

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos. La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres (Marcus, Yasamy, Ommeren, Chisholm y Saxena, 2014).

De hecho los rasgos neuróticos de personalidad pueden ser factores o se asocian con una mayor incidencia de casos y de recaídas de depresión mayor y tienen



una mayor probabilidad de desarrollar una depresión ante las adversidades del día a día. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad.

Goodwin, Fergusson y Horwood (2004) señalaron que los trastornos de ansiedad son más fáciles de generalizar al hablar de factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Desde otra perspectiva se ha podido observar en diversos pacientes en su mayoría varones que tienen ataques de pánico lo que se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar una depresión mayor. También se ha podido localizar una relación entre la migraña y la depresión, es decir que los pacientes que sufren depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y por ende lo que presentan migraña tenían un mayor riesgo de sufrir depresión mayor. Tener enfermedades cardíacas y diversas patologías como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinémica, tienden a aumentar el riesgo de depresión.

Dentro del papel que juegan los diversos factores sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas que se encuentran en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia. En un estudio de cohortes prospectivo se desprende que las personas de los grupos



socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico (Melchior et al, 2013).

El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parece tener una relación con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a problemáticas a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos

1.4.1 Factores cognitivos

Los factores cognitivos tienen un papel fundamental en el modelo de Beck (1996), en donde los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un gran papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos factores y otros como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo obsesivo de respuesta y los sesgos atencionales son claves en el mantenimiento y el desarrollo de la depresión.

Los pacientes depresivos se quejan con frecuencia de la dificultad para concentrarse, de estar distraídos, de la inhabilidad para llevar a cabo sus tareas habituales, y de olvidos. Aquellos pacientes con un trabajo que intelectualmente es más demandante son a menudo incapaces de funcionar de forma adecuada. Por todo ello, los déficits cognitivos pueden ser la razón para buscar tratamiento, especialmente en casos donde haya una clara interferencia con su rendimiento social. Los estudios



neuropsicológicos con pacientes diagnosticados con depresión han identificado de forma consistente un daño cognitivo en las áreas de la atención, memoria y en las funciones ejecutivas. En cuanto a la memoria la mayoría de las investigaciones sobre la falta de atención en depresión corrobora la idea de que la depresión interfiere en mayor medida en los procesos controlados que en los automáticos. En la memoria se ha demostrado de manera consistente tanto la dificultad para recordar a corto plazo como la dificultad para aprender a partir de un material verbal o visuo-espacial. Cabe señalar que las funciones ejecutivas son responsables del control e la atención, inhibición, flexibilidad y organización de la tarea. Los estudios neuropsicológicos de las funciones ejecutivas han identificado déficits en la memoria de trabajo, en la flexibilidad cognitiva y en la planificación de tareas (Goodale, 2007).

1.4.2 Factores familiares y genéticos

La descendencia que tiene los pacientes con depresión los coloca en una mayor probabilidad para desarrollar enfermedades somáticas y para trastornos mentales (Weissman et al., 2006).

Cervilla et al, (2006) señala que esta enfermedad si es acompañada con ansiedad o trastorno de ansiedad aunmenta aun mas la posibilidad de generar otras enfermedades con un mayor impacto en los descendientes.

“Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las mono aminas.



De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor” Este gen podría ser un precursor en la respuesta a un posible tratamiento antidepresivo (Porcelli, Fabbri y Serretti, 2012).

El componente genético de estas enfermedades ha sido identificado a partir de estudios de familia, de gemelos o de adopción. Las enfermedades complejas, aunque tienen una base genética, no siguen el patrón clásico de herencia mendeliana. En general, se considera que el modelo del umbral de susceptibilidad sería uno de los que mejor explicarían la transmisión de la enfermedad. Este modelo asume que la variable “susceptibilidad para desarrollar la enfermedad” se distribuye de forma continua en la población, de tal manera que sólo aquellos individuos que sobrepasen un determinado umbral manifestarán el trastorno. Se hipotetiza que en la base de esta herencia compleja estarían involucrados una serie de genes de efecto menor cuya expresión podría estar modulada por un gran número de factores ambientales (Mitjans y Arias, 2012).

El estudio Predict, realizado en 6 países europeos y Chile en el ámbito de atención primaria, con el objetivo de realizar un algoritmo de predicción de riesgo de depresión, incluyó los siguientes factores: edad, sexo, nivel educativo, resultados de cribados previos de depresión, historia familiar de problemas psicológicos, salud física



y mental, dificultades económicas y experiencias de discriminación. Actualmente este estudio está realizándose en España, junto con un ensayo clínico en el que se emplea el algoritmo para cuantificar el grado de riesgo (Bellón et al, 2008).

1.4.3 Riesgo de suicidio

La depresión es considerada una de los factores más detonantes de la conducta suicida de acuerdo a varios estudios se ha determinado que la ideación suicida es cuatro veces mayor en la población con depresión que en el resto, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave. La conducta suicida es el resultado de la influencia de diversos factores y situaciones que al relacionarse entre sí pueden generar una ideación y no solo eso sino el suicidio consumado. Actualmente es considerado que el suicidio tiene un origen de diferente razón y naturaleza así como su gravedad empezando con la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio).

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) menciona que el riesgo de suicidio puede incrementar mientras ocurre el episodio de depresión y en el período de remisión parcial. Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza y trastornos mórbidos,



especialmente ansiedad y abuso de alcohol y otras drogas. Otros factores que se han asociado al suicidio en pacientes con depresión son el trastorno límite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad, cuando existe riesgo de suicidio en un paciente con depresión se recomienda considerar la derivación a atención especializada, de modo urgente cuando el riesgo es elevado.



1.5 Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de depresión que son más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (APA, 2013).

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) La CIE-1056 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres



síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, aumento de la fatigabilidad.

El DSM en su 5ª edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), divide la clasificación en trastornos del estado de ánimo en trastornos depresivos y trastornos bipolares. El DSM-V no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada (APA, 2013)

El resto de los criterios que conforman el diagnóstico del trastorno depresivo mayor son:

- Una reacción o proceso de duelo no excluye la existencia de un episodio depresivo mayor, indicando la conveniencia de valorar la presencia de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.
- Se introduce el especificador “con características mixtas” que identifica los cuadros en los que coexisten síntomas depresivos con al menos 3 síntomas



maníacos/hipomaníacos de un listado de 7. No obstante, las personas cuyos síntomas reúnan los criterios de manía o hipomanía, tendrán el diagnóstico de trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, respectivamente.

- La presencia de al menos dos síntomas de ansiedad de un listado de cinco hacen a la persona tributaria del especificador “con ansiedad”.
- Se cambia la especificación “de inicio en el postparto” por la de “con inicio en el periparto” ampliándose la posible presencia de un cuadro de depresión mayor a la etapa de embarazo, además de las primeras cuatro semanas del postparto contempladas anteriormente.
- Se traslada la especificación de “crónico” del trastorno depresivo mayor a los trastornos depresivos persistentes (distimia), de modo que, además de la distimia, se contempla la posibilidad de un trastorno depresivo mayor crónico o con episodios intermitentes, excluyéndose la exigencia que planteaba el DSM-IV-TR de que la persona no hubiese sufrido un episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración.

Esta guía de práctica clínica utiliza la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la décima revisión de la CIE-10 con los códigos (episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente) y en la DSM-5. Tanto en la CIE-10 como en el DSM-5, la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional.



1.6 Tratamiento

Los tratamientos de la depresión tienen distintas metodologías y procesos en los que la intervención es llevada a cabo, debido a la gravedad de esta enfermedad es que diversos modelos han puesto en escena una mejor atención de acuerdo al nivel que presente la depresión.

- a) Se ha propuesto que el modelo escalonado es el adecuado para el manejo de la depresión por diferentes razones. Se destaca la evidencia de equivalencia de resultados entre intervenciones de diferente intensidad, la promoción del uso eficiente de los recursos y la aceptabilidad de la intensificación de intervenciones según la gravedad tanto por parte de los profesionales como de los pacientes (Bower y Gilbody, 2005). El modelo escalonado presenta una metodología de intervención adecuada al nivel que se encuentre el paciente:
- b) El modelo de atención colaborativa, basados en el Chronic Care Model, han sido aplicados para mejorar el manejo de la depresión en atención primaria, observándose su efectividad a la hora de mejorar el proceso asistencial y los resultados clínicos (Gilbody, Bower, Fletcher, Richards y Sutton, 2006). Este modelo de atención potencia la intervención de las care manager, que generalmente son enfermeras, cuya función principal es mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con depresión.
- c) La mayoría de las revisiones sistemáticas sobre atención colaborativa han puesto de manifiesto que estos modelos son más efectivos que la atención



habitual y señalan mayor eficiencia cuando se combina con la atención escalonada. Sin embargo es necesario tener en cuenta que existe una gran diversidad en los estudios en cuanto a los modelos específicos evaluados, número y tipo de intervenciones y agentes implicados, por lo que continúa siendo difícil extraer conclusiones definitivas (Calderón et al. 2013)

- d) Se ha desarrollado un programa multicomponente basado en los principios generales del modelo de atención al paciente crónico (modelo INDI, Interventions for Depression Improvement). El modelo se adapta a la organización de la atención a la depresión en el seno del equipo de atención primaria, con una redefinición de roles profesionales y circuitos asistenciales y jugando la enfermería un papel fundamental. Los puntos clave del modelo INDI son: a) plan de formación y elaboración de herramientas de apoyo (guía clínica, algoritmos) para la toma de decisiones de médicos y enfermeras; b) papel de la enfermería: facilitar psicoeducación, tanto al paciente como a familiares y allegados; apoyo al paciente para su propia implicación en el proceso; participación en el seguimiento clínico; evaluación de la adherencia al tratamiento y de la aparición de efectos adversos; comunicación de la información al médico responsable del paciente; coordinación entre pacientes y servicios de atención primaria y especializada (Aragones et al, 2012).
- e) El modelo INDI ha sido evaluado mediante un ensayo controlado en el que se compararon sus resultados frente a la atención habitual de los pacientes con



depresión observándose unas tasas de respuesta y de remisión de la depresión un 15-20% más altas en los pacientes atendidos según el modelo INDI desde los tres meses y durante un año de seguimiento (Aragones et al. 2012). Estos mismos autores realizaron recientemente un análisis coste-utilidad del modelo INDI en comparación con la práctica clínica habitual, observando mejores resultados incrementales para la intervención, tanto de utilidad (0,045 AVAC adicionales) como de efectividad clínica (40,09 días libres de depresión, DLD).

1.6.1 Tratamiento psicoterapéutico

Una reciente revisión sistemática según Barth et al (2013) evaluó todos aquellos ensayos clínicos aleatorizados que comparaban alguna intervención psicoterapéutica (terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y activación conductual) con un grupo control (lista de espera, atención habitual o placebo) en adultos con depresión mayor. Los autores identificaron 198 estudios que incluyeron 15 118 pacientes y realizaron un metanálisis en el que integraron tanto evidencias directas como indirectas de los ensayos clínicos. Los resultados no mostraron grandes diferencias al comparar las diferentes intervenciones entre ellas, ni entre formatos individuales y grupales. También observaron que, en general, los estudios de menor tamaño muestral y menos rigurosos metodológicamente encontraban mayores beneficios de la psicoterapia, siendo muchos de los incluidos de pequeño tamaño (solo 36 de los estudios tenían al menos 50 pacientes que recibiesen el mismo tratamiento).



- Terapias cognitivo-conductuales

Ha resultado ser la modalidad de terapia psicológica más frecuentemente estudiada en este trastorno (Butler, Chapmaz, Forman, Beck. 2006) La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. El terapeuta adopta un estilo educativo, buscando la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Este enfoque requiere que el paciente practique sus nuevas habilidades entre sesiones mediante tareas para casa y ensaye nuevas conductas. Habitualmente la terapia cognitiva incluye más o menos técnicas conductuales; de ahí la denominación de terapia cognitivo-conductual (TCC). Por otra parte, bajo la denominación de TCC existe una gama diferente de intervenciones que comparten la asunción teórica básica de que la mayor parte de la conducta humana es aprendida y que la actividad cognitiva determina el comportamiento. La TCC adopta un formato estructurado, es limitada en el tiempo y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos. Ha sido evaluada en una diversidad de contextos (atención primaria, especializada, pacientes hospitalizados), comparada principalmente con tratamiento farmacológico y en diferentes muestras de pacientes (DeRubeis et al. 2005). La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal, aunque también hay estudios que



adoptan formatos más breves (entre 6-8 sesiones) y se asume que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o comorbilidad asociada.

La TCC en formato grupal también es empleada en pacientes con depresión mayor. La TCC grupal es altamente estructurada y tiene un fuerte componente psicoeducativo. Suele organizarse en 12 sesiones de dos horas realizadas a lo largo de 8 semanas. La terapia cognitiva basada en la conciencia plena o mindfulness (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) es una variante de la TCC en formato grupal, diseñada específicamente para la prevención de recaídas o recurrencias. Se desarrolla en 8 sesiones grupales de frecuencia semanal y dos horas de duración, centradas en la detección y el desarrollo de habilidades para hacer frente a las sensaciones corporales, pensamientos y sentimientos asociados a las recaídas.

- Terapia incluyendo a la pareja

El abordaje psicoterapéutico incluyendo a la pareja es una intervención psicológica que tiene como objetivo ayudar a entender a los participantes la importancia de la interacción con los demás en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas y por lo tanto, intenta cambiar la naturaleza de estas interacciones con la finalidad de conseguir relaciones basadas en el apoyo y la reducción del nivel de conflictos. Aunque no es un tratamiento específicamente desarrollado para el tratamiento de la depresión, algunos autores destacan su indicación en la depresión por la influencia que la pareja puede tener en el inicio, mantenimiento o exacerbación



y resolución de un episodio de depresión (NCCMH, 2009). Se ha demostrado que la terapia de pareja redujo de forma significativa la puntuación de escalas de depresión autoaplicadas al final del tratamiento.

- Terapia interpersonal

La terapia interpersonal (TIP) fue desarrollada por Klerman y Weissman (1984) como tratamiento para la depresión, aunque su uso se ha extendido a otros trastornos mentales. Se centra en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales y el objetivo es reducir los síntomas a través de la resolución o afrontamiento de áreas problemáticas. Como ya se comentó en el apartado de las terapias cognitivo conductuales, se incluyó cuatro estudios que compararon la TCC con la TIP sin encontrar diferencias clínicamente relevantes en las puntuaciones de escalas de depresión al final del tratamiento. Sólo un estudio comparó la TIP con el placebo, observando menor riesgo de discontinuación y una reducción significativa de las puntuaciones de escalas heteroaplicadas al finalizar el tratamiento. En comparación con los cuidados habituales en atención primaria (incluyendo medicación) cuatro estudios mostraron un efecto significativo de la TIP sobre las puntuaciones de escalas de depresión autoaplicadas al final del tratamiento, a los tres meses y a los nueve meses de seguimiento. También se observó este efecto sobre escalas heteroaplicadas a los tres meses y a los nueve meses. En un estudio, la combinación de TIP con antidepresivos disminuyó significativamente las puntuaciones de escalas



heteroaplicadas cuando se comparó con la TIP sola. En otro estudio, el tratamiento combinado en comparación los antidepresivos mostró un efecto significativo en las puntuaciones de escalas de depresión heteroaplicadas al final del tratamiento. Se puso de manifiesto que el grado de preferencia por el tratamiento se relaciona en ambos grupos con la eficacia del tratamiento

1.6.2 Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos son fármacos dirigidos a mejorar los síntomas asociados a la depresión y existen diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción. Hay un tiempo de latencia en el comienzo de sus efectos terapéuticos que puede ser de 2 a 4 semanas, aunque algunos estudios señalan una respuesta más temprana, especialmente en aquellos pacientes que al final alcanzan la remisión del cuadro (Taylor, Freemantle, Geddes, y Bhagwagar, 2006)

La eficacia del tratamiento farmacológico de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, aunque existe controversia sobre qué antidepresivo es el más idóneo. En general, cuanto más graves son los síntomas de depresión más beneficio produce el tratamiento farmacológico.

1.7 Depresión y juventud

El concepto de juventud corresponde a una construcción social, histórica, cultural y relacional, que a través de las diferentes épocas ha adquirido significados y



restricciones diferentes. “La juventud y la vejez no están dadas, sino que se construyen socialmente en la lucha entre jóvenes y viejos” (Bourdieu, 2000, citado en León, 2004).

Lozano (2003) menciona que definir lo juvenil no es simple porque puede definirse desde diversas disciplinas. Desde el punto de vista de la biología se habla de una cualidad social o fenomenológica. Los jóvenes son aquellos que no pueden seguir siendo considerados niños pero que todavía no son adultos, otros los definen como aquellos que se revelan y/o luchan por el poder de los mayores.

En México el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ, 2018) define la juventud como un conjunto de cambios de individuos concretos, en un periodo del ciclo vital que va de los doce a los veintinueve años. Por otro lado la OMS (2004) refiere la juventud (del latín puer) como la edad que precede inmediatamente a la edad adulta y se sitúa después de la infancia. La Organización Mundial de la Salud postula que la juventud comprende, en general, el rango de edad entre los 17 y los 20 años, aun cuando reconoce que puede haber discrepancias entre la edad cronológica, la biológica y las etapas del desarrollo, o grandes variaciones debidas a factores personales y ambientales. Abarca la pubertad o adolescencia que inicia (de los 10 a los 16 años), la adolescencia media o tardía (de los 17 a los 19 años) y la juventud plena (de los 20 a los 24 años).

El término juventud también puede referirse a los primeros tiempos en la existencia de algo, y puede ser sinónimo de energía, vigor y frescura.





Capítulo II

2 Alcoholismo y su relación con la depresión

2.1 Antecedentes históricos del alcoholismo

De acuerdo a la historia se cree que la bebida alcohólica tuvo origen en la Prehistoria, durante el período Neolítico con la aparición de la agricultura y la invención de la cerámica. A partir de un proceso de fermentación natural ocurrido hace aproximadamente 10.000 años el ser humano empezó a consumir y atribuir diferentes significados al uso del alcohol. Los celtas, griegos, romanos, egipcios y babilonios registraron de alguna forma el consumo y la producción de bebidas alcohólicas (Viala-Artigues y Mechetti, 2003).

La condición climatológica en Grecia y en Roma eran especialmente ricos para el cultivo de uva y del vino. Los griegos y romanos de igual manera tenían conocimiento de la fermentación de miel y de cebada, sin embargo y pese a esta condición el vino era aún más preferido en ambos imperios debido a condiciones sociales, religiosas e incluso curativas. En el período de la Grecia Antigua el dramaturgo griego Eurípides (484 a.C.-406 a.C.) menciona en las Bacantes dos divinidades de primera grandeza para los humanos: Deméter, la diosa de la agricultura que provee los alimentos sólidos para nutrir a los humanos, y Dionisio, el Dios del vino y de la fiesta (Baco para los Romanos). Tomando en cuenta el papel del alcohol dentro de estas civilizaciones por índole religiosa o social, se llegó a censurar el uso indebido del alcohol como la embriaguez en ambas civilizaciones.



La cultura egipcia documentó sus procesos de fabricación e incluso de la comercialización de la cerveza y del vino. De acuerdo a sus escritos ellos mencionaban sus creencias curativas del consumo de estas bebidas; como la eliminación de gérmenes y parásitos. La importancia de la edad media radica en que durante este periodo comenzó una mayor comercialización del vino y de la cerveza y de igual manera su uso legal fue mayor. Por parte de la iglesia, el abuso de este (borrachera) dejó de ser condenado y solo se tomó como un pecado más.

De acuerdo con Jerome (1993) la importancia de este periodo histórico radica en la legalización de tabernas, en donde se establece el uso de horarios de venta y comercialización. En los últimos años del siglo XVIII y al inicio de la revolución industrial es donde surgen diversos cambios tanto demográficos y sociales en el continente Europeo y debido a esto es que el uso excesivo de bebidas alcohólicas se comenzó a ver como desordenes o enfermedades. Aun en el comienzo del siglo XIX algunos profesionales y especialistas en el área comenzaron a tener en cuenta los factores de diferenciación en el proceso de preparación de bebidas alcohólicas, es decir en sus propiedades como las bebidas destiladas y las bebidas fermentadas en donde al no encontrar gérmenes en el vino, este pasa a ser considerado la bebida más higiénica.

2.1.1 Consumo de alcohol en México

El consumo de alcohol en México es permitido en términos legales cumpliendo la mayoría de edad, aunque de acuerdo a datos del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus



Familiares (CAAF), unidad especializada del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y de la Secretaría de Salud, el 63% de la población identificada como consumidora de alcohol son adolescentes y jóvenes de entre 12 y 24 años de edad.

Según datos provistos por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2015), el alcohol es la primera sustancia de consumo en todos los sectores de la población mexicana con prevalencias que oscilan entre el 72 y el 77% en los hombres y el 36 y el 43% en las mujeres entre 1988 y 2002. De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud establecidos en la Secretaria de Salud (2016) indica que en América Latina México ocupa el décimo lugar con un consumo de 7.2 litros per cápita teniendo en cuenta que una bebida alcohólica contiene entre 12 y 15 gramos de alcohol.

Un consumo excesivo es cuando una mujer ingiere más de 40 gramos y el hombre, 60 gramos. Se considera un problema de salud cuando se ingieren más de 50 gramos en el caso de las mujeres y 70 gramos en el caso de los hombres. (OMS, 1994, citado en Secretaria de salud 2016). Es importante señalar que el consumo de más de 60 gramos de alcohol también produce daños a la salud y es hoy uno de los principales factores de morbilidad, discapacidad y mortalidad, además de agente causante de más de 64 enfermedades como cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y



los accidentes de tránsito, síndrome alcohólico fetal y complicaciones prenatales (OMS, 2004).

A nivel mundial aproximadamente 303 millones de muertes al año, pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto, además de perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Con los datos recabados por la OMS (2004) se refiere que existe una muerte cada 40 minutos por el consumo excesivo del alcohol.

Cabe destacar que el porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres. De acuerdo a la encuesta nacional de salud y nutrición llevada a cabo por la secretaria de salud y el Instituto Nacional de Salud Pública entre 2000 y 2012 se observa un aumento en el porcentaje total de adultos que consumen alcohol (39.7% en 2000, 34.1% en 2006 y 53.9% en 2012). Entre los hombres, el aumento fue de 56.1% en el año 2000 a 53.1% en 2006, y a 67.8% en 2012, y entre las mujeres de 24.3% en el año 2000 a 18.5% en 2006, y a 41.3% en 2012 (Guerrero y Muños, 2005).

La prevalencia de trastornos por su ingesta aumentó a 5.2% en la población masculina y 0.50% en la población femenina, mostrando que la afectación en las mujeres va al alza, ya que de un periodo a otro se incrementó en más del 50% la presencia de trastornos asociados a su ingesta en personas de sexo femenino.



En México durante el año 2010 existía una población adolescente que consumía productos con restricciones de venta para menores de 18 años de edad. El Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) afirma en un estudio aplicado a 933 personas, que 37.1% de la población consumidora tiene entre 15 y 19 años de edad; 24.7% tiene 30 años o más; 17.4% tiene entre 20 y 24 años; 12.2% entre 25 y 29 años, y 8.5% entre 12 y 14 años de edad (WHO, 2004).

Además, Alpízar, Pérez y García (2008), plantean, que la cantidad de jóvenes que consume alcohol aumentó en 20 %, en los últimos años. Sin embargo por rangos de edad la cerveza es más popular entre los jóvenes, que también llevan la delantera en el consumo del vodka. Las mayores diferencias se dan por región, ya que la cerveza es claramente preferida en el sureste, mientras que el tequila sube su proporción de preferencia en el norte y en el bajío del país. El vodka alcanza el 8% en el norte y el ron el 7% en el centro del país (Maldonado, 2009)

El consumo de alcohol en el mundo y en México es uno de los factores de riesgo más importantes para la salud de la población. La evidencia es amplia. A modo de ejemplo, se estima que el consumo de alcohol es responsable de una de cada diez muertes en el país.

El comenzar a beber en una edad menor a la recomendada en este caso antes de los 18 años puede ser iniciativa de eventos contraproducentes para la salud incluso



puede ser vinculado el consumo de alcohol a edad temprana con actos o conductas delictivas.

Tomando en cuenta lo anterior se ha creado una política para evitar este tipo de acercamiento temprano al consumo del alcohol. La edad mínima legal de consumo (EMLC) (o MLDA por sus siglas en inglés Minimum Legal Drinking Age) además de ser una norma oficial de salud pública social, que tiene la función de regular la conducta social de los individuos para así decidir cuales sustancias se pueden consumir legalmente y a qué edad .

Para el caso de México, se ha establecido una norma en la cual se marca en 18 años la edad mínima a la cual se pueden comprar y consumir bebidas alcohólicas y prohíbe vender y servir bebidas alcohólicas a menores de edad en bares u otros establecimientos de orden público. En dado caso que se sorprenda a un adolescente realizando esta conducta de consumo indebida con bebidas alcohólicas el procedimiento contempla conducción a cuartel de policía y devolución a los padres o tutores. Según conductas auto reportadas, el porcentaje de menores de 18 años que compran alcohol es significativamente inferior al de personas adultas. Maldonado (2009) menciona que la edad promedio en la que los actuales adultos mexicanos inician el consumo de bebidas alcohólicas es de 17.4 años; los hombres que se iniciaron a una edad promedio más tempranas (16.8) que las mujeres (18.3). Otro dato



a llamar la atención es que el 27% de la población y el 33% de los hombres declaran haber consumido sus primeros tragos antes de los 16 años.

2.1.2 Definición de alcoholismo

En 1952 la primera edición del DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) incluye el alcoholismo como enfermedad a ser tratada. Incluyó el alcoholismo como una enfermedad. En el año 1967 la Organización Mundial de la Salud incluyó el concepto de enfermedad del alcoholismo en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-8), mientras los problemas relacionados al uso del alcohol se incluyeron dentro de una categoría más amplia de trastornos de personalidad y de neurosis. Estos problemas fueron divididos en tres categorías: dependencia, episodios de beber excesivamente (abuso) y beber de modo excesivo habitualmente. La dependencia del alcohol se caracterizó por el uso compulsivo de bebidas alcohólicas y por la manifestación de los síntomas de abstinencia después de la interrupción del uso del alcohol.

Babor (2002) define el alcoholismo como una enfermedad crónica, caracterizada por una perturbación fundamental del sistema nervioso central, que se manifiesta por un grupo de síntomas y signos corporales que confieren un carácter imperioso al deseo concomitante de ingerir alcohol. En el nivel de la conducta, la enfermedad se manifiesta por un estado de dependencia física, primaria o secundaria, hacia la sustancia. La sintomatología desaparece temporalmente después del



consumo de cierta cantidad de alcohol.

Es una enfermedad caracterizada por una preocupación por el alcohol y una pérdida de control en su consumo, de tal modo que el sujeto alcanza la intoxicación etílica cada vez que bebe, enfermedad que sería progresiva, crónica (Asociación Médica Americana citado por Naveillan, 1981).

Así mismo la OMS (2004), se refiere como un trastorno en el cual el consumo de alcohol va en detrimento de la salud o del funcionamiento social de la persona, por un período de tiempo. Es un término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas.

También García, Lima, Aldana, Casanova y Feliciano (2014) define el alcoholismo como una enfermedad crónica, progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos patológicos. Existe predominio del sexo masculino de esta afección, aunque es cada vez mayor su adición por el sexo femenino y en jóvenes.

Del mismo modo el alcoholismo es definido como una enfermedad primaria y crónica, de etiología multifactorial en la que influyen factores biológicos, genéticos, educacionales, psicológicos y ambientales. Clínicamente se caracteriza por síntomas



de abstinencia, al disminuir o suprimir voluntaria o involuntariamente la ingesta de alcohol, por déficit del control del consumo, por minimización o negación de la ingesta y por persistencia en el consumo a pesar de los efectos adversos. Estos síntomas pueden ser continuos o periódicos (Díaz, Olmos y Martínez, 2007).

Finalmente, Kershenobich (2010) menciona que el alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica en cuyo desarrollo y manifestaciones clínicas influyen factores genéticos, psicosociales y ambientales. La enfermedad es a menudo progresiva y fatal. Se caracteriza por la falta de control en el consumo (continuo o intermitente) de alcohol, la ingestión de licor a pesar de la preocupación por hacerlo y por sus consecuencias, así como por trastornos en el razonamiento que a menudo llevan a una conducta de negación sobre el consumo real.

2.2 Investigaciones sobre alcoholismo

De acuerdo con Barradas, Fernández y Gutiérrez (2016) en su investigación sobre el consumo de alcohol en universitarios señalan que el 83% de los participantes mencionaron que alguna vez en su vida habían tomado una bebida completa. El 7.8% menciona tener un consumo de riesgo, el 17.4% señaló tener un consumo abusivo, mientras que el 52.8% dijo tener un consumo moderado. Zúñiga y Bouzas (2006) señaló que el 62% de los adolescentes son consumidores de alcohol y el 38% restante consumen bebidas alcohólicas desde la adolescencia.



Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010) mencionan que el 65 % de un total de 2137 participantes consumen alcohol, y solo un 4% nunca lo ha probado. A pesar de esto no identificaron diferencias en el patrón de consumo según la edad. Señalan que la primera experiencia con el alcohol se produjo a los 14 años de edad. Estos resultados indican que el inicio del consumo de alcohol se da antes de la mayoría de edad.

La investigación realizada por Salcedo, Palacios y Espinosa (2011) indica en su estudio hecho en una universidad de Colombia que el 98% de los estudiantes ha consumido alcohol alguna vez en su vida, y el 72.7% lo consume actualmente. Señalan una prevalencia de alcoholismo del 23% y del riesgo de alcoholismo del 15%.

Montaño, Morales, Gómez, Vera y Gantiva (2011) demostraron que el 6% de los estudiantes participantes son abstemios, el 52.1% presenta un consumo de bajo riesgo, el 38.1% un consumo de alto riesgo y el 3.9% tiene posibilidades de experimentar dependencia al alcohol. También se evidenció un mayor consumo problemático en estudiantes de 17 a 24 años del sexo masculino.

Contrastando la información obtenida de distintas fuentes, sin duda el retrasar el primer encuentro con el consumo de alcohol en los jóvenes es un factor clave para tener implicaciones positivas en la vida y el reflejo de salud en el consumo de alcohol durante la vida.

Con estos datos se abre el panorama a posibles factores que induzcan al consumo excesivo de alcohol, y en específico retomaremos la depresión.



2.3 Características del consumo de alcohol

Algunas de las características que se encuentran en los alcohólicos, tal y como lo refieren Alpizar, Pérez y García (2008) son:

- El deseo insaciable: el deseo o necesidad fuerte o compulsiva de beber alcohol.
- Pérdida de control: la inhabilidad frecuente de parar de beber alcohol una vez que la persona ha comenzado.
- Dependencia física: la ocurrencia de síntomas de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores y ansiedad cuando se deja de beber después de un período de consumo de alcohol en grandes cantidades. Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante.
- Tolerancia: la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse drogado o intoxicado.
- La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras conductas que en algún momento tuvieron mayor valor para él.



2.3.1 Niveles de consumo y grados de alcohol

El consumo de riesgo puede causar daños en la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS establece como consumo medio regular de 20 a 40g de alcohol diarios en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres. El consumo perjudicial se define como un patrón en el beber que causa daños a la salud física o mental. El consumo medio regular de 40g diarios de alcohol en mujeres, y más de 60g diarios en hombres, mientras el consumo excesivo ocasional (binge drinking, en inglés) puede ser particularmente perjudicial para la salud, es definido como el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola sesión.

El consumo de alcohol se define en gramos de alcohol consumidos o de bebidas estándar. En Europa, una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol absoluto (OMS, 2008). En las Américas, no todos los países poseen una definición de bebida estándar; en Estados Unidos y Canadá una bebida estándar contiene entre 13 y 14 gramos de alcohol. A nivel científico, los informes sobre cantidad de alcohol consumido deben estar expresados en gramos de alcohol absoluto, para facilitar las comparaciones entre un país y otro.

El término bebida estándar se utiliza para hacer más simple la medición del consumo de alcohol. A pesar de que esto puede ser inexacto, su nivel de precisión es suficientemente bueno para recomendarlo como método para calcular el



consumo de alcohol en distintos ámbitos. Aunque la utilización del término bebida estándar tiene ventajas, también presenta algunas dificultades (OMS, 2008):

- El contenido de alcohol de las bebidas varía enormemente, entre 1 y 45%, lo que puede llevar a cálculos erróneos.
- El mismo tipo de bebida puede ser presentada en distintos tipos de envases, con las consiguientes diferencias en cantidad de alcohol.
- La concentración del grado de alcohol puede variar en una misma bebida, dependiendo de dónde y cómo ha sido producida.
- Una bebida estándar difiere de un país a otro.
- En la mayoría de los países, se acuerda, por consenso, el contenido de alcohol de una bebida estándar, sin que existan estudios científicos previos.

La utilización de bebidas estándar simplifica la evaluación del consumo de alcohol y se puede adoptar en forma sistemática en los centros de atención primaria de la salud. Sin embargo, puesto que hay diferencias de un país a otro, cada país debería determinar el contenido de alcohol de una bebida estándar no sólo por consenso, sino mediante estudios científicos. La Organización Mundial de la Salud (2008) propuso los siguientes valores para las bebidas estándar:

- 330 ml de cerveza al 5%
- 140 ml de vino al 12%



- 90 ml de vinos fortificados (por ejemplo jerez) al 18%
- 70 ml de licor o aperitivo al 25%
- 40 ml de bebidas espirituosas al 40%

Por su gravedad específica, un mililitro de alcohol contiene 0.785g de alcohol puro; por lo tanto, la definición de la OMS con respecto a las bebidas estándar es de aproximadamente 13 g de alcohol. Se debe recordar que en Europa, una bebida estándar contiene aproximadamente 10g de alcohol.

Maldonado (2009) menciona que en México se puede observar una mayor inclinación por el consumo de cerveza y tequila (68%). Por segmentos de la población destaca que los hombres dicen ser más consumidores de cerveza que las mujeres, y ellas más consumidoras de tequila que los hombres.

Para Milón, (2016) una bebida alcohólica contienen una sustancia llamada etanol El concepto de etanol alude al alcohol etílico: Se trata de un líquido que se genera a partir de la fermentación de productos que presentan una elevada cantidad de carbohidratos. Existen dos tipos de clasificaciones, todas ellas están divididas de acuerdo a su procedencia, de cómo es elaborada y el porcentaje de alcohol que pueda tener dicha sustancia.



La primera de ellas es la denominada por su elaboración, en esta primera clasificación encontraremos 4 sub clasificaciones:

Bebidas fermentadas: estas se podrían decir que son las más conocidas, además de que también son las que primero que existieron a lo largo de la historia, estas son llamadas así, gracias a que su mecanismo de acción, el cual es denominado: fermentación alcohólica. Este método es gracias a que el azúcar que se encuentra en las frutas, las hierbas e incluso las semillas, pasa por un proceso en el que se convierten en alcohol, gracias a los microorganismos que se encuentran en ello: en este caso particular, las denominadas bacterias de levadura.

Para esta primer sub clasificación de las bebidas según su preparación las mayorías de estas bebidas tienen un grado de alcohol baja, que oscila entre los 5 a 15 grados el nivel de alcohol. En esta clasificación podremos encontrar diferentes bebidas como: Vinos, Cervezas, Champagne, Chicha, Cava, Sake, Vermut, Sidra, Sato, Pulque, Tepache.

Bebidas destiladas o espirituosas: este tipo de sustancias es muy diferente al anterior, pues este tiene la particularidad, de que para obtener la sustancia, es necesario hervir los zumos o jugos ya previamente fermentados, para separar el alcohol del agua, este proceso es conocido como: destilación. Esto tiene como fin



obtener una mayor concentración de alcohol, que puede ir entre los 17 a los 45 grados de alcohol.

Aunque en este caso, además de la preparación ya mencionada, a este se le puede agregar algunos otros componentes diferentes para mejorar su presentación, estos pueden ser: almidones o frutas, para mejorar su sabor, por poner un ejemplo. Algunas de las bebidas que se encuentran aquí pueden ser: Vodka, Whisky, Tequila, Ron, Ginebra, Brandy, Pisco, Coñac, Orujo

Bebidas fortificadas o generosas: esta se obtiene en primer lugar gracias a la fermentación (ya mencionada antes), para después ser fortificadas, de ahí su nombre, a través de una adición de alcohol que se obtiene por medio de una destilación (de igual manera ya mencionada anteriormente). Esto tiene la finalidad en primer lugar de poder lograr aumentar más el grado de alcohol que está en la bebida, además de que también se utiliza para poder mejorar o equilibrar los sabores.

Algunos de las principales bebidas que se pueden obtener mediante este proceso, son algunos grupos de vinos, denominados: vinos fortificados, en los cuales se encuentran: Oporto, Jerez, Marsala, Madeira, Banyuls francés

Licores y cremas: este tipo de bebidas alcohólicas se obtiene de una manera más compleja, pues estas se generan gracias a la maceración, técnica en la cual, productos de infusión o destilados de diversas sustancias vegetales naturales (frutas



hierbas etc.), se combinan con alcoholes destilados y cantidades determinadas de azúcar.

En este caso particular, es necesario clara, que como la fruta es el ingrediente principal de este tipo de bebida, en todo el mundo hay una gran cantidad de sustancias que se pueden preparar de esta forma, por lo que cada una dependerá de la región geográfica en donde esta sea preparada.

Lo que distingue a este tipo de sustancias, además de ser una bebida que tiene otro tipo de sabor e ingredientes, que por su mera presentación, son más atractivos. Lo que hace particular a este tipo de bebida es: la cantidad de alcohol que puede llegar a tener, pues en estos casos se puede determinar, que puede llegar a tener un nivel de alcohol superior a los 15 grados, incluso pudiendo llegar hasta los 50 grados de alcohol puro.

La segunda clasificación de las bebidas alcohólicas, son las denominadas según su graduación alcohólica. Nos estamos refiriendo básicamente a la cantidad que pueda tener de alcohol, al igual que en la clasificación anterior tenemos cuatro principales grupos, los cuales son:

- Ordinarios: de 20° a 25°.
- Semifinos: de 25° a 35°.
- Finos: de 35° a 40°.



- Extrafinos: mayor a 50°.

El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la dependencia del alcohol como “un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol. El volver a beber después de un período de abstinencia está a menudo asociado con una rápida reaparición de las características del síndrome” (OMS, 2008).

¿Cuánto toma alguien cuando se le pasan las copas? Maldonado (2009) menciona que en cada persona el alcohol opera de manera diferente, pero en promedio el mexicano declara que con 9.1 copas de su bebida preferida se siente alcoholizado, lo que sin duda constituye una cantidad muy grande de alcohol. Nuevamente destaca la categoría de los hombres donde el 44% declara necesitar de 10 a más copas para sentirse borracho; en el norte el 49% declara necesitar más de la decena. Quienes consumen normalmente cerveza en promedio dicen necesitar 10 de ellas para emborracharse, mientras que con otra bebida este dato es de 8 copas.

2.3.2 Consumo de riesgo

El consumo de riesgo se define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste (Babor citado en



OMS, 2008). No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo, ya que cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos. El consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres (Rehm et al.2004).

Consumo perjudicial El consumo perjudicial se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física (por ej., cirrosis hepática) como en su salud mental (por ej., depresión como resultante del consumo) (OMS, 1992). Basada en datos epidemiológicos de los daños causados por el alcohol, la OMS define el consumo perjudicial como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres (Rehm et al. 2004).

Intoxicación. Puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo, aún con un nivel bajo de consumo (Eckardt citado en OMS, 2008). Intoxicación no es sinónimo de consumo excesivo ocasional.

Consumo excesivo ocasional Una sesión de beber en la que se consume al menos 60g de alcohol puede definirse como consumo excesivo episódico u ocasional ("binge drinking", en inglés) (OMS, 2008).



2.4 Fases del alcoholismo

Dentro de la historia natural del alcoholismo se destacó de acuerdo con Jellinek, (1952) las siguientes fases y características:

- Fase pre-alcohólica: Transcurre desde que comienza la interacción de los factores causales hasta su inicio, es decir, desde un consumo ocasional de alivio, consumo constante de alivio e incluso el aumento de la tolerancia al alcohol.
- Fase Prodrómica: Esta fase señala el malestar que produce antes de una enfermedad dentro de sus características se presenta la existencia de las primeras lagunas mentales, preocupación por el alcohol, beber con avidez, e incluso aparecen los sentimientos de culpa por la manera de beber o la evitación de hablar de alcohol o el alcoholismo. Hasta este punto todavía el enfermo puede ser encausado por una campaña contra el alcoholismo.

Desde esta fase se puede dar una intoxicación, la mayor complicación son los accidentes de tráfico. Se relaciona también con actos criminales y suicidios, accidentes y caídas que producen fracturas y traumatismos cráneo-encefálicos. La exposición a la intemperie puede ocasionar congelación o quemaduras. Por supresión de los mecanismos inmunológicos puede predisponer a las infecciones (Ochoa, M. 2009).

- Fase crítica: En ella los individuos que señalan síntomas de la enfermedad en desarrollo dentro de sus criterios se encuentra la pérdida de control



sobre el consumo, razón del comportamiento para beber, en esta fase se observan el descontrol de sus relaciones sociales ya que existe en el individuo un comportamiento de grandiosidad y agresiva que lo alejan de las relaciones afectando el área laboral, reducción de desempeño o pérdida del empleo. Se destacan los remordimientos persistentes e incluso comienza el primer periodo de abstinencia voluntaria. En esta etapa se puede hablar de un consumo problemático, ya que aparecen algunos problema relacionado con el alcohol. El consumo perjudicial (CIE 10) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida. El abuso de alcohol (DSM-IV-TR) habla de un patrón desadaptativo que conlleva problemas. El síndrome de dependencia de alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas (Ochoa, M. 2009)

Si no existe una intervención profesional se desarrolla una subordinación completa del alcohol, apatía hacia otros intereses, nueva interpretación de sus relaciones interpersonales y hacia su persona, síntoma inicial de lo que más tarde será un total divorcio con la sociedad, aparecen fugas geográficas, descontrol en costumbres familiares, experimentación de resentimientos irracionales, excesiva preocupación por la protección del abastecimiento del alcohol, pérdida de apetito o desarrollo de un desorden en los hábitos alimenticios.



Se puede llegar a la intoxicación patológica, la cual se define por una alteración conductual importante incluyendo, en el mayor de los casos, agresividad, que aparece a los pocos minutos de la ingestión de alcohol en una cantidad que es insuficiente para provocar intoxicación en la mayor parte de la gente. La conducta es atípica, en el sentido de que no se presenta cuando el sujeto no ha bebido (Ochoa, M. 2009). Dentro de la fase crítica existe una primera hospitalización debido al consumo constante de alcohol, disminución del impulso sexual o pérdida total en algunos casos.

- Fase crónica: Periodo del desarrollo final y más grave de la enfermedad donde existe una disminución de la tolerancia al alcohol.

Los hábitos conllevan a periodos de embriaguez prolongada durante ocho días o más, se caracteriza por un marcado deterioro moral, disminución de las capacidades mentales debido a una gran pérdida de neuronas por millares deteriorando así su capacidad, existe el riesgo de caer en una psicosis alcohólica (enfermedad mental, angustia, ansiedad, inseguridad, miedos y alucinaciones). En esta etapa hay una recurrencia a productos industriales (alcohol metílico, Bario, etc).

Se desarrollan temores indefinibles (Delirio de persecución, dudas, miedo, angustia, culpabilidad y remordimiento), temblores persistentes, carácter obsesivo por obtención del alcohol, inhibición psicomotora, vagas aspiraciones religiosas.



La fase crónica concluye con una hospitalización definitiva a causa de otra enfermedad (enfermedad cardiovascular, endocrinas, respiratorias, metabólicas, hematológicas, neurológicas) encadenada con los hábitos morales o de salud inadecuados o la pérdida de la vida.

Sin embargo, el patrón más común en el alcoholismo es el de grandes cantidades por ocasión de consumo. Casi 27 millones de mexicanos beben de ese modo, lo cual significa que, aunque lo hagan sólo en determinadas ocasiones (fines de semana y fiestas), en éstas consumen grandes cantidades (más de cuatro copas por ocasión las mujeres y más de cinco los hombres). De los 27 millones de mexicanos antes mencionados, se calcula que alrededor de 4 millones beben grandes cantidades al menos una vez por semana (bebedor consuetudinario) (Medina-Mora, Villatoro et ál., 2008 citado en Pantoja 2013).

2.4.1 Causas del consumo de alcohol

Los diferentes motivos para beber alcohol están asociados con distintos tipos de conductas, y la cultura tiene un papel en la motivación o desmotivación para que los individuos las lleven a cabo (Perera et al, 2009). Específicamente los mexicanos tenemos una forma característica de consumir alcohol, generalmente se lleva a cabo con baja frecuencia pero en grandes cantidades, y con marcada tendencia a la embriaguez, que se ha convertido en una práctica común de la población debido a su elevada prevalencia (Herrera, Wagner, Velasco, Borges y Lazcano, 2004).



Las investigaciones internacionales han demostrado que los individuos beben alcohol por varias razones; algunos por motivos sociales (por ejemplo, para ser aceptados por el grupo de pares o sentir que pertenecen a un grupo); otros lo hacen para escapar, reducir o evitar estados de afecto negativo (como depresión o ansiedad), a los cuales se les nombra motivos de afrontamiento (Grant et al., 2007; Perera et al., 2009; Read, Wood, Kahler, Maddock y Palfai, 2003).

Otra razón se encuentra asociada con motivos de bienestar. Los motivos de bienestar y sociales predicen una alta frecuencia y cantidad de consumo y los de conformidad una baja frecuencia y cantidad de consumo (Grant et al., 2007).

Perera et al. (2009) identifican tres motivos para consumir alcohol: por diversión personal, para reducir la tensión y por presión social, aunque sólo la reducción de la tensión predice la frecuencia del consumo. Por su parte, Stewart et al. (1996) sugieren que los jóvenes universitarios tienden a beber por tres diferentes motivos: para reducir o controlar el afecto negativo (depresión o ansiedad); para incrementar el afecto positivo y para la socialización o afiliación con los demás.

En otro estudio se encontró que las causas más significativas que llevan a los jóvenes a consumir drogas son: la disfunción familiar que provoca la carencia del apoyo familiar a estos jóvenes, las influencias del entorno en que se desarrollan los jóvenes y el desconocimiento del efecto que causan las drogas para su salud y sus



relaciones sociales. Se identificó que la droga más consumida es la marihuana, seguida del alcohol e inhalantes (Loor, Hidalgo, Macías, García, y Scrich, 2018).

Por lo que respecta a los lugares donde se acostumbra beber alcohol, los hombres pueden hacerlo en fiestas o en sus casas mientras que las mujeres dicen hacerlo mucho más claramente en las fiestas; existe también una distinción clara en función del poder adquisitivo, ya que mientras en los estratos económicos bajos se acostumbra más beber en fiestas, en los niveles altos se acostumbra con mayor peso asistir a bares y restaurantes (Maldonado 2009)



2.4.2 Factores con mayor prevalencia

Ramírez (2005) da a conocer la existencia de factores que predisponen a las personas a consumir alcohol:

- Factor hereditario (En ocasiones un individuo puede heredar cierta dotación de receptores a sustancias en específico).
- Factor emocional (Algunos ejemplos serían la baja autoestima, la depresión, o conflictos en la resolución de problemas emocionales o el mantener relaciones tóxicas).
- Factor de identidad (En los jóvenes suele ser más frecuente puesto que, en esta etapa, el adolescente atraviesa por cambios físicos, psicológicos y de identidad, por lo tanto, son personas más vulnerables).
- Presión social (Este es de los factores más importantes, ya que en la adolescencia aún no se consolida la identidad y por tanto, el adolescente puede ser más propenso a imitar conductas como la ingesta de alcohol).
- Curiosidad (Por naturaleza el ser humano es curioso y por lo tanto el adolescente puede sentir curiosidad en ingerir bebidas alcohólicas y de esta manera volverse adicto al consumo).
- Edad (el comenzar a consumir alcohol a una edad más temprana, aumenta el riesgo a volverse adicto).



Otros factores suelen ser el factor económico, la baja escolaridad y tener un padre bebedor.

En los niños y adolescentes se consideran los factores como el sexo, edad, nivel socio económico padres fumadores y bebedores, hermanos mayores y amigos, rendimiento escolar, trabajo remunerado y migración del país.

Según el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) citado por Secretaria de Salud (2016) refiere los siguientes factores principales para que se de el alcoholismo: curiosidad (29.4%), invitación de amigos (13.5%), la experimentación (12.4 %), los problemas familiares (10%), la influencia de amigos (9.4%), la aceptación del grupo (4.1 %), por invitación de familiares (2.9%) o depresión (2.4%).

2.4.3 Consecuencias del consumo de alcohol

Edwards (2005) señaló que las consecuencias nocivas para la salud física, psicológica y social derivadas del consumo abusivo de alcohol, pueden ser debidas tanto a la propia acción de esta sustancia sobre los diferentes órganos del cuerpo humano, como a las consecuencias de la modificación en el comportamiento que originan las bebidas alcohólicas, como por los efectos sociales que la adicción o el consumo abusivo tienen, especialmente, sobre el sistema familiar.

Las conductas agresivas y violentas relacionadas con el consumo de alcohol en todo el mundo serían por otra parte una de las consecuencias sociales más directamente relacionadas con el consumo, Respecto a la relación entre consumo de



alcohol y delincuencia, se estima que una cuarta parte de los delitos son cometidos por individuos que en el momento del acto delictivo están bajo los efectos de productos cannábicos asociados con bebidas alcohólicas. Los accidentes de tráfico ligados al consumo de alcohol suponen actualmente un riesgo de pérdida de vidas humanas mucho mayor al causado por la intoxicación con drogas no institucionalizadas y el SIDA juntos.

La dependencia alcohólica de un miembro de la familia es un estresor que debilita la resistencia familiar en muchos aspectos y la hace insuficiente o incluso perturbadora en alguna de sus funciones esenciales (Edwards, G. 2005).

Muchas veces se bebe alcohol por sus efectos intoxicantes y numerosos bebedores, en particular los jóvenes, consumen alcohol para intoxicarse, es decir, para emborracharse, haciéndolo en forma deliberada y consciente. Esta intoxicación es una causa común de daños sociales. El riesgo de sufrir las consecuencias negativas del alcohol (peleas, problemas en las relaciones familiares, maritales, sociales y laborales, en los estudios y en la relación con los amigos), se incrementa proporcionalmente con la cantidad de alcohol consumido, sin que existan evidencias de un efecto umbral.

El aumento de los riesgos en los niveles inferiores de consumo se debe a los bebedores ligeros, que toman poco alcohol y que ocasionalmente consumen una cantidad mayor a la habitual (Rehm y Gmel, citado en OMS, 2008). Los daños sociales ocasionados por terceros que consumen alcohol son también comunes y



generalmente sus consecuencias son menos graves (por ejemplo, no dejar dormir por la noche a causa de alboroto causado por borrachos). Además, se dan otro tipo de consecuencias, aunque menos comunes, como ser acosado en público o en fiestas privadas, ser insultado o sentir temor por la presencia de personas alcoholizadas; así como otras, de mayor gravedad, como ser lastimado físicamente o que se causen daños a la propiedad (Rosow y Hauge, 2004). Diversos estudios muestran que sólo una pequeña proporción de la población sufre daños en forma repetida y de distintas maneras; son los jóvenes y las mujeres que informan de mayor ingesta de alcohol por año, o que tienen episodios de intoxicación más frecuentes y asisten más a menudo a lugares públicos donde se bebe alcohol, quienes más probabilidades tienen de ser afectados por el consumo de otras personas (Makela citado en OMS 2008). También los bebedores cuentan con experiencias amargas como producto de los excesos en su consumo de bebidas alcohólicas, el 31% de los mexicanos declaran haber sido objeto de críticas a causa del alcohol consumido; el 22% se ha peleado o discutido con familiares; el 19% lo ha hecho con extraños; 16% acepta haber tenido lagunas mentales o “apagones” por la cantidad de tragos consumidos; el 11% ha tenido algún problema con la policía y un muy elevado 9% acepta haber sufrido algún accidente de tránsito como consecuencia del alcohol (Maldonado 2009).



2.5 Diagnóstico del consumo de alcohol

El diagnóstico de alcoholismo se basa en la elaboración de una correcta anamnesis, junto con la correcta exploración clínica. Es necesario realizar la valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica, donde puede ser útil el uso de cuestionarios diagnósticos. Así mismo se realiza un análisis completo con marcadores biológicos y un adecuado diagnóstico dual de las psicopatologías previas o asociadas. Las dificultades diagnósticas dependen de conceptos de tipo epidemiológico (cantidades y frecuencia de bebida) y de tipo clínico (problemas por el consumo), excesiva rigidez de los criterios diagnósticos, ausencia en ocasiones de complicaciones somáticas objetivables, escasa conciencia de patología con negación del problema por el paciente y banalización por parte del profesional. (Ochoa, 2009).

En la anamnesis y exploración clínica se valorará el consumo alcohólico y sus repercusiones (trastornos conductuales, repercusiones familiares, sociales y legales). En la exploración física se buscarán alteraciones somáticas y otros datos, inespecíficos pero orientativos sobre el abuso de alcohol, y signos clínicos que evidencien las consecuencias del consumo etílico. (Ochoa, 2009).

2.5.1 Intervenciones preventivas

Las intervenciones preventivas dentro de la etapa de la historia natural, de acuerdo a Delgado y Llorca, (2005) se agrupan clásicamente en tres categorías: prevención primaria, secundaria y terciaria:



- La prevención primaria, precede al inicio de la enfermedad y tiene por objetivo evitar la aparición de nuevos casos de la misma. Incluye todas aquellas actividades que incrementan la salud y aquellas dirigidas a reducir potenciales factores de riesgo: medidas legislativas, de promoción de la salud, medioambientales.
- La prevención secundaria, actúa en las fases iniciales del desarrollo de la enfermedad con la finalidad de mejorar el pronóstico, retardar el desarrollo de la misma y sus consecuencias. El diagnóstico y el abordaje terapéutico precoces son sus instrumentos más conocidos.
- La prevención terciaria, más tardía, actúa cuando la enfermedad ya está bien establecida y su finalidad, al igual que la secundaria, es retardar su evolución, reducir las consecuencias de la enfermedad (incapacidad, dolor, complicaciones, recurrencias y secuelas).

2.5.2 Manejo de la dependencia al alcohol

Dentro de las personas con dependencia al alcohol no tiene necesidad de un tratamiento especializado ya que se recuperan solas pero otra parte si lo necesita Las personas con síntomas de dependencia pueden ser asistidas en centros de atención primaria si aceptan abstenerse de consumir alcohol, a pesar de que piensen que no son dependientes; si se niegan a ser derivadas a un centro especializado y si no presentan complicaciones serias de orden social, médico o psiquiátrico es decir, se



debe derivar a tratamientos especializados a aquellas personas que presenten dependencia del alcohol y que hayan fracasado en intentos previos de tratamiento; a las que presenten complicaciones severas o riesgo de sufrir síndromes de dependencia moderados a graves; cuando haya evidencia de comorbilidad médica o psiquiátrica grave; y cuando el tratamiento no pueda ser manejado por el equipo de atención primaria” (OMS, 2008).

La OMS (2008) menciona que el tratamiento especializado incluye abordajes conductuales y farmacoterapia. El entrenamiento en habilidades sociales, el modelo de refuerzo en la comunidad o contención comunitaria y la terapia conductual de parejas, están entre los abordajes más efectivos, especialmente si resaltan la habilidad de la persona para suspender o reducir el consumo a través del aprendizaje de técnicas de auto-control, del incremento de la motivación y del refuerzo de los sistemas de soporte social de la persona.

Los tratamientos que han demostrado ser ineficaces son los dirigidos a educar, confrontar, asustar o fomentar la reflexión sobre la naturaleza y las causas de la dependencia, así como también la asistencia obligada a grupos de Alcohólicos Anónimos. Existen pocas evidencias que sugieran que los resultados globales del tratamiento puedan mejorarse si los pacientes son asignados a diferentes tipos de tratamiento.



Si bien aún no está claro cuál es el mejor modelo de correlación entre atención primaria y servicios especializados, parece que una integración entre ambos produce mejores resultados que si se aplican por separado. El seguimiento de los pacientes puede reducir el riesgo de recaída; por lo tanto, resulta importante para los proveedores de atención primaria de salud poder mantener contacto a largo plazo con pacientes tratados por dependencia de alcohol, que ya no están recibiendo tratamiento especializado (OMS 2008).

2.6 Relación entre consumo de alcohol y depresión

González et al. (2012) menciona que se presentan efectos principales para las variables como sexo, nivel educativo. Respecto del sexo, se presenta mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. Respecto al nivel educativo se encontró una mayor sintomatología depresiva para los estudiantes de nivel superior en contraste con los de nivel medio. Al comparar la sintomatología depresiva entre los grupos de consumo, los resultados indicaron mayores puntajes en el grupo de consumidores de alcohol y tabaco, seguido de usuarios excesivos de tabaco solamente y después de alcohol solamente.

Las mujeres de ambos niveles educativos presentaron una mayor sintomatología depresiva, seguidas de los hombres de nivel superior y los hombres de medio superior. Con relación al consumo elevado de alcohol y tabaco, en todos los



grupos se encontró una mayor sintomatología depresiva en quienes han consumido alcohol y tabaco.

Por otra parte Espada, Sussaman, Huedo y Alfonso (2011) en su investigación sugiere una coexistencia de factores de consumo de sustancias y los síntomas depresivos. Las puntuaciones altas en depresión están asociadas al consumo de tabaco y alcohol. En todas las sustancias evaluadas la depresión es una variable relacionada con el consumo, pero no con su frecuencia o intensidad

Almeida, Kerr-Correa, Pereira, Gurgel y Ferreira (2012) menciona en su investigación que la mayoría de los hombres participantes declararon ser bebedores (61.1%) en el último año. La depresión es asociada con el patrón de consumo de alcohol, en su mayoría beber en exceso. La depresión se asocia con la cohabitación con los conyugues con problemas relacionados con el alcohol.

Por otro lado, los trastornos mentales pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo del abuso en el consumo de alcohol y modificar consecuentemente el curso del trastorno adictivo; existe evidencia en el sentido de que el trastorno de personalidad antisocial aumenta la probabilidad de una ingesta excesiva, que la depresión complica el tratamiento del consumo perjudicial de alcohol y algunos síntomas psiquiátricos aparecen en el curso de una intoxicación crónica por alcohol.



Es decir, el consumo perjudicial de alcohol puede llevar a depresión y a ansiedad (Fernández y García, 2010).

Por su parte Castaño-Pérez (2014) señaló que dentro de los problemas psicológicos que presentan los consumidores que tienen dificultades con el consumo de alcohol son la depresión, ansiedad, altibajos emocionales (distimia), irritabilidad y poca tolerancia.

Las personas más vulnerables a presentar algún trastorno mental fueron las personas adultas jóvenes de 18 a 34 años y estado civil solteras. La literatura indica que el inicio temprano de los trastornos mentales se asocia con mayor riesgo de dependencia a drogas; se ha demostrado que cuando anteceden trastornos como ansiedad y depresión el riesgo de desarrollar dependencia en el consumo de sustancias se incrementa de 3 a 10 veces (Medina Mora et al., 2013).

Por último, Hernández, Cortaza y Lobo (2012) encontró que el 96.6% de los participantes presentan un nivel de depresión, 97.9% de las mujeres y 95.1% de los hombres. Y en el consumo de alcohol 58.3% informo ingerirlo, 14.3% con consumo de riesgo, 2.9 % de consumo perjudicial y 1.1% ya presentaba dependencia.

La OMS (2013) señala que la depresión puede concurrir con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. También se ha identificado que existe mayor sintomatología depresiva para los



jóvenes de nivel superior, en contraste con los de nivel medio. Al comparar la sintomatología depresiva en estos grupos, los resultados indicaron mayores puntajes de depresión en el grupo que consume más alcohol (González et al, 2012).

Según Klein, Koto y Bufferd (2011) casi cualquier enfermedad crónica, así como físicas y mentales puedan asociarse al consumo de alcohol y tabaco.



Capítulo III

3 Método

3.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (2017), la depresión como problema de salud se ha incrementado alarmantemente en las últimas décadas no solo en México, sino en el mundo. Su nula atención durante décadas desencadenó diversas patologías, tales como trastornos de la personalidad, de la conducta alimentaria, y el abuso de sustancias adictivas como el alcohol y otras drogas (Kessler, 2005).

Por otro lado, en nuestro país el consumo de alcohol también se ha incrementado en los últimos años debido a su prevalencia y a la cantidad en que los mexicanos consumen alcohol, el cual, se ha relacionado con la depresión. Del mismo modo, los trastornos mentales pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo del abuso en el consumo de alcohol y modificar consecuentemente el curso del trastorno adictivo.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2005), mostró que casi el 9% de los mexicanos ha presentado, por lo menos un cuadro depresivo en algún momento de su vida, aunado a que los mexicanos consumen alcohol con baja frecuencia pero en grandes cantidades, con tendencia a la embriaguez, la presente



investigación pretende obtener nueva información sobre la relación de la depresión y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios mexicanos.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre los distintos niveles depresión y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios?

3.3 Objetivo General

Identificar la relación entre los niveles de depresión con los distintos niveles de consumo de alcohol en jóvenes universitarios.

3.3.1 Objetivos específicos

1. Analizar si hay o no diferencias entre los hombres y las mujeres en relación con los niveles de depresión y el consumo de alcohol.
2. Identificar la relación de la depresión con el consumo de alcohol
3. Analizar si existen diferencias de depresión entre las diferentes licenciaturas
4. Analizar si existen diferencias de consumo de alcohol entre las diferentes licenciaturas

3.4 Hipótesis

H1 La depresión grave se relaciona con el consumo perjudicial de alcohol

H2 La mínima depresión se relaciona con el consumo de riesgo de alcohol



3.5 Diseño de la investigación

La investigación será de tipo no experimental correlacional, ya que se realizara sin manipular las variables, se tomaran las respuestas elaboradas tal y como la responde el participante, en un solo momento y tiempo.

3.6 Tipo de muestreo:

No probabilístico y de tipo intencional, ya que los participantes serán seleccionados directamente para elegir solo los que hayan consumido alcohol. Se descartarán los estudiantes que mencionen no haber consumido alcohol.

3.7 Muestra

Se aplico a 336 jóvenes universitarios, siendo 168 hombres y 168 mujeres de entre 18 y 26 años de las diferentes carreras del Centro Universitario UAEM Ecatepec en el estado de México

3.8 Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck

El BDI-II es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los



trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993).

Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo.

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se establecen puntos de corte que permiten identificar cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Cuestionario para la Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol
Desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, tiene como objetivo la detección temprana de personas con problemas de alcohol, consta de 10 ítems, agrupados en tres dominios, consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Para la investigación se utilizó los puntos de corte propuestos



por Rosón (2008), los cuales son Sin problemas: Hombres; 0-7; Mujeres: 0-5 / Bebedor de riesgo: Hombres: 8-12; Mujeres:6-12 Problemas físico – psíquicos y probable dependencia alcohólica: Hombres: 13-40; Mujeres: 13-40. El AUDIT se ha aplicado en diferentes poblaciones, incluyendo población mexicana mostrando una confiabilidad aceptable.

3.9 Procedimiento

Se localizaron en el Centro Universitario UAEM Ecatepec los participantes y se les proporciono un consentimiento informado sobre su participación en la investigación. Posteriormente se les dio instrucciones sobre la forma de contestar y se les entrego el inventario de depresión de Beck y el AUDIT.

3.10 Análisis de datos

Para el análisis de datos se empleará el paquete estadístico SPSS en donde se correlacionarán por medio de la prueba estadística R de Pearson los resultados obtenidos en las frecuencias de consumo de alcohol por medio del AUDIT y la clasificación de depresión del inventario de depresión de Beck.



Capítulo IV

4 Presentación de resultados

4.1 Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de los análisis realizados en función de los objetivos planteados.

4.2 Características de depresión

Se realizó un análisis de tendencia central (Mo) para conocer la puntuación de cada una de las características que conforman la depresión (ver tabla 1). Como se observa, los sentimientos de culpa, la pérdida de interés, pérdida de energía, cambio en los hábitos del sueño, dificultad de concentración y cansancio son las características que prevalecen en los participantes.



Tabla 1: Prevalencia de características de depresión

Características de depresión	Moda (Mo)
1. Tristeza	0
2. Pesimismo	0
3. Fracaso	0
4. Pérdida de placer	0
5. Sentimientos de culpa	1
6. Sentimientos de castigo	0
7. Disconformidad con uno	0
8. Autocrítica	0
9. Deseos suicidas	0
10. Llanto	0
11. Agitación	0
12. Perdida de interés	1
13. Indecisión	0
14. Desvalorización	0
15. Perdida de energía	1
16. Cambio en sueño	1
17. Irritabilidad	0
18. Cambios de apetito	0
19. Dificultad de concentración	1
20. Cansancio	1
21. Pérdida de interés sexual	0

Nota: 0=Prevalencia mínima, 1= Prevalencia leve



4.3 Relación entre depresión y sexo

Primeramente, para conocer la relación entre los niveles de depresión y el sexo de los participantes, se realizó un análisis chi cuadrado (X^2), ver la tabla 2. Se observa que 124 (74.4%) hombres presentan un nivel de depresión mínima, 34 (14.3%) depresión leve, 11 (6.5%) depresión moderada y 8 (4.8%) depresión grave. Por cuanto hace a las mujeres se observa que 109 (64.9%) presentan un nivel de depresión mínima, 38 (22.6%) depresión leve, 20 (11.9%) depresión moderada y solo uno (0.6%) con depresión grave.

Tabla 2: Escala Depresión por sexo

Nivel de depresión	Hombre		Mujer		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Depresión mínima	125	(74.4)	109	(64.9)	234	(69.6)
Depresión leve	24	(14.3)	38	(22.6)	62	(18.5)
Depresión moderada	11	(6.5)	20	(11.9)	31	(9.2)
Depresión grave	8	(4.8)	1	(0.6)	9	(2.7)
Total	168	(100)	168	(100)	336	(100)



4.4 Relación entre depresión y licenciatura

Para conocer la distribución de los niveles de depresión por licenciatura (ver tabla 3) se hizo un análisis de chi cuadrado (X^2). Como se observa, los puntajes más altos se presentan en el nivel depresión mínima en todas las licenciaturas, sin embargo, la licenciatura en Psicología (LPS) presenta un mayor nivel en la depresión leve con 16 (28.6%) en cuanto a la depresión moderada la licenciatura en Derecho presenta mayor nivel 11 (19.3%).



4.5 Características del consumo de alcohol

Se realizó un análisis de frecuencias para conocer la puntuación de cada una de las características que conforman el consumo de alcohol (ver tabla 4). Como se muestra la frecuencia de consumo en los jóvenes es mayor en la opción de una o más veces al mes con 179 (53%) seguido de 2 o 4 veces al mes con 124(37%). En el consumo de bebidas al día se distribuyó en 1 a 2 con 115 (34%), 2 o 4 con 92 (27%) y 5 o 6 con 81 (24%). En la pregunta de: más de 6 bebidas al día la distribución fue: nunca con 128 (38%), menos de 1 vez al mes 110 (33%) y mensualmente 66 (20%). En cuanto a incapacidad para dejar de beber la distribución fue mayor en: nunca con 232 (269%), una vez al mes con 62 (18%). Para la pregunta de: no hacer lo que espera predominó nunca con 256 (76%) después menos de una vez al mes 58 (17%). Para beber en ayunas la respuesta de nunca tuvo 272 (81%) seguido de una vez al mes con 44 (13%). En sentimientos de culpa la respuesta nunca obtuvo 219 (65%) seguido de una vez al mes con 90 (27%). En la pérdida de memoria la respuesta de nunca obtuvo 252 (75%) después una vez al mes con 63 (19%). En la pregunta sobre si han herido la respuesta no tuvo 295 (87%) seguido de sí pero no en el último año con 20 (6%) y en la última pregunta sobre si se han preocupado por la manera de tomar la respuesta no obtuvo 269 (80%) y sí, pero no en el curso del último año obtuvo 36 (11%).

Tabla 4: Características del consumo de alcohol



Frecuencia de consumo	n	(%)
Una o más veces al mes	179	(53)
2 o 4 veces al mes	124	(37)
2 o 3 veces a la semana	28	(8)
4 o más a la semana	5	(2)
Consumo de bebidas al día	n	(%)
1 a 2	115	(34)
3 a 4	92	(27)
5 a 6	81	(24)
7 a 8	39	(12)
10 o más	9	(3)
Más de 6 bebidas al día	n	(%)
Nunca	128	(38)
Menos de 1 al mes	110	(33)
Mensualmente	66	(20)
Semanalmente	31	(9)
Diario	1	(0.3)
Incapacidad para dejar de beber	n	(%)
Nunca	232	(69)
Una vez al mes	62	(18)
Mensualmente	25	(7)
Semanalmente	11	(3)
Diario	6	(2)
No hacer lo que esperaba	n	(%)
Nunca	256	(76)
Menos de una vez al mes	58	(17)
Mensualmente	12	(4)
Semanalmente	9	(3)
Diario	1	(0.3)
Beber en ayunas	n	(%)
Nunca	273	(81)
Una vez al mes	44	(13)
Mensualmente	13	(4)
Semanalmente	6	(2)



Continuación Tabla 4

Sentimientos de culpa	n	(%)
Nunca	219	(65)
Una vez al mes	90	(27)
Mensualmente	19	(6)
Semanalmente	6	(2)
Diario	2	(0.6)
Pérdida de memoria	n	(%)
Nunca	252	(75)
Una vez al mes	63	(19)
Mensualmente	15	(4)
Semanalmente	5	(1)
Diario	1	(0.3)
Heridas	n	(%)
No	295	(87)
Sí, pero no en el curso del último año	20	(6)
Sí, el último año	14	(4)
Preocupación familiar	n	(%)
No	269	(80)
Sí, pero no en el curso del último año	36	(11)
Sí, el último año	31	(9)

4.6 Relación entre consumo de alcohol y sexo

Para identificar el nivel de consumo de alcohol en los universitarios por sexo (ver tabla 5) se realizó un análisis chi cuadrado (X^2). Los resultados muestran que 89 (53%)



hombres fueron identificados como bebedores sin problemas, 46 (27.4%) se identificaron como bebedores de riesgo y 33 (19.6%) como bebedores con dependencia. En cuanto a las mujeres se observa que 135 (80.4%) fueron identificados como bebedoras sin problemas, 23 (13.7%) se identificaron como bebedores de riesgo y 10 (6%) como bebedores con dependencia.

Tabla 5: Escala de Consumo por sexo

Nivel de consumo	Hombre		Mujer		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sin problema	89	(53.0)	135	(80.4)	224	(66.7)
Riesgo	46	(27.4)	23	(13.7)	69	(20.5)
Dependencia	33	(19.6)	10	(6.0)	43	(12.8)
Total	168	(100)	168	(100)	336	(100)



4.7 Relación entre consumo de alcohol y licenciatura

Para conocer la distribución de los niveles de consumo por licenciatura (ver tabla 6) se hizo un análisis de chi cuadrado (X^2). Como se observa los puntajes más altos en bebedores sin problema lo tiene la licenciatura en Contaduría con 46 (82%), en cuanto de consumo de riesgo la relación más grande se ubica se encuentra en Ingeniería en Computación con 14 (25%) y en bebedores con dependencia se encuentra la licenciatura Derecho con la mayor puntuación de 14 (24.6%).



4.8 Correlación por niveles de depresión y consumo

Del análisis de correlación de Pearson se evidencian relaciones significativas intra-elementos que componen los instrumentos utilizados: Inventario de Depresión de Beck y el AUDIT, aunque bajas. Sin embargo, la presentación de resultados se centra en las correlaciones entre variables, es decir, entre los distintos elementos que componen cada uno de los instrumentos utilizados. Se observa una relación baja entre la frecuencia en el curso del último año que la persona no pudo hacer lo que se esperaba de ella por haber bebido con la tristeza ($r = .20$); al igual que con los sentimientos de culpa ($r = .27$), resultar herido ($r = .21$); pérdida de energía ($r = .24$) e irritabilidad ($r = .26$); esta última la frecuencia en el último año de haber necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior ($r = .20$). Finalmente se observa una relación baja entre haber resultado herido la persona por haber bebido con sentimientos de culpa ($r = .21$) y sentimientos de castigo ($r = .21$).

Tabla 7: Correlación depresión y consumo de alcohol

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	17	19	20	21
B																.13*			
C	.12*								.13*						.13*	.14**			
D	.11*													.11*	.12*				.11*
E	.20**	.19**	.12*	.13*	.27**	.21**	.16**	.13*	.19**		.13*	.18**	.13*	.15**	.24**	.26**	.15**	.16**	.11*
F	.16**				.18**				.13*	.13*					.17**	.20**			
G	.17**	.12*			.18**	.14*		.12*		.12*					.18**	.10	.15**	.11*	
I	.18**	.08			.21**	.21**				.19**					.11*	.11*			
J					.13*				.12*						.12*				

**La correlación es significativa a nivel 0.01 (bilateral)

*. La correlación es significativa a nivel 0.05 (bilateral)

Nota: 1. Tristeza; 2. Pesimismo; 3. Fracaso; 4. Pérdida de placer; 5. Sentimientos de culpa; 6. Sentimientos de castigo; 7. Disconformidad con uno mismo; 8. Autocritica; 9. Pensamientos o deseos suicidas; 10. Llanto; 11. Agitación; 12. Pérdida de interés; 13. Indecisión; 14. Desvalorización; 15. Pérdida de energía; 17. Irritabilidad; 19. Dificultad de concentración; 20. Cansancio o fatiga; 21. Pérdida de interés en el sexo; B. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?; C. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?; D. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?; E. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?; F. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?; G. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?; I. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?; J. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?



Capítulo V

5 Discusión y conclusiones

5.1 Discusión

En base a los objetivos planteados en esta investigación, los resultados evidencian lo siguiente:

La mayoría de los hombres presenta un nivel de depresión mínima, sin embargo en depresión grave los hombres superan a las mujeres, es decir los hombres sufren más depresión grave que las mujeres, estudios si revelan que existe depresión mayormente en mujeres, sin embargo no hacen énfasis en que los hombres sufren mas de depresión grave sino lo contrario, así mencionó Leyva, Hernández, Nava y López (2007), los resultados también presentaron que el nivel de depresión entre mujeres estudiantes era mucho más frecuente que en hombres.

En comparación con los datos de la OMS (2004) la depresión en nuestra muestra supera los datos ya que aproximadamente una decima parte de los participantes se encuentran entre los niveles mas altos de depresión, lo que nos muestra que no existe un incremento tan exponencial pero que si debe tener en consideración por el nivel en que se encuentra.

En nuestra investigación se encontró que el mas de la mitad se encuentra en la depresión mínima lo que es la gran mayoría de la muestra ya que solo una tercera



parte se encuentra en un nivel mayor. Y en cuanto al consumo se registro que dos terceras partes no tiene problema en su consumo, 12.8% esta en situación de dependencia lo que es bastante alarmante en comparación de las muestras.

Se identificó que hay más mujeres que son bebedoras sin problema, y más hombres son bebedores con dependencia, lo cual reafirma la parte teorica donde se menciona que los hombres son la población que mas consume o más problemas de dependencia con el alcohol; asi como lo menciona datos provistos por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2015), el alcohol es la primera sustancia de consumo en todos los sectores de la población mexicana.

Tambien comparando con los datos recuperados de instituciones publicas, el consumo de alcohol no se encontró tan marcado en los participantes, solo una minima parte de la comunidad presento problemas con la bebida pero no tiene un impacto tan grave en la comunidad en general, y se reafirma lo visto en investigaciones previas que el consumo es mayor en los hombres que las mujeres, y en el caso de bebedores con dependencia la cantidad de hombres es el triple a comparación con las mujeres.

Contrastando con la investigación de Hernández, Cortaza y Lobo (2012) que menciona que la mayoría de los participantes presentan un nivel de depresión, tanto en hombres como mujeres. Y en el consumo de alcohol que también nos muestras los niveles medianamente altos de consumo



5.2 Conclusiones y limitaciones

Con los hallazgos de esta investigación fue posible identificar que existe una relación entre la depresión y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, la cual es mínima.

Se identificaron diferencias entre hombres y mujeres en relación con la depresión, donde se observó que los hombres presentan mayormente depresión mínima y mujeres mínima y leve.

La depresión en hombres mostró que no existen diferencias significativas, a pesar de esto, la carrera que más indicó síntomas de depresión fue derecho y la de menos síntomas fue contaduría

Igualmente en los resultados en mujeres, no existen diferencias significativas en los niveles de depresión, sin embargo la carrera de derecho mostró mayor sintomatología y computación los menores niveles de depresión.

En cuanto a la depresión en general se encontró que no existen diferencias significativas, sin embargo la carrera que más puntuó fue psicología, seguido de derecho y la carrera con menores síntomas de depresión fue administración.

En cuanto al consumo de alcohol en general existen diferencias en cuanto al nivel de consumo por carreras siendo la licenciatura en derecho la que indica mayores



niveles de consumo, por otro lado la licenciatura en contaduría es la de menor consumo.

Se encontró diferencias en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, siendo los hombres los que marcan mayor tendencia a consumo de riesgo y dependencia.

En el consumo específicamente en hombres existen diferencias significativas, siendo la licenciatura en Informática Administrativa la que tiene mayor nivel de consumo, seguidas por Derecho y administración como mayores consumidores. Igualmente la carrera de contaduría es la de menor consumo

Con base en los resultados de consumo de alcohol en mujeres, podemos observar que no existen diferencias significativas de consumo, sin embargo la licenciatura en derecho es la de mayor consumo, seguido de psicología y finalmente la de menor consumo es computación

De acuerdo a las hipótesis planteadas se rechaza la H1 y se acepta la H2, la cual afirma que la depresión mínima se relaciona con el consumo de riesgo de alcohol.

En cuanto a las limitaciones, el único inconveniente fue que no todos los jóvenes consumían alcohol, por ello se tenían que aplicar los instrumentos solamente a algunos de ellos, esto hizo que se atrasara un poco más la aplicación y se encontraran jóvenes que al menos en los últimos tres meses hubiesen consumido alcohol.



Otra limitación fue que al ser dos instrumentos diferentes los jóvenes se llevaban mas tiempo en contarlo de lo que se acordaba y eso retrasaba la aplicación a más jóvenes.

Es importante mencionar que en CU UAEM Ecatepec donde se llevó a cabo la investigación, los jóvenes en general se encuentran con una salud física y mental dentro de la norma, es decir, no se identificaron altos niveles de depresión que interfieran en sus actividades académicas, solamente se mostraron 9 casos con depression grave, así mismo en cuanto al consumo se identificaron 46 casos donde comienza un consumo de dependencia, sin embargo no son muchos casos.

Se sugiere darle seguimiento a la investigación trabajando con las personas que se identificó con depresión grave y consumo de alcohol de dependencia, esto para que el estudio no se quede solamente plasmado, sino que pueda tener un impacto en la comunidad universitaria, aunque esten dentro de normatividad y como tal no necesiten un tratamiento farmacológico ni terapéutico, pero se podrían trabajar distintas pláticas o mesas de expertos en forma de prevenir futuros trastornos.

Por último se concluye que con la presente investigación se lograron los objetivos planteados y se abrió el panorama para conocer más sobre éstas problemáticas en el centro universitario, lo cual puede ser de utilidad para investigaciones posteriores o trabajos académicos.



Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo hemos podido observar distintas posturas acerca de estas problemáticas sociales, sin embargo todas nos llevan a un punto central y es el impacto que ha tenido en este tiempo, ya que a pesar de que los resultados fueron bajos si pudimos notar una relación entre estas.

De acuerdo con esto, es prudente abrir esta investigación a mas jóvenes, no exclusivamente a universitarios, para que se permita tener un panorama mas amplio de esta problemática tomando en cuenta a los demás sectores de la sociedad que se encuentran vulnerables ante esta situación, y poder comparar si existen diferencias y que es lo que hace que suceda o no.

De esta manera se podrán hacer comparaciones por: niveles socioeconómicos, educación, jovenes que son padres desde temprana edad, contexto familiar (hijos únicos, huérfanos), etc.

Del mismo modo se puede expandir esta investigación a nivel nacional ya que las condiciones socioculturales son distintas en cada región y el uso de bebidas alcoholicas tiene un impacto diferente, de este modo podríamos encontrar resultados que muestren la realidad desde otra perspectiva.



Para que de acuerdo con estas futuras investigaciones se permita realizar o proponer alternativas que permitan combatir de manera efectiva estas enfermedades que se proponen como las de mayor impacto en los próximos años.



Bibliografía

- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal-Estar Subj*, 3(3), 563-601.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Alpízar, M., Pérez, G., y García, I. (2008). Previniendo el alcoholismo. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Aragonés E., López G., Sánchez-Iriso E., Piñol JL., Caballero A., Salvador-Carulla L., et al. (2014). Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care.
- Aragonés, E., Piñol, JL., Caballero, A., López, G., Casaus, P., Hernández, M, et al. (2012). Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *J Affect Disord*.
- Argüelles, A. y Sarmiento, V. (2016). El divorcio sus causas y los efectos en los hijos. *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 4(7).
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista clínica de medicina familiar*. Vol. 7(1), 14-22.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V., y Lozano Ortiz, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26.



- Babor, T., Higgin-Biddle, J., Saunders, J. y Monteiro, M. (2002). *The alcohol use disorders identification test. Guidelines for Use in Primary Care*, New York (USA): World Health Organization.
- Barradas, M., Fernandez Mojica, N., y Gutiérrez Serrano, L. (2016). Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(12).
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nuesch, E., Trelle. S., Znoj. H., et al.(2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis.
- Becerra, L. (2009). La industria del etanol en México. *Economía unam*, 6(16), 82-98.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bellón, A., Moreno-Küstner, B., Torres-González, F., Montón-Franco, C., GildeGómez-Barragán, J. y Sánchez-Celaya, M. (2008). *Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predict study methodology*, Spain: BMC Public Health.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mex*, 55(5), 74-80.
- Blos, P. (2003). Los comienzos de la adolescencia. *Amorrotu*, 22(8).
- Bower, P. y Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *Br J Psychiatry*.
- Bufferd, J. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annu Rev ClinPsychol*, 7(2), 269-95.



- Butler, C., Chapman, E., Forman, M. y Beck, T. (2006). The empirical status of cognitivebehavioral therapy: a review of meta-analyses. *ClinPsychol*.
- Butler, R., Carney, S., Cipriani, A., Geddes, J., Hatcher, S. y Price, J. (2006). Depressive disorders. *Am Fam Physician*, 73(11), 1999-2004.
- Calderón, C., Mosquera, I., Balagué, L., Retolaza, A., Bacigalupe, A., Belaunzaran, J., et al. (2013). Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco.
- Camelini, J., y Castillo, R. (2012). Etanol y uso corporativo de territorio. *Mercator Revista de Geografía*, 11(25), 7-18.
- Cassano, P. y Fava, M. (2002). Depression and public health, an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 849-857.
- Castaño-Perez, G., Calderon-Vallejo, G. (2014). Problemas asociados al consume de alcohol en estudiantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 739-46.
- Cervilla, A., Rivera, M., Molina, E., Torres-Gonzalez, F., Bellon, A. y Moreno, B. (2006). The genotype at the serotonin transporter gene increases the risk for depression in a large cohort of primary care attendees: the PREDICT-gene study. *Am Med Genet Neuropsychiatr Genet*, 141(8), 7-912.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. y Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57(9), 21-27.



- Davila-Leon, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 21(5), 83-104.
- De Almeida, J., Kerr-Correa, F., Pereira, M., Gurgel, G., y Ferreira, J. (2012). Relations between depression, alcohol and gender in the metropolitan región of Sao Paulo, Brazil. *Ciencia & saudecoletive*, 17(9), 2425-2434.
- De Rubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*.
- Delgado, M., y Llorca, J. (2005). *Concepto de salud. El continuo salud-enfermedad. Historia natural de la enfermedad. Determinantes de la salud*. Manual de Epidemiología y Salud Pública, Madrid: Médica Panamericana.
- Devane, C. L., Chiao, E., Franklin, M. y Kruep, E. J.(2005). Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. *American Journal of Managed Care*, 11(12), 44-353.
- Díaz, H., Olmos, R., y Martínez, C. (2007). Alcoholismo, Medicine. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 9(86). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2359889>
- Edwards, G. (2005). Alcohol. Su ambigüa seducción social. México: Trillas.
- Erikson, E. (1993). *Sociedad y adolescencia*. Identidad, Juventud y crisis, México: Siglo XXI.
- Espada, J., Sussman, S., Huedo, T. y Alfonso, J. (2011). Relation between substance use and depression among Spanish adolescents. *International Journal of Psychology and PsychologicalTherapy*, 11(1), 79-90.



- Forbes. (2018). En México hay más de dos millones de jóvenes con problemas de depresión. Recuperado el 23/09/18 de <https://www.forbes.com.mx/en-mexico-hay-mas-de-2-millones-de-jovenes-con-problemas-de-depresion/>
- García, E., Lima, G., Aldana, L., Casanova, P., y Feliciano, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007&lng=es&tlng=es
- Ghaedi, L. y Mohd, A. (2014). Prevalence of depression among under graduate students: Gender and age differences. *International Journal of Psychological Research*, 7(2), 38-50.
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D. y Sutton, A.J. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes.
- González, A., Juárez, F., Solís, C., González-Forteza, C., Jiménez, A. y Medina-Mora, M. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1), 51-55.
- González-Forteza, C., Hermosillo, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R. y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hospital Infantil Mexico*, 72(2), 149-155.
- Goodale, E. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión. *Revista de Toxicomanías*, 50(6), 13-15.
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M. y Horwood, L. J. (2004). Panic attacks and the risk of depression among young adults in the community. *Psychother Psychosom*, 73(3), 158-65.



- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Grant, V., Stewart, S., O'Connor, R., Blackwell, E. y Conrod, P. (2007). Psychometric evaluation of the five factor modified drinking motives questionnaire- Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, 32(4), 2611-2632.
- Guerrero, M., y Muños, J. (2005). Consumo de alcohol en México. Estrategias mundiales para reducir su uso nocivo. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Evidencia para la política pública en salud*.
- Hernández, B., Cortaza, L. y Lobo da costa, M. (2012). Consumption of alcohol and depression in students of a public school of Coatzacoalcos, Veracruz, México. *SMAD, Electronic Journal on Mental Health, Alcohol and Drugs*, 8(3), 142-147.
- Herrera-Vázquez, M., Wagner, F., Velasco-Mondragón, E. y Borges, G. (2004). *Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos*. México: Salud Publica México, 132-140.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. *Comunicado de prensa*, 410(18), 1-8.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Encuesta Nacional de los Hogares. Tabulados. Recuperado el 03/09/18 de www.inegi.org.mx
- Jellinek, E. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 13(4), 673-684.
- Jerome, H. (1993). The concept of dependence: Historical Reflections. *Alcohol Health and Research World*, 17(3), 188-190.



- Kaplan, H. (1995). *Cuadernos Comprensivos de Psiquiatría*. Baltimore: Seventh.
- Keller, M. (1997). *Depresión doble: un distinto subtipo de depresión unipolar*. Estados Unidos: AffectDissord.
- Kershenobich, D. (2010). Alcohol y alcoholismo: definiciones actuales, mecanismos de daño y tratamiento clínico. *Revista de gastroenterología de México*, 2(75), 177-178
- Kessler, R. C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 617.
- Klein, N., Kotov, R. y Bufferd, S.J. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annu Rev ClinPsychol*, 7(2), 269-95.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- León, O. (2004). "Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes", en *Última década*. 21(3), 83-104.
- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G. y López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.
- Loor, W., Hidalgo, H., Macías, A., García, E. y Scrich, A. (2018). Causas de las Adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev. Arch Med Camaguey*, 22(2), 130-138.
- Lozano, M. (2003). "Nociones de juventud", en *Última década*. 18(4), 11-19.
- Maldonado, L. (2009) *Consulta Mitofsky: Consumo de bebidas alcohólicas en México*. Recuperado el 08/09/18 de: www.consulta.com.mx



- Marcus. M., Yasamy, MT., Ommeren, Mv., Chisholm, D. y Saxena, S. (2014). *Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern*, Geneva: WHO.
- Medina, E., Sarti, E. y Real, T. (2015). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. México: Academia Nacional de Medicina (ANM).
- Medina, M., M. E. et al. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?. *Salud Pública de México*, 55(1), 67-73.
- Melchior, M., Chastang, J.F., Head, J., Goldberg, M., Zins, M. y Nabi, H. (2013). Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13 year follow up of the Gazel cohort study. *Mol Psychiatry*, 18(1), 112–21.
- Milón, M. (2016). ¿Cuáles son los tipos de bebidas alcohólicas? *Medio millón Ecuador*. Recuperado el 08/09/18 de: <https://www.mediomilon.com/blog/cuales-son-los-tipos-de-bebidas-alcoholicas>
- Mitjans, M y Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas?. *Actas Espa Psiquiatr*, 40(2), 70-83.
- Montaño, M., Morales Guarín, A., Gómez Millán, M., Vera Maldonado, A. y GantivaDíaz, C. (2011). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(25), 27-35.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. London: The British Psychological Society.



- Pantoja, M. Á., Alonso Castillo, M. M., Benavides Torres R. y Guzmán Facundo, F. R. (2013). Consumo de alcohol y funciones ejecutivas en adolescentes: una revisión sistemática. *Aquichan*, 13(2), 234-246.
- Patten, S., Kennedy, S., Lam, R., O'Donovan, C., Filteau, M. y Parikh, V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. *Classification, Burden and Principles of Management. J Affect Disord*, 117(1), 5-14.
- Perera, B. y Torabi, M. (2009). Motivaciones por el consumo de alcohol entre hombres de 13 a 30 años en Sri Lanka. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 6(5), 2408-2416.
- Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, Pineda-Cortès, J. y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomed*, 115(4), 89-115.
- Porcelli, S., Fabbri, C. y Serretti A. (2012). Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with antidepressant efficacy. *EurNeuropsychopharmacol*, 22(4), 239-58.
- Ramírez, J. y Heller, N. (2016). Edad mínima legal del consumo de alcohol en el contexto chileno. *Revista médica de Chile*, 145(4), 108-115.
- Ramírez, R. M. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 813-818.
- Rami, L., Bernardo, M., Boget, T. y Ferrer, J. (2004). Cognitive status of psychiatric patients under maintenance electroconvulsive therapy: a one-year longitudinal



- study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 16(3), 465-471.
- Read, J., Wood, M., Kahler, C., Maddock, J. y Palfai, T. (2003). Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 13-23.
- Reed, G., J. M-C., Esparza, P. y Saxena, S. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists. Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*, 10(2), 118-31.
- Restrepo, C. (1997). Factores de riesgo asociados al Síndrome Depresivo en población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 1(2), 78.
- Riley, A., McEntee, M., Gerson, L. y Dennison C. (2009). La depresión como comorbilidad a Diabetes: implicaciones para el manejo. *Enfermeras practicantes*, 5(7), 523-535.
- Rosón, B. (2008). Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clin*, 69(1), 29-44.
- Rossow, I. y Hauge, R. (2004). Characteristics of the extent and distribution of social harms from others drinking. *Addiction*, 99(5), 1094-1102.
- Salamó, A., Gras, M. y Font-Mayolas, S. (2010). Consumo de alcohol en jóvenes: edad de iniciación. *International Journal of Developmental and educational Psychology*, 2(1), 743-750.
- Salcedo, M., Palacios, X. y Espinosa, A. (2011). Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(6), 77-97.



- Secretaria de Salud. (2016). Aumenta el consumo de alcohol entre jóvenes. Recuperado el 16/10/18 de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/aumenta-el-consumo-de-alcohol-entre-jovenes>
- Serby, M. y Yu, M. (2003). Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med*, 70(1), 977-86.
- Fernández, A. y García, M. (2010). Alcoholismo. Lecciones de Psiquiatría. Madrid, España: Panamericana.
- Taylor, M., Freemantle, N., Geddes, J., Bhagwagar, Z. (2006). Early onset of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant action: systematic review and meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*.
- U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). *Depression* 15(3), 3561.
- Vázquez, C., Hervás, G., y Romero, N., (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una revisión tras 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18.
- Viala-Artigues, J. y Mechetti, C. (2003). History of Alcoholarchaeology.
- Villatoro-Velázquez, J., Robles, N., Fregoso, D., Bustos, G., y Mujica, A. (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes. Reporte de Drogas, México, DF: INPRFM.
- Weissman, M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. y Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*, 163(6), 8-10.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.



Organización Mundial de la Salud. (2013). Depression. Geneva: World Health Organization. Recuperado el 18/10/18 de: <http://www.who.int/topics/depression/en/>

Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. *Ministerio de Sanidad y Consumo de España*, Madrid. Recuperado de 20/11/18 de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevention and treatment of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report. *World Health Organization*, 32(7) 67-89.

Zeni, I., Bastos, J. y Keller, R. (2015). Moderators of the association between discrimination and alcohol consumption: Findings from a representative sample of Brazilian university students. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37 (2), 72-81.

Zúñiga Bohigas, A. y Bouzas Riaño, A. (2006). Consumo de alcohol en los adolescentes: Percepción de consecuencias positivas y negativas. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (1), 97-110.



Anexos

Consentimiento informado

Yo _____, estoy de acuerdo en que los datos que proporcione sean utilizados para una investigación, en la cual se me aplicaran 2 instrumentos, los cuales se aplicaran en un solo momento. Se me han explicado los procedimientos que se llevarán a cabo y mi participación será voluntaria; de igual manera la información que otorgue será verídica, ya que se me informo que es completamente confidencial y solo podrán ser divulgada con fines académicos. Por lo tanto al firmar este documento autorizo que incorporen mis datos a la investigación, el día ____ de _____ del año 2019.

|

Firma del participante

Firma del aplicador 1



BDI-II

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla



11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Subtotal Página 2

Subtotal Página 1

Puntaje total



Cuadro 4

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana <input type="text"/>	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <input type="text"/>
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más <input type="text"/>	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <input type="text"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0 <input type="text"/>	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <input type="text"/>
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <input type="text"/>	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año <input type="text"/>
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <input type="text"/>	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año. <input type="text"/>
Registre la puntuación total aquí <input type="text"/>	
<i>Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario</i>	