



53
Zejem

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Consumo de alcohol, Actitud hacia el consumo y
Depresión en Estudiantes de la Facultad
de Medicina.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
LAURA ARACELI CERERO GOMEZ
MONICA A ^{del valle} PERALTA MACEDO
CLAUDIA ERIKA VIGIL BASAURI

Directora de Tesis:

MTRA. MA MARTINA JURADO BAIZABAL



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

México, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Con admiración y cariño, un especial agradecimiento a la Mtra. Ma. Martina Jurado, por impulsarnos en la realización de éste trabajo, por animarnos cuando las circunstancias eran adversas, por confiar siempre en nosotras y por enseñarnos que con tenacidad y constancia se puede llegar a la meta deseada.

Al Dr. Alejandro Díaz Martínez, Jefe del Depto. de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., por las facilidades y el apoyo otorgados para la realización de ésta investigación.

A la Dra. Martha Romero, Investigadora del Instituto Mexicano de Psiquiatría, por su cordialidad y sencillez, por compartir con nosotras sus conocimientos, su experiencia y su tiempo incondicionalmente.

A Lic. Rigoberto León, Profesor de la Facultad de Psicología y sinodal de éste trabajo, por su orientación y confianza desde el inicio del mismo.

A la Dra. Ileana Petra, Psiquiatra del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, por su ayuda y colaboración en el contacto con los profesores de la Facultad de Medicina.

A los Profesores de la Facultad de Psicología, que contribuyeron a nuestra formación profesional.

Y a todas aquellas personas que contribuyeron a la realización de éste trabajo... Muchas Gracias.

Con agradecimiento

Al Honorable Jurado:

Lic. Rosa María Cordova A.

Lic. Ma. de la Luz Javiedes R.

Lic. Miguel Angel Padilla L.

Lic. Rigoberto León S.

Lic. Ma. Martina Jurado B.

DEDICATORIAS

A mi pareja

Querido Alvaro. Por la gran suerte de tenerte junto a mí, por tu apoyo absoluto en la elaboración de ésta investigación y en todo momento por tu amor, tu cariño y tu confianza.

Te amo

A mi padre y a mi madre
Eddy y Elvira: Infinitamente
gracias por todo el apoyo,
cariño y amor que
incondicionalmente me han
brindado.

Por su ejemplo a seguir que
hoy se ve reflejado en éstas
páginas.

Pero principalmente por
haberme dado la gran dicha
de nacer y ser parte de ustedes.
Su hija.

Los amo

A mis queridos hermanos

Gis y Eddy: Por ese lazo
que nos une que vá más
allá de la hermandad, por
los momentos de juego,
risa, enojo, alegría, tristeza,
en fin, por todo lo
compartido y por todo lo
que vendrá.

Los amo

**A las familias Gómez Romero,
Cerero Castellanos y Loeza Alcántara,
con los que he compartido algunos de
los momentos más bellos en mi vida.
Los quiero**

**A mis compañeros de
generación 1991-1995
Con los que compartí este
desafiante juego del
conocimiento y
especialmente a todos
aquellos que además de
compartir las aulas, nos une
algo llamado Amistad.**

**A todos los profesores y a la
Universidad Nacional Autónoma
de México por haberme permitido
formar parte de su casa de estudios.**

A mis compañeras de tesis

Claus y Mony:

Por todo lo que recorrimos para
lograr ésta investigación, por los
ratos de biblioteca, las noches de
café y vitaminas, las discusiones,
las horas de espera...
pero especialmente por la amistad
que nació junto con este estudio,
por su comprensión y cariño.

Gracias queridas amigas.

LAURA

DEDICATORIAS

A Francisco y Rosa María

Por el apoyo y el impulso que siempre me han proporcionado. Por creer en mí y preocuparse por mi bienestar.

A mi papá por enseñarme que la superación se busca, no se espera. Por su amor infinito hacia mis hermanos y hacia mí.

A mi mamá por toda una vida de dedicación y cuidados. Por ceder e intentar comprender aún cuando nuestras visiones eran diferentes, para tratar de mantener la armonía entre nosotras.

GRACIAS

A mis Hermanos: Paco y Sandra

Gracias por cooperar de una forma o de otra en mi disponibilidad de ánimo y de tiempo para la realización de éste y todos los trabajos de mi formación académica, laboral y personal.

A Luis Miguel

Aún cuando el dolor de tu ausencia nos aplasta, el amor y tu recuerdo nos levanta.

Gracias por enseñarme con tu ejemplo como se perdona y se deshechan los rencores. Gracias por disfrutar el solo hecho de vivir y compartir con nosotros tu tiempo y tu cariño...donde quiera que estés.

A Sonia Macedo

Por todo lo importante que eres en mi vida.

Gracias por transmitirme el gusto por la música; por escucharme siempre y compartir conmigo los momentos más importantes de mi vida y de la tuya (sé que siempre estarás ahí incondicionalmente y también yo lo estaré).

Gracias por iniciarme en el maravilloso mundo de la Psicología del cual ya no puedo, ni quiero separarme jamás.

A toda mi familia Macedo

A todos y cada uno, gracias por seguir de cerca mi desarrollo, mis estudios, mis logros y mis percances, mis alegrías y mis tristezas.

Por ser una familia unida en todo momento y por quererme como yo a ustedes.

A las amigas y amigos que he tenido oportunidad de cultivar a lo largo de mi vida, por ser leales, sinceros y siempre presentes en las buenas y en las malas y de los cuales no diré nombres por temor de omitir alguno.

A Claus y Laurita

Por que luchamos unidas por alcanzar este sueño que a veces nos parecía tan lejano.

Por que dentro de nuestra precipitada actividad, siempre había tiempo para escuchar y alentar a la que lo necesitara... y todas lo sabíamos.

Por que comenzamos unidas por un fin común y ahora estamos aquí con este trabajo y algo que vá más allá del tiempo y la distancia y que se llama AMISTAD.

A Juan Carlos

Con todo mi amor, porque juntos estamos aprendiendo que el significado de esta palabra es extenso; que incluye defectos y virtudes que hemos aceptado y valorado de manera recíproca.

Por hacerme sentir a cada momento amada, respetada y valorada.

Por enseñarme con el ejemplo, que vale y dura más lo que se consigue con esfuerzo.

DEDICATORIAS

A una gran mujer: mi madre, la cual me dió la vida, su amor, comprensión y compañía y me ha enseñado a elegir mi propio camino. Gracias

A un gran amigo: mi padre, el cual ha estado conmigo en las buenas y en las malas y me ha enseñado a luchar por lo que quiero. Gracias.

A mis hermanos

Toño y Erick por estar siempre conmigo, por su apoyo, por ser para mí un motivo de alegría y deseando que ustedes como yo ahora, encuentren su propio camino.

A mis primas

Karla, Cynthia y Tany por el gran valor de la amistad que he encontrado en ustedes y que siempre me han demostrado ser mi familia.

A mis tías

Carmela, Gely, Tere y Martha por su apoyo y cariño,

A las familias Basauri y Vigil

por el cariño y confianza que siempre me han brindado.

**Al recuerdo de mis
abuelitos Margarita y
Alfonso**

Porque donde quiera que estén ustedes siempre estarán en mi corazón.

A mi abuelita Sol

Quien me ha dado su amor y me ha enseñado con el ejemplo la fortaleza que debemos tener en la vida.

**Gracias a todos mis amigos scouts
y a mis amigas gaviotas que me
han enseñado a amar la vida y a
encontrar mi propio vuelo.**

**A mis amigos por estar
conmigo y por creer en mí.**

A Cheluc

Gracias amiga por los
grandes recuerdo que tengo
junto a ti, por enseñarme el
valor que debemos tener
cuando nos comprometemos
con algo o alguien.

Gracias Lili por estar siempre
ahí en las buenas y en las
malas.

A un gran amigo, Eugenio,
porque siempre tienes una
sonrisa y una palabra de
apoyo.

**Gracias a mis amigas y compañeras
de Tesis, Laurita y Mony** por los
momentos que hemos pasado juntas...
Gracias por su apoyo, comprensión,
por las alegrías, las tristezas, las
desveladas y todo el tiempo y trabajo
juntas.

GRACIAS POR SU COMPAÑERISMO

A Juan Carlos

Por tu apoyo, cariño y comprensión,
por los buenos y malos momentos
que hemos vivido juntos, por el amor
que surgió con el calor de una
fogata.

Gracias por el amor que nos ha
unido.

Siento que lo que he expresado con
palabras es limitado comparado a lo
que les quisiera decir con el corazón,
de cualquier forma, gracias a todos
ustedes.

CLAUDIA

INDICE

RESUMEN	19
INTRODUCCION	20
CAPITULO 1. CONSIDERACIONES SOBRE EL ALCOHOL Y SU CONSUMO	
- ANTECEDENTES	27
- DEFINICION	30
- TEORIAS SOBRE EL ALCOHOLISMO	32
- ETIOLOGIA	33
- EPIDEMIOLOGIA	36
- EL CONTENIDO DE ALCOHOL EN LAS BEBIDAS	37
- EL ALCOHOL Y EL CUERPO HUMANO	38
- MORTALIDAD ASOCIADA A LA INGESTION ANORMAL DE ALCOHOL	43
- TRATAMIENTO	44
- ASPECTOS Y CONSECUENCIAS SOCIALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL	49
- PSICODINAMIA DEL ALCOHOL	51
- ALCOHOLISMO Y JUVENTUD	54
CAPITULO 2. DEPRESION	
- ANTECEDENTES	60
- DEFINICION	63
- CLASIFICACION	64
- ETIOLOGIA	68
- EPIDEMIOLOGIA	70
- DIFERENCIAS DE DIAGNOSTICO	73
- ESTRUCTURA FAMILIAR Y DEPRESION	76
- DEPRESION Y JUVENTUD	77
- DEPRESION Y ALCOHOLISMO	79
- TRATAMIENTO	81
CAPITULO 3. ACTITUD HACIA EL ALCOHOL	
- DEFINICION	92
- FORMACION Y ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES	93
- ENFOQUES Y TEORIAS	95
- FUNCION DE LAS ACTITUDES	97
- IMPORTANCIA DE LAS ACTITUDES	99
- MEDICION DE LAS ACTITUDES	99
- ACTITUD Y GENERO	100
- DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LA CONSISTENCIA ACTITUD	
CONDUCTA	101
- INFLUENCIAS SOCIALES EN LA ACTITUD	102
- CAMBIO DE ACTITUDES	103

- ACTITUDES Y CREENCIAS EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS	104
- INVESTIGACIONES SOBRE EL ALCOHOLISMO Y ACTITUD EN LOS JOVENES	105
CAPITULO 4. METODO	
- I. PLANTEAMIENTO	109
- II. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	109
- III. HIPOTESIS DE TRABAJO	109
- IV. VARIABLES	112
- V. DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES	112
- VI. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES	112
- VII. SUJETOS	113
- VIII. MUESTREO	113
- IX. TIPO DE ESTUDIO	113
- X. DISEÑO	114
- XI. INSTRUMENTOS	114
- XII. PROCEDIMIENTO	118
- XIII. ANALISIS ESTADISTICO DE RESULTADOS	119
CAPITULO 5. CONCLUSIONES	
- DISCUSION	139
- CONCLUSIONES	143
- SUGERENCIAS	145
- LIMITACIONES	146
ANEXOS	147
BIBLIOGRAFIA	179

CONSUMO DE ALCOHOL, ACTITUD HACIA EL CONSUMO Y DEPRESION EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

**CERERO GOMEZ LAURA ARACELI
PERALTA MACEDO MONICA ADRIANA
VIGIL BASAURI CLAUDIA ERIKA.**

El consumo de alcohol es un fenómeno complejo que debe enfocarse en términos de multiplicidad de factores (tales como: biológicos, psicológicos y sociales). Para poder manejar eficientemente estos problemas es esencial tomar en cuenta esta pluralidad. Es importante señalar que en México el consumo per cápita es inferior al reportado en otros países. Sin embargo, la tasa de cirrosis en la población masculina es comparable a la reportada en España (país consumidor de vino por excelencia). En nuestro país, ésta es una de las principales causas de muerte entre la población general y es la primera entre la población de 35 a 54 años.

Dado que el alcoholismo se puede presentar desde la adolescencia y este trae consigo múltiples conflictos tales como alteraciones en la vida de relación del sujeto, así como afecciones en las áreas emocional y familiar, consideramos importante investigar lo que sucede con el consumo de alcohol entre los jóvenes estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina ya que éstos en un futuro estarán encargados de conservar y promover la salud, además de que se encuentran en el rango de edad considerado de mayor vulnerabilidad ante el consumo de alcohol.

Esta investigación exploró el grado de consumo de alcohol en dichos estudiantes, cual es su actitud hacia la ingesta de bebidas embriagantes y debido a que algunas manifestaciones que ocurren al lado del consumo de alcohol se relacionan con la depresión, se consideró necesario conocer el nivel de depresión en los mismos, además de algunos rasgos de actitud hacia el alcohol. Para lo cual se utilizaron los siguientes instrumentos: AUDIT Alcohol Users Disorders Identification Test, Escala de Automedicación de la Depresión de Zung y una Encuesta de Actitud hacia el consumo de alcohol.

En términos generales, se encontró que no presentan grandes problemas con el consumo de alcohol; los hombres en comparación con las mujeres presentan un mayor índice de consumo; la edad en la que se presentan mayores problemas con el alcohol es alrededor de los 18 años. Tanto hombres como mujeres tienden a beber más en situaciones de corte social, evitando hacerlo en el hogar; los tratamientos más sugeridos por los estudiantes son tratamientos para alcoholismo y grupos de autoayuda. Se encontró que la cerveza es la bebida más consumida entre la muestra. Por otra parte, las mujeres tienen índices de depresión más altos que los hombres, y en ellas se observó una relación entre su depresión y los puntajes obtenidos en el AUDIT.

INTRODUCCION

El ciclo de vida está formado por las etapas biológicas y sociales que recorre un ser humano desde su concepción hasta su muerte. Las relaciones entre el hombre y el alcohol no son las mismas en cada etapa del ciclo de vida.

En México, no es mal visto que se tomen bebidas alcohólicas en ocasiones especiales como son las fiestas o reuniones sociales. En la vida adulta es cuando beber alcohol es visto como normal en la mayor parte de las sociedades, independientemente de las causas que haya para consumirlo. En la nuestra se bebe casi siempre por razones recreativas, de socialización o como parte de un escape de la realidad. En otras el alcohol puede ser ingerido como parte de un ritual religioso, como componente de las obligaciones sociales o en otros contextos. En terminos generales es mejor aceptado que beban los hombres que las mujeres y existen sociedades en que ellas lo tienen rigurosamente prohibido.

En México, el consumo de alcohol genera serios problemas que no sólo afectan al individuo que lo ingiere sino que entrelaza en forma constante una triple problemática de carácter individual, familiar y social.

Dados los problemas que ha generado el consumo de alcohol, se han realizado investigaciones en diversos países como son: Alemania, Francia, Inglaterra, Suiza, Luxemburgo, E.U.A., Canadá, México, Chile y Honduras, entre otros.

Los resultados obtenidos recientemente han revelado que el consumo de alcohol en México es menor que en países anglosajones ya que culturalmente está incluido dentro de sus hábitos alimenticios, así, en algunos países los niños menores consumen mayor cantidad de alcohol que los adultos de otras culturas las cuales no consideran el consumo de alcohol dentro de sus hábitos cotidianos.

Comparando el consumo per cápita de México con el de otros países, se advierte que está muy por debajo del registrado, aún en países latinoamericanos. El consumo en México está integrado principalmente por la cerveza (alrededor del 70%), seguida de los destilados (cerca del 30%) y en menor proporción los vinos (1%). Bebidas como las sidras y licores tienen poca importancia relativa y en conjunto es similar a la de los vinos de mesa.

Estos últimos, aunque no son muy importantes, han mostrado un aumento en su consumo a través del tiempo (Rosovsky et al., 1992).

Es importante hacer notar que este estudio fué realizado de 1970 a 1989 con base en las ventas reportadas por a industria de bebidas, incluyendo las importaciones y excluyendo las exportaciones, así como las bebidas no registradas.

En otras investigaciones se ha observado que el pulque es una bebida ampliamente consumida en México, de la cual no se tienen registros en cuanto a producción y consumo, ya que no se considera dentro de las bebidas controladas por la industria (Smart y cols., 1993).

Por otra parte se realizaron dos Encuestas Nacionales, una de Salud y otra de Adicciones, (De la Fuente, 1990); la Encuesta Nacional de Salud (E.N.S.) reveló que el 7.3% de la población de 12 años y mayores consume alcohol excesivamente.

La Encuesta Nacional de Adicciones (E.N.A.) encontró que el 5.9% de la población de 18 a 65 años presenta dependencia al alcohol. De esta manera existe una prevalencia de consumo en la población de 18 a 29 años y el caso de los bebedores consuetudinarios se ubica en el rango de edad de 30 a 39 años.

Uno de cada seis hombres se embriaga por lo menos una vez al mes, de tal manera que el 12.5% de los hombres y el 0.6% de la mujeres muestran síntomas de dependencia al alcohol.

Se encontró que existe una relación inversa entre el nivel de educación y el consumo de alcohol. Así, la población con 6 o menos años de escolaridad presenta un 6.7% de dependencia y cuando los años de escolaridad iban de 13 a más se presentaba un 2.8%.

Debido al consumo excesivo se presentan tres entidades asociadas con el alcohol: cirrosis hepática, homicidios y accidentes automovilísticos. Aunque en México el grado de consumo es inferior al de otros países, cabe mencionar que la cirrosis hepática ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad en México (Narro, 1992).

Rosovsky y Borges (1993), realizaron un estudio sobre accidentes y alcohol en América Latina, encontrando que los accidentes son (con excepción de Colombia) la principal causa de mortalidad en la región en el grupo de 15 a 24 años de edad. En general, los hombres son los más afectados por estos problemas, aunque en la población femenina también es un conflicto importante. Al comparar las tasas de mortalidad por sexo, se observó que las tasas masculinas duplican a las femeninas y, en algunos casos son hasta cuatro veces más elevadas (México, Brasil y el Salvador). La mortalidad es sólo la punta del iceberg en los accidentes. Por cada muerte accidental hay varios cientos de lesionados, algunos graves, en los que pueden quedar efectos posteriores permanentes.

En cuanto al rango de edad, es importante señalar que la Encuesta Nacional de Adicciones de México (De la Fuente, et al., 1990), encontró que en el grupo de 12 a 17 años, el 32% de los hombres y el 23% de las mujeres ya referían consumir bebidas alcohólicas. Sin embargo, el grupo de edad donde se encuentra la mayor proporción de hombres bebedores frecuentes es de 30 a 39 años, con 36.3%; en lo que respecta a las mujeres, el 34% de las bebedoras frecuentes se localizan entre los 40 y 49 años.

Recientemente la Secretaría de Salud realizó una nueva Encuesta Nacional de Adicciones (1993), encontrando que la distribución porcentual de los diferentes patrones de consumo muestran como dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos, 53.7% están entre los 12 y los 18 años y el 70.1% pertenece al intervalo de 19 a 65 años. Con respecto al género, el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres ($n = 14\ 914\ 519$ y $13\ 292\ 275$ respectivamente). Es de tomar en cuenta que en el grupo de bebedores se ubica más de la mitad de los adolescentes (53.7%). Es decir, poco más de cinco millones de jóvenes a nivel nacional ingirieron bebidas alcohólicas durante los dos últimos años; un 43.3% nunca consumió alcohol y alrededor del 3% se clasificó como ex-bebedores. Con respecto al género, no parece haber diferencias en la distribución de bebedores: 52.9% son varones y el resto mujeres. Sin embargo, al realizar un análisis intragénero, se muestra que de todas las mujeres entrevistadas 33.6% nunca han

consumido bebidas alcohólicas, mientras que del total de hombres solo el 15.6% no lo ha hecho. En cuanto a la escolaridad (a nivel nacional), puede señalarse la tendencia al aumento de la proporción de bebedores, a medida que aumenta el nivel escolar. El porcentaje más bajo de bebedores lo tiene el grupo que nunca fue a la escuela, mientras que el más alto se ubica entre los profesionistas; más de las tres cuartas partes de los que alcanzaron nivel de licenciatura son bebedores. Este estudio confirma nuevamente que la cerveza es la bebida de mayor consumo a nivel nacional (70.9%), seguida de los destilados (48.8%) y en tercer lugar los vinos de mesa (28%). La influencia del consumo de alcohol y su posible asociación con la embriaguez del padre y/o la madre, como antecedente de ejemplo o como hipótesis de herencia para el consumo de los hijos, solamente se reflejó en un pequeño porcentaje.

El hábito de ingerir alcohol se adquiere en la juventud y ya presentado es difícil de eliminar por lo que entre más se conozca sobre las características que tiene su consumo entre los jóvenes, existirá mayor posibilidad de plantear acciones concretas que permitan su control (Casillas, 1983).

La juventud es el período donde existe mayor preocupación social respecto al consumo de alcohol. En todo el mundo hay una tendencia a que los jóvenes beban más, por lo que la O.M.S. en 1980 destacó que cada día beben más los jóvenes y entre ellos el incremento mayor se encuentra entre las mujeres, aunque en estudios realizados posteriormente se encuentra lo contrario.

Una investigación en México (Rojas Guiol, et al., 1993) reveló que existen cifras muy altas de consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria y preparatoria tanto a nivel nacional como en las entidades. La muestra comprendía 61 779 alumnos, de los cuales el 50% reportó haber probado bebidas alcohólicas. También se observó que con respecto a los estudiantes que se embriagan de 1 a 3 veces al mes, la cifra más elevada la tiene el D.F. y el porcentaje más bajo corresponde a Oaxaca. Del 52 al 56% toman alcohol y del 34 al 36% tienen amigos que se embriagan una vez por semana. Una peculiaridad es que las cifras reportadas en este estudio son más altas que las proporcionadas por la E.N.A. realizada en 1988 con población de entre 12 y 17 años.

No es posible decir que si existe un límite de seguridad para la ingestión de bebidas alcohólicas. Esta situación ha causado alarma no solamente por el hecho mismo de su existencia sino porque se auna a la mayor frecuencia de consumo de alcohol entre las jóvenes.

Dado que la U.N.A.M. abarca los niveles medio superior y superior, es necesario hacer mención de los lineamientos del actual Estatuto General de la U.N.A.M., título sexto, "De las responsabilidades y sanciones", en el art. 95, que se ocupa de las causas graves de responsabilidad aplicables a todos los miembros de la Universidad, se señala en el inciso IV: "Ocurrir a la Universidad en estado de ebriedad o bajo los efectos de algún estupefaciente, psicotrópico o inhalante, ingerir o usar, vender, proporcionar u ofrecer gratuitamente a otro, en los recintos universitarios, bebidas alcohólicas y las sustancias consideradas por la ley como estupefacientes o psicotrópicos, o cualquier otra que produzca efectos similares en la conducta del individuo que los utiliza".

Las barreras de actitud se inician durante los años de la escuela de medicina y de la residencia médicas. Fisher y colaboradores (1975) observaron una tendencia general al pesimismo y a las opiniones morales negativas en los estudiantes y los médicos, conforme ascendían la cuesta de la capacidad médica: los miembros del personal residente eran más negativos que los estudiantes del segundo año de medicina, y éstos a su vez, lo eran más que los estudiantes de primer año. En cuanto al tratamiento del alcoholismo lo más adecuado es prestar igual atención a los aspectos biomédicos, psicológicos y sociales; ésta es una posición conceptual difícil para muchos médicos (Goldman, 1989).

La educación para la salud desempeña un papel importante para reducir el consumo de sustancias de abuso. En esta labor, el médico además de educador, se constituye a menudo en: "...un ejemplo a seguir...". Sin embargo el que los médicos consuman sustancias adictivas afecta su tarea de conservar y promover la salud (Tapia-Conyer y Meneses-González, 1992).

Medina-Mora y cols. (1994) realizaron un estudio en el cual se analiza la ideación suicida en estudiantes de enseñanza media y media superior que recurren a las drogas y al alcohol y se describe la relación que hay entre el estado mental y el tipo de sustancia que utilizan. Se encontró que una proporción considerable de estudiantes (47%), presentó por lo menos un síntoma de ideación suicida al año anterior al estudio. El síntoma se incrementa de acuerdo con la gravedad del patrón de consumo de alcohol, y constituye un factor de riesgo importante para consumir drogas.

Roy, Lambariski, Dejong, Moore y Linnoila (1990), compararon a los alcohólicos que habían intentado suicidarse con aquellos que nunca lo habían intentado y encontraron que los primeros presentaban un alcoholismo más severo y habían empezado a beber a una edad más temprana. En México, el porcentaje de alcohólicos, entre las personas que se habían suicidado, se estima en 24% (Terroba y Saltijeral, 1983), lo cual es cuatro veces mayor que el encontrado en la población general (6%) según Medina-Mora y cols. (1989).

Existen evidencias de que en la adolescencia una de las características principales son los rasgos depresivos, lo cual está vinculado estrechamente con la etapa que atraviesan y el cambio de actividades a las cuales se enfrentan. Por esto es recomendable que en las investigaciones que se realicen con adolescentes se explore el grado de depresión y en particular en el caso del alcohol ya que toma un papel muy importante. Fenichel, con respecto al alcohol señala que los efectos iniciales de éste se relacionan con períodos maniaco depresivos, pero éste efecto se hace cada vez mas irregular y la depresión va tomando su carácter permanente. Añade que si bien, en general, el alcohol ayuda a liberarse de los estados de ánimo depresivos, que solo vuelven con los efectos de "la mañana siguiente", en algunas personas puede precipitar depresiones en forma inmediata.

Medina-Mora y cols. (1992), realizaron un estudio de hogares en población urbana mayor de 18 años a nivel nacional sobre trastornos mentales, en este estudio se encontró que el 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. Un 13% de la población presentó sintomatología depresiva severa

con importantes variaciones de acuerdo con el género (17% de las mujeres en comparación con 8.5% de los hombres).

Por otra parte, el contenido de esta investigación, se organizó de tal manera que existe un capítulo para el tema de Consideraciones sobre el alcohol y su consumo, otro capítulo para Depresión y el tercero para el tema de Actitud hacia el alcohol. Al Método se le asignó el capítulo siguiente y el último capítulo fué destinado a la discusión y a las conclusiones.

CAPITULO 1 **CONSIDERACIONES SOBRE EL CONSUMO DEL ALCOHOL**

ANTECEDENTES

El primer ser humano que probó los fermentos de frutos debió de gustar tremendamente de sus efectos orgánicos en sí mismo, puesto que procedió a producirlos con premeditación.

El ser humano comprendió pronto que no era irremediable el tener que comer para poder beber alcohol, e hizo inmediatamente del beber un hecho sociocultural semiautónomo e independiente por sí mismo.

En el continente Americano, la mayoría de los indios precolombianos del Hemisferio Boreal, no conocieron el uso del alcohol, y por tanto tampoco sus efectos, hasta la llegada de los europeos, pero en algunas regiones, civilizaciones y estados florecientes como el mexicatlenochca y mayas, se conocieron ciertas variedades alcoholizantes, producto de fermentación del maguey: el llamado pulque.

Así mismo los indios tarahumaras del norte de México producen hasta nuestros días una variedad de cerveza de maíz fermentada y un tipo de licor procedente de la planta del agave.

A través de la historia de las culturas se puede observar que el alcohol se institucionalizó como un recurso propiamente individual, personal, para aliviar tensiones psiconeuróticas y hacer al individuo proclive a reintegrarse a su identidad, a su módulo de personalidad, y no pocas veces a la comunidad, a su sentido gregario. El alcohol desde entonces alcanzó fama de relajante, como sedante, como anestésico, como procurador de olvidos y de momentos agradables, lo mismo que como poderoso desintoxicador en el sentido psicológico de las tensiones y neurosis adquiridas por un motivo u otro en estado de sobriedad.

El Dr. Guillermo Calderón Narvaez (1967) en su libro "Consideraciones acerca del alcoholismo entre los pueblos prehispánicos de México", asienta que el alcohol representado por el octli o pulque, fué descubierto por los toltecas mucho antes de la llegada de los españoles.

Las poblaciones indígenas mesoamericanas, usaban y abusaban de las bebidas embriagantes en muy variadas formas, pero a menudo asociadas con actividades religiosas o con las festividades de carácter familiar, social o político, como ocurre actualmente.

Los indígenas trataban de controlar la formación de los jóvenes sobre bases de austeridad y ancauzar sus inclinaciones hacia el ejército, con el fin de alejarlos del alcoholismo.

Sin embargo, con esto no lograron controlar el problema de consumo inmoderado de la bebida, por lo cual fué necesario crear una serie de restricciones, y de leyes que castigaban severamente al infractor.

Las restricciones, casi siempre severas, variaban según la edad y la posición social o religiosa del infractor de tal manera que los jóvenes que se criaban en la casa del Tepochcali (colegio), eran tratados de la siguiente forma de acuerdo con la información de Sahagún (1967):

" si aparecía un muchacho borracho publicamente o si se le atrapaba con el vino, o le veían caído en la calle o iba cantando, o estaba acompañado de otros borrachos, éste tal, si era macegual, castigábale dándole de palos hasta matarlo, o le daban garrotes delante de todos los mancebos juntados, para que tomasen ejemplo y miedo de no emborracharse".

Cuando se trataba de los adultos , la severidad de los jueces era tanto más grande cuanto más importante era el culpable. En los ancianos por el contrario, podrían beber sin restricciones, especialmente cuando se celebraban ciertas fiestas.

Con la llegada de los españoles, estos castigos fueron abolidos por inhumanos, originándose poco tiempo después un aumento considerable del problema del alcoholismo entre los aborígenes, que las nuevas medidas de control no pudieron frenar. Ahora ya no se castigaba con la pena de muerte, sino que los azotaban, los trasquilaban y los vendían como esclavos por años o por meses.

Durante los siglos posteriores a la conquista, la población incremento la ingestión de bebidas alcohólicas ya que desaparecieron las leyes precortesianas, y así mismo como un mecanismo de huida de un pueblo que vivía las difíciles condiciones de la esclavitud.

Antes de la conquista, se consumían bebidas fermentadas como el pulque y la chica, que tenían un bajo contenido de alcohol. Con la llegada de los españoles y con la aparición del alambique, se introdujeron las bebidas destiladas, tales como el mezcal y el aguardiente, y otras que tenían una mayor concentración alcohólica.

Durante la colonia toda la población indígena se vió alentada para embriagarse, no solo con el pulque sino también con las demás bebidas que aprendieron a fabricar. Se introdujo en nuestro territorio, la caña de azúcar y la producción de destilados . El mismo Hernán Cortés, un año después de su arribo al Nuevo Mundo, instaló la primera fábrica de aguardiente en

Cuernavaca, En 1542, por orden de Carlos V, se abrió la primera planta elaboradora de cerveza a cargo de Alfonso de la Herrera.

Poco se sabe sobre la producción y el consumo de alcohol en la época independiente de México, pero todo parece indicar que, además del pulque, las industrias de la cerveza, el tequila y otros aguardientes continuaron su auge. En 1975 el rey había concedido a José Ma. Guadalupe Cuervo el permiso para producir tequila.

Como parte de la nueva organización política de México, consecuencia de la revolución, se elabora la constitución de 1917, que en su artículo 73 y 117 señala la necesidad de crear campañas contra el alcoholismo, establece normas para el gravamen del pulque y la cerveza, y señala la responsabilidad de los estados de crear leyes contra el alcoholismo.

En 1981 la industria vinícola estaba integrada por 72 empresas localizadas en estados productores de la vid, las cuales 28 operaban con capital foráneo y 7 son las que controlan prácticamente el mercado de los brandies y vinos de mesa.

En relación con la producción internacional, México es el principal productor de cerveza en Latinoamérica y el sexto a nivel mundial. Rosovsky y cols. (1992), reportaron un estudio en el que el consumo per cápita en 1989 fué de 4.7 litros de etanol para la población mayor de 15 años (3 litros para la población total). La ingestión de etanol en México esta representada principalmente por la cerveza (alrededor del 70%) , seguida de los destilados (casi el 30%) y, en forma menor por los vinos (1%) . Los brandies han ido cobrando cada vez más importancia en las ventas, seguido de los rones y, en tercer lugar los tequilas.

Las cantidades de etanol vendidas en el mercado interno, no incluyen a otras bebidas que pueden tener importancia para estimar mejor el consumo per cápita además del pulque y los aguardientes regionales, una población de los bebedores consume alcohol potable de 96 grados en cantidades considerables. Esto se presenta principalmente en poblaciones de escasos recursos, representando graves problemas para la salud.

Es relevante mencionar que México presenta características interesantes del consumo de alcohol al comparársele con otros países. Se puede caracterizar el consumo como poco frecuente en poblaciones mexicanas, pero de grandes cantidades en cada ocasión de ingestión, con episodios de embriaguez.

En lo que respecta al sector publicitario, no hay estudios que demuestren que la publicidad de las bebidas aumente el consumo global del alcohol, se sabe que lo modelan, orientándolo hacia ciertas marcas y tipos de bebida.

La publicidad de bebidas se ha dirigido en México hacia las clases sociales que se han ido desarrollando con la industrialización y la urbanización creciente del país y que han adquirido valores consumistas de vida o los han incrementado. La publicidad se ha dirigido a modificar patrones tradicionales de consumo, ofreciendo imágenes de status y ascenso social a través de modelos foráneos de consumo de alcohol.

Las campañas productoras de bebidas más importantes gastan aproximadamente el 13% de sus ventas en publicidad. Para la publicidad de sus productos, las compañías elaboradoras utilizan todos los medios de comunicación, pero, indiscutiblemente la televisión es el de mayor impacto. La tendencia actual de los mensajes es tratar de incorporar a los jóvenes al mercado de consumo.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

DROGA

En 1964, la OMS definía como droga " toda sustancia que, introducida en el organismo vivo por cualquier vía, modifica una o varias funciones de este ", siendo las drogas psicotrópicas aquellas capaces de ejercer un efecto sobre el SNC. Entre éstas se encuentra el alcohol; dichas sustancias psicotrópicas, son capaces de crear dependencia.

ALCOHOLISMO

Siendo un hecho tan usual y de tan antiguo conocimiento, llama la atención la controvertido de su conceptualización hasta nuestros días. Ello se explica no tanto por un desconocimiento de sus múltiples aspectos, como por la tremenda dificultad de incluir a todos ellos en una definición concisa y unitaria .

En 1960, Jellinek define al alcoholismo, en su ya clásica obra *The Disease Concept of Alcoholism*, como " todo uso de bebida alcohólica que causa daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad o a ambos " (Jellinek, 1960), habla de enfermedad alcohólica y exige para su definición la presencia de las siguientes condiciones:

- a) La existencia de adicción al etanol
 - b) La pérdida del control sobre el uso de las bebidas alcohólicas, tanto respecto a la posibilidad de dejar de beber como a hacerlo adecuadamente.
- En la base de ambas condiciones esta una dependencia fisiológica, que como tal llega a comportar determinadas modificaciones fisiurales.

Pero el problema del alcoholismo no puede reducirse a la situación de abuso crónico en un ámbito estrictamente individual y psicológico, si no que por legítima extensión afecta también al ámbito social en que tal situación individual se inserta.

Por otra parte, la frontera entre una conducta normal y anormal respecto al alcohol, en nuestra cultura, es extraordinariamente difícil y compleja, hasta el punto de que en determinados ambientes una actitud abstencionista estricta

puede ser tildada de "asocial", sin dejar de saber por ello que el alcohol tiene todos los requisitos para ser considerado como una droga potencialmente tan nociva como las demas.

El alcoholismo no es pues, cuestión de "dosis". "Cuando el alcoholismo plantea problemas, entonces el alcohol es un problema" (Feuerlein, 1981).

Para Glatt (1982), los alcohólicos son aquellos individuos cuyo abuso, continuo o frecuente, de alcohol ha provocado dependencia física y/o psíquica y/o daño físico/psíquico/social.

El concepto de dependencia ha sido objeto de sucesivas revisiones y matizaciones por parte de la OMS, la American Psychiatric Association y otros organismos, en las que se ha insistido en la sustitución de la denominación del alcoholismo por la de dependencia al alcohol.

Hay tres patrones principales de abuso o dependencia de alcohol. El primero consiste en el consumo regular y diario de grandes cantidades; el segundo, en el consumo abundante limitado regularmente a los fines de semana y el tercero, en largos periodos de sobriedad entremezclados con periodos de embriaguez diaria a raíz de consumir grandes cantidades de alcohol durante semanas o meses. Es un error asociar exclusivamente uno de estos patrones al "alcoholismo".

A menudo, el abuso y la dependencia al alcohol, estan asociados con el uso y abuso de otras sustancias psicoactivas. El consumo frecuente simultáneo de alcohol junto con muchas otras sustancias se dan mas habitualmente en los adolescentes y en los sujetos menores de 30 años.

No se sabe si la mayor parte de los sujetos con dependencia al alcohol tienen un rasgo específico de desarrollar dependencia o abuso de otras sustancias, pero en algunos casos ciertamente es así.

A menudo, la dependencia del alcohol se asocia con depresión pero generalmente la depresión parece ser una consecuencia y no una causa de la bebida. En el trastorno bipolar, la ingesta de alcohol es más probable que aumente durante los episodios maníacos que durante las depresiones.

Otros autores han definido al consumo del alcohol tomando en cuenta las circunstancias que lo originan, las formas en que se desarrolla y la frecuencia e intensidad del mismo. Las definiciones fenomenológicas que describen el acto mismo, han sugerido que el alcoholismo es " toda forma de tomar que va más allá de lo tradicional y convencional, o de lo que comúnmente es aceptado como costumbre social en toda la comunidad y que interfiere con la salud o funcionamiento social y económico.

Snyder, considera que el abuso de consumo de alcohol es un desorden secundario, resultante de la interacción de los factores dinámicos de la personalidad, de las orientaciones normativas respecto al consumo de bebidas y de los factores alternativos de adaptación.

Ramón de la Fuente en cambio, describe el círculo del trastorno provocado por el alcoholismo, al afirmar que éste " es una neurosis caracterizada por el uso compulsivo del alcohol en forma repetitiva, para satisfacción de necesidades básicas de la personalidad y progresivamente éste se vuelve un sustituto de otras formas más realistas y socialmente integradas de satisfacer estas necesidades".

TEORIAS SOBRE EL ALCOHOLISMO

Las causas del alcoholismo son muchas y muy variadas, entre ellas se tiende a considerar al alcoholismo como un problema que tiene raíces familiares, sociales, psicológicas y fisiológicas.

TEORIA FISIOPATOLOGICA

Atribuye el alcoholismo a un fenómeno de alergia, a un cuadro patológico cerebral, a ciertas sustancias bio-químicas, a una deficiencia nutritiva o a un desórden glandular. Williams (1975) postula que los que tienen un defecto metabólico, requieren de cantidades no usuales de vitaminas esenciales, que no obtienen en su dieta diaria, ya que tienen una nutrición deficiente debido a una causa genética y esto origina el consumo de alcohol. Dentro de la teoría fisiológica se incluye la teoría genética, ya que algunos autores afirman que el alcoholismo puede ser heredado (Jellinek 1960).

TEORIA PSICOPATOLOGICA

En 1960, El Dr. Jellinek distinguió las teorías psicopatológicas que consideraban al alcoholismo como una enfermedad en sí, de aquellas que lo consideraban como sintoma patológico.

Solapando esta distinción la opinión general mantiene que el alcoholismo supone un trastorno de la personalidad o del desarrollo socio-emocional.

El psicoanálisis subrayó la importancia de la "personalidad premorbose oral narcisista ", y diversos autores han aludido basándose en observaciones clínicas, a la pasividad, autodestrucción, culpabilidad, rasgos infantiles, ansiedad y regresión oral del alcohólico.

TEORIAS SOCIOPATOLOGICAS

Estas teorías establecen que no sólo es preciso conocer las tensiones y frustraciones individuales del alcohólico, sino tambien los métodos con los que el grupo en que vive lucha contra el alcoholismo, y la actitud social respecto a este.

Honigman (1967) admite que la conducta del bebedor difiere de cultura a cultura, particularmente porque los individuos beben de modos diversos, socialmente patronizados y con diferentes expectativas acerca de lo que el alcohol hace.

ETIOLOGIA

Dado que el alcoholismo es un problema complejo y multifactorial, la búsqueda de una etiología unitaria del alcoholismo sería una actitud errónea. Velasco refiere una afirmación del Dr. Plaut (1967) en la que afirma que los individuos con mayor posibilidad de convertirse en alcohólicos son aquellos que: 1) responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (quizás determinada fisiológicamente) que les permite experimentar intenso alivio y relajación, 2) poseen ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración 3) pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

Se han identificado numerosos factores como causas potenciales del alcoholismo. En algunos pacientes puede predominar un factor, en otros entran en interacción varios de ellos; por último en muchos no se puede encontrar una causa precisa. Además un acontecimiento producto de éste puede ser el factor precipitante final que inicia el ciclo de la adicción.

Dentro de los factores potenciales del alcoholismo tenemos:

a) **FACTORES BIOMEDICOS.** Estos factores se obtienen a partir de datos genéricos, fisiológicos, bioquímicos y prenatales.

No se ha definido la naturaleza precisa de susceptibilidad genética, aunque parece ser más poderosa en varones que en mujeres. El Dr. Williams, a finales de los 30', fué el primero en considerar al alcoholismo como una enfermedad de "alergia física", de origen genético, aunada a una "obsesión mental," frases y definiciones aun valederas e indiscutibles en la actualidad.

A sus observaciones siguen en 1945 los estudios de Jellinek, pionero y contemporáneo del Dr. A. Rol en el estudio de la genética y la construcción del enfermo alcohólico. En 1960 postula que las personas pueden heredar una constitución la cual influye para que el individuo sea alcohólico, así mismo comenta que los factores socioculturales, también podrían influir.

Williams por su parte en 1959 en la Universidad de Texas, amplía los estudios del Dr. Jellinek en cuanto a la existencia de un estudio específico de tipo endócrino y genético en el alcohólico. Un déficit nutricional inicial unido a factores hereditarios y el medio ambiente, constituiría según Jackson y cols. en 1951 un tipo metabólico premórbido productor de la "apetencia fisiológica" por el alcohol.

A causa de la relación entre alcoholismo y depresión, se han efectuado numerosos estudios en un intento por relacionar al alcoholismo con las concentraciones de monoaminoxidasa. Estos estudios han medido por lo

general las concentraciones de monoaminooxidasa en las plaquetas y en ellos se ha observado que las concentraciones son más bajas en los alcohólicos que en otros sujetos no alcohólicos. Como las concentraciones plaquetarias de monoaminooxidasa se ven afectadas de manera poderosa por los factores genéticos, algunos investigadores, especulan que puede tratarse de un enlace bioquímico importante entre las influencias hereditarias y el estado afectivo de los alcohólicos. Aún se están acumulando datos en esta línea promisorio de investigación. Se ha observado que las concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefaloraquídeo de los alcohólicos son significativamente menores que los no alcohólicos, lo que sugiere de nuevo una relación entre los neurotransmisores adrenérgicos y el alcoholismo.

Con respecto a los factores prenatales algunas investigaciones suponen que los descendientes de las madres alcohólicas desarrollan dependencia física al alcohol durante la vida intrauterina; y que esta dependencia se reactiva tras la exposición al alcohol durante la adolescencia o la edad adulta. Sin embargo este concepto sigue siendo especulativo.

b) FACTORES PSICOLOGICOS. - Los datos a favor de las causas psicológicas del alcoholismo tienen 3 orígenes: Estudios de casos psicoanalíticos, valoración de personalidad por medio de pruebas psicológicas y, teorías del aprendizaje.

1.- Conflictos emocionales. La teoría psicoanalítica sostiene que la privación y el trauma muy a principios del desarrollo pueden ocasionar conflictos dolorosos que se reprimen. Pueden ocurrir síntomas como ansiedad y depresión cuando empiezan a entrar estos conflictos en la percepción consciente. La reactivación de los conflictos se desencadena más tarde durante la vida a causa del stress o de los acontecimientos reminiscentes de los conflictos originales. Se considera que el alcohólico libera las inhibiciones y permite la expresión de estos conflictos reprimidos. Durante el tratamiento muchos analistas han observado la presencia de temas recurrentes que manifiestan impulsos dependientes del aspecto bucal, agresivos y depresivos. La mayor parte de los datos publicados se derivan de estudios de casos psicoanalíticos, retrospectivos, y se carecen de datos de estudios prospectivos.

2.- Rasgos de personalidad. Se han recurrido a las pruebas psicológicas para explorar las características comunes de personalidad que se encuentran en el alcohólico. Diversos estudios en los que se empleó el MMPI han demostrado que los alcohólicos manifiestan elevación anormal de las escalas D (depresión) y Pd (desviación psicopática), algunos de estos datos sobre los rasgos de personalidad se inclinan a favor de que los alcohólicos manifiestan rasgos de carácter de dependencia bucal o depresivos, lo que es compatible con la posición psicoanalítica ya mencionada. A pesar de que hay grupos de alcohólicos que manifiestan de manera típica estos patrones, son muchas las variaciones individuales y algunos alcohólicos no manifiestan anomalías importantes. Vallant (1980) ha presentado datos a futuro que se inclinan a favor de que los rasgos de dependencia bucal pueden ser resultado del alcoholismo, en vez de producir.

3.- Conducta aprendida. Se ha empleado también la teoría del aprendizaje para subrayar un modelo causal del alcoholismo. Los alcohólicos informan que al estar intoxicados, se reduce su ansiedad y se substituye con una sensación de bienestar. Como las personas se ven atraídas con estados placenteros, se refuerza la conducta de ingestión al alcohol y se vuelve una conducta aprendida (hábito) de manera gradual. Esta teoría no explica porque algunos bebedores se vuelven alcohólicos y otros se conservan como bebedores sociales.

c) **FACTORES SOCIALES.** Los datos de encuestas y estudios de campo que demuestran relaciones entre la variable social particular bajo estudio y las proporciones de consumo de alcohol o el alcoholismo se inclinan a favor de la importancia de los factores sociales como causas de éste. No está clara la importancia de los factores sociales, puesto que a veces es difícil aislarlos de otros factores. Es difícil saber a que grado se trata de un fenómeno sociocultural y a que grado es un reflejo de la influencia de una mezcla genética o de características psicológicas importantes.

Así tenemos que las influencias sociales, nacionales, o locales afectan también la preferencia por el alcohol.

La estructura familiar desempeña también un factor importante en el alcoholismo. La incidencia de ingestión alcohólica en los hermanos o padres de individuos alcohólicos es cinco veces superior a la población normal. Por medio de la teoría general del sistema es posible conceptualizar a la familia del alcohólico como un sistema mal adaptativo cuya estabilidad depende de la satisfacción de un papel de enfermo por uno de sus miembros. Aunque la familia es disfuncional, se encuentra en homeostasis, cualquier intento por parte del médico, el terapeuta u otras personas por cambiar la conducta de un miembro de la familia alterará los otros miembros de la misma, y dará por resultado aumento de ansiedad en un intento de todos ellos de resistirse a la influencia trastornante. Este concepto de los "sistemas" tiene implicaciones importantes para el tratamiento y por lo tanto se debe considerar en el plan del mismo a toda la familia.

d) **FUNCION DEL STRESS.** La interacción de los factores biomédicos, psicológicos y sociales, puede producir alcoholismo de desarrollo gradual; en muchos alcohólicos el proceso de adicción es insidioso, y ocurre en el transcurso de meses o años. Sin embargo en algunos sobreviene un acontecimiento traumático agudo de la vida (por ejemplo la muerte de un cónyuge, enfermedad física, etc.) que aumenta la ingestión del alcohol, como mecanismo de afrontamiento de la ansiedad y la depresión resultante. En los sujetos predispuestos la conducta alcohólica puede llegar hasta la adicción aunque se elimine la causa del stress.

EPIDEMIOLOGIA

Es difícil apreciar datos precisos sobre la prevalencia del alcoholismo, puesto que las estimaciones dependen de los factores relacionados, como las proporciones de cirrosis o el porcentaje de pacientes bajo tratamiento que son alcohólicos, y además porque la precisión de estas cifras y la posibilidad de compararlas varían en las diversas regiones geográficas.

a) **FACTORES CULTURALES Y SOCIALES:** Una cifra informada a menudo es la proporción de consumo de alcohol en los adultos per cápita; en una investigación reciente de 26 países, los tres que se encontraban a la cabeza eran Portugal, Francia e Inglaterra; E.U.A., ocupaba el decimo quinto lugar, e Israel el vigésimo sexto. Sin embargo, las proporciones de consumo per cápita brindan sólo correlaciones aproximadas sobre las proporciones del alcoholismo. Los factores culturales y sociales desempeñan una función para saber no sólo cuánta gente bebe, si no también si abusa o no del alcohol. Como regla general las proporciones del alcoholismo se consideran elevadas en E.U.A., norte de Francia, Polonia, norte de Rusia, Suecia y Suiza; tienden a ser bajas en China, sur de Francia, Grecia, Italia, Israel, Portugal y España.

Las proporciones de consumo per cápita pueden ser también desalentadoras en cuanto a su relación con el alcoholismo y el estado socioeconómico. Los grados de consumo tienden a incrementarse al aumentar el nivel socioeconómico. Por ejemplo se observan las proporciones más elevadas de abstinencia en las clases socioeconómicas más bajas. Sin embargo el alcoholismo es frecuente en las clases socioeconómicas medias.

Kissin (1977) estimó que el 20 a 25% de los alcohólicos se encuentran en las clases sociales superior y media, 40 a 50% están en las clases sociales media inferior e inferior superior, y 25 a 30% están en las poblaciones de zonas ruinosas y de los barrios bajos de las ciudades. Apesar de la gran frecuencia de problemas por la bebida en los límites socioeconómicos medios, en particular en los trabajadores técnicos semiprofesionales y los trabajadores semiespecializados, el aspecto importante es que el alcoholismo ocurre en todos los grupos socioeconómicos.

Otros factores que se relacionan de manera positiva con los problemas de la bebida consisten en vivir en áreas urbanas o suburbanas, tener antecedentes de alteraciones de la infancia o padres alcohólicos, estar separado o divorciado y carecer de afiliación a organizaciones religiosas. En relación con quienes profesan alguna fé, la proporción de grandes bebedores es mayor entre los católicos que entre los protestantes. No existe una diferencia global entre las proporciones de ingestión de alcohol de los caucásicos y de los negros; sin embargo son más las mujeres negras que las caucásicas que no consumen ninguna bebida alcohólica o que son grandes bebedoras. La proporción de alcoholismo entre los indios estadounidenses es menos del doble que el promedio nacional, y se han informado en algunas reservaciones indígenas proporciones de 25 a 50%. La proporción de consumo per cápita entre los individuos de origen latino es relativamente baja, pero en una investigación la proporción de los que bebían cantidades copiosas fué elevada (28%). El alcoholismo es raro entre los orientales.

b) FACTOR SEXO Y EDAD: La proporción de alcohólicos entre los varones y mujeres se ha estado igualando durante los últimos años. En tanto se estimaba en las primeras encuestas una proporción de 7:1, las más recientes revelan una proporción de 2:1 a 3:1. Esto refleja probablemente mejor información de casos de mujeres alcohólicas. También es probable que los cambios de papel social en las mujeres les permitan aceptar un problema con la bebida en vez de buscar ayuda por ansiedad o depresión.

En varones el alcoholismo intenso es más elevado entre los 18 y 20 años, disminuye en cierto grado durante los primeros años de la tercera década de la vida, y a continuación empieza a incrementarse por segunda vez entre los 35 y los 39 años. En mujeres el alcoholismo intenso es más elevado entre los 21 y 29 años, disminuye ligeramente en los primeros años de la cuarta década de la vida, y a continuación se incrementa y establece un nivel a finales de esta última década y principios de la quinta.

De 30 a 60% de los estudiantes de escuela superior consumen alcohol por lo menos una vez al mes, 1 al 3% lo toman todos los días. Adler y Kandel (1981) encontraron pruebas de una secuencia del desarrollo de abuso de fármacos en adolescentes; el consumo de cerveza y diversos vinos condujo al consumo de aguardientes, y el consumo de fármacos legales culminó en el consumo de sustancias ilegales. Eisterhold y cols. (1979) encontraron que cerca de la mitad de los estudiantes de la escuela superior que consumían alcohol lo hacían también con otra sustancia, y que el consumo de cerveza o vino por los padres se relacionaba de manera importante con el consumo de sus hijos.

Ocurre una disminución general en la proporción de alcoholismo intenso en ambos sexos en la sexta década de la vida y a principios de la séptima. Esto se atribuye en parte a las limitaciones económicas y a las defunciones tempranas de los alcohólicos. Sin embargo cerca de la mitad de las personas mayores de 60 años de edad que fueron grandes bebedoras se vuelven abstemias después de los 44 años, sobre todo por miedo a lesionar su salud. Este número, añadido a personas que nunca consumieron alcohol, brinda una proporción de abstinencia cercana a 50% de la población de 65 años y mayor. Los ancianos alcohólicos típicamente beben en aislamiento todos los días y consumen cantidades pequeñas de alcohol en cada episodio. Cerca de dos terceras partes de los alcohólicos ancianos tienen antecedentes con problemas prolongados del alcohol, lo mismo que dificultades neuróticas y de personalidad.

EL CONTENIDO DE ALCOHOL EN LAS BEBIDAS

El contenido de alcohol en las bebidas se mide en grados Gray Lussac (G.L.) que significa el porcentaje de alcohol en el volumen del líquido. En las bebidas importadas (por ejemplo en el Whisky) el contenido de alcohol se indica en "proofs", que significa medios grados GL. Esto quiere decir que si la etiqueta señala 100 proofs, el contenido tiene 50 GL, o sea 50% de alcohol.

CUADRO DE ALCOHOL EN LAS BEBIDAS MAS CORRIENTES

TIPO DE BEBIDA	GRADOS GL., (% DE ALCOHOL EN EL VOLUMEN)
CERVEZA	4-6%
VINOS DE MESA	10-12%
LICORES (WHISKY, RON, BRANDY...)	40-50%
VINOS GENEROSOS (JEREZ, OPORTO...)	17-20%
CREMAS (MENTA, NARANJA, LIMA)	25-35%

EL ALCOHOL Y EL CUERPO HUMANO

METABOLISMO DEL ALCOHOL

El alcohol es un tóxico e irritante de los tejidos orgánicos, de ahí que al entrar a la boca causa una ligera irritación al igual que en el esófago. Al llegar al estómago se absorbe el 20% de lo ingerido en forma directa y aumenta la secreción de moco gástrico y ácido clorhídrico, los cuales aunados al alcohol, producen una irritación potente de la mucosa gástrica con la consecuente producción de síntomas y signos como la gastritis irritativa, náuseas, vómitos matutinos, distensión abdominal (aire en el interior de la cavidad), eructos, malestar abdominal, síntomas típicos de úlcera péptica con presencia de sangrado y la hematosi. El alcohol no se digiere en el estómago y el intestino delgado, como otros "alimentos", sino que es absorbido directamente a través de la membrana del estómago y vertido en la corriente sanguínea. La velocidad con la que el alcohol entra a la corriente sanguínea y ejerce efecto sobre el cerebro, haciendo que el bebedor se alegre, achispe o embriague, depende de lo siguiente.

1.- Velocidad con que se ingiere la bebida. Cuanto más de prisa beba uno, más rápidamente aumenta el nivel de alcohol en la sangre y, por lo tanto, más pronto se embriaga. Si una persona bebe pequeños sorbos y procura que le dure la bebida, dicho nivel se conservará bajo.

2.- Peso corporal. Cuanto más pesada sea una persona en términos de músculos y sin grasa, más baja será la concentración de alcohol en su sangre.

3.- Comer y beber. El comer cuando se bebe hace más lenta la velocidad de absorción del alcohol en la corriente sanguínea. Esto no debe confundirse con el metabolismo. El cuerpo continúa metabolizando únicamente una copa por hora. El alimento simplemente reduce la cantidad de alcohol que pasa al estómago a la corriente sanguínea, gracias a lo cual el volumen del alcohol en la sangre es menor.

4.- Química corporal y antecedentes como bebedor. Cada persona posee un patrón individual de respuesta al alcohol. Si el estómago de uno tiende a vaciarse más rápidamente, el efecto del alcohol se sentirá antes. Los individuos que tienen un largo historial como bebedores suelen poseer una

mayor tolerancia al alcohol; es decir, puede beber más sin sentir efectos. Por consiguiente necesita más alcohol para embriagarse.

5.- Tipo de bebida. El ingrediente básico en las bebidas es el alcohol, sin embargo, además de este hay otros - los que dan a la bebida su sabor y los que se utilizan para mezclar- que afectan la velocidad a que el alcohol es absorbido o metabolizado.

Además; el vino y la cerveza tienden a ser absorbidos más lentamente que otras bebidas, el alcohol diluido en agua reduce la absorción, el alcohol mezclado con bebidas carbonatadas aumenta la absorción, la aspirina reduce la absorción del alcohol, la insulina, en dosis que causa hipoglucemia, acelera la absorción por que produce vaciamento gástrico.

Una vez que se encuentra en la corriente sanguínea, el alcohol viaja hasta el hígado, donde es metabolizado mediante un proceso de oxidación. El factor clave en este proceso de oxidación es una enzima llamada "deshidrogenasa alcohólica", que convierte el alcohol en acetaldehído y libera un átomo de hidrógeno. El acetaldehído es convertido por la aldehidrogenasa en acetilcoenzima A, la que luego ingresa en el proceso metabólico normal y produce energía.

El metabolismo del alcohol produce 7 calorías por gramo. Una copa de 30 cm³ de una bebida alcohólica estándar de 50 grados GL contiene unos 15 gramos de alcohol, que producen 105 calorías. Un bote o vaso de cerveza contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol, debido a los demás productos alimenticios que hay en la cerveza y que tiene mayor valor calórico.

LOS EFECTOS DE UNA COPA CADA HORA

A menudo se cree que el alcohol es un estimulante y que, en bajas concentraciones, aumenta la actividad celular. En cantidades moderadas, también acelera el ritmo de los latidos del corazón, dilata los vasos sanguíneos, reduce la presión sanguínea, excita el apetito, incrementa la producción de jugos gástricos y estimula la urinación.

Sin embargo, el efecto general del alcohol en el cuerpo humano es el de un depresivo, específicamente sobre el sistema nervioso.

Como hemos señalado, el efecto que el alcohol produce a un individuo depende de muchos factores. Por lo tanto, es erróneo pensar que una persona puede beber tanto como cualquier otra.

NIVEL DE ALCOHOL EN LA SANGRE (N.A.S)

Aunque cada persona responde de un modo distinto al alcohol, el cuadro que aparece a continuación ilustra las reacciones usuales. Un individuo se considera intoxicado o ebrio cuando el nivel de alcohol en la sangre alcanza el punto de 0.10, que representa unos 200 cm³ de alcohol ingerido en el transcurso de una hora.

CANTIDAD DE ALCOHOL	% DE N.A.S	REACCION
50 cm ³	.03	EXITADO
100 cm ³	.05	TRANQUILO
200 cm ³	.10	FALTA DE COORDINACION
400 cm ³	.20	INTOXICACION EVIDENTE
500 cm ³	.30	INCONSCIENCIA
1000 cm ³	.50	POSIBLE MUERTE

LOS EFECTOS DEL ALCOHOL SOBRE DIVERSAS PARTES DEL CUERPO

Generalmente se piensa que el efecto primario del abuso del alcohol se siente en el hígado. Es cierto que la cirrosis hepática todavía figura como causa importante de muerte, considerándose que el 90% de los casos de esa enfermedad están relacionados con el alcohol. Sin embargo, el alcohol está indudablemente vinculado como causante de cáncer en diversos sitios del cuerpo y la bebida junto con el fumar aumenta mucho las posibilidades de desarrollar cáncer en diversos sitios del cuerpo: en la boca, la lengua, la faringe, la laringe, el estómago y el hígado. Asimismo se ha demostrado que, además del alcohol, los demás componentes químicos de los licores pueden ser cancerígenos.

El proceso de eliminación del alcohol es del 2 al 10 % de la cantidad ingerida y se realiza a través de los pulmones al expeler el aire, por los riñones mediante la orina, por el sudor, jugo gástrico, saliva, semen y otras secreciones. Pero el restante, es metabolizado por el hígado.

He aquí cómo los organismos y sistemas del cuerpo es posible que queden afectados por el alcohol:

El alcohol afecta a todas las células del cuerpo, su efecto más notable se aprecia en la células del cerebro y se manifiesta en la conducta. Puesto que no requiere de una digestión previa, puede absorberse directamente en la sangre. La velocidad de absorción es mucho más rápida que la eliminación, de lo cual resulta que una ingestión exagerada originaría una concentración considerable.

El efecto del alcohol sobre el cerebro se presenta primero en niveles superiores y va descendiendo. Las funciones corticales más elevadas, como por ejemplo el juicio, la memoria, el aprendizaje, la autocrítica y la percepción del ambiente son las primeras en alterarse. Cuando se deprimen las funciones superiores, los niveles inferiores del cerebro quedan sin ese control.

ESOFAGO- El efecto del alcohol sobre el esófago resulta ya sea en irritación directa del revestimiento, en inducción de vómito severo que rasga el revestimiento, o en deterioro de movimiento, que hace que los jugos gástricos asciendan por el esófago. El resultado es el mismo en todos los casos: sangrado, dificultad para dejar pasar los alimentos, y dolor.

ESTOMAGO.- El alcohol ha estado implicado como agente causante de inflamación y lesiones sangrantes del estómago. El mecanismo exacto se desconoce, pero se cree que el resultado de la irritación directa producida por el alcohol o de la acción de jugos gástricos cuya secreción estimula aquel.

INTESTINO DELGADO.- El efecto del alcohol en el intestino delgado involucra dos factores: los movimientos de éste y la absorción de diversas vitaminas, carbohidratos y proteínas. La alteración en la movilidad del intestino hace que el alimento avance sin obstáculos por ese conducto, de lo que resulta diarrea.

PANCREAS.- El abuso crónico del alcohol se asocia con inflamación del páncreas. El abuso agudo puede interferir con la secreción de los jugos digestivos producidos por dicho órgano y causar las anomalías de absorción en intestino delgado indicadas anteriormente.

HIGADO.- El hígado es uno de los órganos más complejos del cuerpo humano. Está involucrado en la circulación, la excreción, la inmunología, el metabolismo y la desintoxicación. El resultado más devastador del abuso del alcohol es cirrosis del hígado, que es una enfermedad inflamatoria que produce la sustitución de las células del hígado por tejido cicatrizal.

METABOLISMO .- El alcohol afecta el metabolismo corporal en diversas formas :

1. La ingestión abundante del alcohol causa cetoacidosis, que consiste en un elevado nivel de acidez de la sangre. Los ácidos grasos se rompen, causando la acumulación progresiva de productos intermedios que tienen efectos tóxicos.
2. El alcohol inhibe en forma similar la conversión de aminoácidos en proteínas como la albúmina, la transferina y otras que son importantes para la coagulación sanguínea.
3. El alcohol estimula la producción de lipoproteína que transporta grasa a la sangre.

SISTEMA NERVIOSO.- El alcohol se clasifica como otras drogas como depresor del sistema nervioso central. Específicamente tiende a afectar la membrana de los nervios, de modo que una vez que un nervio se ha disparado, el alcohol reduce su capacidad de volverse a disparar . A medida que la concentración de alcohol aumenta, el nervio pierde completamente su capacidad para dispararse. Las etapas resultantes son la anestesia, la narcosis, el coma y la muerte. Otro efecto del alcohol sobre el sistema nervioso es el desarrollar dependencia al alcohol.

CORAZON.- El alcohol ejerce un profundo efecto sobre el corazón, desde la elevación de la presión sanguínea hasta la enfermedad crónica.

CARDIOMIOPATIA .- El alcohol y sus productos tienen efectos tóxicos sobre el miocardio, lo que resulta en insuficiencia respiratoria, signo de falla cardíaca congestiva, signos de anormalidad cardíaca, edema, agrandamiento del corazón, agrandamiento del hígado y del bazo respiratorio y respiración ruidosa. Esto se desarrolla poco a poco.

ENFERMEDAD DE CORONARIAS.- El beber mucho durante largo tiempo aumenta la posibilidad de enfermedades de las coronarias. La enfermedad de estas arterias aumenta la posibilidad de un ataque cardíaco. Lo que es interesante es que el uso moderado de alcohol -80 cm³- disminuye las posibilidades de ataques cardíacos

ARRITMIAS CARDIACAS .- El alcohol puede causar latidos irregulares. La bebida excesiva generalmente tiene lugar durante las fiestas produce latidos irregulares en personas normalmente saludables, el fenómeno se conoce como "síndrome de corazón de fiesta".

PRESION SANGUINEA.- El empleo del alcohol tiende a elevar la presión sanguínea en las personas que consumen más de tres copas al día.

METABOLISMO CARDIACO.- Se ha demostrado que el alcohol causa daño en las mitocondrias del músculo cardíaco que produce la energía para mantener el corazón latiendo.

SISTEMA MUSCULAR .- El uso prolongado del alcohol puede resultar en debilidad y atrofia muscular. La enfermedad es conocida como "miopatía alcohólica" y puede ser fatal.

SISTEMA ENDOCRINO.- Gónadas: Se ha demostrado que el alcohol produce impotencia sexual, así como reducción del tamaño de los testículos y mengua en la producción de testosterona (la hormona masculina de los testículos) que resulta en agrandamiento del pecho, pérdida del vello facial y disminución del impulso sexual

PITUITARIA .- El alcohol inhibe la liberación de oxitocina, una hormona que hace que se contraigan las glándulas mamarias y el útero. Esta característica del alcohol ha sido utilizada para inhibir el parto prematuro.

MORTALIDAD ASOCIADA A LA INGESTION ANORMAL DEL ALCOHOL

Las causas de mortalidad más frecuentes en las cuales el alcohol influye, son:

**CIRROSIS HEPATICA
ALCOHOLISMO (INCLUYENDO PSICOSIS ALCOHOLICA)
SUICIDIOS
HOMICIDIOS
ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS**

MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA.- Según Guevara (1974), "La cirrosis hepática sólo la padecen de 10 a 30 % de los alcohólicos crónicos". El mexicano es de por sí una persona mal nutrida, pero además, al contrario de lo que sucede con otros países, en el nuestro generalmente los alcohólicos dejan de comer cuando beben y ésto da lugar a que el 85% de la cirrosis hepática sea de este origen.

En 1970, el Distrito Federal ocupó el primer lugar en defunciones por cirrosis (tasa 58.2). Actualmente hay más de 16,000 defunciones anuales por cirrosis hepática. Cabe mencionar que en México la cirrosis hepática ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad (Narro, 1992).

MORTALIDAD POR ALCOHOLISMO Y PSICOSIS ALCOHOLICA.- La primera resulta difícil de determinar, ya que en el acta de defunción muchas veces no se señala el alcoholismo.

Por lo que se refiere a psicosis alcohólica, en una gran parte de nuestro país no se cuenta con servicios psiquiátricos que permitan establecer diagnósticos adecuados.

Sin embargo, en la Fuente de Dirección de Bioestadística de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hecha por la Dirección de Salud Mental, se dice lo siguiente: " La mortalidad por alcoholismo y psicosis alcohólica en los Estados Unidos Mexicanos de 1963 a 1968, fué de 4.5 por 100.000 para un total de 11.571 casos".

En relación con los casos atendidos en los Centros de Salud del D.F. por enfermedades relacionadas con el alcohol en el periodo de 1975 a 1983 se observó un promedio anual de 154 casos atendidos para ese lapso.

MORTALIDAD POR SUICIDIOS.- El alcoholismo causa también la muerte a través del suicidio, de hecho, el alcoholismo provoca el 80% de los suicidios producidos en la República Mexicana (revista del consumidor, 1979).

Los intentos de suicidio bajo la influencia del alcohol o drogas representan en el lapso de 1970 a 1982 un promedio anual de 91.92 casos frustrados y un promedio anual de 858.51 casos consumidos.

MORTALIDAD POR HOMICIDIOS.- En los datos recabados para el Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo, en un estudio realizado en 15 países americanos y 6 europeos, de 1955 - 1957, México ocupaba el cuarto lugar con 44.1 por 100,000 habitantes, sólo sobrepasado por Honduras, Colombia y el Salvador.

En diferentes épocas y distintas regiones del país, estos datos varían entre el 84% y 24.1% por 100,000 habitantes.

TRATAMIENTO

El paciente alcohólico no deberá tener jamás la impresión de que se le fuerza. Por el contrario hay que abordarlo, en forma que respeten su libertad de elección.

Tal vez dentro de la problemática general que encara el alcohólico con deseos de recuperación, se encuentran la falta de información adecuada y su negativa a aceptarse como alcohólico.

La falta de conciencia social en relación al alcoholismo como enfermedad ha sido otra preocupación, en virtud de considerar que tratándose de una enfermedad social la responsabilidad que corresponde a la ciudadanía en general es ineludible y que por falta de difusión adecuada muchos seres humanos víctimas de esta enfermedad mueren al año ignorantes de que su compulsión por beber es un síntoma de una enfermedad tan cruel como es el alcoholismo, y por otra parte el alcohólico en actividad carga sobre sus espaldas el estigma de vicioso y falta de voluntad y trayendo consigo la culpabilidad que agrava dolorosamente el sufrimiento generado por circunstancias propias de la enfermedad .

Frente a este cuadro crítico que se manifiesta en nuestra sociedad, la labor de concientización de que el alcoholismo es una enfermedad, constituye una tarea insoslayable.

La actitud del médico, puede afectar al tratamiento de los alcohólicos . Las barreras de la actitud consisten en opiniones morales de que los alcohólicos son "malas personas" ; frustración por que los alcohólicos son pacientes difíciles y que requieren mucho tiempo, y a menudo abandonan el tratamiento de manera prematura y ofrecen pocas recompensas: económicas o a la personalidad del médico.

Las barreras de actitud se inician durante los años de la escuela de medicina y la residencia médica. Fisher y colaboradores (1975), observaron una tendencia general al pesimismo y a las opiniones morales negativas en los estudiantes y los médicos conforme ascendía la capacidad médica, los miembros del personal residente eran más negativos que los estudiantes de segundo año de medicina y éstos, a su vez, lo eran más que los estudiantes de primer año. Chappel y colaboradores (1977) observaron que un curso sobre abuso de sedantes impartido a los estudiantes de medicina de segundo año

mejoraba de manera importante sus actitudes, de modo que se veían menos moralistas y más terapéuticos ante el problema. "Como el pronóstico para la curación del alcoholismo es mejor que para la de muchas otras alteraciones, es importante educar a los médicos sobre el alcoholismo y su tratamiento para que sepan cómo afrontar este problema " (Goldman 1989).

Para tratar adecuadamente a los alcohólicos se debe presentar igual atención a los aspectos biomédicos, psicológicos y sociales.

Existen varios tipos de tratamiento derivados de diferentes posturas teóricas, a continuación se mencionan algunos de ellos.

TRATAMIENTO FISIOLÓGICO.

En la intoxicación alcohólica aguda, si el estado tóxico es demasiado profundo, puede tratarse al paciente con 10 a 25 mg de cloridacepóxido (Librium) o de 10 a 40 mg de diacepan cuatro veces al día durante 1 a 3 días, sin hospitalización. Cuando la intoxicación es bastante grave como para requerir hospitalización, puede tratarse al paciente con un régimen de paraldehído, de 8 a 12 ml, la primera dosis, disminuyendo gradualmente la dosis en 2 ml. cada 6 horas. Debe determinarse el estado de deshidratación y aportarse líquidos por vía oral o parental.

TERAPIA AVERSIVA

Esta forma de terapia utiliza la emetina o la apomorfina en un intento de crear una aversión al alcohol, desarrollando la asociación refleja entre ingesta de alcohol y vómito.

TRATAMIENTO CON DISULFIRAM

Los pacientes que toman 0.5 g diarios de disulfiram (Antabús) al día tienen una reacción anormal de alcohol: al cabo de 5 a 10 minutos de beber alcohol, el paciente desarrolla una sensación de calor en la cara, los ojos, los extremidades superiores y el tórax adquiere una coloración roja. Sufre también una constricción de la faringe, irritación de la tráquea, tos espástica y respiración dificultosa. Los síntomas más intensos aparecen al cabo de 30 minutos de ingerir alcohol. Las personas que han consumido grandes cantidades de alcohol tienen náuseas y en ellos la rubefacción se ve sustituida por palidez, debida a una considerable hipotensión. Empieza el vómito y aparece una sensación de desazón y presión que la mayoría de las personas considera como el más desagradable de los síntomas. Los pacientes pueden seguir tomando Antabús durante periodos prolongados a una dosis diaria de 0.25 a 0.5 g diarios.

Los efectos colaterales de disulfiram tienen diversos efectos colaterales potenciales. La mayor parte son raros y los más comunes son somnolencia, sabor metálico o de ajo, fatiga y cefalalgia. Se ha demostrado que el disulfiram produce reacciones psicóticas en alcohólicos vulnerables.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

En el alcoholismo se han utilizado la psicoterapia individual y de grupo, la terapia ambiental, y la terapia familiar.

Psicoterapia individual.- En ésta el contacto inicial con el alcohólico es crucial para que un tratamiento tenga éxito. En el primer contacto el terapeuta debe ser activo y ofrecer apoyo por que los pacientes alcohólicos previenen el rechazo e interpretan el papel pasivo de un terapeuta como rechazante. El terapeuta debe enfrentarse también con el alcohol como defensa psicológica; la eliminación de la barrera emocional e intelectual entre paciente y terapeuta debe ser una finalidad a corto plazo. El terapeuta debe estar preparado para que el vínculo terapéutico sea puesto a prueba una y otra vez y no pueda ocultarse pretextando la falta de motivación del paciente cuando las recaídas se vuelven amenazadoras para el paciente.

Algunos terapeutas consideran el problema del alcoholismo no en términos de un paciente aislado sino en términos de la dinámica de una persona que forma parte de un sistema social. A menudo el terapeuta debe tratar a los miembros de la familia y al cónyuge del alcohólico, para lo cual se puede incluir la TERAPIA FAMILIAR, basada en una teoría de los sistemas, en donde se utilizan: a) la técnicas de diagnóstico como la escenificación, focalización, intensidad; b) técnicas de reestructuración: balanceo, completariedad y paradoja; c) técnicas de consolidación; construcciones y fuerzas familiares (Montaño 1985).

Además existen otras modalidades en el tratamiento del alcoholismo entre las que destacan:

ORIENTACION CONDUCTUAL.- Tiene por objeto desarrollar en el paciente alcohólico un patrón de respuestas negativas frente al tóxico, de carácter neurovegetativo.

ORIENTACION PSICOSOCIAL.- Resulta de la integración de dos modelos de estrategia clínica dirigidos hacia un objeto común: crear conciencia de enfermedad.

ORIENTACION OCUPACIONAL.- Tiene por meta facilitar la expresión de los conflictos por medio de trabajos o juegos y promover el descubrimiento de facetas no desarrolladas en la personalidad.

CENTROS DE ATENCION

A los empleados de Instituciones privadas, se les da servicio médico, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.)

También existen servicios similares para los empleados de gobierno a través del Instituto del Seguro Social de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.)

El resto de la población que padece la enfermedad del alcoholismo, recibe atención por medio de Centros de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.)

En general, los profesionales de la salud muestran poco interés en el tratamiento del alcoholismo. Los casos agudos con o sin problemas psiquiátricos, generalmente son admitidos en un Hospital psiquiátrico durante algunos días para la desintoxicación y luego, se le remite a servicios de consulta externa, donde por lo general, el enfermo alcohólico vuelve a beber.

De ahí la importancia de educar a los profesionales, al pueblo y a las autoridades sobre el alcoholismo.

Por otro lado, obtiene ayuda voluntaria a través de Grupos de Alcohólicos Anónimos, y por otro lado de organizaciones privadas: El Instituto Alcohólico Mexicano y la Comunidad de Investigación en Psiquiatría Preventiva, los cuales trabajan independientemente.

ALCOHOLICOS ANONIMOS

Esta organización fué fundada en 1935, en Estados Unidos de Norte América; por dos alcohólicos en recuperación Bill W. y Dr. Bob, mismos que descubrieron que platicando sus mutuas experiencias y transmitiendo las mismas a personas que tuvieron problemas con su manera de beber lograban que aminorara o desapareciera la obsesión por beber. Este movimiento ha tenido a la fecha una notable expansión en la mayor parte de los países del mundo.

Alcohólicos Anónimos es una Organización de Autoayuda de personas no profesionales que ponen de relieve al apoyo de Grupo y recurre a un "poder superior" para lograr abstinencia total o permanente.

El primer grupo de Alcohólicos Anónimos nació en Akron, Ohio. Quienes calificaron al alcoholismo como una enfermedad cruel e irónica considerando que el enfermo alcohólico en actividad no siente síntomas objetivos de enfermedad, y que la sociedad es ignorante de que el alcohólico es un enfermo; motivo por el cual el problema que confronta la persona que por primera vez llega a un Grupo de Alcohólicos Anónimos, es la toma de conciencia de su propia enfermedad.

El programa Alcohólicos Anónimos funciona a través de doce pasos de recuperación y doce tradiciones.

Los pasos de recuperación son considerados principios básicos y calificados como ego-reductores, herramientas adecuadas para lograr que el alcohólico trascienda su egoísmo.

Uno de los pasos textualmente dice: "Reconozco mi impotencia frente al alcohol, y que mi vida había llegado a ser ingobernable"

La terapia grupal de Alcohólicos Anónimos está basada en una catarsis constante a través de la cual se pretende hacer un análisis de la personalidad del alcohólico.

Las doce tradiciones hablan de autonomía de unidad y de mantenimiento de los Grupos por medio de las contribuciones de sus socios.

Un aspecto importante en este movimiento, es que es el único en el mundo que funciona las 24 horas del día, que patrocina albergues y granjas, y que se mantiene única y exclusivamente con contribuciones de los propios enfermos en recuperación, y que en los albergues y granjas se proporciona comida y alojamiento absolutamente gratis.

El 16 de Junio de 1975, se creó el primer Grupo 24 Horas de Alcohólicos Anónimos, con la intención de que al funcionar ininterrumpidamente sirviera a enfermos que necesitaran un mayor número de horas de terapia, por lo que en estos grupos no hay pretexto para beber.

El programa que se practica en el Movimiento 24 Horas de Alcohólicos Anónimos es espiritual, pero no religioso, reviste todas las características mundanas que encaran la compleja personalidad del enfermo alcohólico

De las experiencias de los militantes del Movimiento 24 Horas de Alcohólicos Anónimos se desprende que hasta el día de hoy, lo único que les ha funcionado para dejar de beber, es la práctica de este programa. Su base es la comunicación, su esencia espiritual, la transmisión del mensaje, informar a otros como se ha dejado de beber.

Esta elemental norma es vital para el enfermo alcohólico es, dicen, más que un don, su mayor responsabilidad.

Hoy, el grupo 24 Horas Matriz se encuentra en el No. 159 de las calles de Zamora en la Colonia Condesa, de la Ciudad de México.

El grupo 24 Horas Matriz ha sido promotor de más de 200 grupos, algunos de ellos funcionan con total independencia y anatomía de los demás noventa y seis grupos y nueve granjas forman el Movimiento 24 Horas de Alcohólicos Anónimos, distribuidos en dieciseis Estados de la República Mexicana.

Todos los grupos del Movimiento 24 Horas de Alcohólicos Anónimos cuenta con un anexo, en donde se recibe al enfermo alcohólico que tiene necesidad de un mayor número de horas de terapia, y sus servicios, son gratuitos, no se pagan honorarios ni cuotas y el único requisito para pertenecer a estos grupos es el mínimo deseo de dejar de beber.

El Grupo 24 Horas Matriz con teléfonos: 286 -1576 y 286 - 1593 canaliza a las personas que llaman pidiendo información o ayuda al Grupo más cercano las 24 horas del día y de la noche.

ASPECTOS Y CONSECUENCIAS SOCIALES DEL CONSUMO DEL ALCOHOL

Hablar de consumo de alcohol en lo que respecta al aspecto social, es abordar un tema controvertido, ya que el significado del alcohol en ocasiones es considerado como una droga, la cual es "legal", aceptada tradicionalmente por la sociedad y la familia, donde por un lado la sociedad estimula su consumo, refuerza y hace pensar o sentir que el tomar es una cuestión de prestigio, de madurez y que se asocia con situaciones sociales de amistad, de convivencia, celebración, etc.,

A pesar de la información sobre los efectos negativos del alcohol y su exceso, las sensaciones y situaciones asociadas a la ingesta de alcohol son más atractivas para muchas personas que sus efectos negativos.

El Dr. Jellinek considera que la sociedad tiene un peso importante en el paciente alcohólico y sugiere que los alcohólicos en algunos ambientes exhiben un grado más alto de vulnerabilidad psicológica que otros. El postula que los bebedores fuertes en culturas en las cuales se solapa un alto consumo "social" de bebidas alcohólicas están menos dañados psicológicamente que bebedores fuertes en culturas con tradición de temperancia. Y reafirma que los efectos psicológicos son importantes en la etiología del alcoholismo en sociedades que enfatizan la abstinencia. Los alcohólicos con personalidades "enfermas" se esperaría que experimentarían un peor ajuste social también. Si esto fuera verdadero, habría más sintomatología "sociopática" entre los alcohólicos de culturas "secas" que entre aquellas permisivas.

En apoyo a esta suposición Skolnick realiza un estudio sobre complicaciones sociales experimentadas por estudiantes de bachillerato debido a la bebida; los estudiantes de religiones abstinentes reportaron más problemas que sus contrapartes de afiliaciones más tolerantes.

Mulford en 1963 y Cahalan y colaboradores en sus investigaciones en E.U. encontraron que las actitudes religiosas influyen la conducta de beber; los grupos que predicán la abstinencia, tales como los metodistas, bautistas y otras pequeñas denominaciones protestantes, tuvieron un mayor porcentaje de no-bebedores que los judíos, católicos y luteranos. Pero considerando sólo a bebedores, el porcentaje de bebedores "problema" entre los grupos abstinentes fue tanto o más alto que entre los otros grupos.

Así, Negrete realizó un estudio para determinar si el ajuste social de los alcohólicos está influenciado por su identidad cultural, partiendo de las siguientes hipótesis: a) la identidad cultural de los alcohólicos afecta su desempeño social a pesar del grado de dependencia fisiológica o la extensión del disturbio de la personalidad que ellos sufren; b) las actitudes culturales hacia el papel que desempeña, afecta en general la conducta social del alcohólico tanto como las actitudes hacia el alcohol y la bebida.

La evidencia mostrada en estos estudios parecen apoyar la hipótesis de que las manifestaciones "sociales" del alcoholismo son influenciadas por actitudes culturales. Estas actitudes no necesitan solo ser aquellas relacionadas con el beber sino también con las expectativas del grupo acerca del desempeño social en general.

En otros estudios realizados por Griffith y Edwards donde se clasificó a los alcohólicos en categorías, según clases sociales se, encontró que en cuanto al aislamiento social, los hombres muestran una asociación constante de clase social con aislamiento social, la clase social más alta tiene más baja incidencia de aislamiento, mientras que la clase social más baja tiende a ser más aislada. Los autores concluyen que estas características pueden ser consideradas generalmente para establecer estabilidad social. En dicha clase social más baja probablemente hay más susceptibles desempleos, son sujetos con un matrimonio más estable y son más probables de estar en categorías de aislamiento social extremo.

En un estudio realizado por Medina-Mora, se encuentra un dato interesante, donde el fenómeno del alcoholismo, se correlaciona con la percepción del grupo social y los problemas con que se relacionan en cada grupo. En lo que se refiere a lo que los sujetos mencionaron como problemas que han sufrido como bedores regulares; y en primer lugar con la familia (16%), en segundo lugar, problemas en el trabajo o la escuela (10%) y por último con la policía (8%). Estos datos nos pueden aproximar a las conclusiones de Negrete u otros en el sentido de que en poblaciones católicas se presenta menos la percepción de los sujetos alcohólicos y su grupo social acerca de considerar los actos del alcohólico como los de un sociópata. En vez de ello se presentan actitudes de indulgencia, protección, dependencia, etc.,

Se pueden extraer por ejemplo algunas conclusiones respecto a la significación de la proporción de abstemios en la clase socioeconómica baja, pero al mismo tiempo los que son regulares consumidores, tienen más alto porcentaje de bebedores consuetudinarios, evidenciando con ello quizás por un lado, una actitud diferente de la clase social alta en el sentido de considerar la bebida alcohólica como una utilidad de alivio temporal, al menos de alguna problemática específica como la situación de desempleo o la carencia de satisfactores generales. No hay datos específicos que confirmen lo anterior, pero se podría inferir que la clase social alta considera a la bebida sólo como un elemento incidental en sus reuniones, y no le dá ningún valor subjetivo como para beberla en exceso. Podría pensarse que quizá sus satisfacciones mayores por su condición socioeconómica, les hace buscar menos un escape o darle un valor subjetivo a la bebida que los de la clases social baja.

Dentro de los problemas relacionados al consumo de alcohol se encuentran los accidentes de tránsito y los delitos, de los accidentes de tránsito ocurridos en el D.F. la proporción ocurrida bajo los efectos del alcohol ha ido en aumento, representando en 1968 el 8% y alcanzando 17.5% en 1983, observándose la mayor frecuencia los fines de semana. En los accidentes de tránsito en caminos de jurisdicción federal, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes señala que se detectó estado de ebriedad en alrededor de 4%.

Las consecuencias del consumo excesivo del alcohol son catastróficas y alcanzan un índice alarmante, el conducir en estado de embriaguez es el causante de más de la mitad de las 50,000 muertes en accidentes de tránsito que se producen cada año en E.U. A. (Goodwin 1979).

Los expertos calculan que la conducta violenta relacionada con el uso de alcohol es responsable aproximadamente del 65% de los asesinatos, el 40% de los asaltos, el 35% de las violaciones, el 30% de los suicidios y el 60% de los casos de maltrato físico a niños.

El costo anual del abuso del alcohol, debido a la pérdida de productividad, los accidentes, los crímenes y los costos directos de atención a la salud de los alcohólicos, asciende a cerca de \$ 44 mil millones (Stone, 1980).

PSICODINAMIA DEL ALCOHOL

Se dice que la personalidad alcohólica es producto de una fijación en la etapa oral dentro del desarrollo psicosexual del niño.

Si durante esta etapa de maduración las primeras interacciones entre madre e hijo frustran las necesidades de independencia del niño, entonces la presencia de una madre sobreprotectora produce en el hijo una fuerte necesidad de seguir siendo dependiente, y al frustrarse esta necesidad por tener que enfrentarse maduramente con la realidad, surge la tensión, la agresión y el sentimiento de culpa por sus impulsos.

Esto favorece que se beba inmoderadamente, para reducir la tensión y al mismo tiempo castigar a quienes lo privan de cariño (Knights 1937). Por eso dice Freud, que el individuo alcohólico encamina sus actos desde su nacimiento, hacia la búsqueda del placer y la evitación del dolor. Esta búsqueda de placer, en una personalidad alcohólica, acarrea consecuencias dolorosas posteriores, ya que finalmente lo conducen a la pérdida de autoestima e indiferencia por la familia, los amigos, la situación económica y su trabajo.

En un estudio psicoanalítico del alcoholismo en un pueblo mexicano, Fromm y Maccoby (1970) llegaron a la conclusión de que el beber excesivo de los hombres era una respuesta a la fijación materna intensa y reprimida.

Beber servía para mantener simbólicamente los lazos con la madre. Aunque los alcohólicos del sexo masculino parecían beber para "endurecer el espinazo" y materializar ideales particulares, los abstemios parecían tener menos conflictos en torno de sus papeles dentro de la familia y del pueblo. Fromm y Maccoby formularon la hipótesis de que el rompimiento de la estructura patriarcal de la familia hace que el hombre sea psicodinámicamente vulnerable al alcoholismo.

Oakland, Jones (1968) por su parte, encontró que los bebedores problema habían sido descritos, cuando muchachos, como rebeldes, incontrolables y excesivamente hostiles. La impulsividad incontrolable, la rebeldía y la poca tolerancia a la frustración son características del bebedor problema adulto. Jones encontró que, comparados con los bebedores problema, los bebedores

moderados y los abstemios tenían más probabilidad de haber sido descritos en los términos siguientes: " es productivo, se gana las cosas haciéndolas", "tiene grandes aspiraciones", "su campo de intereses es muy amplio".

El hecho de que Jones (1968) haya encontrado correlatos de la personalidad infantil en los bebedores problemáticos adultos apoya la concepción de que haya continuidades importantes en la personalidad durante periodos de muchos años.

A menudo la historia familiar del futuro alcohólico muestra que la persona que tuvo como madre a una persona que fué indulgente y protectora en exceso, animó al individuo para que continuara las exigencias infantiles orales propias de los primeros periodos de vida, hasta que dichas exigencias llegaron a ser demasiado grandes e imposibles de satisfacer, entonces, estos individuos reaccionan con explosiones de rabia, ante lo cual la madre sobreprotectora redobla sus esfuerzos por complacer al hijo y así se intensifican en él las exigencias infantiles y la dependencia.

En otras familias de las que salen miembros alcohólicos, las actitudes paternas suelen ser alternativamente severas y en exceso indulgentes; el niño, desconcertado por tal falta de congruencia, se vuelve un adulto pasivo dependiente, incapaz de expresar sus necesidades, por lo tanto, frustrado y lleno de culpa y rencor por la hostilidad que no expresa y que internaliza, o bien se convierte en un hombre sujeto a explosiones periódicas de agresión, que ocurren cuando se ve liberado de sus inhibiciones.

Debido a que la ambivalencia y el conflicto de los padres que protegen al niño de las exigencias del ambiente durante los años formativos, las funciones del Yo no se desarrollan bien y el futuro alcohólico, entonces, tiene un ego débil.

Es frecuente que estos individuos descubran el alcohol como un medio para liberarse de las emociones internalizadas dolorosas, debido a que los padres acostumbra a tomar bebidas alcohólicas, y éstos saben que el alcohol es un relajante.

El uso no estricto del alcohol por parte de la familia o de los amigos adolescentes del futuro alcohólico es lo que permite el desarrollo de un defecto en el super-yo que se traduce en la ingestión repetida del alcohol.

En un principio el alcohol produce euforia, pero más tarde, conforme aumentan las frustraciones del yo, apenas proporciona cierto alivio para las tensiones intolerables.

El trastorno de la personalidad es lo que conduce al alcoholismo, ya que el alcohol es sintomatología del individuo alcohólico.

El alcohol ofrece un escape a las tensiones y presiones de la realidad, bloquea el dolor de las interacciones aversivas que está experimentando. La persona que toma alcohol "sabe" bien cuales son sus efectos, ya que bajo la influencia del alcohol siente a menudo el impulso de hacer cosas que ordinariamente no se hacen.

En cierto modo, se puede considerar a la intoxicación alcohólica como un regreso al estado infantil, en el cual el "Yo" se hace importante y siente que todas las necesidades habrán de satisfacerse sin objeciones.

Según la teoría freudiana se cree que el alcohólico ingiere alcohol para satisfacer anhelos orales arcaicos, que incluyen satisfacción sexual, una necesidad de seguridad y autoestima. Freud consideraba también a las tendencias alcohólicas como una regresión, principalmente en los hombres, resultante de la relación fracasada con mujeres (madres, esposas, amantes).

Desde el punto de vista psicoanalítico, el alcohólico es intolerante a la tensión, al dolor, a la frustración; su irresistible dependencia oral lo lleva a que el alcohol suplante a todo interés en la realidad.

EL ALCOHOLISMO EN LA JUVENTUD

Durante los últimos 20 años se ha escrito mucho sobre el alcoholismo, pero la mayoría de esa literatura ha sido de naturaleza técnica y científica. Lo que se sabe acerca del hábito de beber y el alcoholismo entre los adolescentes es desgraciadamente muy poco, a pesar de que en nuestra sociedad existe un gran número de bebedores.

El tomar bebidas alcohólicas de diversos tipos constituye un comportamiento social aceptable que afecta y abarca virtualmente todos los aspectos de nuestra cultura.

En nuestro país el alcohol se emplea, en un momento u otro, por la mayoría de las personas como elección, en cualquier acto social imaginable, a pesar de ser una droga altamente peligrosa. En realidad, forma parte de casi toda clase de fiestas y reuniones, incluidos los funerales.

De los millones de consumidores de alcohol que hay en el mundo, la mayoría son adolescentes. Los jóvenes que beben con exceso son personas de toda clase. El abuso de alcohol por los jóvenes constituye un grave problema, sin embargo, es asombroso el número de definiciones que se contradicen con respecto al mismo. Por ejemplo: el consumo de alcohol entre los adolescentes no está considerado del mismo modo que entre los adultos.

Según Casillas Cuervo, el joven tiende a ser introvertido y tímido. Necesita afirmar su personalidad ante sí mismo y ante el mundo. El alcohol le brinda un camino para lograrlo. Pero el alcohol no es solamente un fármaco como los demás, sino que es un producto socialmente aceptado, recomendado y cuyo uso es considerado normal. No se le asocia al estigma social que tienen otras drogas que afectan al sistema nervioso, siempre que se le consuma en el momento y la cantidad aceptadas por la sociedad. Tiene además la ventaja de encontrarse con facilidad y a precio accesible. Por lo tanto es casi siempre el primer psicofármaco que consume el hombre en su vida.

El estar ebrio cuatro o más veces al año, es por lo general, el estándar por el cual un adolescente es definido como un bebedor problema. Sin embargo, este es un patrón apreciablemente más bajo que el empleado para los adultos.

Es raro encontrar alguien que no haya tomado por lo menos un trago antes de ingresar a la Universidad, ya que esto se ve favorecido por aspectos sociales y culturales tales como los aniversarios, fiestas navideñas, bodas, funerales, etc.

Dependiendo de quien sea la persona y de donde viva, variará notablemente la cantidad y la frecuencia de sus copas.

Las fiestas juveniles son vistas como la mejor ocasión para consumir el alcohol. Su uso facilita el establecimiento de relaciones sociales, permite que individuos de sexo opuesto se comuniquen y fomenta la expresión de sentimientos que de otra manera permanecerían ocultos.

Con respecto a la prevalencia del consumo del alcohol, es difícil hacer una síntesis o una comparación debido a que los indicadores de frecuencia y cantidad consumida varían de una a otra investigación y de un país a otro. Sin embargo, si pueden encontrarse ciertas similitudes entre los problemas más frecuentes a los que se enfrenta el adolescente que bebe:

- Intoxicación
- Accidentes ocurridos como consecuencia de la intoxicación
- Uso combinado de alcohol y drogas

Las complicaciones médicas y de salud son muy poco frecuentes debido a que esa edad es difícil que el adolescente desarrolle un síndrome de dependencia al alcohol. Si se considera que el número de problemas relacionados con el consumo de alcohol es un factor de riesgo, podemos decir que el 31% de la población estudiantil en México está en riesgo.

El alcoholismo es un problema engañoso que invade todos los niveles de nuestra sociedad, y el abuso de alcohol es difícil de determinar. Ramírez (1974), plantea que la adicción se establece en la juventud, y que por esto es importante implementar medidas preventivas en la adolescencia.

En una serie de trabajos realizados por el antiguo CEMEF, y después por el IMP, se puede constatar que ha habido un cambio importante en el patrón de consumo de alcohol al pasar del grupo poblacional de 14 a 17 años, al grupo de 18 a 24 años. No sólo ha disminuido considerablemente el número de abstemios entre estos dos grupos, sino que también ha habido una cierta tendencia a que los bebedores adopten formas más graves de consumo en el grupo de 18 a 24 años. Aunque en términos generales, el patrón de bebida del grupo de 18 a 24 años no es especialmente severo ni importante en relación con los grupos de mayor edad, llama la atención el cambio abrupto que se observa en la manera de beber del grupo más joven. Por un lado, este cambio violento no se vuelve a observar en ningún otro grupo etario y, por otro lado, a partir de los 25 años es relativamente poco lo que cambia el patrón de ingestión.

Hay muchas teorías que tratan de explicar porque beben los adolescentes. Una de ellas considera que los jóvenes que beben en abundancia tienen padres que decididamente desapruaban su comportamiento aunque no prediquen con el ejemplo. En otros tiempos el que el adolescente bebiera constituía una forma de rebelión y era casi siempre disimulada y oculta.

Otra teoría achaca la introducción a la bebida por la "presión de los compañeros" ya que buena parte del hábito de beber de los jóvenes es resultado de un deseo de lograr aceptación de sus compañeros. El ser aceptado por el grupo es de máxima importancia para la mayoría de los jóvenes y en consecuencia muchos son presionados o inducidos a la bebida. No obstante, si los jóvenes tienen un fuerte sentido de amor propio y el necesario sistema de apoyo, puede evitar involucrarse en esta actividad.

Para muchos jóvenes el beber y el fumar representan símbolos de acercamiento a la edad adulta, hay adolescentes que empiezan a beber a fin de sentirse "más hombres".

Así mismo, se ha observado que el consumo de bebidas alcohólicas en los varones está relacionado con un status social. Los estudios han mostrado que cuando los bebedores sociales varones beben en grupo con compañeros o amigos, las agresiones interpersonales aumentan de modo significativo.

En los que a las mujeres concierne, algunos estudios muestran que independientemente de su manera de vivir, las mujeres beben sobre todo en relación las crisis de la vida y para aliviar la soledad, los sentimientos de inferioridad y los conflictos acerca de sus papeles sexuales.

La Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría realizaron una Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar: Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior (1991) en la que reportan que la mitad de la muestra había consumido alguna ocasión en su vida bebidas alcohólicas, una tercera parte lo hizo en los últimos 12 meses y el 15% en el último mes, 20 estudiantes de cada mil bebió 20 ocasiones o más en el último año. Una cuarta parte de la muestra reportó que nunca había ingerido 5 copas o más por ocasión de consumo. 30 de cada mil consumieron esa cantidad 1 ó 2 veces por semana y el 7% lo hizo por lo menos una vez al mes. 40 hombres y 10 mujeres de cada mil, han bebido esa cantidad 1 ó 2 veces por semana, el 4% de las mujeres, en contraste con el 9% de los hombres lo hicieron por lo menos una vez al mes. Alrededor del 8% de los estudiantes de 18 años y más, consumen esta cantidad 1 ó 2 veces a la semana. El 26% de los estudiantes que han tomado bebidas alcohólicas reportaron haber experimentado al menos un problema relacionado con su consumo de alcohol; el problema más frecuentemente mencionado fué el deseo de consumir menos alcohol. El 7% de los varones y el 3% de las mujeres han consultado a un médico, orientador o psicólogo por su consumo de alcohol. Sin embargo, 10 estudiantes de cada 100 consideraron que tomar 5 ó más copas por ocasión de consumo, 1 ó 2 veces por semana no era peligroso. Los resultados de este estudio pusieron de manifiesto la gran importancia de las normas sociales en la conducta de consumo.

En 1993, la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría relizaron una nueva Encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, en donde tenían especial interés en conocer la Opinión de Docentes y Padres de Familia sobre algunos temas relacionados con la Juventud y su Entorno, en donde se pudo identificar que ambas poblaciones (padres y docentes) mostraban gran interés en que la información que se les dá a ellos y a los estudiantes sea más y mejor. Se encontró que los grupos de autoayuda fueron preferidos para la atención y tratamiento para el alcoholismo. Se pudo reconocer que padres y docentes desconocen dónde y

bajo que circunstancias sus hijos y estudiantes tienden a usar drogas, de ahí su inquietud por tomar medidas en este sentido.

Medina-Mora y cols. (1993), realizaron un estudio con población estudiantil de enseñanza media y media superior, seleccionando la muestra con base en los registros de la S.E.P. sobre estudiantes que acuden a escuelas del país con reconocimiento oficial; participó en la encuesta un total de 61 779 estudiantes. El objetivo era conocer el consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en ésta población. Se encontró que el consumo de tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas son los problemas más importantes. El consumo de alcohol es mayor entre hombres que entre las mujeres (54% y 45%), la prevalencia de consumo de estas dos sustancias es alta, especialmente si se considera que más del 95% de los estudiantes de la muestra eran menores de 18 años, es decir, no tenían la edad mínima para adquirir legalmente estos productos.

Se han realizado numerosas investigaciones en población universitaria acerca del consumo de alcohol. Esto podría deberse a que los estudiantes de nivel superior forman un grupo selecto del cual se esperan los cambios que mejoraran las condiciones de vida en sus países, representado además una importante inversión social, cuyos resultados se espera poder observar a un corto plazo.

Casillas Cuervo (1980), realizó una investigación con estudiantes de primer ingreso de algunas carreras seleccionadas y posteriormente, en la Facultad de Estudios Profesionales de Cuautitlán. Dividió los patrones de ingestión en tres categorías: no bebedores (que no acostumbran beber alcohol regularmente), bebedores ocasionales (que consumen alcohol con frecuencia menor de una vez al mes) y bebedores habituales (aquellos que beben alcohol varias veces al mes, cada semana, varias veces por semana o diario). Encontró que la proporción de consumidores de alcohol fué: 27.6% de no bebedores, 45.6% de bebedores ocasionales y el 26.7% de bebedores habituales. Las mujeres reportaron mayores porcentajes en los grupos de no bebedores y de bebedores ocasionales, y menor porcentaje en el grupo de bebedores habituales (11.0% contra 32.5% en los hombres). Las principales ocasiones en las que se bebe alcohol son las reuniones sociales, tanto para los bebedores ocasionales (76.5%) como para los bebedores habituales (65%), pues estos últimos informaron ingerir alcohol con mayor frecuencia (58.6%) en las fiestas.

En el estudio realizado en la U.N.A.M. por M. E. Castro y M. de los Angeles Maya, en 1980, se investigaron los patrones de consumo de drogas y alcohol, así como otras variables de interés. Este estudio se llevó a cabo en una muestra representativa del total de las facultades de la Ciudad universitaria, constituyendo la muestra final alumnos que cursaban desde 1o. hasta 7o. semestre de 16 carreras diferentes. Los datos muestran que el alcohol es la droga que más consumieron los estudiantes durante el año (86.4%), y el 51.2% reportó haberlo consumido en el último mes; el 82.9%

de los universitarios reportó haber empezado a beber alcohol a la edad de 18 años.

En términos generales, se concluye que la prevalencia del consumo de drogas, y particularmente del alcohol es mayor entre los universitarios que entre los estudiantes de niveles inferiores, y que el grupo de mayor riesgo está integrado por varones de 22 a 25 años, quienes después de un período de inactividad llevan los cursos de manera irregular.

Guilherme Guimaraes (1985) realizó una investigación con estudiantes universitarios provenientes de cuatro facultades. Con base en las investigaciones anteriores, escogió una Facultad en la que los estudiantes consumían alcohol en exceso (Economía), una en la que se consumía poco (Contaduría), y dos en las que los alumnos reportaron consumir niveles intermedios (Medicina y Psicología). De esta manera se podrían comparar también los factores psicosociales y culturales, según se tratara de poblaciones "legas" en la problemática del alcohol (Economía y Contaduría) o de poblaciones "especializadas" en la problemática del alcohol (Psicología y Medicina). Los principales objetivos de esta investigación fueron obtener información sobre el uso y el consumo de alcohol en cuatro facultades de la U.N.A.M.; explorar las diferencias entre los alumnos de tercero y noveno semestre; entre los alumnos del turno matutino y del vespertino, y entre las poblaciones "legas" y las "especializadas".

Con respecto al lugar en donde se inicia la población universitaria en el consumo de bebidas alcohólicas, el 82.1% de los hombres informó haberlo hecho en la preparatoria, y solo el 10.7% en familia. Las mujeres tuvieron un patrón más diversificado de inicio, ya que el 32.1% contestó que en la preparatoria, seguido del 28.6% que dijo haberse iniciado al empezar a trabajar, y del 21.4% que dijo haberse iniciado en la familia. Las respuestas de los hombres revelan que hacia los 18 años de edad ya el 92.8% consumía cerveza, el 53.6% consumía bebidas de alta graduación (ron, mezcal, brandy, etc.) y el 42.8% consumía vino. Las mujeres presentaron porcentajes menores de consumo a esta edad temprana: un 32.1% consumía cerveza y un 25% vino. Las mujeres comenzaron a beber entre los 19 y los 21 años de edad. Se observó que la frecuencia que más se repite de consumo de alcohol, es de 1 ó 2 veces al mes, con un 35.7% del total. El consumo más frecuente de cerveza es de 3.5 vasos, según el 46.4% de las respuestas totales, siendo que en Contaduría el 9.1% informó consumir de 9 a 11 vasos, y 11 o más vasos. La cantidad en la que se consumen más frecuentemente otras bebidas es de 3 a 5 copas, pero un elevado porcentaje de alumnos de contaduría informó consumir 11 o más copas en cada ocasión.

Se puede decir que la opinión general es que el estudiante universitario se inicia tempranamente en el consumo de bebidas alcohólicas, preferentemente en la preparatoria. La frecuencia con la que bebe es moderada en la mayoría de los alumnos, una o dos veces al mes, pero hay personas que informan beber diariamente especialmente cerveza; la cantidad que consume la mayoría es moderada, aunque hay una cierta tendencia a beber en cantidades intoxicantes. Aunque los porcentajes son

muy similares, hay cierta tendencia en los informantes de noveno semestre y en los del turno vespertino, aunque no es muy precisa para todas las bebidas, a consumir con mayor frecuencia y en mayores cantidades.

En cuanto a los lugares en los que se consumen bebidas alcohólicas, para los alumnos de las facultades de Medicina y Contaduría, el lugar preferido de los hombres para consumir bebidas alcohólicas es en la propia ciudad Universitaria. Las mujeres prefieren beber en lugares más reservados o especiales para estos fines, en las casas o en lugares públicos. El 64.3% de los informantes considera que los hombres se separan de las mujeres para tomar solos, en Psicología y Contaduría fué muy notable este rasgo. Pero esto parece ser más notable entre los alumnos del turno matutino, mientras que los del turno vespertino beben con mayor frecuencia en compañía de sus compañeras.

El 96.4% de los estudiantes opinó que se consumía alcohol al final de los cursos y de los semestres. Esta es una opinión consensual, excepto para la Facultad de Medicina.

Hay bases para afirmar que los estudiantes que inician la carrera beben menos que los estudiantes que van terminando la carrera. La diferencia que se encontró fué pequeña, y consiste más bien en que hay una tendencia a aumentar el consumo, que en que hay dos grupos claramente definidos en sus patrones.

En relación con los factores psicosociales y socioculturales que caracterizan las diferencias entre ambos semestres, parece ser que hay un ligero aumento en la permisividad social en los alumnos de noveno semestre y en su acceso a las bebidas disponibles en el hogar. Los problemas relacionados con el consumo de alcohol parecen ser también más frecuentes en los alumnos de noveno semestre.

Por otra parte, con base en los resultados que obtuvieron en su investigación, Mas Condés y Ramírez P. (1985) concluyen que los jóvenes no estudiantes ingieren alcohol y consumen drogas con mucha mayor frecuencia y peligrosidad que los escolares, aunque resulta alarmante también que los sujetos estudiados consideren normal consumir alcohol y drogas tanto ellos mismos como sus familiares.

Al comparar los resultados de la encuesta de los universitarios mexicanos con los estudiantes de otras partes del mundo, como Hong Kong (Bard y Peacock, 1975), Barcelona (Laporte, et al., 1977), Gran Bretaña (Brown y Gunn, 1977) y Canadá (Lamontaigne, et al., 1979); se encuentra que lo patrones de ingestión de alcohol guardan ciertas semejanzas. Por una parte se confirma que las mujeres suelen beber menos que los hombres, pero que aquéllas que son bebedoras habituales parecen beber con mayor intensidad y frecuencia que los hombres. Es muy posible que la estructura social mexicana evite que un grupo mayor de mujeres beba. Pero a pesar de la propaganda existente y del medio social favorable para el consumo de alcohol, llama la atención que hay un grupo relativamente grande de personas abstemias.

CAPITULO 2

DEPRESION

ANTECEDENTES

El término depresión se deriva del latín de *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo) y partiendo de estos términos se le han adjudicado los siguientes significados; empujar hacia abajo, oprimir, rebajado en categoría o fortuna, venido a menos, etc.

Recientemente el término de depresión ha sido incluido en la terminología de los Estados de Aflicción. Aún cuando el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico en su forma severa fué descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía.

Los términos melancolía y depresión se han referido durante más de dos mil años a toda una serie de diferentes estados de aflicción. Ya en el siglo IV antes de Cristo, Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis. Para los hipocráticos del siglo V y VI a.C. este desorden clínico estaba asociado con "aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad, intranquilidad" y se denominaba melancolía.

En otro contexto hipocrático, a la tristeza se añade el miedo y estas dos pasiones reciben categoría fundamental como síntomas de la melancolía.

Durante el siglo II de nuestra era, la descripción clínica fué adquiriendo más detalles tomando una forma que se hizo más o menos estandar en los escritos médicos islámicos y occidentales durante 1500 años. Sorano de Ephesus en su descripción del cuadro clínico señalaba como síntomas principales de la melancolía: la tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad.

Rufo de Efeso al comienzo del s. XVI contribuye a la descripción clínica con los siguientes rasgos: una forma de locura crónica no febril en la que el paciente está normalmente temeroso, triste, misántropo y cansado de la vida acompañado con frecuencia por alguna idea delirante circunscrita y a veces con síntomas de perturbaciones gastrointestinales. Gradualmente el estreñimiento en especial, pasó a ser el síntoma gastrointestinal mencionado en la mayoría de los casos mencionándose además, de manera intermitente las ideas suicidas y el riesgo de suicidio.

Durante los s. XVI y XVII se llevan a cabo una serie de modificaciones en las descripciones clínicas de la melancolía. Primero la tristeza y frecuentemente también el miedo, se calificaban de "sin causa" o "sin causa aparente". Este elemento se convirtió en una de las características típicas del s. XVI.

Posteriormente en el s. XVII empiezan a surgir referencias al sentimiento de culpabilidad, debido a que en ésta época se hacía énfasis en la responsabilidad, la culpa y el castigo. La presencia de una idea delirante, pasó a convertirse en una observación frecuente en este mismo siglo, sin embargo hacia el s. XIX se fué abandonando gradualmente esta concepción.

En el México prehispánico el cuadro de la depresión fué considerado como un problema médico, de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz, cuyas observaciones se encuentran en el Códice Badiano, el cual incluye el título "Remedio para la sangre negra", término común del cuadro en la Europa del s. XVI en el que se recomienda como tratamiento un cocimiento de hierbas y se dan indicaciones en las que se sugiere no beber el pulque (bebida fermentada obtenida de un agave).

En la Edad Media, Santo Tomás de Aquino sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia comenzó a abandonarse en 1630 cuando Robert Burton publicó su famoso tratado "Anatomía de la Melancolía", obra que facilitó la identificación de los estados depresivos.

A principios del s. XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de melancolía señaló en primer lugar, las psicológicas y en segundo lugar las físicas. Con respecto a las causas físicas, el conjunto de síntomas conocido como hipocondríaco (flatulencia, problemas digestivos, diversos dolores y molestias asociadas con estos), durante muchos siglos se agruparon con la tristeza y el miedo, formando los tres subtipos clásicos de la melancolía. Más tarde éste síndrome se separó de la melancolía con el nombre de hipocondría.

A lo largo de los siglos muchos autores observaron que algunos casos de melancolía se transformaban en manía y visceversa; con Boerhaave aparece la idea del continuum de gravedad que va de la hipocondría a la manía pasando por la melancolía. En el s. XIX Baillarger y Falret relacionaron una parte de éstos dos desórdenes como aspectos de un único desorden cíclico.

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco depresiva y demencia precoz llamada posteriormente esquizofrenia. A principios del siglo XX Kraepelin volvió a relacionar más íntimamente lo que anteriormente se había dicho de la manía y la melancolía, recogiendo ambos estados bajo la etiqueta de insania maniaco-depresiva. En la tradición kraepeliniana que dominó la primera mitad del siglo XX, la descripción ampliada de la depresión también tenía lugar para muchos de los signos de las descripciones anteriores de la melancolía, elementos clínicos que realmente nunca habían abandonado el cuadro clínico de la melancolía y de los cuales, no todos estaban necesariamente presentes en un caso determinado.

Más adelante, los estudios genéticos en Psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de siglo XX, trayendo como consecuencia que el deprimido fuera clasificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

A lo largo de la historia de la depresión, el término pudo hacer alusión a una enfermedad, a un estado conflictivo suficientemente grave y duradero como para ser considerado una entidad clínica; en otro momento se ha podido utilizar para indicar un estado emocional de cierta duración, probablemente molesto, no acostumbrado, pero que no podía ser considerado como algo patológico; en otras ocasiones podía referirse a un temperamento o a un tipo de carácter con determinado tono y disposición emocional tampoco patológicos; en otro tiempo podía significar tan solo una forma de sentir de duración relativamente corta de tono infeliz pero difícilmente enfermiza. Estaba claro que los diferentes estados así denominados no eran estados mentales corrientes sino que correspondían a un amplio espectro mayor que el recubierto por el término enfermedad.

En los últimos años el gran incremento mundial de la depresión y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomáticos obviamente no incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron a los expertos de la O.M.S., a establecer un nuevo grupo en la IX revisión de la clasificación internacional de enfermedades, que empezó a ser utilizada en enero de 1979. Este grupo bajo el rubro 311 y con el nombre de Trastorno Depresivo no Clasificado en otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico.

DEFINICION

Las reacciones neuróticas depresivas son desórdenes del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas, sentimientos de inferioridad y desesperación.

El término depresión describe toda la gama de emociones desde una leve fatiga pasajera hasta sentimientos de desesperación más profundos; la depresión comenzó a llamarse así a mediados de los años 30's, a raíz del surgimiento de la crisis financiera denominada "la gran depresión". La palabra depresión se volvió un término psiquiátrico, mientras que al derrumbe económico se le llamó recesión.

Si bien resulta útil que el clínico clasifique los síntomas en cuatro categorías y las valore de acuerdo con los criterios del DSM-III, ciertos síntomas son tan comunes que se deben considerar distintivos de la depresión. Su persistencia debe elevar en forma marcada el índice de sospecha. Estos síntomas distintivos son: fatiga que no se alivia con ningún descanso; dolor, más comunmente cefalea, pero también dolor en la parte baja de la espalda y otros malestares musculoesqueléticos; alteraciones del sueño que suelen ser: despertar temprano por la mañana o pasar períodos prolongados tratando de dormir, ansiedad o irritabilidad; y trastornos gastrointestinales tales como estreñimiento, diarrea o síndrome de colon irritable.

Ciertos cambios en la vida y situaciones de estrés se pueden asociar con la depresión. También se han identificado factores que predisponen a los pacientes a la depresión. Estos incluyen una historia familiar o personal de depresión, ser del género femenino, el estado de postparto y estrés severo o inesperado. Dichos elementos de estrés incluyen pérdidas significativas tales como la muerte de un ser querido, un divorcio ó la pérdida del empleo, problemas familiares o maritales, problemas financieros, situaciones tales como la mudanza a una nueva ciudad, transiciones de edad o género, como la adolescencia, el convertirse en padres o una enfermedad crónica.

Hay grupos de alto riesgo para la depresión. Estos incluyen a las personas que abusan del alcohol y las drogas, pacientes sometidos a períodos de privación de drogas, hipocondríacos, pacientes con trastornos psicósomáticos frecuentes o numerosos y aquellos con dolor persistente por enfermedades concurrentes; sin embargo, la depresión de ninguna manera se limita a esos grupos.

CLASIFICACION

El concepto de depresión designa demasiadas y muy diferentes alteraciones, por lo que hoy, más que hablar de depresión debiera hablarse de depresiones.

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios; entonces la depresión es llamada exógena o reactiva; en otros no hay factores desencadenantes evidentes y la depresión es considerada como endógena.

Para diferenciar con claridad los tres tipos de depresión debemos recalcar lo siguiente: en la depresión psicótica los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante, se caracteriza por la seria alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio. En la depresión neurótica la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia. En la depresión simple, la personalidad no sufre ningún trastorno por lo que no se le considera como un trastorno psiquiátrico en el sentido hasta ahora reconocido para el término; el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos o sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo, cuando el paciente se recupera, actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental.

Los trastornos afectivos se dividen en trastornos en los que hay un síndrome afectivo mayor completo, trastornos en los que sólo hay un síndrome parcial pero persistente y trastornos que no se pueden clasificar de cualquiera de las dos maneras señaladas.

Los términos trastorno bipolar atípico y depresión atípica se reservan para los sujetos que no satisfacen de manera precisa los criterios necesarios para otros diagnósticos.

Otros trastornos afectivos específicos son los trastornos ciclotímico y distímico. En el trastorno ciclotímico los síntomas se parecen a los del trastorno bipolar pero no son de gravedad o duración suficientes para satisfacer los criterios para el diagnóstico de trastorno bipolar o depresivo mayor. El término trastorno distímico abarca en parte al grupo de sujetos clasificados desde el punto de vista histórico como víctimas de neurosis. Los sujetos a los que se adjudica este diagnóstico experimentan depresión crónica de gravedad o duración no suficientes para satisfacer los criterios de crisis depresiva mayor. Recientemente se ideó el término Distimia para

indicar de manera operacional específica a un grupo de pacientes que se describían antes como caso de depresiones neuróticas. Desde hace mucho los clínicos observaron que estos sujetos experimentan sentimientos crónicos de insuficiencia y autodenigración, y que expresan éstos sentimientos de una manera impresionante que desafía todos los intentos del tratamiento. Estos pacientes describen su pérdida del interés o el placer en la mayor parte de las actividades de la vida diaria, pero no tienen síntomas de gravedad suficiente para satisfacer los criterios de crisis depresiva mayor.

El humor deprimido puede ser no remitente ó estar intercalado con períodos breves de humor normal que no dura más de unas cuantas semanas. Los pacientes distímicos tienden a reaccionar en exceso a las tensiones normales de la vida con humor depresivo. A menudo se les describe como manipuladores y poco deseosos de enfrascarse en las actividades que podría esperarse resultarían en mejoría del humor. Los pacientes distímicos tienen poca confianza en sí mismos, pero pueden ser muy exigentes y quejumbrosos y culparán a los demás de sus fracasos al mismo grado en que se culpan a sí mismos. Son comunes en ellos los rasgos obsesivos. Como resultado de estas actitudes, los pacientes distímicos tienden a llevar una vida social limitada y tienen relaciones inestables con otras personas. Es común en éste grupo de pacientes el abuso de alcohol y otras sustancias. Los pacientes distímicos suelen quejarse de haberse sentido deprimidos durante toda la vida, no suele poderse identificar una época específica de la iniciación y en todo caso describe que ésta ocurrió muy al principio de la infancia o la adolescencia con una historia subsecuente de muchas intervenciones terapéuticas. En algunos casos la distimia parece datar de una crisis depresiva mayor. Los sujetos que tienen predisposición caracterológica a la experiencia depresiva pueden ser también víctimas de recurrencias de crisis depresivas mayores y por lo tanto tienen "depresiones dobles" en ciertos momentos de sus vidas. Poco amor propio, desesperanza y anhedonia crónica se pueden considerar fenómenos aprendidos que se iniciaron y reforzaron en momentos críticos a causa del acontecimiento depresivo mayor. Como los síntomas depresivos suelen ser leves o moderados, es menos común en estos casos, la morbilidad relacionada con la depresión mayor, como el suicidio. Pueden estar afectadas de manera adversa las relaciones con familiares o amigos, lo mismo que el rendimiento en la escuela o el trabajo.

El aspecto esencial de este diagnóstico es la naturaleza crónica del humor deprimido. Aunque los sujetos normales experimentan estados del humor similares a los que ocurren en los casos de distimia sus depresiones no son tan persistentes o en general, tan graves como en el caso del trastorno distímico y no hay interferencia sostenida con el funcionamiento personal o social con ellos.

El trastorno distímico se acompaña de alteración de límites muy amplios. En algunos casos se ven afectados solo de manera leve el funcionamiento social y el rendimiento en el trabajo, en tanto que otros se caracterizan por

incapacidad para conservar un rendimiento suficiente en la escuela o en el trabajo. Como el trastorno abarca de manera indudable a un grupo heterogéneo de individuos, el pronóstico dependerá de la reacción del sujeto a la psicoterapia, a la medicación antidepresiva o a las dos cosas.

Algunos autores consideran que el término "trastorno afectivo" es incorrecto ya que los síntomas afectivos constituyen únicamente una categoría de síntomas depresivos. En este sentido, existen cuatro categorías de síntomas: afectivos, somáticos, psicomotores y psicológicos.

- En cuanto a los síntomas afectivos, encontramos la tristeza, (o irritabilidad particularmente en niños o adolescentes) apatía o disminución del placer o el interés en las actividades de la vida cotidiana. Además de ello, pueden estar presentes alteraciones del estado de ánimo con aumento de la irritabilidad y sentimientos de desesperanza.

- Los síntomas somáticos considerados en el DSM-III-R incluyen cambios significativos en el apetito y el peso, específicamente un aumento ó pérdida de peso de más de 5% en un mes. Los cambios en los patrones de sueño también aparecen en la lista del DSM-III-R. Aunque suele creerse que las personas deprimidas pierden el apetito y se vuelven anoréxicas, un número significativo de pacientes empieza a comer en exceso y a aumentar de peso. Así pues, cualquier cambio en cuanto a los hábitos usuales para comer o en el peso es significativo.

- Lo mismo sucede con los patrones de sueño. Puede ser que la mayoría de los pacientes desarrolle insomnio. Otros pacientes particularmente adolescentes y pacientes con depresión atípica suelen padecer hipersomnio y quizá manifiesten ritmos circadianos invertidos.

La pérdida persistente de interés sexual y la pérdida de energía y fatiga también son comunes en la depresión.

Los pacientes deprimidos suelen sentirse peor por la mañana y quizá tengan dificultades para levantarse y para moverse, una vez que lo hacen, su estado de ánimo suele mejorar conforme avanza el día.

- Los síntomas psicomotores incluyen retardo de los movimientos voluntarios o aumento de los mismos como en la agitación o la inquietud. La disminución o el aumento a nivel de actividad del paciente suele ser de magnitud suficiente para ser aparente a los demás.

La mayoría de los pacientes ambulatorios con depresión tienen una enfermedad leve y lucen y se comportan normalmente pero se sienten deprimidos.

La depresión enmascarada tiene la característica de manifestarse mediante síntomas somáticos que constituyen la esencia del síndrome de depresión mayor. Este tipo de depresión origina cuantiosos gastos ya que los pacientes deprimidos visitan frecuentemente al médico tratando de encontrar alivio a su sintomatología.

La Depresión Mayor es un síndrome con un grupo de síntomas esenciales que deben estar presente para el diagnóstico junto con otros que pueden estar o no estar presentes. Los síntomas esenciales incluyen estado de ánimo deprimido, disminución del interés en las actividades diarias, cambios en el apetito o el peso, cambios en los patrones de sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga, concentración deficiente e ideación suicida.

La palabra depresión implica sentimientos de tristeza y por ello parece describir simplemente una alteración del estado de ánimo (un trastorno afectivo) más que una enfermedad con síntomas físicos definidos.

El diagnóstico diferencial de la depresión puede resultar un desafío ya que un paciente con depresión puede tener únicamente malestares somáticos que quizá no se identifiquen como indicativos de depresión. Muchos medicamentos también pueden ocasionar depresión.

El diagnóstico diferencial requiere que la depresión en niños y adolescentes sea distinguida de estudios realizados sobre discapacidades, déficit de atención, desórdenes de conducta, rechazo a la escuela, anorexia, esquizofrenia adolescente y abuso de alcohol u otras sustancias.

En un esfuerzo por no dejarse llevar por los síntomas somáticos jamás se debe olvidar que la presencia de depresión no excluye la posibilidad de enfermedad médica concomitante y viceversa. Se pueden hacer varios diagnósticos equivocados en lugar de depresión. En ocasiones, enfermedades reales, tales como la infección viral de Epstein-Barr, que tiene algunos síntomas que corresponden a la depresión.

En otros casos, son diagnósticos un tanto vagos, tales como hipoglucemia funcional o fibrositis.

Otras enfermedades mentales también pueden enmascarar la depresión o existir en forma concurrente haciendo difícil el diagnóstico. La desnutrición, las enfermedades crónicas que requieren de medicamentos de mantenimiento y los elementos de estrés de diversos tipos son comunes y pueden confundir todavía más el diagnóstico.

Un cambio en el estilo de vida sobre el que se debe insistir es la eliminación del alcohol o de otras sustancias de las que puede abusar, ya que la adicción a tales drogas reducirá de manera drástica las probabilidades de recuperación de la depresión. Los pacientes deprimidos suelen recurrir a dicha automedicación.

ETIOLOGIA

En la depresión, la causa crea un desequilibrio de las sustancias químicas del Sistema Nervioso Central. Los síntomas de este desequilibrio se manifiestan en el sector del pensamiento y la conducta, por lo que se presta escasa atención a los síntomas físicos de la depresión.

Para entender porque origina esta enfermedad ciertos síntomas mentales y emotivos, hay que saber primero como funciona el proceso químico del cerebro. Las sustancias químicas que intervienen en la función cerebral se denominan aminas biogénicas en vez de hormonas, son compuestos formados por aminoácidos. Estas aminas biogénicas son las piezas clave de varias proteínas. El diagnóstico de las aminas biogénicas responsables de la enfermedad, elemento esencial para una medicación correcta, se realiza mediante la identificación de las diferencias sumamente sutiles que ofrecen los síntomas.

Por ejemplo, aunque casi todos los casos de depresión tienen ciertos síntomas clásicos, un caso puede caracterizarse por predominar en él el rasgo básico de la angustia extrema. La angustia como síntoma principal de la depresión suele deberse a un trastorno en la producción de monoaminooxidasa por el organismo. La monoaminooxidasa es una enzima que destruye aminas biogénicas y congela la señal que activa las células del cerebro. Cuando hay superproducción de aminas biogénicas llega a algunas de las células cerebrales estimuladas antes de que éstas tengan la posibilidad de lanzar su impulso eléctrico. El resultado es que se pierde parte del mensaje que llega a la corteza cerebral, y como la corteza cerebral trabaja con lo que tiene, las piezas que faltan provocan una unidad de pensamiento o de acción distorsionada.

Ante una superproducción de monoaminooxidasa se administran medicamentos IMAO que son inhibidores de la monoaminooxidasa.

La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros. Algunas causas son las siguientes:

Causas Genéticas: Como las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de autores ha presentado pruebas en favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco-depresiva. Esto investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia.

Causas Psicológicas: Pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica.

Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante presentándose desde los primeros años de vida, determinados rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos especialistas se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Estos rasgos sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia.

En la depresión neurótica el elemento "pérdida" es de importancia capital; la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o la autoestima, o ser inminente y amenazadora. Lo que importa no son los hechos sino la actitud del paciente respecto de ellos. Una de las metas de la psicoterapia es investigar lo que el sujeto ha perdido y cuando ha quedado claro el motivo de la tristeza del paciente, lograr su adaptación a ésta situación. Para ello es necesario revisar todas las experiencias significativas del enfermo que se relacionen con el objeto perdido, ubicándolas en el mundo en el cual éste objeto ha desaparecido.

Causas Ecológicas: Durante el último siglo la humanidad alcanzó un grado de desarrollo científico y tecnológico tal que superó en mucho lo logrado en miles de años. Este desarrollo proporcionó al hombre, mayor bienestar, pero también tuvo otras consecuencias negativas, a saber: un aumento acelerado de la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias contaminantes y una cantidad exorbitante de desechos, generando con ello una severa contaminación ambiental y desequilibrio ecológico. De esta manera, en la medida que el hombre deteriora el medio ambiente, disminuye la calidad de su vida. Es válido suponer que los aspectos psicológicos del hombre no permanecen al margen de éste torbellino y que, por tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve.

Causas Sociales: Los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Un aspecto interesante de éstos sistemas es que nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia.

Hay otros indicadores que señalan que la muerte del cónyuge o alguna otra pérdida muy sensible origina un fuerte impacto que hace que personas con antecedentes de alcoholismo aumenten su ingestión de bebidas alcohólicas, y que otras incrementen el uso de tranquilizantes o el número de cigarrillos.

Respecto a los jóvenes, es preciso tomar en cuenta que en la sociedad actual ellos tienen que realizar tareas que les permitan su desarrollo. Esto

sin embargo, va en contra de nuestra herencia biológica pues como hemos mencionado, no solemos destruir fácilmente nuestros lazos de unión, y cuando lo hacemos es a base de un alto costo emocional.

Clarizio en 1989 hace una división de la etiología de la depresión en dos rubros: causas psicosociales y causas biológicas; aunque considera que interactúan continuamente.

EPIDEMIOLOGIA

Cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud. En E.U.A., los intentos de suicidio se han incrementado en forma alarmante especialmente entre los jóvenes y más aún entre las mujeres menores de 30 años. Generalmente se prefiere la ingestión de depresores del sistema nervioso para lograr tales fines.

El promedio de vida de los pacientes deprimidos disminuye cada vez más; así, los textos escritos antes de la Primera Guerra Mundial, recalcan que con frecuencia la melancolía involutiva se presentaba entre los 40 y 50 años.

Sorenson y Strömgen (1961) realizaron un estudio epidemiológico en un área geográfica definida y encontraron que el 3.9% de la población mayor de 20 años había presentado por lo menos un cuadro depresivo en una etapa determinada de la vida.

Expertos internacionales estiman en un 3 a 5% de la población total de la frecuencia de las depresiones. Esto significa que entre 100 y 200 millones de seres humanos padecen hoy en día de depresión, cuadro que si se diagnosticara oportunamente podría beneficiarse con el tratamiento médico adecuado.

En una encuesta levantada en otoño de 1974 en la que participaron más de 15 mil médicos generales de la República Federal Alemana, Francia, Austria y Suiza, se encontró que el 48% de los médicos interrogados calculaba que uno de cada 20 de sus pacientes sufría de depresión (5%) y que el 27% de los encuestadores estimaban en 10% la frecuencia de la depresión entre sus pacientes.

Las magnitudes epidemiológicas, el tipo de repercusión psicológica y social, la accesibilidad diagnóstica y las posibilidades terapéuticas de prevención primaria hacen de la depresión un problema significativo de salud pública, de ninguna manera etiquetable como un problema psiquiátrico de acuerdo con el enfoque tradicional de la enfermedad mental. Este nuevo concepto ha ayudado poderosamente a que esta patología se libere de su tabú secular.

El punto de vista de la O.M.S.: El Dr. Norman Sartorius, cacula que en el mundo hay por lo menos 100 millones de personas que sufren alguna forma reconocible de depresión, que relacionados con ellos existen otros tres tantos que son afectados y sufren por ella, y lo peor, que el problema tiende a aumentar en los años venideros, por los siguientes motivos:

- primero, porque el promedio del índice de expectativa vital está creciendo en todos los países, por lo que el número y porcentaje de personas con un mayor riesgo de presentarla también se ha incrementado.

- segundo, el rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente tensionante intenso y creciente como el que se presenta en situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

- tercero, el aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos, tales como reumatismo, trastornos gastrointestinales y cerebrovasculares, y problemas neurológicos, que según se ha demostrado se asocian con depresión en un 20% de los casos.

- cuarto, el creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y varios preparados hormonales como los anticonceptivos orales que un gran número de mujeres consume.

Según Brown y Harris (1978), quienes se ocuparon de estudiar una muestra del sur de Londres, el 23% de las mujeres de la clase trabajadora están clínicamente deprimidas, mientras que apenas 6% de las mujeres de clase media padecen el mismo problema. Weissman (1974) que investigó en Estados Unidos, encontró que el 23% de la población femenina de todos los estratos sociales muestra síntomas depresivos. Si ambos informes son correctos deberá inferirse que las tasas de incidencia de depresión entre las mujeres de la clase trabajadora son bastante representativas de la población general. En cualquier caso, estos números indican que una proporción considerable de la población presenta sintomatología depresiva. Al menos las cifras son lo suficientemente altas para provocar una seria inquietud al respecto. Brown y Harris afirman que las mujeres por lo general, constituyen dos tercios del total de pacientes deprimidos bajo atención psiquiátrica, y también más o menos la misma proporción registran los estudios de comunidad, al menos en las áreas urbanas, aunque en este último caso el grado de certidumbre es apenas menor.

Las estadísticas reunidas en diferentes partes del mundo confirman el hecho de que la depresión sobre todo en sus formas más severas, se presenta

mucho más a menudo en las mujeres que en los hombres. En los E.U.A., Winokur y colaboradores en 1971, encontraron mayor incidencia de la depresión en mujeres entre familiares de 129 individuos de control.

En Islandia Helgason (1966) observó que el riesgo de psicosis afectivas era mucho mayor en las mujeres. McCabe (1975) en Dinamarca encontró que las pacientes internadas con diagnóstico de psicosis afectiva eran mucho más numerosas que los hombres. Weissman y Klerman (1977) reevaluaron las tasas de diferencia de la depresión entre ambos sexos en los E.U.A. y otros lugares del mundo en los últimos 40 años. En los países occidentales industrializados la proporción mujeres-hombres era de 2 a 1. Entre los países altamente industrializados solo en Finlandia y Noruega, la incidencia seguía siendo mayor en las mujeres. Investigaron también si la desventajosa condición social de la mujer ha tenido consecuencias psicológicas conducentes a la depresión. Propusieron dos hipótesis principales, la primera, a la cual denominaron "hipótesis de la condición social". Se refiere a las discriminaciones sociales contra las mujeres. Las discriminaciones y desigualdades sociales determinarían una situación de indefensión legal y económica, dependencia de los otros y deterioro de las aspiraciones y la autoestima, que con el tiempo culmina en una depresión clínica. De acuerdo con la segunda hipótesis que llamaron "de la indefensión adquirida", "las imágenes estereotípicas socialmente condicionadas generan en la mujer un conjunto de ideas que se oponen a su autoafirmación, oposición a la que contribuyen las expectativas sociales. Los clásicos valores de la feminidad aparecen entonces como una variante de la indefensión adquirida, característica de la depresión.

En opinión de Kraepelin que estudió la depresión en el sureste asiático, ésta aparece tanto en oriente como en occidente y es pues un hecho universal. Sin embargo encontró algunas diferencias en la incidencia de la enfermedad, en la sintomatología y en las formas clínicas con que aquella se manifestaba. A ésta misma conclusión ha llegado recientemente Engelsmann (1982).

La conceptualización de la Depresión -tanto como síndrome, como reacción o como hecho comportamental- es el término de una configuración, cuyo resultado no puede explicarse sin la oportuna apelación a un marco cultural determinado.

Hirschfel Cross (1982), considera que los Síntomas Depresivos son 2 veces más frecuentes en hombres que en mujeres. En estudios realizados en la comunidad se reporta de manera consistente una relación inversamente proporcional entre clase social e índices de síntomas depresivos. Las personas casadas y aquellas con relaciones íntimas no maritales, tienen índices menores de síntomas depresivos en comparación con las personas no casadas. Se encontró una relación inversa entre edad y depresión, sin embargo Weissman y Myers hallaron que los índices de síntomas depresivos en las mujeres son más altos antes de los 35 años de edad; mientras que en

el sexo masculino, el pico de prevalencia ocurre entre los 55 y los 70 años. Además se halló una relación directa entre el número de eventos vitales y el nivel de los síntomas depresivos. Los llamados recursos personales, en la forma de relaciones maritales o relaciones similares, han resultado tener un efecto protector frente al impacto de los eventos vitales en el desarrollo de los síntomas depresivos. No obstante, es difícil evaluar la contribución de estos recursos.

En cuanto a la epidemiología del Desorden Depresivo No Bipolar, se concluyó que la prevalencia es dos veces mayor en mujeres que en hombres, los índices de éste padecimiento guardan una relación inversa con la clase social. Las personas casadas y aquellas que mantienen una relación íntima, no marital, tienen índices algo más bajos que las personas no casadas. Se encontró una relación inversa entre edad y depresión no bipolar, aunque la edad típica de inicio es más tardía que en la depresión bipolar. Los pacientes experimentan un mayor número de acontecimientos vitales, particularmente el mes anterior al inicio del padecimiento, que la población control, incluyendo a esquizofrénicos. Algunas de las características de personalidad que han sido asociadas a la depresión no bipolar son: dependencia, pobre autoestima y obsesividad.

La epidemiología del Desorden Depresivo Bipolar se caracteriza por la prevalencia semejante en hombres y en mujeres, los índices son ligeramente más altos en las clases sociales altas, no existe asociación en cuanto al estado civil, la edad de inicio es más temprana, alrededor de diez años antes, en comparación con el desorden depresivo no bipolar, los recursos personales y los apoyos sociales no han sido estudiados específicamente, y en general, en estos pacientes hay menos alteraciones de la personalidad, aunque hay niveles asociados más altos de obsesividad.

Resumiendo, en estos padecimientos, los sujetos con más alto riesgo son las mujeres, la gente joven (aunque para los hombres se incrementa el riesgo después de los 55 años) los que pertenecen a las clases sociales bajas, los solteros y sin vínculos interpersonales, y, también aquellos que han experimental la pérdida de una relación significativa. En el desorden depresivo bipolar, los factores de riesgo psicosocial tienen menor peso y difieren de los anteriores.

DIFERENCIAS DE DIAGNOSTICO. DEPRESION Y TRISTEZA

Hay dos maneras de llegar a comprender el significado de la emoción-sentimiento de tristeza en nuestro medio. En el primer caso podemos acudir a un diccionario. En el encontraremos que "tristeza" se define como calidad de triste; y triste, a su vez del latín tristis, como afligido, apesadumbrado o de carácter o genio melancólico.

La Tristeza es un fenómeno específicamente humano, se le podría definir como un tipo especial de dolor, que no es físico sino mental. En el lenguaje común la palabra dolor incluye por igual al físico y al mental, puesto que como vivencias subjetivas de sufrimiento son similares. Si la tristeza se asemeja a otros sentimientos displacenteros, debe tener la propiedad de movilizar actitudes conducentes a la eliminación de sus causas. Esta función es fácil de reconocer en el caso del dolor, el hambre, la sed, el cansancio, el temor y la ansiedad, todos los cuales promueven un comportamiento que tiende a evitar, anular o detener sus causas. Sin embargo, al estar tristes, nos sentimos también en peores condiciones para emprender cualquier tipo de acción. En contraste con las personas enojadas que se disponen a luchar, a las que sienten miedo y se disponen a huir, las acciones y los procesos de pensamiento del individuo que experimenta tristeza parecen haberse hecho más lentos. En algunos casos, el estado de tristeza no se resuelve y se transforma en una vivencia de desdicha más intensa que se denomina depresión. A veces la ansiedad persiste largo tiempo, pero al fin también queda inmersa en la vivencia depresiva.

La tristeza es una emoción normal provocada por percepciones realistas, las cuales describen un acontecimiento que implica pérdida o decepción de una manera no distorsionada. La depresión es una enfermedad que siempre deriva de conceptos distorsionados.

Para Kurt Schneider (1967), la tristeza inmotivada y vital era la cuestión medular de la depresión melancólica, de la que serían derivados otros síntomas, como las alteraciones del pensamiento, la inhibición psicomotora y otros muchos desajustes vegetativos. Según Schneider, la aparición de la tristeza depresiva, se caracteriza por su incomprendibilidad, tanto para el paciente como para el clínico. La tristeza que surge en ciertos tipos de depresión es desde luego comprensible y no tiene relación alguna con ningún motivo concreto. Pero no siempre ocurre así respecto de su incomprendibilidad, ni es absolutamente constante su aparición. Por otra parte, la tristeza vital no siempre es específica de la depresión; en primer lugar, porque hay depresiones que cursan sin ella (Weichbrecht 1949, 1962) y en segundo lugar porque hay cuadros maníacos en cuyo inicio está la tristeza y no la exaltación eufórica (López-Ibor, Aliño, 1972). Por otro lado, las alteraciones del pensamiento son muy variadas, yendo desde la inhibición y la lentificación -las más frecuentes-, a la perseveración obsesiva, el empobrecimiento, la rigidez y/o los cuadros delirantes de culpa, ruina, hipocondrias y paranoia. Pero no siempre acompañan estas alteraciones a la tristeza.

Algo parecido acontece con la inhibición psicomotora, el tercero de los síntomas que constituyen la triada propuesta por Schneider. Es cierto que puede observarse en muchos enfermos deprimidos, pero es igualmente cierto que otras veces la depresión toma el camino de la exaltación motora (depresiones agitadas y/o ansiosas).

Ni siquiera otros factores acompañantes pueden considerarse como patognomónicos de la depresión. En concreto: la disminución de las ambiciones y del nivel de aspiraciones del sujeto, a la inhibición de los impulsos sexuales y alimentarios, y al insomnio postulados por muchos autores como signos inequívocos de la enfermedad depresiva. No obstante, puede todavía admitirse que en el perfil psicopatológico de la depresión, la tristeza o el descenso del estado de ánimo ocupa un puesto relevante y destacado, que autoriza a considerarla como el único síntoma primario de esa alteración.

Estar triste es socialmente aceptado. A través de este estado de ánimo se expresa en México el mayor caudal de ansiedad neurótica. Díaz-Guerrero (1984), realizó un estudio en población mexicana y encontró que las mujeres quedan más ampliamente protegidas de fuentes de tristeza que los varones.

Esto es más claro en las mujeres de clase baja que en las de clase alta. Es posible que el llamarle tristeza a la angustia y al miedo sea más favorecido en las clases medias y altas de México que en las clases bajas. Cuando menos, mientras las clases bajas sufren más angustia, las medias y altas sufren más tristeza. Para el grupo total, la amenaza más fuerte de tristeza es el divorcio de los padres. Le siguen en importancia el suicidio y la borrachera, y la equivalencia entre ambos nos recuerda a los autores que han considerado el alcoholismo como una forma de autoaniquilamiento. Existen claras diferencias por clase social y sexo. Así encontramos que para la clase social alta, las amenazas de tristeza más grandes son: el divorcio, el cáncer, el suicidio, la locura y la muerte, en este orden. Para la clase social baja, son: el divorcio, el crimen, la borrachera, el dolor y el suicidio, en este orden. Mientras para los jóvenes de la clase baja es la amenaza de borrachera, para los jóvenes de clase media es el divorcio, para las muchachas de la clase baja es el dolor y para las de clase media es el suicidio. Por lo anterior, se concluye que los programas de prevención del alcoholismo son definitivamente más importantes para las clases bajas que para las clases medias y altas.

En la figura representativa de las adolescentes de clase baja todo parece indicar que los aspectos sentimentales son los que pueden constituir la mayor amenaza. El perfil de la joven de clase media y alta es particularmente interesante. No solamente es el suicidio la fuente más importante de tristeza, sino que es el único grupo en donde la amenaza de la vejez se encuentra entre las diez fuentes más importantes. Las jóvenes de clase alta participan de los aspectos sentimentales de las de clase baja, pero también participan de las fuentes de tristeza de sus coetáneos varones de clase media. Es de gran interés observar que son las únicas en quienes la amenaza de separarse de la escuela es una fuente de tristeza.

ESTRUCTURA FAMILIAR Y DEPRESION

La investigación de la estructura familiar y sus implicaciones en la Depresión parece obvia aunque todavía requiere un exámen profundo. Las actitudes de los padres (dependencia-independencia, sobreprotección-rechazo, calidad de tiempo dedicado, uso de premios-castigos, etc.), lógicamente han de contribuir a moldear el comportamiento de sus hijos, y con él, el nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración, los estilos cognitivos, etc., que de una u otra forma están implicados en el hecho depresivo.

Por lo que parece, la multitud de figuras parentales (se estima que un 60% de los jóvenes norteamericanos menores de 18 años, han convivido con tres padres diferentes), la permisividad, la minimización de las exposiciones a la frustración (se ha hecho un mito etiológico de la importancia del trauma en la infancia, hurtándole así al niño cualquier entrenamiento e inmunización ante la frustración) constituyen un buen elenco de factores que coyuntural o sustancialmente pueden ser relevantes en la etiología de las depresiones familiares. Aunque los resultados son por el momento inconclusivos, los efectos de la urbanización, la industrialización y sobre todo, la emigración hacen sospechar en éstos un papel de cierta importancia en la génesis de las depresiones en la infancia (Fábrega, 1969; Murphy, 1969). La cohesión social puede tener también un papel relevante por cuanto las coordenadas axiológicas son inciertas, las tradiciones se desvanecen muy rápidamente, la trabazón de los familiares es casi inexistente y apenas si existe un modelo comportamental a imitar, por el escaso tiempo de convivencia entre padres e hijos.

Según Clarizio (1989), los niños que viven con una madre depresiva pueden convertirse en depresivos, al estar observando como reacciona la madre a los **eventos desagradables** de su vida. Además, los niños pueden presentar cierta **vulnerabilidad biológica** que los predisponen a la depresión cuando ocurren **eventos estresantes**. Entonces, ambos, ambiente y predisposición pueden **operar para producir jóvenes depresivos**.

Tres líneas de investigación muestran evidencias de que convivir con padres depresivos pone a los niños en riesgo. Primero; muchos estudios retrospectivos de adultos depresivos reportan una infancia con padres perturbados y un medio ambiente poco sano (Burbach & Borduin, 1986; Crook, Raskin & Eliot, 1981).

Sustentos mas directos están disponibles en estudios actuales de niños depresivos.

Se encontró que los padres de niños, depresivos se presentan más frecuentemente desinteresados, enojados, punitivos y disminuidos (Poznacki & Zrull, 1970; citado en Clarizio, 1989).

Recientemente Puig, Antich y asociados encontraron que los niños depresivos y sus madres tienen una pobre comunicación y menos relaciones afectivas.

La evidencia más clara viene de las investigaciones en las cuales los descendientes de padres depresivos consistentemente mostraban un alto nivel de disfunción.

Así mismo, se ha hecho incapié al observar las dificultades sociales y cognitivas manifestadas por los descendientes de padres depresivos. Una revisión de estos estudios muestra como los hijos de padres depresivos exhiben de manera significativa dificultades sociales y cognitivas.

JUVENTUD Y DEPRESION

Sólo al final de la niñez es dable observar en la práctica clínica episodios depresivos comparables con los del adulto. Las depresiones de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, las sobrepasan en autodestructividad y muestran todavía el sello característico de su concomitancia con el proceso de desarrollo. La idea del tiempo sobresa en el pensamiento y la depresión del adolescente. Para él, todas las acciones o experiencias son irrevocables y eternas, al igual que la vergüenza y la desesperación que le provocan. Este exagerado énfasis del vínculo entre hoy y mañana escapa a las capacidades del niño y por lo común está mitigado por la mayor experiencia del adulto. El adolescente siente que todo se ha perdido y que nada puede remitirse.

Otro factor que influye en las manifestaciones depresivas de la adolescencia es la falta de moderación de pesamiento. El adolescente parece vivir en un mundo de todo o nada; da a hechos triviales una trascendencia desmedida y reacciona de manera dramática y terminante. También en este aspecto el adolescente da muestras de carecer de la madurez necesaria para ubicar los acontecimientos cotidianos en la perspectiva adecuada; todo tiene para él un matiz de irrevocabilidad y a veces de desesperación.

Quizá las presiones ejercidas por la sociedad sobre los adolescentes contribuyen a exacerbar las características descritas. En nuestra cultura se les recuerda constantemente que están construyendo su futuro, sea en lo concerniente a estudios, matrimonio o posición social.

La dificultad que surge en la adolescencia es probablemente la excesiva ubicuidad del desórden. La normal oscilación del estado anímico de los adolescente, puede dar la impresión de que los desórdenes depresivos son una epidemia desde la pubertad en adelante. El problema radica en diferenciar entre los jóvenes realmente depresivos y aquellos que en el

contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales.

Jacobson (1961), investigó las causas de las oscilaciones anímicas del adolescente y supone que la labilidad emocional refleja la remodelación de la estructura psíquica del individuo, que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos. Las manifestaciones depresivas en la adolescencia pueden obedecer además a otros motivos; por ejemplo, la renuencia a vínculos y objetivos infantiles, la no consecución de ideales irrealizables o los conflictos derivados de sentimientos de culpa. Para Jacobson la adolescencia es una época de turbulencia, con importantes alteraciones psíquicas y vaivenes anímicos en la que es dable esperar depresiones transitorias.

Weiner (1970) no cree que la adolescencia deba ser vista como un período turbulento de inestabilidad emocional. Una adolescencia perturbada no es la regla, pero si el resultado de una niñez perturbada y el preludio de una madurez perturbada. La cultura impone fuertes tensiones al adolescente, debido a las inhibiciones sexuales, las limitaciones de su libertad, la exigencia de triunfos sociales y académicos y la indefinición de su rol en la sociedad, de modo que no es de sorprender que sufra trastornos.

Otro factor que incide en el adolescente es la inmadurez de sus juicios, independientemente del medio cultural que puede predisponerlo a los actos impulsivos y a las reacciones extremas. Por otra parte se encuentra la falta de moderación, la gente, la sociedad o ellos mismos son totalmente buenos o totalmente malos, según haya sido su experiencia más reciente. Por fortuna, muchas depresiones de la adolescencia se caracterizan por su brevedad, tanto por su intensidad.

Otras depresiones, en cambio se hacen crónicas y no ceden aunque las condiciones ambientales mejoren. Estos jóvenes presentan síntomas depresivos similares a los del adulto, o bien defensas contra la depresión que son específicas de esta edad; entre otras, la hiperactividad, el uso de drogas, la afiliación a determinados grupos, la delincuencia o la promiscuidad sexual.

El adolescente normal, suele padecer alteraciones emocionales y cambios de personalidad, a menos que por represión no haya podido resolver los problemas propios de ésta etapa. Cuando esta situación se presenta puede provocar trastornos de la personalidad durante la edad adulta.

La pérdida del objeto en la adolescencia coincide con la pérdida de la protección familiar. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles le origina depresión, que generalmente se presenta como una reacción de rebeldía y desafío. Estos trastornos son transitorios pues al llegar a la edad adulta, el individuo vuelve a establecer

relaciones cordiales con las personas que lo rodean. No obstante, hay factores que influyen en el desarrollo normal del adolescente, originándole severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio. Estos factores son: su ambivalencia en relación con el logro de su independencia, el inicio de su actividad sexual y las presiones de sus compañeros.

Al querer probar ante sí mismo y ante el mundo que es un individuo autónomo, el adolescente provoca con frecuencia reacciones antisociales, autodestructivas o extravagantes. Las discusiones en casa, la vagancia, la tendencia a consumir alcohol u otra droga, y el fracaso en otras labores escolares son ejemplos claros de este problema.

La depresión no es algo exclusivo de los adolescentes sin embargo, es precisamente durante la adolescencia cuando este fenómeno toma sus formas características. Durante los últimos años se ha visto con toda claridad que la depresión en los adolescentes es más común de lo que se creía anteriormente.

DEPRESION Y ALCOHOLISMO

La relación entre alcoholismo y depresión es importante; ya en 1970 en el simposio sobre alcoholismo que efectuó la Addiction Research Foundation en Canadá, Hudolin mencionó de debe prestarse atención en el futuro a la relación entre los cuadros depresivos y el alcoholismo. En la actualidad se considera que en todo bebedor crónico excesivo hay que buscar una depresión premórbida, con muchas posibilidades de encontrarla, y que por otra parte, muchos cuadros depresivos pueden ser una consecuencia directa del alcohol. Es frecuente que un deprimido que bebe en exceso presente un aumento de su sintomatología incrementándose el riesgo de suicidio. Por otra parte suele observarse en clínicas que personas deprimidas que no tenían la costumbre de ingerir alcohol sientan el deseo de beber, posiblemente con objeto de experimentar los efectos desinhibidores que la ingestión de etanol origina en su fase inicial. Naturalmente, como esta droga, es un depresor del sistema nervioso central, horas más tarde o al día siguiente se presenta con incremento importante de la sintomatología, a lo que el sujeto llama "cruda moral". Como no existe una clara definición del alcoholismo, en general se etiqueta con este marbete al individuo que tiene serios problemas a causa del alcohol. No obstante, con estos datos no podemos clasificar al enfermo alcohólico, ya que en otros cuadros psiquiátricos, como en el de personalidad antisocial, es frecuente que se presenten estos problemas con una relación más o menos directa con el alcohol.

En forma similar, en una persona que tiene cuadros depresivos severos no relacionados claramente con el etanol, ya sea porque precedieron al problema o porque se presentan en enfermos que no han bebido durante muchos meses, debe considerarse que no se trata de un estado patológico

afectivo primario con un cuadro alcohólico agregado. Otro hecho por considerar es el cambio anímico que se presenta con niveles altos de alcohol en normales y en alcohólicos y que determinan un estado de euforia en sus etapas iniciales y posteriormente angustia, irritabilidad y depresión que en algunas ocasiones llega a ser tan intensa que se puede acompañar de ideas y aún de intentos suicidas; sin embargo, en ausencia de un episodio depresivo real, estos síntomas desaparecen con unos días de abstinencia.

Por otra parte, siempre que se presente el cuadro clínico de la depresión con sus elementos psicológicos y/o somáticos, en los casos en que hay concurrencia con el alcoholismo, para hacer el diagnóstico de depresión primaria es preciso que estos síntomas se presenten en ausencia de ingestión excesiva de alcohol, abuso de drogas y presencia de cualquier otro trastorno psiquiátrico mayor preexistente.

En el caso de las mujeres, siempre que alguna acuda a la botella, está recurriendo a un poder depresivo. Por supuesto que la mayoría ignora esto y solo se percata del bienestar temporal y efímero que proporciona una copa desligándose del ulterior y abismal sentimiento de depresión. Algunas mujeres se muestran alarmadas al caer en la cuenta de que el "trago" ocasional que ingerían en las tardes como "inyector de ánimo" se ha convertido en una práctica cotidiana y había pasado imperceptiblemente de una cremita o copita a un whisky doble. Y como en el caso de la farmacodependencia, las mujeres también rechazan con energía la idea de ser alcohólicas porque este estigma es muy grave entre el sexo femenino.

La Depresión tóxica (Sturgeon, 1981) a veces llamada depresión secundaria, tiene un origen externo, una fuente que es tóxica para el individuo, como los fármacos, el alcohol o las infecciones víricas.

El alcohol es también depresor del Sistema Nervioso Central y en ocasiones puede provocar una reacción tóxica. Esto puede deberse en parte al hecho de que el alcohol consume una gran cantidad del suministro de vitamina B del organismo. Los factores B son básicos para un funcionamiento adecuado de las células nerviosas y cerebrales. Varios factores B que el organismo metaboliza se transforman en piezas de las proteínas utilizadas para fabricar las aminas biogénicas.

Consecuencias Psíquicas de la Ingestión Excesiva de Alcohol: El alcohol etílico es un depresor del sistema nervioso central que en dosis moderadas, relaja y causa somnolencia. Paradojicamente, a veces provoca reacciones opuestas que vuelven ruidoso, agresivo e hiperactivo al bebedor; sin embargo, las drogas no se consideran como depresoras porque inhiben la conducta, sino porque deprimen la percepción y el pensamiento. Por su acción relajante sobre centros nerviosos que intervienen en la modulación del comportamiento social y de la conducta, su particular acción depresora sobre cierto mecanismo inhibitorio lo hace simular ser estimulante de la actividad psicofísica, teniendo de hecho una acción depresora sobre la capacidad cerebral de controlar la conducta. Es por esta capacidad

desinhibidora por lo que equivocadamente se ha considerado al alcohol como estimulante.

TRATAMIENTO

La historia de la farmacoterapia de los estados depresivos es tan antigua como la historia de la humanidad. Los árabes descubrieron el efecto estimulante del Khat, de la cannabis indica y del café, llamándolas a todas sustancias euforizantes. En el siglo XVI las depresiones se trataron con purgantes, y en el XVIII con hidroterapia, belladona, flebotomía y otros medios. En 1935, Meduna utilizó el metrazol por vía endovenosa, originando convulsiones, y en 1936 Myerson recomendó el tratamiento anfetamínico.

La farmacología moderna inicia con el informe de Delay y Deniker en 1952, en el que mencionan haber encontrado efectos antipsicóticos importantes en enfermos esquizofrénicos con una nueva droga, la clorpromazina, que originalmente se había sintetizado como un antihistamínico, y que Laborit y sus colaboradores utilizaban para potenciar los anestésicos y producir una "hibernación artificial".

Los dos primeros productos que se utilizan en la actualidad para el tratamiento de la depresión fueron estudiados, en un principio, para otros fines. En 1957, Kuhn, un investigador suizo, valorando la actividad antipsicótica de la imipramina, observó que no era de gran utilidad en la esquizofrenia, y que en cambio reportaba resultados importantes en los enfermos deprimidos. En el mismo año, Kline reportó que la iproniazida, utilizada en el tratamiento de la tuberculosis por su parecido estructural con la isoniazida, producía euforia y mejoraba el humor de los enfermos tuberculosos. De este modo nacieron dos grupos de poderosos medicamentos antidepressivos: el de los tricíclicos, encabezados por la imipramina, y el de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), por la iproniazida. A partir de esa fecha, la industria farmacéutica empezó a sintetizar una serie de productos con características similares dando nacimiento al poderoso arsenal farmacológico con que contamos en la actualidad.

En 1957, Jean Delay propuso el término psicotropo para sustancias químicas de origen natural o artificial que poseen un tropismo psicológico, es decir, que son susceptibles de modificar la actividad mental sin prejuzgar el tipo de modificación; sin embargo es conveniente restringir su aplicación a los compuestos cuya acción esencial o predominante se ejerce sobre el psiquismo". El mismo autor propuso una clasificación dividiéndolos en: psicofélicos (con acción sedativa), psicoanalépticos (que elevan el tono mental, entre los que distingue los estimulantes de la vigilia o analépticos y los estimulantes del humor o timoanalépticos) y psicodislépticos (el de los perturbadores del tono psíquico).

- Los psicolépticos: comprenden a los hipnóticos, a los tranquilizantes o ansiolíticos y a los neurolépticos o antipsicóticos. Los hipnóticos están preferentemente representados por los barbitúricos que en dosis terapéuticas producen sueño. Durante un tiempo se utilizaron como tranquilizantes; sin embargo, por la tendencia a prolongar sus efectos somníferos hasta el día siguiente, por la baja relación que hay entre la dosis terapéutica y la dosis letal media, y sobre todo por haberse comprobado que pueden originar farmacodependencia, han dejado de usarse en la actualidad. Los tranquilizantes o ansiolíticos disminuyen la tensión emocional y la ansiedad, provocan sueño y tienen una acción miorelajante; los más conocidos son las benzodiazepinas y el meprobamato.

Los neurolépticos son los medicamentos que se utilizan en el tratamiento de los cuadros psicóticos; los dos grupos más conocidos son las fenotiacinas y las butirofenonas.

*GRUPO	ACCION	FARMACO	USO
Hipnóticos	Producen sueño	Barbitúricos Metacualona	Hipnógenos de uso controlado
Neurolépticos	Antipsicóticos	Fenotiacinas Butirofenonas	Psicosis funcionales
Tranquilizantes	Disminuyen la ansiedad	Benzodiazepina Meprobamato	Ansiolíticos Hipnógenos

* Clasificación de J. Delay

- Los psicoanalépticos: por lo general elevan el tono mental; se dividen en estimulantes de la vigilia o analépticos y en estimulantes del humor, timoanalépticos o antidepressivos. Los estimulantes de la vigilia aumentan el estado de alerta, disminuyen la sensación de fatiga, elevan el estado de ánimo e incrementan la iniciativa y la confianza. Como era de esperarse, fueron los primeros medicamentos que se utilizaron en el tratamiento de los cuadros depresivos; sin embargo, se observó que después del efecto estimulante inicial se presentaba un estado de fatiga y se incrementaba la depresión.

El grupo de psicoanalépticos más importante es el de las anfetaminas, descubiertas en 1933. Su toxicidad ha limitado rápidamente sus indicaciones ya que originan hipertensión, anorexia y, sobre todo, farmacodependencia, llegando a desencadenar síndromes paranoides durante la intoxicación y déficit intelectual durante la abstinencia. Por tales motivos este tipo de medicamentos ha quedado proscrito en los cuadros depresivos y sólo es de utilidad para tratar el síndrome hipequinético del niño y la narcolepsia.

El metilfenidato es un psicoestimulante que no causa los mismos problemas que las anfetaminas; pueden utilizarse en el tratamiento de estos cuadros,

teniendo siempre presente que su efecto es exclusivamente sintomático y no de fondo.

Los estimulantes del humor, timoanalépticos o antidepresivos constituyen el grupo de medicamentos más útil en el tratamiento farmacológico de la depresión.

*GRUPO	ACCION	FARMACO	USO
Analépticos	Estimulantes de la vigilia	Anfetaminas Metilfenidato	Niño Hiper- quinético Narcolepsia
Timoanalépticos	Estimulantes del humor	Tricíclicos (IMAO) Tetracíclicos	Antidepresivos

*Clasificación de J. Delay

Los psicodislépticos (o alucinantes): ocupan todavía un lugar peculiar en la historia de los psicotropos; desde hace siglos se consumen regularmente, al margen del control médico. El hashish, la mezcalina, la dietilamida del ácido lisérgico y la psilocibina son los representantes más conocidos del grupo. A diferencia de las drogas precedentes, los psicodislépticos pueden originar trastornos psíquicos tales como confusión, alucinaciones, estados oníroides y de despersonalización; además producen dependencia psíquica, por lo que su uso médico está proscrito.

En el tratamiento del síndrome depresivo se utilizan varios grupos de los medicamentos mencionados. Los neurolépticos pueden ser aplicados por su efecto antiobsesivo (proclorperazina) o por su efecto ansiolítico e inductor de sueño (levomepromazina, tioridacina). Los ansiolíticos se utilizan para controlar la ansiedad y combatir el insomnio. Algunos analépticos como el metilfenidato pueden ayudar cuando, al iniciarse el tratamiento antidepresivo, es necesario mejorar el estado de ánimo por las mañanas; por supuesto el grupo de los timoanalépticos o antidepresivos no constituye el tratamiento de fondo del padecimiento. Las sales de litio, que Delay no incluyó en su clasificación, son de gran utilidad para algunos enfermos y tienen características especiales, por lo que merecen consideración aparte.

Medicamentos Antidepresivos o Timoanalépticos

El término timoanaléptico se aplica en sentido amplio a todo fármaco cuya acción es antidepresiva. Los timoanalépticos son medicamentos capaces de mejorar el humor deprimido y de normalizar el estado de ánimo. A diferencia de los psicoanalépticos, de acción estimulante y fugaz, el resultado terapéutico de los timoanalépticos suele demorarse días o semanas, pero su efecto es sostenido; además son útiles en el tratamiento de la depresión psicótica, neurótica y simple.

Actividad farmacológica: Los medicamentos antidepresivos corrigen los estados depresivos anormales, pero no causan ningún efecto en el organismo normal. Es decir, los medicamentos antidepresivos no actúan como estimulantes o euforizantes, a diferencia de las anfetaminas, que actúan en este sentido, pero que no tienen acción curativa en los cuadros depresivos y originan dependencia, lo que nunca sucede con los primeros. Esta diferencia es básica en el tratamiento farmacológico ya que con frecuencia inquieta al enfermo o a sus familiares, por la circunstancia de que el tratamiento depresivo debe prolongarse por varios meses, y en ocasiones por varios años. Por lo anterior, el especialista debe tener siempre presente lo siguiente:

1. Que los antidepresivos no son estimulantes del sistema nervioso central.
2. Que tampoco tienen efecto ansiolítico, como con frecuencia el enfermo supone.
3. Que su uso constituye un tratamiento de fondo y curativo de la depresión, pero que al no ser estimulantes, los resultados no podrán ser apreciados por el enfermo antes de tres o cuatro semanas.
4. Que no originan dependencia de ningún tipo, y que su uso prolongado puede equipararse al de otros medicamentos que se utilizan en el tratamiento de la hipertensión, la diabetes, la epilepsia, etc.

Clasificación: Los medicamentos antidepresivos están divididos en tres grandes grupos: los tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tetracíclicos.

- Antidepresivos tricíclicos: La imipramina bloquea preferentemente la recaptación presináptica de las catecolaminas, y la clorimipramina inhibe sobre todo la recaptación de la serotonina; por tanto, en sus mecanismo de acción resultan igualmente sostenibles las hipótesis etiopatogénicas catecolaminérgicas y serotoninérgica. Si bien la acción de la imipramina y de la clorimipramina también podría ejercerse sobre los receptores postsinápticos monoaminérgicos, en el contexto de una hiposensibilización.

En cuanto al metabolismo y la eliminación, la absorción digestiva es en general satisfactoria, y todos los tricíclicos sufren una transformación metabólica casi total; prueba de ello es que en la orina no se detecta más que un porcentaje mínimo (0.5 a 5%). La relación entre concentraciones plasmáticas y dosis administradas varía de un enfermo a otro, e incluso en un mismo sujeto en diferentes momentos.

Es preciso mencionar que la vía parenteral es mucho más efectiva que la oral aún en dosis más pequeñas, por lo que en todos los cuadros severos ésta será la vía de elección para iniciar el tratamiento. Como ya se mencionó, los efectos de los tricíclicos tardan en aparecer entre tres y cuatro semanas, aunque en algunos casos pueden presentarse dentro de los primeros cinco días.

Por lo general los antidepresivos tricíclicos producen efectos colaterales de tipo vegetativo, relacionados con el efecto anticolinérgico de todos estos productos; suelen ser más intensos durante los primeros días y disminuyen con el tiempo.

Habitualmente se presenta sequedad de boca en casi todos los casos por disminución de la secreción salival. Como el medicamento es eliminado por la saliva, puede ser percibido por el paciente, que se queja de mal sabor de boca; es conveniente explicarle el mecanismo de su molestia, ya que con frecuencia es confundida por el enfermo con mal aliento, que lo apena, aumentando su ya acentuada inhibición.

Este grupo de medicamentos suele originar constipación, por lo que cuando ésta se presenta como síntoma importante, es mejor utilizar desde un principio otro tipo de antidepresivo para no tener que efectuar cambios posteriores en la terapéutica.

En algunos pacientes puede presentarse hipotensión arterial ortostática, que es referida como sensación de mareo o desvanecimiento, sobre todo al ponerse de pie. En estos casos debe concentrarse la dosis máxima en la noche y recomendar al paciente que cuando se levante lo haga lentamente y que si se presentan molestias (mareos, debilidad muscular) se siente un momento.

En el hombre más que en la mujer puede presentarse dificultad para la micción debida a un incremento en el tono del esfínter vesical e hipotonía de este mismo órgano; esta molestia puede ser mucho mayor si el paciente padece hipertrofia prostática. Otro síntoma ocasional es la visión borrosa generada por un trastorno en la acomodación del cristalino.

En general estos efectos colaterales son bien tolerados por el enfermo; además, desaparecen con el tiempo. La correcta selección del medicamento para cada caso evita trastornos importantes posteriores.

Por sus efectos anticolinérgicos, los antidepresivos tricíclicos están contraindicados en pacientes con glaucoma crónico, en adenoma prostático, insuficiencia cardíaca, infartos del miocardio, la hepatopatía y la nefropatía. Un tema importante por discutir es el empleo de los tricíclicos durante el primer trimestre del embarazo, ya que después del caso de la talidomida, muchos laboratorios contraindican el uso de un gran número de medicamentos.

- Inhibidores de la monoaminoxidasa: Aumentan directamente la concentración de las catecolaminas al inhibir la enzima responsable de su degradación.

Se ha observado que tienen una cinética de eliminación mucho más larga que los tricíclicos, por lo que pueden tardar hasta diez días en eliminarse. Los inhibidores de la monoaminoxidasa se emplean principalmente para tratar la neurosis depresiva, sobre todo cuando se acompaña de ansiedad intensa. Por lo general no son eficaces en casos de psicosis depresiva. La combinación de un IMAO y un fármaco tricíclico, empleada algunas veces para casos que oponen resistencia, no tienen ninguna ventaja sobre cualquier otro fármaco de uso rutinario (Young y cols., 1979).

Se administran exclusivamente por vía oral. Debido a su lenta eliminación y a que se ha reportado que su uso combinado con los tricíclicos puede causar efectos desfavorables; cuando haya un cambio de medicación, es conveniente esperar de ocho a diez días para iniciar el nuevo tratamiento.

Pueden originar hipotensión ortostática, la cual se manifiesta en vértigos y mareos, e insomnio. El paciente que esté bajo tratamiento con éstos medicamentos debe abstenerse de comer quesos añejos, vísceras, arenque salado y otros alimentos que contenga tiramina, ya que está liberada adrenalina y noradrenalina en forma brusca de sus sitios de almacén lo que puede elevar la tensión arterial. La medicación a base de vasoconstrictores focales (nasales) puede producir el mismo problema.

Su uso está contraindicado en hepatopatías, nefropatías, feocromocitoma y administración de simpaticomiméticos.

- Antidepresivos tetracíclicos: En los últimos años se han empezado a utilizar nuevos productos antidepresivos, particularmente del grupo de tetracíclicos, cuyos efectos secundarios son menores; sin embargo, su actividad en México no ha superado a la de los tricíclicos. En los casos en que existan contraindicaciones para utilizar los tricíclicos o se presenten efectos secundarios molestos, deben utilizarse estos nuevos antidepresivos: maprotilina, nomifensin, mianserina y trazodona. Cabe señalar que el carbonato de litio puede ser útil de algunas depresiones, pero es de difícil manejo por lo que no se recomienda para el médico general.

- Litio: Es el más ligero de los metales alcalinos. Se ha sugerido pero aún no se ha evaluado para usarlo en el tratamiento de depresión establecida, trastornos de la conducta debidos a diversas causas, alcoholismo, discinesia tardía, migraña, trastornos hemáticos y enfermedad tiroidea. el efecto profilático en el trastorno afectivo puede tardarse incluso varios meses.

Los efectos colaterales pueden ser relativamente inofensivo tales como: náusea, diarrea leve, temblor muy leve, aumento de peso, edema y exacerbación de psoriasis.

Los efectos colaterales graves son los que indican una intoxicación con litio como: vómito, diarrea, temblor fuerte, vértigo, disartria y arritmias cardíacas.

Los efectos a largo plazo en un inicio gradual del tratamiento son hipotiroidismo, reducción de calcio en los huesos y posiblemente deterioro en la memoria.

Se debe evitar el empleo de litio en enfermedad cardíaca, renal, tiroidea, diabetes insípida, enfermedad de Addison, si es obeso, o si está tomado diuréticos. Es aconsejable evitar la administración de litio durante el embarazo y durante la lactancia.

Terapia Electro-Convulsiva (TEC)

La TEC es eficaz en por lo menos 80% de enfermos con psicosis depresiva aunque no lo es tanto en la neurosis depresiva ya que incluso puede empeorar. Si el paciente presenta delirio es mejor el tratamiento TEC que aquel en que se emplean fármacos tricíclicos. Se utiliza también cuando el tratamiento con fármacos no ha tenido éxito o si existen contraindicaciones medias para el uso de tricíclicos. El tratamiento a base de antidepresivos en combinación con TEC continuado por lo menos durante seis meses, reduce el riesgo de una recaída y disminuye el número de tratamientos que se harían necesarios en caso de que se empleara únicamente la TEC.

No se sabe con certeza si es necesario provocar la crisis para obtener un efecto terapéutico, asimismo se desconoce si el choque eléctrico es necesario. En varias pruebas realizadas recientemente se ha comprobado la TEC con la pseudo TEC en la que se administran un anestésico y un relajante muscular, pero no se aplican electrochoques. La más extensa de éstas pruebas (Johnstone y cools., 1980) indicó que los pacientes deprimidos mejoraron con cualquiera de los dos tratamientos, sin embargo a los que se les aplicó la TEC "verdadera" respondieron positivamente con mayor rapidez.

El número de tratamientos requerido para producir una respuesta varía en forma considerable, en gran parte de los casos se observa una mejoría tras la aplicación de dos o tres tratamientos pero se necesitan alrededor de seis en total. En caso de enfermedad depresiva se aplica TEC dos o tres veces por semana y no se obtiene ninguna ventaja si se administran con mayor frecuencia.

Los efectos colaterales pueden ser: trastornos de la memoria (anterógrada y retrógrada), confusión, complicaciones con los anestésicos, fracturas y manía.

Está contraindicada en pacientes con enfermedad cardíaca o respiratoria, y enfermedad cerebral orgánica.

Psicocirugía (Leucotomía, Neurocirugía funcional)

Es la cirugía realizada en el cerebro y tiene por objeto aliviar el sufrimiento mediante un cambio en el estado anímico o en la conducta del paciente.

Se utiliza solo en casos de larga duración, en los que no se ha respondido a ningún otro tratamiento. Se reserva solo para casos muy graves. Tiene un índice de éxito de 70%.

Está contraindicada cuando existen características de personalidad sociópata y en casos de abuso de alcohol o de fármacos, ya que éstas pueden empeorar después de la operación debido a la desinhibición que la operación puede causar. En hipertensión, tendencia a sufrir hemorragias, demencia y cuando no se cuenta con la aprobación del paciente.

Los efectos colaterales pueden ser: letargo, epilepsia, fallas intelectuales, síntomas neurológicos, incontinencia, aumento de peso, y cambios endócrinos.

Tratamiento Psicológico

La psicoterapia hace uso de la interacción del paciente y el terapeuta con el objeto de obtener cambios en las emociones y en la conducta del paciente. Puede llevarse a cabo en la persona individualmente, en la familia o en grupos, y se puede aplicar cualquiera de las escuelas de psicoterapia existentes.

El psicoanálisis es una terapia muy útil para un gran número de padecimientos mentales, sin embargo, la depresión no es el campo más adecuado para el psicoanálisis, por lo que debe reservarse para otro tipo de problemas.

La psicoterapia debe ser efectuada por un psicólogo cuyo entrenamiento incluya el manejo de la terapia breve, que es la más útil para este tipo de enfermos.

Los pacientes más adecuados para someterse a una psicoterapia son aquellos que presentan síntomas neuróticos o trastornos leves de la personalidad, y que tienen una motivación hacia el cambio, asimismo en lo que se comprometen a seguir el tratamiento. Por el contrario, los pacientes que sufren enfermedades psicóticas, los que toman grandes cantidades de fármacos o alcohol, o bien, los que presentan trastornos graves de personalidad, por lo general no son aptos para la psicoterapia.

La primera sesión es la base de un enfoque adecuado para un control satisfactorio del cuadro. El deprimido que asiste a consulta por primera vez, puede no haberse tratado nunca, haber sido visto por varios médicos sin mejorar totalmente, o bien referir intervenciones de múltiples profesionistas sin haber obtenido resultado terapéuticos efectivos. El primer caso es el ideal, no importa cuánto tiempo lleve enfermo sin recibir tratamiento alguno, ya que en realidad nos encontramos ante un terreno virgen al tratamiento antidepresivo y las expectativas de remisión temprana y total son muy grandes.

Es recomendable iniciar la recolección de datos con la libre información de parte del enfermo, pues a veces los elementos aportados son claves para el diagnóstico y en ocasiones se refieren a síntomas o situaciones totalmente intrascendentes. No obstante, esta primera exposición constituye un desahogo para una persona temerosa y tensionada.

La segunda etapa implica el interrogatorio intencionado del paciente en búsqueda de los síntomas del cuadro depresivo; esta fase es básica cuando se trata de una depresión enmascarada, sólo que para poder efectuarla es preciso que el médico piense en la posibilidad de que se trate de un cuadro de este tipo, y es aquí cuando lamentablemente el caso pasa desapercibido por falta de información actualizada.

El estudio del caso implica un examen físico cuidadoso que permita descartar patología orgánica subyacente, ya que siempre debemos tener presente que la depresión puede originar síntomas somáticos, pero que además puede acompañar a un buen número de otros padecimientos.

El mensaje terapéutico es el marco básico de apoyo emocional al paciente, y comprende:

1. Explicación de la enfermedad: La primera situación por aclarar es que efectivamente se encuentra enfermo, aunque no precisamente de un padecimiento orgánico, sino de tipo emocional y que ello por lo tanto explica lo mal que se siente y la necesidad que tiene de ayuda profesional adecuada. El segundo mensaje consiste en explicarle en forma sencilla, que tampoco se trata de una enfermedad grave, pero sí muy molesta que además se presenta con gran frecuencia en la actualidad debido al tipo de vida que llevamos.

Otro aspecto muy importante es la explicación de que sus molestias se deben a un trastorno bioquímico y no a un problema psiquiátrico, en el sentido en que el enfermo interpreta el término, este es el segundo paso en el camino que lleva a devolver al paciente su autoestima.

2. Explicación del tratamiento: Es lógico que un enfermo al que se le ha explicado que el fondo de su problema es un trastorno bioquímico comprenda que el tratamiento farmacológico conjunto no hará efecto inmediatamente. Este es el momento de hacer la aclaración pertinente, recalcando que no se trata de un tratamiento sintomático, sino de una verdadera terapia de fondo.

3. Transferencia de seguridad: La seguridad que el terapeuta tenga para lograr la recuperación de la enfermedad se transmite indudablemente al paciente. No debemos olvidar que hay casos difíciles que serán complicados en su evolución, pero de todas formas hay muchas alternativas de tratamiento que nos brinda un gran número de opciones para abordar estos cuadros.

4. Indicaciones generales: La pregunta obligada por parte de los familiares es "si deben insistirle en que tenga alguna actividad"; la recomendación adecuada es "no por el momento", pues es inútil tratar de activar a un paciente cuando apenas está iniciando el tratamiento. Cuando este ha avanzado, la situación es diferente y si es conveniente lograr su colaboración en este sentido.

Por otra parte, establecer una línea telefónica de urgencia es una medida molesta para el especialista, pero que representa una gran tranquilidad para el paciente, y que evita además que ante cualquier duda se suspenda el tratamiento. No obstante, deben establecerse los términos del contrato.

El pronóstico y el tratamiento de la asociación del cuadro de depresión y el cuadro de alcoholismo dependen en un grado importante, de la posibilidad de establecer cual fué el primario y cual el secundario. Sabemos que en el alcohólico primario es frecuente que se presenten síntomas debido tanto a los efectos farmacológicos de la droga, como a los problemas que su ingestión le ha determinado y a los sentimientos de culpa que se presentan por su falta de control.

Durante la primera semana de abstinencia, en el bebedor excesivo suelen presentarse síntomas depresivos psíquicos y somáticos similares a los del trastorno depresivo primario; sin embargo, al hacer su historia clínica resulta evidente que las severas depresiones se presentan solo cuando bebe y nunca en forma independiente. No existen antecedentes de tratamientos antidepresivos y suelen salir del cuadro depresivo días después de que se ha efectuado un buen tratamiento de desintoxicación. Estos enfermos requieren de un tratamiento y de una vigilancia adecuados sobre todo por el incremento del riesgo suicida, y la depresión desaparece con o sin tratamiento antidepresivo en unos cuantos días. Lógicamente si vuelven a beber, se repite la sintomatología combinada del cuadro.

El enfermo depresivo primario que aumenta la ingestión de alcohol debe ser cuidadosamente atendido. El diagnóstico se establece al determinarse que su sintomatología depresiva se inició ante que cualquier problema vital relacionado con el alcohol, o por un episodio que se inició durante un período de abstinencia de tres meses o más. En estas condiciones de concurrencia de ambos cuadros la prioridad terapéutica la tiene la depresión, aún cuando el primer paso corresponde a la desintoxicación incluyendo un examen médico general, descanso, nutrición adecuada, aporte vitamínico, especialmente de tiamina y el tratamiento farmacológico con tranquilizantes del tipo del clorodiazepóxico por 3 a 5 días. En caso de depresión verdadera, al ceder el cuadro de intoxicación aguda por el alcohol, los síntomas depresivos persisten, lo cual no sucede en síndromes depresivos secundarios a la ingestión de alcohol que desaparecen a mas tardar en una semana.

Una vez terminada la desintoxicación del enfermo deberá instalarse el tratamiento farmacológico antidepresivo que el cuadro amerite; la psicoterapia individual y familiar es útil en todos los casos y en forma especial en la depresión neurótica.

El pronóstico de un enfermo con una depresión primaria y un alcoholismo secundario es mucho mejor que en los casos en que el alcoholismo se presenta como cuadro primario.

En el caso de los adolescentes se recomienda la psicoterapia individual, pero dadas las características especiales de esta etapa de desarrollo, se recomiendan también los grupos psicoterapéuticos de apoyo que ofrecen terapias verbales y recreativas, en las que se busca ubicar al sujeto en su ámbito, basándose en su propio desarrollo, congruentemente con sus relaciones familiares y dentro del grupo social al que pertenece. En cuanto al manejo farmacológico se recomiendan los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, el carbonato de litio y los ansiolíticos que son los medicamentos de elección.

Por otra parte, el manejo psicoterapéutico individual del enfoque cognoscitivo se centra en promover la alianza y el mantenimiento de los mecanismos de defensa útiles e impedir que las reacciones depresivas normales se conviertan en cuadros depresivos clínicos.

CAPITULO 3

ACTITUD HACIA EL ALCOHOL

DEFINICION

La palabra actitud se deriva del latín *actus*, que significa hecho, disposición a hacer. El concepto de actitud es sin duda de los que concentran mayor número de definiciones (Fisher, 1977). El origen del término se inscribe en la psicología social, acuñado por W. Mc Dougal en *An Introduction Social Psychology* en 1908.

Aunque se han propuesto muchas definiciones diferentes por diversos teóricos, ciertos elementos son comunes a la mayoría de ellas.

Una de las definiciones más sencillas la sugirió Bem (1970): "las actitudes son los que nos gusta y lo que nos disgusta. Son nuestras afinidades y aversiones hacia objetos, situaciones, personas, grupos y cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas y políticas sociales". Así, las actitudes son nuestros sentimientos evaluadores (bueno/malo) hacia determinados blancos; son afectivas o emocionales. Esta cualidad afectiva o evaluativa es probablemente la característica más importante del concepto de actitudes.

El estudio de las actitudes ha sido un tema de investigación de muchos autores desde varios años atrás hasta la fecha, y cada uno de ellos ha aportado sus definiciones de acuerdo a sus investigaciones y observaciones, a continuación se enlistan una serie de definiciones con respecto a la actitud.

Thurstone (1928) propone que el concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones o sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, temores y comunicaciones acerca de un ambiente determinado. El mismo autor para 1931 afirma "Actitud es el grado de afecto en favor o en contra de un objeto psicológico".

Allport (1935) considera que la actitud es un estado mental y neural de **disposición** organizada a través de la experiencia, que ejerce una influencia **directa** o dinámica en la reacción del individuo ante todos los objetos y todas las **situaciones** con que se encuentra relacionado.

Bogardus (1931) postula que la actitud es una tendencia a actuar en favor o en contra de algún factor ambiental, el cual se convierte con ello en un valor positivo o negativo.

Doob (1947) " La actitud es una respuesta implícita, capaz de producir tensión considerada socialmente significativa en la sociedad del individuo".

Campbell (1950) " Actitud social es (o se demuestra) a través de: la consistencia de la respuesta a los objetos sociales."

Newcomb (1950) define la actitud como un estado de disposición para despertar motivos.

J.H. Curtis (1960) Postula: "Actitudes: son predisposiciones a actuar, percibir, pensar, y sentir en relación a un objeto o a una persona. En este sentido la actitud se refiere no tanto a la respuesta actual cuanto a la dirección que toma. Una característica de las actitudes es que se requiere un correlativo, un objeto de orientación hacia la cual ella es positiva o negativa. Seguir esa dirección es la esencia de la actitud".

Sherif y Sherif (1974) "Una actitud es el conjunto de categorías que un individuo emplea para evaluar un dominio de estímulos sociales (objetos, personas, valores, grupos, ideas, etc.) que él ha establecido y aprendido a partir de ese dominio (en interacción con otras personas como regla general) y que lo relaciona con los subconjuntos de dominio en diversos grados de afecto (motivación-emoción) positivo o negativo".

Autores como Hoyland, French, Sherif, Newcomb, Cantrill (citados en Varela, 1980), consideran que existen criterios básicos de las actitudes como son:

- las actitudes no son innatas sino que son resultado del aprendizaje a través de la vida del individuo.
 - las actitudes son relativamente estables.
 - las actitudes son el resultado entre la relación de la persona y del objeto, tomando como objetivo a las personas, cosas o grupo de valores o ideologías que son aprendidas en forma directa con otras personas.
- Las actitudes están basadas en conceptos evaluativos que aumentan o disminuyen, la motivación a actuar. Las actitudes varían en cantidad e intensidad sobre un continuo que puede ser positivo, neutral o negativo.

La actitud de un individuo frente a algo, es su predisposición a ejecutar, percibir, pensar, y sentir en relación con algo. El concepto de actitud es una forma abreviada de decir que la gente aprende, como resultado de la experiencia a orientarse hacia objetos y símbolos. La actitud de una persona hacia algo no se refiere tanto a sus formas aprendidas de respuesta a ello. Si se ha aprendido a estar motivado con respecto a algo, se tiene una actitud frente a eso, porque se está predispuesto a ser motivado hacia ello.

La actitud no siempre abarca la realidad en su totalidad sino que puede evaluar tan solo un sector.

FORMACION Y ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES

Nuestras actitudes están basadas en muchas creencias. Es decir, el modo en que sentimos acerca de algo o alguien, depende de lo que conocemos acerca de ellos. Fishbein y Ajzen (1975) han propuesto una teoría de acción razonada, la cual especifica como las creencias están combinadas para producir actitudes. Este modelo ha sido demostrada muy bien para predecir actitudes de la gente.

Así, para entender la formación de las actitudes, debemos considerar de dónde provienen las creencias. Las fuentes más importantes de éstas son la experiencia personal directa, nuestro padres, nuestros grupos de semejantes, las instituciones como el sistema escolar y la Iglesia, y los medios de comunicación masiva.

Las actitudes pueden ser influidas por factores que no implican conocimiento acerca del objeto. Es decir, el afecto puede estar asociado con un objeto o problema independientemente de nuestras creencias acerca del mismo.

La hipótesis de Simple Exposición (1968) afirma que simplemente las exposiciones repetidas de un individuo o estímulos particulares aumenta la actitud individual hacia el estímulo.

La industria de la publicidad parece seguir este principio, así, los productos nuevos son anunciados en una ráfaga de comerciales repetitivos que captan la atención.

Se desarrollan actitudes favorables a través de la simple exposición del contacto, sin la interacción de otros procesos psicológicos significativos. La simple exposición perceptual a un objeto es suficiente para producir preferencia.

Otra cualidad importante de la teoría de Zajonc es que, al parecer, la exposición repetida a un estímulo inicialmente desagradable puede algunas veces provocar una actitud aún más negativa.

Un segundo proceso que puede jugar un papel importante en la formación de actitudes sin incluir las creencias, es el condicionamiento clásico.

Los psicólogos han identificado tres influencias principales en la formación de actitudes: las influencias sociales, o influencias de las demás personas; las influencias cognoscitivas, o influencia de nuestro razonamiento, y la influencia de la conducta, o influencia de nuestro propio comportamiento.

Estas influencias moldean conjuntamente nuestras primeras actitudes, y pueden cambiar las actitudes a lo largo de toda nuestra vida.

La mayoría de los autores han considerado a las actitudes como compuestas por tres elementos claramente distintos:

1. Componente cognoscitivo.- se refiere a las percepciones del individuo, a sus creencias y estereotipos, o sea, a la idea o conocimiento que tiene acerca del objeto psicológico.

Por lo común este componente se expresa a través de opiniones; es el que cambia con mayor facilidad, a no ser que se trate de creencias centrales o muy implicadoras del ego (Sherif y cools., 1965). También es cierto que cuánto mayor información se tiene sobre un objeto de actitud se está en mayor disposición de percibir trato los buenos como los malos aspectos del mismo (Scott, 1969).

2. **Componente afectivo:** se refiere a los sentimientos de la persona con respecto al objeto, o sea, al modo en que valore los objetos que están incluidos en una categoría concreta.

No cabe duda de que el componente más evidentemente característico de las actitudes es el componente afectivo. Para algunos (Fishbein y Raven, 1962; Fishbein, 1965-1966) es el único real, porque las creencias o conductas asociadas a una actitud son elementos a través de los cuales es posible medirlas, pero no son parte de la misma. Fishbein (1965) muestra que cuanto mayor es la relación entre su objeto de actitud y ciertas creencias, y cuanto mayor es el objeto relacionado con estas creencias, mayor es el efecto hacia el objeto de actitud. Por otra parte, Mann afirma que "el aspecto emocional de las actitudes es a menudo el componente más profundamente enraizado y el más resistente al cambio".

3. **Componente de comportamiento.-** se refiere a la tendencia o predisposición a actuar de acuerdo a la idea y sentimiento que se tiene del objeto actitudinal.

De acuerdo a esto, generalmente se acepta un nexo entre el componente cognoscitivo, particularmente las creencias evaluativas y la disposición a responder al objeto. Se piensa además que las creencias evaluativas y la dirección de la disposición a responder tienden a ser compatibles.

Las intenciones de comportamiento están relacionadas con la acción abierta; pero la acción abierta también depende de las costumbres, normas y otras actitudes que las que son directamente apropiadas respecto al comportamiento hacia un objeto de actitud concreto.

ENFOQUES Y TEORIAS

Algunas teorías del cambio de actitudes han sido clasificadas como Teorías de la Consistencia. Las teorías de la consistencia postulan que los humanos tratan de mantener una consistencia psicológica entre sus creencias, actitudes y conductas; es decir, la gente está motivada a mantener un sentido de orden y compatibilidad entre su conciencia, sentimientos y acciones. Cuando los individuos se enteran de inconsistencias en sus creencias y actitudes, están motivados a restaurar la consistencia. Así, las creencias y/o los cambios de actitudes ocurrirán si los individuos obtienen nueva información que sea consistente con sus opiniones previas o si las inconsistencias en sus creencias y actitudes actuales son notables.

La Teoría del Balance de Heider (1944, 1958), se interesa primordialmente en situaciones que incluyan a dos personas y a un objeto de la actitud. La teoría del balance postula que cuando dos personas tienen una fuerte relación afectiva positiva, sentirán un "balance" entre ambos si comparten actitudes importantes, o un "desbalance" si difieren en sus actitudes más

valiosas. Las relaciones desbalanceadas se postulan para despertar inconformidad o tensión y son inestables y abiertas al cambio. Tanto en las relaciones afectivas positivas como en las negativas se busca un balance.

La teoría del balance postula que cuando se viola el equilibrio de la relación estamos motivados a restaurar el balance de la misma.

Heider sugiere que cualquier cambio que hagamos, es lo menos costoso para restaurar el balance de la relación. Así, en las relaciones afectivas positivas nosotros probablemente o cambiamos nuestra actitud hacia el objeto o intentamos cambiar la actitud del otro sujeto. En las relaciones afectivas negativa probablemente cambiaremos nuestra actitud hacia el otro sujeto o hacia el objeto.

En suma, además de haber establecido un principio que permite entender la dinámica de la estructura actitudinal, el principio del balance de Heider proporciona una base para predecir la asociación entre elementos cognitivos y su relación con el objeto actitudinal, es decir, la composición cognitiva de la actitud y la dirección del cambio.

Aunque la teoría del balance ha tenido una influencia importante en los últimos modelos de consistencia y ha estimulado algunas aplicaciones interesantes, su falta de especificaciones ha limitado su utilidad.

León Festinger en 1957 postula la teoría de la Disonancia Cognoscitiva, y considera que estamos motivados a mantener la congruencia entre los elementos cognoscitivos. Esta teoría establece que siempre que los pensamientos o conocimientos no son coherentes entre sí, se produce una desagradable tensión llamada disonancia cognoscitiva. También se produce disonancia si la conducta de una persona no es consecuente con su actitud. Las investigaciones acerca de la teoría de la disonancia han proporcionado muchas demostraciones de que las personas se forman actitudes que son coherentes con su conducta, y de esta forma la justifican.

Existen dos teorías recientes que han puesto en duda los supuestos básicos de la teoría de la disonancia y han ofrecido explicaciones distintas para los numerosos descubrimientos que parecen apoyar la teoría. Una de ellas es la llamada Teoría de la Autoopercepción. La otra es la llamada Teoría del Control de Impresiones.

La Teoría de la Autoopercepción (Bem, 1972), sostiene que no hay evidencias de que tengamos una necesidad interna de ser consecuentes, o de que nos moleste violar nuestros principios.

La Teoría de Control de las Impresiones (Schlenker, 1982; Tedeschi, Schlenker y Bonoma, 1971) sugiere que los sujetos de los experimentos de disonancia operan impulsados por la necesidad de aparecer como consecuentes, más que a partir de un impulso por actuar consecuentemente. Según la Teoría del Control de las Impresiones, la credibilidad es muy importante en las relaciones con las demás personas, y sólo podemos tener credibilidad si no se nos ve como personas consecuentes.

FUNCION DE LAS ACTITUDES

Las actitudes pueden desempeñar una función de conocimiento al ayudar a entender e interpretar los eventos que de otra manera sería difícil de explicar.

Una función de las actitudes es la defensa del yo que protege a la persona contra el reconocimiento de las verdades indeseables, estas actitudes defensivas del yo protegen la autoestima y autoconcepto de las personas.

También puede desempeñar una función que expresa valores. Las actitudes que cumplen esta función traducen en emociones y sentimientos los valores fundamentales de carácter general de la persona.

Katz (1960) considera que las mismas actitudes pueden desempeñar diferentes funciones para diferentes personas. El define las actitudes como una predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo. Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible de agrado o desagrado, elementos cognoscitivos o de creencias que describan el efecto de la actitud, sus características relacionadas con otro objeto.

Smith plantea cinco funciones básicas de la personalidad mediadas por la actitud: 1) función de valor, en tanto representan la expresión de valores personales y sociales básicos para el individuo; 2) función de consistencia: refleja el grado en el cual la actitud es consistente con la forma de reacción característica del individuo; 3) función de gratificación, que representa la relación más directa entre actitud y la satisfacción de la necesidad básica subyacente; 4) función de significado: hace que el mundo del individuo sea predecible y ordenado, que el conocimiento y experiencias sean estables e integrados. En este sentido, la actitud puede simplificar el mundo objetivo sin que las distorsiones cognitivas sean de tal magnitud que bloqueen la habilidad del individuo para operar efectivamente sobre su entorno. 5) A la función de conformidad subyace una necesidad básica de aprobación y aceptación, de ahí que facilite la identificación del individuo con personas valoradas y propicie la relación interpersonal.

Bruner y White consideran posteriormente, que sostener o mantener una actitud cumple tres funciones: valoración del objeto, ajuste social y externalización. La primera se refiere a su utilidad para la orientación del individuo respecto a su ambiente; está relacionada con la potencialidad de la actitud para clasificar objetos y actuar apropiadamente; se trata, sobre todo, de una función cognitiva que propicia un sentido de realidad.

La segunda, ajuste social, es una función mediadora en las relaciones interpersonales: facilita, mantiene o interrumpe las relaciones sociales. La función de externalización se cumple cuando las actitudes se forman de tal manera que van a defender al ego de la ansiedad generada por conflictos internos.

De acuerdo a su base motivacional, las funciones de la actitud son cuatro:

1. **Función de ajuste, instrumental o utilitaria.** Las actitudes que están al servicio de ésta función son medios para lograr la meta deseada, para evitar resultados indeseados o bien se trata de asociaciones afectivas producto de las experiencias vividas en el logro de satisfacción de motivos. La dinámica de su formación depende de la utilidad presente o pasada, que el individuo percibe en el objeto actitudinal; la consistencia de la recompensa y el castigo también contribuye a la claridad de la instrumentalidad del objeto para el logro de la meta. Como este género de actitudes se forman en referencia específica al objeto, resultan apropiadas a la naturaleza del mundo social en que están inmersas.

2. **Función ego defensiva.** Según Katz, la gente gasta buena parte de su energía en vivir consigo mismo. Algunas actitudes tienen la función de defender la auto-imagen y su formación es diferente. Proceden de la propia persona y los objetos o situaciones actitudinales con que se ligan son meras formas convenientes para su expresión. No las crea el objeto sino los conflictos emocionales del individuo; en ausencia de un objeto apropiado el mismo sujeto creará uno.

3. **Función de expresión de un valor.** Se tiene que considerar que no todo el comportamiento tiene la función de reducir tensiones y conflictos internos; también se obtiene satisfacción de la expresión de una actitud que muestre los valores centrales del individuo; al hacerlo así refleja su auto-concepto. En estos casos la recompensa no proviene del reconocimiento social sino del establecimiento de la propia identidad y de la confirmación de las creencias que se tienen respecto así mismo.

4. **Función de conocimiento.** Se basa en la necesidad del individuo de dar una estructura adecuada al universo; para ello busca el conocimiento que le permita organizar mejor sus percepciones y creencias; se requieren marcos de referencia, parámetros, que permitan entender el mundo. Las actitudes proporcionan estos referentes. Esta necesidad de saber no implica adquirir un conocimiento indiscriminado o erudito, como tampoco se refiere al conocimiento entendido desde la perspectiva de un educador. Se trata más bien, de entender los sucesos y eventos que afectan la propia vida; incluso, muchas de las actitudes ya formadas proporcionan una base para interpretar lo que el individuo percibe como importante para él. De ahí que la nueva información no modifique las actitudes a menos que exista una falta de adecuación o necesidad de complemento en la estructura actitudinal, que se relacione con la percepción de nuevas situaciones.

Varios autores coinciden en que existen tres componentes básicos de las actitudes los cuales son:

- **Componente Cognoscitivo:** Está integrado por las creencias que tiene la persona acerca del objeto. Las creencias evaluativas son las más importantes para la actitud como concepto de disposición.

- **Componente Afectivo:** Se refiere a los sentimientos ligados al objeto, que para algunos autores como Fishben y Raven (1962), Fishben (1965, 1966), es lo único realmente característico de las actitudes sociales.

- Componente Conductual: Este incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto.

IMPORTANCIA DE LAS ACTITUDES

Hay diversas razones por las que las actitudes pueden ser importantes. Primero, en general se supone que las actitudes son relativamente permanentes; esto es, que los sentimientos de la gente hacia objetos y personas son probablemente muy estables siempre. Aunque las actitudes pueden cambiar, y así pasa, esto no ocurre al azar: algo sucede que ocasiona el cambio. Así, por ejemplo, de un día a otro los individuos normalmente no cambian de favorecer el consumo de alcohol, a oponerse a él. Si las actitudes fluctuaran sustancialmente en un corto período, entonces tendrían poco valor como factores de predicción de la conducta futura. Debido a que son relativamente permanentes, pueden ser estudiadas, mediadas y empleadas para predecir acciones.

Segundo, las actitudes son aprendidas. No se nace con aprobación o desaprobación hacia el consumo de alcohol; se aprende a aceptarlo o rechazarlo. Consecuentemente, el proceso de formación y cambio de las actitudes puede ser estudiado y es posible desarrollar programas que animen la deseabilidad social de las actitudes.

Tercero, y lo más importante, se supone que las actitudes influyen en la conducta; es decir, las acciones de la gente son creencias que reflejan sus sentimientos hacia objetos y problemas relevantes. En verdad, el interés en el concepto de actitud no ha sido fundamentado en la aceptación de que las actitudes influyen en la conducta.

Concluyendo, lo importante de las actitudes es comprender que existen predisposiciones a emitir juicios valorativos acerca de las cosas los cuales hacen que se perciban como favorables o desfavorables para que positivamente se actúe en consecuencia.

MEDICION DE LAS ACTITUDES

Las actitudes son internas y no observables, no ha sido posible ver una actitud. Como resultado de esto, los investigadores deberán inferir las actitudes individuales hacia los objetos desde una conducta evidente, como las respuestas a un cuestionario o actos en una situación estructurada. Así, las mediciones de las actitudes siempre son indirectas, asumiendo que reflejan los sentimientos evaluativos de la gente.

De acuerdo con Arias Galicia,(1980) la actitud no es susceptible de estudio por sí misma sino a través de una manifestación externa constituida a nivel verbal por las opiniones.

Se han desarrollado numerosas técnicas para medir las actitudes. Las técnicas más comunes son las mediciones de autorreporte con papel y lápiz como la técnica de autoevaluación, la técnica de semántica diferencial y el método Likert de suma de valoraciones, técnicas proyectivas, expresión de opiniones o juicios sobre objetos o sectores de la realidad, escalas de actitudes y observación de conductas. Sin embargo, como cualquier medición de actitudes con autorreporte hay el problema de que los encuestados podrían no responder a las preguntas honesta o cuidadosamente. La deseabilidad social, la aquiescencia y el descuido producen respuestas tendenciosas que pueden afectar la puntuación. Cualquier procedimiento para elaborar escalas abarca tres grupos de variables: a) los estímulos; b) los sujetos y c) las respuestas. El atributo que se va a medir por escala, es una propiedad de los sujetos. Para algunos atributos, como las actitudes no existe contraparte física en el estímulo. Esta diferencia complica el proceso de elaboración de escalas de actitud, pero las dificultades no son insuperables. La mayoría de los progresos en este sentido se han basado en muestras de informes conductuales sobre sí mismo.

ACTITUD Y GENERO

Las diferencias sexuales en la actitud y la ingestión de alcohol representan una parte importante de la cultura, ya que se ha encontrado en diversos estudios que tanto hombres como mujeres consumen en diferentes cantidades alcohol y tienen una actitud diferente hacia el mismo. En México la edad de inicio varía así como el tipo de bebida. Entre los hombres la edad de inicio más frecuentemente observada fué entre los 15 y 16 años, mientras que en las mujeres después de los 22. Los primeros suelen iniciarse en el consumo de alcohol con los amigos y generalmente en lugares públicos, mientras que la mujer se inicia en la bebida cuando empieza a trabajar y reportan hacerlo generalmente en su casa (Natera y cols., 1983). También se indagó sobre la tolerancia y la actitud hacia el consumo de alcohol en ambos sexos, y se encontró que en México en relación con otros países centroamericanos existe una mayor aprobación al uso moderado de alcohol tanto por los hombres como por las mujeres.

En cuanto a que "se emborrachen los hombres" es considerado por las mujeres en México como algo indeseable pero que se tiene que tolerar, mientras que en otros países los informantes opinaron que es completamente intolerable. Así mismo, se observó que en México a diferencia de otros países se opina que es natural y aceptable que el hombre se emborrache, a diferencia de la capacidad de beber mucho sin tener síntomas de borrachera que es vista con mayor admiración y motivo de prestigio entre países centroamericanos que en nuestro país.

En México existe una mayor proporción de grupos que asocian el beber alcohol con actividades grupales, juegos de azar, deportes, espectáculos y

fiestas. En las fiestas de carácter religioso se acentúa la necesidad de beber alcohol principalmente en las que participa todo el pueblo y que tienen una duración de aproximadamente una semana o más.

En un estudio realizado por Haydeé Rosovsky se encontró que la mayor parte de los entrevistados en esta investigación tanto hombres como mujeres, estuvieron de acuerdo en las actitudes negativas hacia el alcohol. Los hombres en comparación con las mujeres reconocieron con mayor frecuencia las cualidades positivas de la bebida, en cambio en las mujeres, hubo mayor frecuencia de acuerdo en las actitudes negativas de pérdida de prestigio social por la bebida, que entre los hombres.

En lo que se refiere a la actitud hacia la abstinencia, los hombres tienen una percepción hacia los mismo hombres principalmente de indiferencia, de rechazo y una mínima parte lo ven con admiración; las mujeres que no beben son percibidas por los hombres con aprobación en un 40%, con indiferencia en un 36%. A su vez, las mujeres tienen una actitud de admiración 53% y 47% hacia la abstinencia de hombres y mujeres.

El mayor consenso entre ambos sexos respecto a las razones para no beber, fueron "la salud, las razones morales, económicas, problemas familiares y de trabajo" (Natera y cols., 1985).

En relación a las actitudes hacia el rechazo de un trago, se obtuvieron proposiciones como: es una ofensa, rechazo del grupo de amigos, falta de honrría y falta de educación.

DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LA CONSISTENCIA ACTITUD-CONDUCTA

Hay pruebas de que algunas personas actúan de acuerdo con sus actitudes más que otras, y que cada uno de nosotros actúa más de acuerdo con algunas de nuestras actitudes que con otras. Es decir, hay variaciones en la consistencia actitud-conducta.

Considérese primero una diferencia individual específica al dominio particular de la actitud. Varias investigaciones (Fazio y Zanna, 1978; Regan y Fazio, 1977) han demostrado que la experiencia de la conducta personal con un objeto incrementa la consistencia actitud conducta. Por ejemplo, Fazio y Zanna (1978) midieron las actitudes de los sujetos sobre su participación en experimentos psicológicos. Algunos sujetos habían tomado parte anteriormente en experimentos, otros no. Después, a los sujetos se les dió la oportunidad de ser voluntarios para estudios futuros. Los individuos que habían participado en experimentos, actuaron de acuerdo con sus actitudes expresadas (es decir, fueron voluntarios para estudios futuros si habían tenido actitudes favorables, pero no lo fueron para estudios posteriores si tenían actitudes desfavorables); en tanto que quienes tenían

poca o ninguna experiencia previa como sujetos, manifestaron menor consistencia de su actitud-conducta. Este descubrimiento sugiere que estamos más de acuerdo con actitudes que están basadas en la experiencia conductual directa que con actitudes que están formadas sin el beneficio de la experiencia personal.

INFLUENCIAS SOCIALES EN LA ACTITUD

Las actitudes afectan fuertemente la forma en que percibimos a las demás personas y reaccionamos ante ellas. Por eso resulta un tanto irónico reconocer lo fuertemente que las demás personas influyen en la formación de actitudes. Nuestros padres influyen sobre nuestras actitudes más tempranas. Más tarde, los compañeros influyen sobre las actitudes a través de procesos: el de proporcionar información, el de refuerzo y el de identificación.

Mucho de lo que nos agrada o desagrada originalmente es producto de la influencia de nuestro padres (Oskamp, 1977). Algunas de las actitudes que nos formamos basadas en las influencias de nuestros padres, cambiarán; sin embargo, muchas permanecerán idénticas. La primera forma en que los padres influyen sobre nuestras actitudes, es al proporcionarnos información acerca de las personas, los objetos, las normas, las ideas y los sucesos del mundo. Un segundo medio por el que los padres influyen en las actitudes, es el administrar recompensas y castigos (McGinnies, 1970). con mucha frecuencia, los padres elogian a sus hijos por expresar ciertas actitudes, y desaprueban que expresen otras. Se ha demostrado que esta aprobación o desaprobación deja una profunda huella en la formación de las actitudes de las personas.

La tercera influencia social sobre las actitudes es el proceso de identificación (Kelman, 1961). Durante el crecimiento, es frecuente que tratemos de imitar a otras personas que admiramos. Parte de este proceso de identificación es el adoptar las actitudes de los otros.

Cuando comienza la edad escolar, a los cinco o seis años, los niños pasan ya cada vez más tiempo con sus compañeros. Los compañeros influyen en las actitudes de la misma forma que los padres. Proporcionan información refuerzan opiniones y se identifican unos con otros. Aunque algo disminuida, la influencia de los compañeros puede ser profunda durante los años de secundaria y de universidad.

Otra fuente muy importante de las actitudes son los juicios basados en nuestra propia experiencia directa (Fazio, Lenn y Effrein, 1984). Con mucha frecuencia nos vamos más allá de lo que nos han dicho las demás personas y nos explicamos las cosas por nosotros mismo. Muchos estudios acerca de los cambios de actitudes han demostrado que una actitud se puede derivar lógicamente de otras. Existen estudios que demuestran que si cambia una creencia, otras creencias lógicamente conectadas cambiarán también.

Por otra parte, Kelman describe tres procesos de cambio de actitud como resultado de la relación de influencia social entre el receptor y la fuente de comunicación; es decir, se interesa en el tipo de influencia y la naturaleza del cambio.

Los tres procesos de influencia son: aceptación, identificación e internalización.

1. La aceptación ocurre cuando un individuo acepta la influencia en razón de que espera obtener una reacción favorable de otra persona o grupo; no porque crea en el contenido sino porque tiene la expectativa de que al conformarse obtendrá aprobación o recompensas, específicas y evitará la desaprobación o castigos. En este caso, la satisfacción se obtiene del efecto social que provoca la conformidad, la aceptación de la influencia.

2. La identificación se da cuando un individuo acepta la influencia debido a que desea establecer o mantener una relación, que él mismo califica como satisfactoria, con otra persona o grupo; está convencido realmente de la respuesta que adopta pero su contenido específico le resulta poco relevante. Esta relación puede adoptar dos formas: la identificación en sentido estricto, en la cual el individuo asume el rol del otro o bien manifestarse como una relación de rol recíproca. En el caso de la identificación se acepta el comportamiento indicado en la medida en que está asociado a la relación en sí; la satisfacción se deriva del acto de conformidad como tal.

3. La internalización se presenta cuando el contenido del comportamiento inducido, ideas y acciones que lo componen, son en sí intrínsecamente gratificantes, congruentes y se integran a su sistema de valores pre-existentes. La satisfacción que se obtiene deriva del contenido de nuevo comportamiento.

CAMBIO DE ACTITUDES

En el transcurso del crecimiento, las personas se forman muchas actitudes. Estas actitudes son útiles para formar percepciones y hacer juicios acerca del mundo, además de guiar la interacción social. No obstante, las actitudes que las personas se forman, casi nunca escapan a las presiones para que haya un cambio. Los psicólogos sociales están interesados en el cambio de actitudes, porque podría terminar siendo la clave de la solución para una serie de problemas sociales que han persistido por largo tiempo.

Para que los factores que determinan los intentos por cambiar la actitud tengan éxito es importante observar el papel de las características del comunicador en cuanto a influir sobre el cambio de actitudes, así como la naturaleza del mensaje del comunicador y finalmente como el cambio de actitudes es afectado por la situación en que las personas reciben un llamado persuasivo.

Sherif y Cantril (1945, 1947) habían enfatizado el papel del proceso conceptual en el cambio de actitudes y consideraban que la primera y más importante fase de la adquisición de una actitud era la fase perceptual ya que las actitudes siempre estaban mediadas por la experiencia. Sostenían que los principios de la percepción, tal como se habían derivado de los juicios psicofísicos serán directamente aplicables a la formación de actitudes en el sentido de que una actitud representa un juicio del individuo en una situación social.

Estos autores señalaron dos clases de efectos de la percepción sobre la formación y cambio de actitudes: 1) la selectividad de la percepción; y 2) el efecto del marco de referencia.

Respecto al cambio de actitud, la proposición más general referente a las condiciones que conducen al cambio es que la expresión de una actitud o su expresión anticipada, ya no conduce a la satisfacción de la necesidad subyacente. Esto ya no cumple su función y el individuo se siente bloqueado o frustrado. Este bloqueo es condición necesaria pero no suficiente para el cambio de actitud ya que los factores que pueden ser operativos dependen de la función específica involucrada. A menos que se conozca esta función, se está en desventaja para predecir cuándo y cómo cambiará.

En consecuencia, el cambio de opinión se refiere al cambio en las respuestas implícitas (Javiedes, 1992).

ACTITUDES Y CREENCIAS EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

Dado que cada día se acepta más que los factores sociales y culturales de una población están ampliamente involucrados tanto con la actitud, como la causa y las repercusiones en el consumo de alcohol (Velasco, F.R., 1982), vale la pena recordar lo que Bales (1946) refiere después de efectuar estudios culturales y transculturales; éste investigador plantea tres posibles formas en la que la organización social influye en la aparición de casos de alcoholismo: el grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas; las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo del alcohol y la medida en la que provee medios substitutivos para la satisfacción de necesidades.

Un estudio realizado en México por el Dr. González Gutiérrez en 1985, concluye que lo que Bales plantea concuerda con los resultados de este estudio comentando que una sociedad produce tensiones internas, como la culpa y la agresión contenida, la insatisfacción social y sexual, así como la aceptación de que el alcohol puede producir tales tensiones y esto tiende a favorecer un alto porcentaje de consumidores y una actitud favorable hacia el consumo del alcohol.

La Organización Mundial de la Salud (1977) plantea la necesidad de estar al tanto de los cambios en las tendencias socioculturales de un grupo o sociedad en particular ya que esto permitirá detectar los grupos de mayor riesgo. Moser J. (1979) menciona que la introducción de bebidas alcohólicas casi siempre forma parte de un primer enfrentamiento con una cultura o sociedad distinta. Se sabe que, en un principio, el alcohol se consume para establecer relaciones amistosas, de negocios o a nivel social, para favorecer la integración de un grupo determinado, pero puede llegar a convertirse en un arma que someta a los miembros de una comunidad.

Hay muchas creencias erróneas acerca del alcohol, las cuáles, por sí solas, pueden explicar en algunos casos el abuso de bebidas embriagantes.

"El alcohol es una afrodisiaco": ésta creencia popular está basado en el hecho mencionado por Shakespeare en el sentido de que el alcohol destruye las inhibiciones pero también disminuye e incluso inhibe la ejecución; es cierto que aumenta el deseo, pero el efecto depresor general tiende a entorpecer los actos fisiológicos.

"El alcohol contribuye a estrechar los lazos de amistad": la cantidad de riñas acompañadas de diferentes grados de alcoholización demuestra que esta creencia es falsa (González Gutiérrez, 1985).

Existen algunos factores que influyen directamente en la actitud y el consumo de bebidas alcohólicas; la ignorancia es un factor importante que no sólo comprende los prejuicios de la gente inculta, sino también a gente con un nivel cultural alto como a veces pasa con los especialistas del campo de la salud, que no tienen una idea clara sobre las dosis de bebida cotidiana para determinar una intoxicación crónica.

Múltiples estudios indican que existen ciertas ocupaciones que favorecen la ingestión de bebidas embriagantes, dentro de estos se encuentran oficinas, hospitales, fábricas y empleados de la construcción.

INVESTIGACIONES SOBRE ALCOHOLISMO Y ACTITUD EN LOS JOVENES

En estudios realizados a partir de 1974 a la fecha se reporta que la ingesta de bebidas alcohólicas es una práctica aceptada en nuestra sociedad, y principalmente entre los jóvenes, sin embargo su consumo no se encuentra distribuido de manera igual en todos los grupos de población, varía de acuerdo con el sexo, la edad, etc.

En estudios epidemiológicos posteriores, se incluyó información sobre cuales son las actitudes hacia el consumo de alcohol y las variables que se relacionan con estas en poblaciones específicas, en ellas se encontró que las actitudes liberales, facilitan el consumo de bebidas alcohólicas (Medina Mora 1986).

Diversos autores han intentado medir actitudes, ya sea hacia el alcoholismo, el alcohólico o el personal de salud que convive con pacientes alcohólicos. Y de veinticinco años a la fecha han surgido investigaciones realmente importantes, mencionaremos algunas de las que se encuentran mas relacionadas con la presente investigación.

En 1969, Robert E. Morgan estudió las actitudes del hospital de Talmage, California, hacia los pacientes alcohólicos, utilizando como muestra tanto a pacientes como a personal. Los resultados indicaron que los pacientes que pertenecían a A.A. mostraban más alto optimismo y menos pesimismo y moralismo en comparación con la muestra no profesional, de lo que concluyó que el moralismo y el pesimismo se relacionan con la ignorancia y casualidad y que uno de los puntos determinantes de la diferencia de actitudes es la experiencia de haber trabajado con alcohólicos.

En mayo de 1973, Nancy J. Schmid y Donald T. Schmid compararon la actitud de un grupo de estudiantes de enfermería hacia inválidos y alcohólicos por medio de un cuestionario (ATDP) y una escala derivada, concluyendo que dichos estudiantes tienen menos aceptación hacia los alcohólicos que hacia los inválidos y estas actitudes son estables.

En diciembre de 1973, Wilma Knox midió por medio de un cuestionario las actitudes hacia el alcoholismo y el tratamiento de alcohólicos tomando una muestra de trabajadores sociales en Administración de Veteranos. Entre los resultados se obtuvo que el alcoholismo se definió como un mecanismo de escape por el 68% de los trabajadores sociales; como un síntoma complejo por un 67% como una enfermedad por un 65%; y como un problema de conducta por un 60%. Las causas principales del alcoholismo se creyó ser el conflicto de dependencia por un 73% dependencia excesiva por el 63% baja de tolerancia a la tensión por el 63%.

Alcohólicos Anónimos y psicoterapia de grupo fueron los tratamientos preferidos por el 79% y el 67% sugirió hospitalización, aunque el 80% de los trabajadores sociales sintieron que el pronóstico era pobre.

En comparación con los trabajadores sociales, pocos psiquiatras (35%) y psicólogos (34%) definieron el alcoholismo como una enfermedad. Los trabajadores sociales estaban mas a favor de trabajar tiempo completo con alcohólicos (34%) que los psiquiatras (21%) y psicólogos (19%). En este estudio se encontró que los trabajadores sociales están más motivados para tratar alcohólicos y más consistentes en sus actitudes hacia el alcoholismo que los psicólogos y psiquiatras.

En 1975 Keith M. Kilty presentó un estudio comparativo usando un modelo multidimensional de estructura de actitudes hacia el alcohol y el alcoholismo. La muestra consistió en cuatro grupos a) estudiantes graduados, b) residentes de una comunidad, c) grupo de entrenamiento de trabajadores profesionales de servicio social en una agencia, d) grupo de entrenamiento de Marywood Coll profesionales de servicio social.

El análisis de las respuestas sugirió que los profesionales tienden a reflejar las opiniones y el grupo de profesionales C mostraron respuestas negativas hacia los bebedores mientras que los estudiantes del grupo D exhibieron un alto grado de aceptación hacia los alcohólicos. Si los profesionales asumen las actitudes negativas de la comunidad, será difícil establecer programas efectivos en el tratamiento del alcohólico. Sin embargo, si los estudiantes mantienen su actitud positiva como profesionales, ellos podrían cambiar las actitudes de la comunidad

En 1976, Silvia Quiroga de García hizo una investigación con dos grupos de niños de trece años representando dos niveles de status socioeconómicos (alta y baja) resolviendo un cuestionario que contenía ítems afectivos, cognitivos y de actitudes hacia el alcohol. Se observó que los niños de mas bajo status social mostraron actitudes más negativas hacia el alcohol que los niños de status social más alto cuya actitud fue más flexible; de lo que se deduce que los patrones familiares se reflejan en la conducta de los niños. Fusther estudió en esta área la temprana intervención y el desarrollo de las actitudes hacia los peligros del alcohol.

También en 1976, Robert D. Sparks estudió las actitudes en el area de medicina hacia el alcoholismo. En este estudio se discutieron los fracasos de los médicos para entender y aceptar al paciente alcohólico. Se observó que los médicos tienden a considerar que el alcoholismo y su curación son responsabilidad sólo del paciente.

En el mismo año, Carrillo Sosa y cols. realizaron un estudio sobre la actitud de los hijos hacia el padre alcohólico encontrando que las actitudes eran muy variadas dependiendo de la educación, el estatus socioeconómico y el apego con los padres.

En 1979, Richard L. Gorsuch y David H. Arno estudiaron el desarrollo de las actitudes hacia el consumo moderado de alcohol y hacia el abuso del mismo con relación a los valores contenidos y a los valores estructurados, la población utilizada como muestra fué de niños de cuarto y quinto de primaria y se concluyó en este estudio que los programas de orientación hacia la prevención del alcoholismo o del abuso del alcohol pueden necesitar la comunicación de normas y valores de la sociedad, además de que pueden chocar con las actitudes del uso moderado de alcohol.

En un estudio realizado en 1981 por Calderon y cols. se expusieron cuatro actitudes expresadas en forma positiva y cuatro en forma negativa. Los resultados sugieren que hay un alto nivel de aceptación respecto a las características negativas del alcohol, se observa que la población tiene la conciencia social de los aspectos indeseables de la bebida, sin embargo, en la práctica del consumo, los hombres parecen no tomarla en cuenta; la pérdida del prestigio social es más aceptada por las mujeres que por los hombres y por este hecho reportan ser menos consumidoras de alcohol.

En 1984, Medina-Mora y cols. realizaron un estudio en el cual se obtuvo la percepción y actitud hacia el consumo de drogas utilizando el método de informantes desarrollado por Jellinek para estudiar el consumo de alcohol, los resultados obtenidos concuerdan con los de otras investigaciones realizadas en la Cd. de México en cuanto a que el consumo de drogas y alcohol es más extenso entre hombres que entre mujeres. La investigación incluía percepción de hábitos de consumo, actitud hacia los hábitos y motivos de consumo; en cuanto a estos últimos los principales motivos que reportaron los sujetos fueron: que consumían alcohol o drogas para evadir problemas en la casa, en la escuela y en el trabajo, así como por el temor a causarle algún daño físico a alguien.

En 1984, Castrejón Salas hizo un estudio exploratorio en donde se muestra la actitud social hacia el alcohol, el alcoholismo y los alcohólicos.

En 1986, el Instituto Mexicano de Psiquiatría realiza un estudio en tres comunidades urbanas y rurales de diferentes culturas México, Zambia y Escocia. Los resultados indican que los bebedores se distribuyen de diferente forma según la cultura, el sexo, la ocupación, el status socioeconómico y las diferencia de personalidad, se encontró que en las culturas estudiadas, el consumo de alcohol era aceptado siempre y cuando no pasara las normas implícitas de la sociedad.

En 1987, Ma. Elena Castro y Ma. de los Angeles Maya realizaron un trabajo en donde se aborda el tema del consumo de alcohol en la población joven, se hace una breve revisión histórica del concepto de alcoholismo debido a que es un término que se ha definido desde el punto de vista moral y desde el punto de vista médico, hasta llegar al modelo social que es el que predomina actualmente en la investigación sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol. Los resultados obtenidos fueron características de jóvenes estudiantes de México sobre el consumo de alcohol, así como las normas, los valores y los problemas relacionados con dicho consumo.

En 1991 en el Instituto Mexicano de Psiquiatría se realizó un estudio de la relación entre la actitud hacia el consumo de bebidas alcohólicas y el género y se encontró que las diferencias entre género y actitud son importantes,

Se puede observar que en las citas anteriores existe una diversidad de actitudes con respecto a los alcohólicos, a la enfermedad del alcoholismo y al alcohol; así mismo es importante señalar que los estudios realizados con trabajadores de la salud han demostrado que la actitud hacia el paciente alcohólico no es favorable, quizá esto se deba a que los profesionales de la salud carecen de información sobre el consumo del alcohol, los alcohólicos, su prevención y tratamiento.

CAPITULO 4

METODO

I. PLANTEAMIENTO

Debido a que el alcoholismo, genera múltiples problemas en las diferentes esferas de la vida y que este puede iniciarse en la juventud, consideramos relevante estudiar la presencia de este fenómeno en los estudiantes de la Facultad de Medicina de primer año, así como los nexos existentes entre la depresión y las manifestaciones de actitud con relación al consumo de alcohol.

II. JUSTIFICACION

Se eligió esta muestra ya que los estudiantes de la Facultad de Medicina en un futuro estarán encargados de conservar y promover la salud. Así mismo, la literatura afirma que la etapa de la juventud es la más vulnerable ante este fenómeno, además de que los rasgos depresivos son frecuentes en este período de la vida.

Los resultados arrojados pueden ser empleados para darle dirección a investigaciones futuras en las cuales se propongan cursos o talleres encaminados a modificar y/o prevenir los efectos de esta interacción.

III. HIPOTESIS DE TRABAJO.

Hi. Existe relación entre el nivel de depresión y el puntaje obtenido en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre el nivel de depresión y el puntaje obtenido en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Hi. Existe relación entre la edad y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre la edad y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Hi. Existe relación entre la edad y nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre la edad y el nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Hi. Existe relación entre la religión y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre la religión y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Hi. Existe relación entre la religión y el nivel de depresión en los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre la religión y el nivel de depresión en los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Hi. Existe relación entre la escuela de procedencia y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre la escuela de procedencia y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Hi. Existe relación entre la escuela de procedencia y el nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre la escuela de procedencia y el nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Hi. Existe relación entre el género sexual y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre el género sexual y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Hi. Existe relación entre el género sexual y el nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre el género sexual y el nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Hi. Existe relación entre la problemática con el alcohol y las respuestas a la encuesta de actitud en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre la problemática con el alcohol y las respuestas a la encuesta de actitud en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Hi. Existe relación entre el nivel de depresión y las respuestas a la encuesta de actitud en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Ho. No existe relación entre el nivel de depresión y las respuestas a la encuesta de actitud en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

IV. VARIABLES.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- sexo
- escuela de procedencia
- edad
- religión

VARIABLES DEPENDIENTES

- depresión
- consumo de alcohol
- actitud

V. DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Actitud hacia el consumo: Es una predisposición adquirida (aprendida), relativamente estable, para valorar (actuar) la realidad (en su totalidad, un sector o un objeto hiperconcreto).

Depresión: Estado emotivo de actividad psicológica y física baja donde puede presentarse melancolía, tristeza, desaliento y, en ocasiones, sentimientos de fracaso, desesperación y sentimientos de insuficiencia.

Consumo de alcohol: Se refiere a la cantidad de alcohol ingerida por un sujeto en un tiempo determinado.

VI. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.

Los datos sobre actitud fueron obtenidos a través de una Encuesta de Actitud, los datos de la depresión se analizaron mediante los puntajes arrojados por la Escala de Automedición de la Depresión de Zung y por último, el AUDIT Alcohol User Disorders Identification Test se encargó de obtener la información correspondiente al grado de consumo de los sujetos.

VII. SUJETOS.

Esta investigación se llevó a cabo tomando en cuenta una muestra de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., en la cual fueron incluidos los estudiantes de primer año, los cuales alcanzaron un número de 690 de los cuales tuvieron que descartarse 12 casos ya que omitieron las respuestas a alguno de los cuestionarios, por lo que finalmente la muestra quedó conformada por 678 sujetos, 416 del sexo femenino y 262 del sexo masculino.

VIII. MUESTREO.

Se consideró un muestreo intencional no probabilístico ya que, partiendo de la población de estudiantes de medicina, se incluyó únicamente a los alumnos del primer año de la carrera ya que son un número significativo además de que, los alumnos de los últimos años se encontraban ya en los hospitales.

IX. TIPO DE ESTUDIO.

Este trabajo fué una investigación de campo ya que se llevó a cabo dentro de una situación realista como fué el aplicar los instrumentos en la hora de clase de los estudiantes; también se considera exploratorio debido a que se estudió como se comportaban las variables elegidas para posteriormente realizar exclusivamente una descripción de lo observado, por lo que también fué descriptivo; así mismo se encuentra en la categoría de investigación no experimental ya que se considera una indagación empírica y sistemática donde no se tuvo un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya habían ocurrido y porque son inherentemente no manipulables, dirigidas a descubrir las relaciones e interacciones entre las mismas.

X. DISEÑO.

El tipo de diseño es factorial, con más de dos variables en el cual las variables independientes son yuxtapuestas para estudiar sus efectos independientes e interactivos en una variable dependiente, donde las variables independientes A1, A2, A3 y A4 (sexo, escuela de procedencia, edad y religión) son variables atributo y las variables dependientes B1, B2 y B3 (depresión, consumo de alcohol y actitud) son variables activas.

XI. INSTRUMENTOS.

- Escala de Automedición de la Depresión de Zung
- AUDIT (Alcohol Users Disorders Identification Test)
- Encuesta de Actitud

A) Se emplearon estos instrumentos ya que consideramos que la Escala de Depresión de Zung es un instrumento confiable el cual puede darnos datos importantes acerca del estado depresivo en que se encuentran los estudiantes. La escala de Automedición de la Depresión de Zung no está destinada a diferenciar la depresión como enfermedad de la depresión como síntoma. Sirve, más bien, para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico. En consecuencia, las calificaciones altas no son en si mismas un diagnóstico, sino una indicación de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica. La prueba es particularmente útil para descubrir y cuantificar la depresión enmascarada por malestares somáticos sin base orgánica aparente. Dicha información es relevante ya que existe una estrecha relación entre la ingesta y la depresión.

Esta escala fué creada por Zung y Durham por la necesidad de contar con un instrumento que evaluara satisfactoriamente la depresión, como afecto, como síntoma o como enfermedad, de forma sencilla, lo cual no era posible hasta que fué realizada la escala. Consideraron que era importante que la esala reuniera los siguientes requisitos:

- que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión
- que incluyera los síntomas más representativos de la depresión

- que fuera breve y sencilla
- de aplicación cuantitativa
- que pudiera ser autoaplicada por el enfermo a fin de recabar su respuesta directa.

Con tal finalidad, el primer paso fué la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión. Después de analizar los estudios de Grinker, Overall y Friedmam, Zung y Durhan concluyeron que estos síntomas deberían abarcar: alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos y psicológicos.

La escala posee veinte reactivos y la menor puntuación es para los menos deprimidos. Cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuesta que son: a)Muy pocas veces, b)Algunas veces, c)La mayor parte del tiempo y d) Continuamente. La calificación se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente que incluye protocolo y que trae grabadas el peso que corresponde a cada alternativa de respuesta, la calificación es de 1,2,3,4, ó 4,3,2,1 dependiendo de la puntuación.

El primer estudio de Zung y Durham se realizó con todos los pacientes que fueron admitidos al servicio de Psiquiatría del Hospital de Veteranos del Duke Medical Center, con un diagnóstico de depresión durante un período de 5 meses. De los 56 enfermos admitidos con diagnóstico de ingreso de depresión primaria, en 31 se confirmó el diagnóstico integrando el grupo DD (diagnóstico de depresión) y en 25 se establecieron otros diagnósticos, grupo OD (otros diagnósticos que correspondían a reacción de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos psicofisiológicos).

En un segundo estudio, Zung y Durham se propusieron verificar si la Escala de Zung podría verse afectada por factores sociales del paciente. En breve, dicho estudio examinó 159 pacientes vistos en una clínica psiquiátrica durante un período consecutivo de seis meses. Los datos incluidos fueron el sexo, estado civil, nivel educacional y estado financiero. La conclusión de los autores fue que tomada en conjunto y dentro de los límites de la población de **pacientes** examinados, los resultados mostraron que la escala de depresión no fué afectada por la edad de los pacientes, ni por el sexo, estado marital, nivel educacional, estado financiero o nivel de inteligencia.

Al parecer, Lachin J., Weingold y cols. utilizaron por primera vez la escala de Zung y encontraron que la mayoría de los pacientes alcohólicos eran deprimidos.

En un estudio posterior, Haywood K. Shelvy y col. compararon dos grupos: uno de alcohólicos y otro de dependientes de diversas drogas, concluyendo que los alcohólicos tienen una más grande incidencia de depresión que los abusadores de otras drogas. Así mismo, no pudieron concluir nada respecto a si la depresión en los alcohólicos es más notoria y alta cuando están sobrios.

B) En 1982, la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollaran un instrumento de tamizaje con el propósito de identificar a las personas con prematuros problemas de alcohol usando procedimientos que fueran apropiados para que los trabajadores de la salud los utilizaran en diferentes países. Así, iniciaron un estudio comparativo en seis países (Noruega, Austria, Kenya, Bulgaria, México y los Estados Unidos).

El instrumento de tamizaje derivado de este estudio, es un cuestionario compuesto de 10 reactivos llamado AUDIT (Alcohol Users Disorders Identification Test), el cual consiguió las siguientes ventajas:

- estandarización, ya que fué validado en seis países
- identifica consumo de alcohol nocivo y consumo de alcohol azaroso o arriesgado
- brevedad, rapidez y flexibilidad
- consistente con las definiciones de dependencia de alcohol y uso nocivo de alcohol del ICD-10
- enfocado al uso reciente de alcohol
- diseñado para los trabajadores al cuidado de la salud

Algunos pacientes pueden no responder exactamente las preguntas del AUDIT, debido a que se refieren específicamente al uso de alcohol y los problemas que origina. Algunos otros pueden mostrarse renuentes a confrontar su consumo de alcohol y admitir que éste le está generando problemas serios. Las personas que se sienten amenazadas por revelar esta información al trabajador de la salud, aquellas que están intoxicadas en el momento de la aplicación o quienes tienen problemas de enfermedad mental pueden proporcionar respuestas inexactas.

El AUDIT cuenta además con un apartado en donde se evalúa el estado físico del sujeto, el cual sirve para complementar la impresión proporcionada por el instrumento. En el caso de la presente investigación, este apartado no será utilizado ya que el número de la muestra y las condiciones de aplicación lo impiden.

En cuanto a la calificación, cada ítem es puntuado según la respuesta del sujeto, que puede ir desde 0 hasta 4 para cada reactivo. Un puntaje de 8 o más indica una alta sensibilidad, cuando el puntaje se eleva de 10 a más nos habla de la problemática más específica. En general, puntajes altos en los primeros tres reactivos en ausencia de puntajes elevados en los últimos ítems sugieren un consumo de alcohol azaroso. Puntajes elevados en los ítems 4 a 6 indican presencia o emergencia de la dependencia al alcohol. Puntajes elevados en los últimos reactivos sugieren consumo claramente nocivo del alcohol.

El AUDIT es un instrumento previamente utilizado en investigaciones precedentes y cuenta con un alto nivel de validación, el cual tiene como objetivo arrojar datos significativos en cuanto al nivel de consumo de la muestra. La investigación en la que se empleó el AUDIT más recientemente en nuestro país, fué realizada por De la Fuente J.R. y Kerchenobich D. en 1992, como parte de un proyecto multinacional auspiciado por la O.M.S., en donde se estudiaron 1900 bebedores de alcohol. Se encontró que el consumo excesivo de alcohol está asociado con numerosos signos y síntomas relacionados con el aparato cardiovascular, el digestivo y el sistema nervioso central. La aplicación del AUDIT permitió establecer ciertos indicadores clínicos de las fases tempranas de consumo peligroso de alcohol. El análisis de los resultados demostró que el AUDIT es un instrumento de tamizaje altamente sensible (80%) y específico (89%) y sugieren que la aplicación sistemática del AUDIT, particularmente en el primer nivel de atención médica, podría ser de gran beneficio para los pacientes y para la comunidad.

C) Por último, la Encuesta de Actitud tiene como finalidad tomar en cuenta los resultados obtenidos para determinar la congruencia existente entre cantidades ingeridas y actitud hacia el alcohol. Dicha encuesta se extrajo de un instrumento mucho más extenso y complejo empleado por el

ISSSTE, y se decidió fraccionar dicho material debido a que para fines de este estudio solo era relevante utilizar el apartado referente a actitudes hacia el consumo de alcohol.

XII. PROCEDIMIENTO

Una vez identificada la muestra se realizaron las aplicaciones de manera colectiva, tomando a los grupos de clase completos, de tal manera que se les administraron los tres instrumentos en forma sucesiva y en una sola sesión.

Las pruebas llevaban las consignas en forma clara y precisa y además, una leyenda que aclaraba que los fines de la aplicación eran estrictamente de investigación y no tenían nada que ver con las autoridades de las Secretarías de Asuntos Estudiantiles y/o Académicos, con el objeto de disipar las dudas del alumno y favorecer en la medida de lo posible la fiabilidad de sus respuestas; las cuales se hicieron en forma anónima y solo se requirió de información general tal como: sexo, edad y escolaridad.

Para lograr un control más exacto de los instrumentos, los tres instrumentos fueron engrapados haciéndose un solo paquete y se les asignó número de folio, de tal manera que los sujetos tuvieran un número que nos permitió posteriormente la calificación y tratamiento de todos los datos con la certeza de que eran del mismo sujeto.

Posteriormente, se realizó codificación para algunos de los reactivos de la encuesta de actitud, y las respuestas de cada sujeto fueron concentradas en una base de datos para realizar el análisis estadístico correspondiente que permitió arribar a las conclusiones del estudio.

XIII. ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS

Tomando en cuenta los datos de las tablas y el marco teórico, se decidió analizar estadísticamente los resultados en función del género sexual y correlacionando los puntajes de 'AUDIT con datos personales y cada reactivo de la Encuesta de Actitud, así mismo estos dos últimos con puntajes de Zung, para posteriormente correlacionar Zung y AUDIT.

Es importante señalar que no se utilizó la interpretación convencional propuesta por Zung, ya que los rangos de diagnóstico no tienen límites claramente establecidos, lo cual obstaculizaba los objetivos de esta investigación, por lo que se decidió obtener de cada cuestionario un puntaje total y crear cinco niveles en los que fueron incluidos de acuerdo al grado de depresión en orden descendente, y haciendo un promedio entre el puntaje más alto y el más bajo.

La encuesta de actitud, fué extraída de un cuestionario elaborado por la O.M.S., que incluye diversas encuestas que reportan datos sobre consumo de alcohol y drogas; se eligió sólo el apartado de actitud ya que consideramos que era el más relevante para esta investigación.

Posteriormente se utilizó la prueba de J^2 de la estadística no paramétrica para ver si existía una relación significativa entre las variables. Esta prueba fué elegida ya que era la más conveniente por contar con la característica de ser una prueba de incidencia en tablas de contingencia.

Algunos de los resultados no obtuvieron el grado de significancia requerido por la estadística, por lo cual se realizó una descripción de lo obtenido.

A continuación se expondrán aquellos resultados en los que se obtuvo significancia menor o igual a .05.

Al correlacionar puntajes totales de AUDIT con Bachillerato de procedencia encontramos que las mujeres que provienen de las escuelas particulares presentan mayor problemática con el alcohol en comparación con aquellas que provienen de la Escuela Nacional Preparatoria ó Colegio de Ciencias y Humanidades, con una significancia de .002, probablemente esto tenga su origen en el hecho de que las estudiantes de preparatorias particulares

tienen más facilidad de acceder a las bebidas alcohólicas o a lugares en donde se consume el alcohol.

Esta misma correlación en el caso de los hombres mostró una significancia de .0017 lo cual nos indica que la situación es similar en ambos sexos con la diferencia de que en los hombres se presentan más casos con problemas de alcohol. Por lo anterior la H_1 queda aceptada.

La correlación entre puntajes totales de de Audit y el reactivo "En los últimos 12 meses ha usted probado alguna bebida alcohólica", aparece altamente significativa, con un alfa igual a .0001 lo cual nos sugiere que un año es un lapso de tiempo amplio que permite el contacto con el alcohol y el consumo del mismo.

La misma situación se observó en los hombres con una significancia de .00001. Se encuentra que la H_1 queda aceptada.

Al observar la significancia obtenida en la pregunta "En los últimos 30 días ha usted tomado alguna bebida alcohólica" y puntajes totales de Audit, se encontró que esta era de .000001 indicándonos que las mujeres que tienen problemas con el alcohol han tenido contacto con él en el último mes. Se acepta la H_1 .

De igual forma se encontró un alto grado de significancia =.000001, para el caso de los hombres.

Entre el puntaje total de AUDIT y las ocasiones en las que se bebe, se encontró un alfa de .0001, ésto manifiesta que las mujeres que tienen problemas con el alcohol, acostumbran beber en fiestas y reuniones, lo cual era de esperarse debido a que en nuestra cultura es muy poco probable que las mujeres beban durante o después de la comida o en citas y en lo que respecta a fiestas o reuniones se propicia este fenómeno.

De manera similar ocurrió con los resultados de los hombres obteniendo un alfa de .000001. Se acepta la H_1 .

En la correlación referente al puntaje total de Audit y los lugares en que usualmente se ingiere alcohol se observó una significancia de .02, de ésto prodría decirse que las mujeres que tienen problemas con el alcohol acostumbran beber en restaurantes evitando hacerlo en el hogar y en el

lugar de trabajo ya que la mayoría de los entrevistados no tienen actividad laboral. El 70% de las mujeres que tienen problemas con el alcohol acostumbran hacerlo con amigos (se obtuvo una significancia de .000001).

Por su parte los hombres, obtuvieron un alfa de .000001, cuando respondieron que los lugares en donde usualmente beben es una cantina - taberna - bar. Así mismo, la respuesta del restaurante presentó una significancia de .000066 y el beber en la casa de algún amigo mostró un alfa de .000001. Lo anterior nos habla de que los hombres que tienen problemas de alcohol prefieren beber en estos lugares ya que encuentran mayor permisión social en comparación con el beber en casa de familiares, en el hogar o en el lugar de trabajo.

Las mujeres que tienen problemas con el consumo de alcohol tienden a beber en compañía de los amigos, obteniendo una significancia de .000001, esto se debe a que este grupo es más permisivo que cualquier otro.

Los hombres presentaron estas mismas características con una significancia de .000006 y se tiene como explicación la baja probabilidad de ingerir alcohol en grandes cantidades en compañía de la familia inmediata, parientes, compañeros de trabajo en citas o solo. Así mismo es más probable que en este sentido beba más con conocidos con un alfa de .0001 considerando que no tendrá que cubrir las expectativas de comportamiento social de la familia ó de los compañeros de trabajo. La Hi queda aceptada.

En lo que respecta a puntajes totales de AUDIT y el efecto que ocasiona el beber a la salud, las mujeres que no tienen problemas con el alcohol opinan que el alcohol ocasiona mal efecto, mientras que las que tienen problemas con el alcohol opinan que no ocasiona mal efecto a su salud, ésto con una significancia de .0004; los mismos resultados fueron observados en los hombres con un grado de significancia de .00062, aquí observamos claramente que los sujetos que tienen problemas con el alcohol, tienden a justificar su problemática. Una vez más, la Hi queda aceptada.

Al interrogar a los estudiantes sobre ¿Qué tratamiento le recomendaría a una persona que tuviera problemas con el alcohol?. Sin importar si tienen problemas o no con el alcohol, los hombres recomiendan acudir a una clínica de Salud Mental con un alfa de .052. Los hombres que manifiestan problemática con el consumo de alcohol recomiendan un grupo de autoayuda. Consideramos que esto puede deberse en primer lugar a que

ellos se ven directamente relacionados con el problema, además de ser el lugar con mayor difusión como una alternativa de tratamiento. Se acepta la H_1 .

La edad en la que empezaron a beber en relación al puntaje total de Audit mostrando una significancia de .042, esto nos indica que los jóvenes que tienen problemas con el alcohol iniciaron su consumo entre los 11 y 15 años este es un dato corroborado con información ya mencionada en el marco teórico, se considera que esto puede deberse a que los pertenecientes a este grupo han estado más tiempo en contacto con el alcohol, y por ello se incrementa su problemática, queda aceptada la H_1 .

Al preguntar con que frecuencia toman bebidas alcohólicas, los entrevistados que tienen mayor problema con el alcohol consumen alcohol más continuamente, esto con una significancia de .00043; lo mismo sucede al preguntarles: "¿Cuántas copas se tomó la última vez que bebió?", encontrándose el grupo de las que tienen mayor problema con el alcohol, entre las que beben más copas, con una significancia de .000001. Es aceptada la H_1 .

Cuando se indagó sobre si existía alguna razón para no acudir a un tratamiento las mujeres más deprimidas opinaron que es avergonzante con un alfa de .004, esta respuesta se puede deber a que una persona cuando esta deprimida muestra sentimientos de minusvalía, inseguridad, etc.

Las personas jóvenes con niveles de depresión intermedia manifiestan beber con familiares, en contraste con las mujeres más deprimidas que responden que ellas no beben con familiares (con un alfa de .038). Queda aceptada la H_1 .

Una correlación más que fué significativa, fué la de las variables de puntajes totales de AUDIT y porcentajes totales de Zung, obteniendo una significancia de alfa .038, encontrándose en mujeres una relación entre consumo de alcohol y depresión. La H_1 se acepta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos en los tres instrumentos aplicados (Alcohol Users Disorders Identification Test Audit, Escala de Automedición de la Depresión de Zung y Encuesta de Actitud) se vertieron en tablas que nos permitieron observar la distribución de las frecuencias con el propósito de evaluar como se comportaron los resultados.

A continuación se especifica el significado de los niveles de Audit y Zung:

AUDIT

0	-----	NO CONSUMO
1 A 4	-----	CONSUMO MODERADO
5 A 8	-----	CONSUMO ELEVADO CON RIESGO
8 ó más	-----	CONSUMO ELEVADO CON ALTO RIESGO

En Zung el nivel 1 corresponde a depresión más baja y el 5 a depresión mayor.

Así mismo es importante señalar, que los datos vertidos en las tablas serán expresados en porcentajes.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

**DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL,
GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES				
AUDIT	¿CON QUE FRECUENCIA TOMA UB. BEBIDAS ALCOHOLICAS?			
	NO RESPUESTA	TODOS LOS DIAS	UNA O DOS VECES POR SEMANA	MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA
0	78	0	1	21
1-4	28	0	0	72
5 ó más	0	0	10	90
TOTAL	58	0	1	42
HOMBRES				
0	71	0	0	29
1-4	18	2	2	78
5-8	21	0	10	69
9 ó más	7	7	20	67
TOTAL	37	2	4	58

	MUJERES 416	HOMBRES 262
No respuesta	240	96
Todos los días	0	4
Una a dos veces por semana	3	11
menos de una vez por semana	173	151

En esta tabla se observa que hombres (55%) y mujeres (33%) con puntajes altos de Audit consumen bebidas alcohólicas una o dos veces por semana.

**DISTRIBUCION POR OCASIONES EN LAS QUE SE INGIERE ALCOHOL,
GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES			
AUDIT	¿EN QUE OCASIONES USUALMENTE TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?		
	DURANTE O DESPUES DE LA COMIDA	EN FIESTAS O REUNIONES	EN CITAS
0	2	39	0
1-4	10	90	2
5 ó más	0	90	20
TOTAL	5	59	1
HOMBRES			
0	4	44	2
1-4	7	93	2
5-8	0	97	7
9 ó más	13	87	10
TOTAL	6	75	3

	MUJERES 416	HOMBRES 262
Comida	21	15
Fiestas	246	196
Citas	6	9

Las mujeres y los hombres que presentan puntajes altos en Audit (6% y 13% respectivamente) beben en fiestas y reuniones, siendo muy poco probable, la opción de beber durante o después de la comida.

**DISTRIBUCION POR LUGARES EN LOS QUE USUALMENTE BEBE,
GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES						
AUDIT	¿EN QUE LUGARES USUALMENTE TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS ?					
	CANTINA TABERNA BAR	RESTAURAN- TE	LUGAR DE TRABAJO	HOGAR	CASA DE AMIGOS	CASA DE FAMILIARES
0	0	4	0	21	4	24
1-4	11	12	1	38	32	47
5 ó más	30	40	0	20	70	60
TOTAL	5	8	0	27	16	34
HOMBRES						
0	3	5	1	22	18	16
1-4	13	11	3	37	50	35
5-8	31	10	0	21	72	24
9 ó más	53	37	0	30	73	27
TOTAL	16	12	2	29	43	26

	MUJERES 416	HOMBRES 262
Cantina	21	42
Restaurante	32	31
Trabajo	2	4
Hogar	114	75
Amigos	66	113
Familiares	140	68

Las mujeres con puntajes altos en Audit tienden a beber en restaurantes (13%), casa de amigos (11%) familiares (4%).

Por su parte, los hombres en ésta misma situación prefieren tomar en cantinas (38%), restaurantes (35%), el hogar (12%), casa de amigos (19%).

En ambos sexos se observa que prefieren excluir el lugar de trabajo (2% y 4% respectivamente), ya que la probabilidad de actividad laboral en esta muestra es escasa.

**DISTRIBUCION POR PERSONAS CON QUIEN BEBE,
GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES							
AUDIT	¿CON QUIEN BEBE POR LO GENERAL?						
	AMIGOS	CONOCI- DOS	PARIEN- TES	FAMILIA INMEDI- TA	COMPAÑE- ROS DE TRABAJO	CITAS	SOLO
0	8	1	11	32	1	0	0
1-4	52	8	36	43	1	1	3
5 ó más	90	10	60	30	20	10	20
TOTAL	26	4	22	36	1	0	2
HOMBRES							
0	22	1	9	26	1	1	1
1-4	70	14	37	26	0	5	7
5-8	86	28	21	17	0	0	7
9 ó más	87	17	27	30	0	20	13
TOTAL	56	11	24	26	0	5	5

MUJERES 416

HOMBRES 262

Amigos	108	146
Conocidos	16	29
Parientes	90	62
Familia inmediata	150	67
Compañeros de trabajo	6	1
Citas	2	12
Sólo	7	14

Las mujeres que presentan puntaje elevado de Audit se inclinan por beber con amigos (8%) y familiares (7%) descartando las posibilidades de los compañeros de trabajo, las citas y la familia inmediata, ya que demostrar alguna conducta no deseada en las mujeres ocasionada por beber alcohol sería gravemente estigmatizada.

Los hombres que presentan el mismo caso, beben con amigos (18%) y esto es hasta cierto punto esperado porque se sabe de antemano que en este grupo no será señalado o rechazado como en los otros grupos. Lo cual nos corroborará los datos de la tabla anterior.

**DISTRIBUCION POR PERSONAS CON QUIEN BEBE,
GENERO SEXUAL Y NIVEL DE DEPRESION**

MUJERES							
ZUNG NIVEL	¿CON QUIEN BEBE POR LO GENERAL?						
	AMIGOS	CONOCIDOS	PARENTES	FAMILIA INMEDIATA	COMPAÑEROS DE TRABAJO	CITAS	SOLO
1	23	5	19	38	0	1	0
2	22	1	28	35	0	0	0
3	28	6	30	33	4	1	3
4	23	4	21	33	1	0	4
5	32	3	13	41	2	0	2
TOTAL	26	4	22	36	1	0	2
HOMBRES							
1	64	10	19	19	2	3	2
2	53	6	23	30	0	4	8
3	55	7	18	22	0	4	4
4	56	21	35	32	0	5	7
5	49	10	23	26	0	8	8
TOTAL	56	11	24	26	0	5	5

	MUJERES 416	HOMBRES 262
Amigos	108	146
Conocidos	16	29
Parientes	90	62
Familia inmediata	150	67
Compañeros de trabajo	6	1
Citas	2	12
Solo	7	14

Las mujeres que manifiestan tener más síntomas depresivos, acostumbran beber con parientes con un 14 % de las que se encuentran en este nivel de depresión. En ninguna otra variable se presentan relaciones o tendencias, todo se distribuye uniformemente.

**DISTRIBUCION POR OPINION DEL EFECTO QUE CAUSA EL BEBER EN LA SALUD
GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES					
AUDIT	¿QUE TIPO DE EFECTOS OCASIONA EL BEBER A SU SALUD?				
	NO RESPUESTA	NINGUN EFECTO	BUEN EFECTO	MAL EFECTO	NO LO SABE
0	19	13	1	48	20
1-4	5	34	2	45	15
5 ó más	10	40	0	40	10
TOTAL	13	21	1	46	18
HOMBRES					
0	14	9	0	62	13
1-4	4	36	4	47	9
5-8	3	28	10	48	10
9 ó más	0	20	7	57	17
TOTAL	7	23	4	54	12

MUJERES 416

HOMBRES 262

No respuesta	55	19
Ningun efecto	89	61
Buen efecto	5	10
Mal efecto	193	141
No lo se	74	31

Un porcentaje de las mujeres con puntaje alto en Audit opinan que el alcohol no causa ningún efecto a la salud (5%), así mismo, otro porcentaje de mujeres en esta misma situación considera que el alcohol causa un mal efecto a la salud (2%).

Se observa que la mayoría de los hombres que tienen puntajes altos en Audit, consideran que el alcohol causa mal efecto en la salud (7%).

**DISTRIBUCION POR NIVEL DE DEPRESION,
GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES						
AUDIT	ZUNG					
	NO RESPUESTA	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
0	0	18	22	20	19	21
1-4	1	21	18	17	16	29
5 ó más	0	0	0	40	20	40
TOTAL	0	19	20	19	18	24
HOMBRES						
0	0	23	21	25	19	13
1-4	0	22	19	22	26	11
5-8	0	21	14	17	14	34
9 ó más	0	23	30	10	23	13
TOTAL	0	22	20	21	22	15

	MUJERES 416	HOMBRES 262
No respuesta	2	62
Nivel 1	78	58
Nivel 2	82	53
Nivel 3	80	55
Nivel 4	73	57
Nivel 5	101	39

Se puede observar que en el caso de las mujeres, entre más alto es el nivel de depresión tienden a colocarse en los rangos de Audit más elevados (40%)

En el caso de los hombres no se observa relación entre el nivel de depresión y los puntajes obtenidos en Audit.

**DISTRIBUCION POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ULTIMOS
TREINTA DIAS, GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN
LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES			
AUDIT	¿EN LOS ULTIMOS TREINTA DIAS HA UD, TOMADO CERVEZA, VINO, LICOR U OTRA BEBIDA ALCOHOLICA?		
	NO RESPUESTA	SI	NO
0	9	5	86
1-4	3	37	60
5 ó más	10	70	20
TOTAL	7	18	75
HOMBRES			
0	3	1	96
1-4	1	48	51
5-8	0	66	34
9 ó más	0	90	10
TOTAL	2	37	61

MUJERES 416

HOMBRES 262

No respuesta	29	4
Si	76	98
No	311	160

Se observa que las personas que tienen puntajes altos en Audit, tanto hombres como mujeres han consumido alcohol en los últimos treinta días, sin embargo al igual que la tabla anterior Solo el 2% de la población total de mujeres se ubica en los puntajes más elevados de Audit y en los hombres el 28 % se encuentra en la misma situación

**DISTRIBUCION POR ESCUELA DE PROCEDENCIA, GENERO SEXUAL Y
PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES					
AUDIT	ESCUELA DE PROCEDENCIA				
	NO RESPUESTA	PREPARA-TORIAS	C.C.H.	PARTICU-LARES	OTRAS
0	1	43	49	6	1
1-4	0	40	42	16	2
5 ó más	10	20	30	40	0
TOTAL	1	41	46	11	1
HOMBRES					
0	0	49	37	10	3
1 - 4	1	36	34	28	1
5 - 8	0	31	41	17	10
9 ó más	0	33	30	37	0
TOTAL	0	40	35	21	3

TOTAL DE MUJERES 416

TOTAL DE HOMBRES 626

No respuesta	3	.....	1
Preparatoria	171	.....	105
C.C.H.	192	.....	93
Particular	44	.....	56
Otras	6	.....	7

La mayor parte de la muestra proviene de la Escuela Nacional Preparatoria y del Colegio de Ciencias y Humanidades, sin embargo es notorio que el aumento en el consumo de alcohol se presenta en estudiantes procedentes de escuelas particulares, tanto en población femenina como masculina. Aun cuando solo el 10% de las 44 mujeres procedentes de las escuelas particulares se encuentran dentro de los puntajes altos de Audit. Y en el caso de los hombres el 20%.

**DISTRIBUCION POR ACTITUD HACIA DIFERENTES TIPOS DE
TRATAMIENTO, GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN
LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES							
AUDIT	SI ALGUIEN CERCANO A UD. TIENE ALGUN PROBLEMA DE BEBIDA, ¿CON QUIEN LE RECOMENDARIA UD. QUE FUERA PARA OBTENER AYUDA?						
	TRATAMIENTO/ALCOHOLISMO	TRABAJADOR SOCIAL/CONSEJERO	CLINICA DE SALUD MENTAL	GRUPO DE AUTOAYUDA	SACERDOTE	FAMILIA/AMIGOS	CURANDERO/YERBERO
0	81	22	21	49	5	29	1
1-4	76	20	16	49	3	32	1
5-8	60	40	10	30	0	60	0
TOTAL	79	22	19	49	4	31	1
HOMBRES							
0	67	16	23	54	2	35	0
1-4	62	17	14	55	2	38	1
5-8	52	24	07	41	0	52	0
9 ó más	63	03	30	23	7	53	0
TOTAL	63	16	18	49	2	40	0

	MUJERES 416	HOMBRES 262
Tratamiento/Alcoholismo	328	262
Trabajador Social/ Consejero	90	42
Clinica de Salud Mental	80	48
Grupo de Autoayuda	202	129
Sacerdote	17	6
Familia/Amigos	127	105
Curandero/Yerberero	3	1

Se encontró que las opciones de acudir en busca de ayuda con un sacerdote, un curandero o un yerbero no fueron tomadas en cuenta tanto por hombres como por mujeres y se observó que en el caso de las mujeres que tienen puntajes altos en Audit recomiendan acudir con familiares o amigos (5%). En el caso de los hombres independientemente de su puntaje de Audit, optaron por recomendar a las clínicas de salud mental u hospital como opción prioritaria (15%). En lo que respecta a los grupos de autoayuda (12%), los hombres y las mujeres que tienen menor puntaje en Audit sugieren éste tipo de tratamiento.

**DISTRIBUCION POR OPINION DE ACUDIR A UN TRATAMIENTO,
GENERO SEXUAL Y NIVEL DE DEPRESION**

MUJERES					
ZUNG NIVEL	SEGUN UD. ¿EXISTEN RAZONES PARA NO IR A TRATAMIENTO O CONSEJERIA?				
	NO RESPUESTA	NO ES NECESARIO	ES COSTOSO	ES AVERGONZAN- TE	NO
1	5	1	0	5	88
2	2	6	2	6	83
3	1	13	1	1	84
4	7	3	0	5	85
5	2	2	2	10	84
TOTAL	4	5	1	6	84
HOMBRES					
1	3	7	3	2	84
2	4	11	0	6	79
3	2	5	2	5	85
4	5	14	2	7	72
5	3	5	0	13	79
TOTAL	3	9	2	6	80

MUJERES 416

HOMBRES 262

No respuesta	15	9
No es necesario	20	23
Es costoso	6	4
Es avergonzante	24	16
No	351	210

En ambos sexos se percibe que no existen razones para no ir a tratamiento o consejería, la gran mayoría considera que no hay obstáculos, sin embargo aparece un porcentaje que opina que acudir a tratamiento es avergonzante hombres (31%) y mujeres(42%) en el nivel 5 de Zung, y se relaciona con un incremento gradual en el nivel de depresión.

**DISTRIBUCION POR EDAD DE LA PRIMERA INGESTA
DE BEBIDAS ALCOHOLICAS, GENERO SEXUAL
Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES					
AUDIT	¿QUE EDAD TENIA UD. CUANDO PROBO POR PRIMERA VEZ UNA BEBIDA ALCOHOLICA?				
	NO RESPUESTA	1 A 10 AÑOS	11 A 15 AÑOS	16 A 18 AÑOS	19 O MÁS
0	45	8	27	19	1
1-4	6	12	49	32	1
5-8	0	20	80	0	0
TOTAL	29	10	36	23	1
HOMBRES					
0	43	11	23	19	4
1-4	1	14	43	40	2
5-8	0	21	45	34	0
9 ó más	0	27	67	7	0
TOTAL	16	15	39	27	2

	MUJERES 416	HOMBRES 262
No respuesta	122	43
1 a 10 años	41	40
11 a 15 años	151	101
16 a 18 años	97	72
19 ó más	5	6

En ambos géneros sexuales se observa que los que tienen puntajes altos en Audit son los que se iniciaron en la bebida entre los 11 y los 15 años (5.2% y 20% en mujeres y hombres respectivamente).

**DISTRIBUCION POR CONSUMO EN LOS ULTIMOS 12 MESES, SEGUN GENERO
SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES			
AUDIT	EN LOS ULTIMOS 12 MESES ¿HA UD. TOMADO CERVEZA, VINO, LICOR U OTRA BEBIDA ALCOHOLICA?		
	NO RESPUESTA	SI	NO
0	9	33	59
1-4	3	84	13
5 ó más	0	90	10
TOTAL	6	53	41
HOMBRES			
0	3	30	67
1-4	1	91	8
5-8	0	93	7
9 ó más	3	97	0
TOTAL	2	69	29

	MUJERES 416	HOMBRES 262
No respuesta	27	5
Si	220	181
No	169	76

Las personas que presentan puntajes altos en Audit en ambos sexos han bebido en los últimos 12 meses, lo cual era de suponerse ya que es un periodo amplio de tiempo y favorece la oportunidad de acceder al alcohol, sin embargo solo el 2% de la población femenina presenta este incremento, siendo en hombres el 16%.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Hi. Existe relación entre el nivel de depresión y el puntaje obtenido en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA.

Ho. No existe relación entre el nivel de depresión y el puntaje obtenido en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA.

Hi. Existe relación entre la edad y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA.

Ho. No existe relación entre la edad y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA .

Hi. Existe relación entre la edad y nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA.

Ho. No existe relación entre la edad y el nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA.

Hi. Existe relación entre la religión y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA .

Ho. No existe relación entre la religión y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA .

Hi. Existe relación entre la religión y el nivel de depresión en los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA

Ho. No existe relación entre la religión y el nivel de depresión en los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA .

Hi. Existe relación entre la escuela de procedencia y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA.

Ho. No existe relación entre la escuela de procedencia y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA.

Hi. Existe relación entre la escuela de procedencia y el nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA.

Ho. No existe relación entre la escuela de procedencia y el nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA.

Hi. Existe relación entre el género sexual y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA.

Ho. No existe relación entre el género sexual y los puntajes obtenidos en el AUDIT en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA.

Hi. Existe relación entre el género sexual y el nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA.

Ho. No existe relación entre el género sexual y el nivel de depresión en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA.

Hi. Existe relación entre la problemática con el alcohol y las respuestas a la encuesta de actitud en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA.

Ho. No existe relación entre la problemática con el alcohol y las respuestas a la encuesta de actitud en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA.

Hi. Existe relación entre el nivel de depresión y las respuestas a la encuesta de actitud en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE ACEPTA.

Ho. No existe relación entre el nivel de depresión y las respuestas a la encuesta de actitud en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. SE RECHAZA.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

DISCUSION

La bibliografía sugiere que en cuanto a los síntomas depresivos, el problema radica en diferenciar entre los jóvenes realmente depresivos y aquellos que presentan episodios pasajeros de depresión considerando su cambiante estado de ánimo.

En lo que respecta a esta investigación tenemos que las mujeres y los hombres más deprimidos fluctúan entre los 18 y los 19 años, lo cual nos habla de cierta predisposición o tendencia hacia la depresión originada por la edad, pero es preciso tomar en cuenta que en la dinámica social de nuestros días, los jóvenes tienen que realizar tareas que les permitan su desarrollo aunque estos vayan contra nuestra herencia biológica, ya que no fácilmente se destruyen nuestros lazos de unión y cuando lo hacemos es bajo un alto costo emocional.

Por otra parte las estadísticas indican que la depresión se presenta más a menudo en las mujeres que en los hombres (Brown y Harris 1978; Winokour 1971, Weissman y Klerman 1977, Heigason 1966 y McCabe 1975), lo que fué confirmado con los resultados de este estudio, obteniendo un 24.51% de mujeres deprimidas en comparación con sólo un 14.88% de hombres deprimidos.

Debemos recordar que existe una serie de discriminaciones y desigualdades sociales contra las mujeres que genera indefensión legal y económica que posteriormente se deriva en dependencia y deterioro de las aspiraciones, para finalmente convertirse en depresión.

Weiner (1970) Considera que una adolescencia perturbada es el resultado de una niñez perturbada y el antecedente de una madurez perturbada, debido a que la cultura impone fuertes tensiones al adolescente, por las inhibiciones sexuales, las limitaciones de su libertad, etc., de modo que no es sorprendente que sufra trastornos depresivos.

En los datos de este estudio se encontró que las mujeres y los hombres deprimidos consideran que el alcohol no influye para que las relaciones sexuales sean placenteras, esta respuesta puede obedecer a que no

mantiene actividad sexual, cabe mencionar que la respuesta a la pregunta 6 de la escala de Zung se vió constantemente omitida, lo cual confirma lo anterior.

En el caso de los hombres más deprimidos encontramos que el consumo de alcohol se realiza prioritariamente menos de una vez por semana, pero no debemos olvidar que la bibliografía sugiere que en México no se consume tan frecuentemente como en otros países, pero sí en cantidades muy altas.

El recuerdo del padre o madre borracho es muy frecuente entre los estudiantes deprimidos de ambos sexos, con una prevalencia en el sexo masculino, lo cual nos indica que la red familiar y su estabilidad influyen de manera notable en el desencadenamiento de la depresión.

Por otra parte, se sabe, que a una persona que presenta sintomatología de depresión acompañada de problemas con y por el consumo de alcohol, se le sugiere la eliminación del alcohol, ya que dicha adicción reducirá notablemente las posibilidades de recuperación de la depresión.

De hecho, es frecuente que un deprimido que bebe en exceso presente un aumento de su sintomatología, incrementándose el riesgo de suicidio, aún cuando anteriormente haya recurrido al alcohol por su efecto desinhibidor.

En esta investigación se observó que los jóvenes sin religión parecen tener mayores problemas en relación al consumo de alcohol, dándonos ésto indicios de que la religión podría influir en el consumo del alcohol.

Antiguamente sucedía en las poblaciones indígenas que trataban de controlar la formación de los jóvenes, la religión en este aspecto representaba un papel fundamental, ya que si algún muchacho aparecía tomando lo castigaban dándole de palos hasta matarlo, delante de todos los **mancebos para** que tomasen esto como ejemplo.

A pesar de que en el marco teórico se encontró que la proporción de **alcohólicos entre** hombres y mujeres se ha estado igualando durante los últimos años, **este dato** no se observó en nuestra investigación, ya que incluso cuando el número de sujetos de sexo femenino es mayor que el número de sujetos de sexo masculino, se observa que la proporción de bebedores hombres se eleva considerablemente.

Por una parte se confirma que las mujeres suelen tener menores problemas con el consumo de bebidas alcohólicas, que los hombres; es posible que la actitud represora y protectora de la sociedad mexicana hacia la mujer, tenga que ver con este hallazgo. En México una mujer que bebe es reprobada socialmente más frecuentemente que en el caso de los hombres. Así las mujeres que tienen problemas con el alcohol consideran que es avergonzante para ellas, ya que el estigma social así lo ha impuesto.

El consumo de alcohol problemático en hombres es más elevado entre los 18 y los 20 años, mismo dato que fué observado en la presente investigación, ya que los hombres además de ser quienes más consumen alcohol, lo realizan más entre la edad mencionada.

Adler y Kandel (1981) encontraron que del 30 al 60 % de los estudiantes de escuela superior consumen alcohol por lo menos una vez al mes y que 1 a 3% toman todos los días.

En este estudio encontramos que sólo el 26 % de la muestra consume por lo menos una vez por mes y que ni el 1 % toma todos los días.

Los alumnos con mayores problemas con el alcohol, opinan que si alguien cercano tiene problemas con el alcohol, le recomendaría un grupo de auto ayuda como un tratamiento, corroborando lo encontrado en el marco teórico, es el grupo de mayor difusión y cuenta con anexos en distintos lugares del país, además de tener fácil acceso y de ser servicios gratuitos las 24 horas.

Se consideró interesante indagar sobre si los estudiantes sabían qué efecto ocasionaba el beber a su salud; y fué de llamar la atención que de los bebedores que obtuvieron puntajes elevados en el A.U.D.I.T., la mitad considera que beber causa un mal efecto., como se menciona en el marco teórico, esto puede deberse a la carga social, ya que en determinados ambientes una actitud abstencionista estricta puede ser tildada de "asocial". A pesar de los efectos negativos del alcohol y su exceso, ya que las situaciones asociadas a la ingesta de alcohol son más atractivas para muchas personas que sus efectos negativos.

Como ya se mencionó anteriormente en el marco teórico, los grados de consumo de alcohol, tienden a incrementarse al aumentar el nivel socioeconómico. En esta investigación se corroboró que los alumnos que provienen de escuelas particulares tienden a presentar mayores problemas con el alcohol, debido a que la clase socioeconómica influye en los patrones de consumo.

Otro hecho que fué interesante es que tanto hombres como mujeres mencionan que las reuniones sociales, fiestas o convivencia con amigos, son los acontecimientos más socorridos para beber; esta respuesta muestra el hecho de la importancia que tiene la aceptación y la deseabilidad social entre los jóvenes.

Los resultados sobre el tipo de bebida ingerida concuerdan con lo esperado, encontrándose que la cerveza es la bebida más consumida por los jóvenes, aunque la proporción de mujeres sea menor que la de los hombres.

CONCLUSIONES

- Los estudiantes de la facultad de medicina de primer año de la UNAM no se muestran como consumidores consuetudinarios de alcohol.
- Los hombres en comparación con las mujeres parecen consumir mayor cantidad de alcohol.
- La edad en la que se presenta mayor consumo de alcohol es al alrededor de los 18 años, sin embargo esto puede deberse a que el grueso de la muestra se ubicaba en ese rango de edad.
- La mayoría inició el consumo entre los 11 y los 15 años.
- Los jóvenes sin religión consumen más alcohol que aquellos con religión y entre las religiones se observa que los católicos tienden a consumir más alcohol. Dado que las religiones generan actitudes hacia objetos psicológicos como es el caso del consumo de alcohol, consideramos que la religión puede influir en la actitud y la conducta de consumo.
- Los estudiantes que proceden de escuelas particulares tienden a consumir mayor cantidad de alcohol en comparación con los que provienen de la Escuela Nacional Preparatoria o del Colegio de Ciencias y Humanidades.
- Otra diferencia en cuanto a género sexual se observa en los lugares en los que se consume alcohol, las mujeres consumidoras evitan beber en el hogar debido a que esta conducta puede ser reprobada por la familia.
- Los hombres además de beber en las mismas situaciones sociales que las mujeres, también lo hacen en la cantina o bar y omiten el consumo en el hogar.
- De los estudiantes que tienen puntajes altos en el A.U.D.I.T., la mitad opina que éste no causa mal efecto a su salud y el resto considera que no causa ningún efecto.
- Los tratamientos más recomendados por los estudiantes son tratamientos para alcoholismo y grupos de autoayuda.

-- La cerveza es la bebida mas consumida por los estudiantes de primer año de la facultad de medicina de la UNAM, lo cual coincide con las investigaciones precedentes.

-- Se encontró que las mujeres tienen índices de depresión más altos que los hombres, y en ellas se observó una relación entre su depresión y los puntajes obtenidos en el A.U.D.I.T.

-- Los niveles de depresión más elevados difieren en cuanto a género de tal manera que en las mujeres se observaron niveles altos de depresión a los 18 años y en los hombres a los 19 años.

SUGERENCIAS

Se sugiere realizar una investigación posterior con ésta misma muestra con el objeto de evaluar la evolución de la problemática con el alcohol y los niveles de depresión ya que la bibliografía afirma que en los últimos años de la carrera de medicina se incrementan tanto el nivel de depresión como el de consumo. Por lo tanto sería recomendable repetir el estudio cuando los estudiantes cursen el último ó antepenúltimo año de estudios para confirmar o descartar tal aseveración.

Sería importante que los estudios posteriores sobre el tema, consideraran la posibilidad de utilizar otros instrumentos que midan depresión.

En el caso de este estudio el AUDIT proporcionó datos importantes por ser un instrumento de tamizaje; en investigaciones posteriores en las que se deseen resultados más específicos de cada sujeto es recomendable utilizar otro tipo de instrumentos. Existen algunos que determinan problemas con el consumo de alcohol desde el punto de vista social, familiar, laboral, etc. que podrían ser utilizados en función de los objetivos perseguidos por cada investigación.

Así mismo, sería importante identificar cuales son las causas o las situaciones que generan mayor estrés y que propician el consumo de alcohol, para intentar erradicarlas y frenar en la medida de lo posible el desencadenante de consumo de alcohol y/o los niveles de depresión para que sea cual fuere el que aparece primero no influya en el otro evitando que se genere una circularidad que impida dinámica o movimiento.

Se sugiere también, realizar un estudio similar en todas las carreras poniendo especial énfasis en las carreras que están estrechamente vinculadas con el campo de la salud y que brindan apoyo a pacientes con ésta misma problemática.

LIMITACIONES

Podemos decir que como limitantes se encuentra el hecho de que algunos reactivos de la encuesta de actitud se mostraron ligeramente inconsistentes por lo que sería conveniente hacer una revisión a dicha encuesta o utilizar otra para facilitar el tratamiento estadístico de los datos en investigaciones subsecuentes.

La desigualdad entre el número de mujeres y el número de hombres no permitió tratarlos estadísticamente de la misma manera y hacer una interpretación única ya que los datos obtenidos discrepan notablemente entre ambos sexos y no se pudo concluir de manera general.

Otra de las limitaciones a las que se enfrentó el estudio fué en el momento de aplicar los instrumentos ya que existe la probabilidad de que los sujetos no hayan contestado con sinceridad incluso cuando se les aclaró que era de manera anónima, que la investigación no tenía que ver con sus profesores, con las autoridades de la Facultad y que no repercutirían en sus calificaciones. De ésto, aunque no se tiene la certeza de que haya ocurrido pudo ser un factor que influyera o afectara los resultados.

A N E X O S

**DISTRIBUCION POR EDAD, GENERO SEXUAL Y
RASGOS DEPRESIVOS**

MUJERES					
ZUNG	EDAD				
NIVEL	15 A 17	18	19	20	21 ó más
1	5	59	27	5	4
2	4	61	24	6	5
3	3	61	18	10	9
4	8	51	29	10	3
5	11	48	33	6	3
TOTAL	6	56	26	7	5
HOMBRES					
1	2	43	28	16	12
2	0	49	34	9	8
3	4	58	22	9	7
4	2	46	30	14	9
5	10	38	38	3	10
TOTAL	3	03	47	11	9

En esta tabla podemos observar que tanto hombres como mujeres que presentan altos niveles de depresión se encuentran en las edades de 18 y 19 años.

**DISTRIBUCION POR RELIGION, GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS
EN AUDIT**

MUJERES				
AUDIT	RELIGION			
	NO. RESPUESTA	CATOLICOS	OTRAS	SIN RELIGION
0	0	77	13	10
1 a 4	1	77	8	14
5 ó más	0	70	10	20
TOTAL	0	77	11	12
HOMBRES				
0 pts	0	71	15	13
1 a 4 pts	0	71	10	19
5 a 8 pts	0	72	7	21
8 ó más pts.	0	63	7	30
TOTAL	0	70	11	18

Se observa que la religión católica cuenta con más adeptos en comparación con otras religiones y con los que manifestaron no tener religión, éstos últimos exhiben mayor puntajes en la escala de Audit, sin embargo debido a que las cifras son reducidas no se puede afirmar que exista una relación clara entre la religión y los puntajes obtenidos en Audit.

**DISTRIBUCION POR RELIGION, GENERO SEXUAL
Y NIVELES DE DEPRESION**

MUJERES				
ZUNG	RELIGION			
NIVEL	NO RESPUESTA	CATOLICOS	OTRAS	SIN RELIGION
1	1	72	15	12
2	0	82	12	6
3	0	70	18	13
4	0	78	5	16
5	1	81	6	12
TOTAL	0	77	11	12
HOMBRES				
1	0	76	14	10
2	0	70	9	21
3	0	71	11	18
4	0	61	12	26
5	0	74	10	15
TOTAL	0	70	11	18

El 77% de las mujeres y el 70% de los hombres pertenecen a la religión católica, sin embargo no se observa una relación clara entre depresión y religión, y aunque se observa que los católicos tienden a estar más deprimidos, esto se debe a que el grueso de la población se encuentra en esta religión.

**DISTRIBUCION POR ESCUELA DE PROCEDENCIA, GENERO SEXUAL Y
NIVELES DE DEPRESION**

MUJERES					
ZUNG NIVEL	ESCUELA DE PROCEDENCIA				
	NO RESPUESTA	PREPARA- TORIAS	C.C.H.	PARTICU- LARES	OTRAS
1	0	40	47	12	1
2	1	43	44	11	1
3	1	40	44	11	4
4	1	48	40	10	1
5	0	38	53	9	0
TOTAL	1	41	46	11	1
HOMBRES					
1	0	48	28	21	3
2	0	45	32	23	0
3	0	40	0	16	4
4	2	30	37	26	5
5	0	36	44	21	0
TOTAL	0	40	35	21	3

Se observa que para ambos sexos, no existe relación entre el nivel de depresión y el bachillerato de procedencia, solo se puede observar que hay una ligera tendencia al incremento en el nivel de depresión por parte de los estudiantes provenientes del Colegio de Ciencias y Humanidades (C.C.H.)

**DISTRIBUCION POR ACTITUD HACIA EL EFECTO DEL ALCOHOL EN
LAS RELACIONES SEXUALES, GENERO SEXUAL Y PUNTAJES
OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES				
AUDIT	CRER UD. QUE EL ALCOHOL HAGA QUE HACER EL AMOR SE SIENTA MEJOR			
	NO RESPUESTA	SI	NO	N.A.
0	2	1	59	38
1-4	1	2	60	38
5 ó más	0	10	80	10
TOTAL	1	2	60	38
HOMBRES				
0	2	1	80	16
1-4	0	6	75	20
5-8	3	3	86	7
9 ó más	0	10	70	20
TOTAL	1	4	77	17

El 77% de los hombres y el 60% de las mujeres opinan que las relaciones sexuales no son más placenteras a causa del consumo de alcohol, por lo tanto no existe una relación directa entre los puntajes obtenidos en Audit y la influencia de este en las relaciones sexuales.

**DISTRIBUCION POR ACTITUD HACIA EL EFECTO DE ALCOHOL
EN LAS RELACIONES SEXUALES, GENERO SEXUAL
Y NIVELES DE DEPRESION**

MUJERES				
ZUNG	CREE UD. QUE EL ALCOHOL HAGA QUE HACER EL AMOR SE SIENTA MEJOR			
NIVEL	NO RESPUESTA	SI	NO	N.A.
1	0	1	72	27
2	1	0	61	38
3	4	0	54	43
4	0	3	55	41
5	0	4	57	39
TOTAL	1	2	60	38
HOMBRES				
1	0	3	86	10
2	0	8	68	25
3	2	2	78	18
4	2	4	82	12
5	3	5	69	23
TOTAL	1	4	77	17

La gran mayoría de la población masculina y femenina considera que el alcohol no influye en que las relaciones sexuales sean más placenteras. En el caso concreto de los que opinaron que sí existe relación entre el beber y que las relaciones sexuales sean más satisfactorias, los pocos casos existentes se concentraron en los niveles más altos de depresión. A pesar de esto, no existe evidencia suficiente que permita afirmar que la actitud hacia el efecto del alcohol en las relaciones sexuales tenga relación con los niveles de depresión.

**DISTRIBUCION POR ACTITUD HACIA EL ACCESO A LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS,
GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES				
AUDIT	CREE UD. QUE ALGO DEBIERA HACERSE PARA FACILITAR O DIFICULTAR EL ACCESO DE LA GENTE A LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS			
	NO RESPUESTA	NO	MAS FACIL	MAS DIFICIL
0	7	26	2	65
1-4	5	31	3	60
5 ó más	0	60	0	40
TOTAL	6	29	3	63
HOMBRES				
0	10	31	5	54
1-4	3	51	6	41
5-8	0	66	7	28
9 ó más	0	63	10	27
TOTAL	5	47	6	42

El 63% de las mujeres considera que el acceso debería ser más difícil y el 25% respondió que no se debería hacer nada; a este grupo pertenece el 60% de las estudiantes con puntajes altos en Audit, en cuanto a los hombres se encontró que la mitad de los que tienen puntajes bajos en Audit opinan que hay que hacerlo más difícil, mientras que los que tienen puntajes altos en Audit tienen una actitud más favorable ante el acceso a las bebidas alcohólicas, y solo un 27% de ellos opinan que no se haga más fácil, por lo tanto, existe una relación entre el consumo de alcohol y la actitud hacia el acceso a las bebidas alcohólicas en la población masculina.

**DISTRIBUCION POR ACTITUD HACIA EL ACCESO A LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS,
GENERO SEXUAL Y NIVELES DE DEPRESION**

MUJERES				
ZUNG	 Cree Ud. que algo debiera hacerse para facilitar o dificultar el acceso de la gente a las bebidas alcoholicas			
NIVEL	NO RESPUESTA	NO	MAS FACIL	MAS DIFICIL
1	8	28	1	63
2	1	28	2	68
3	8	36	0	56
4	7	27	5	60
5	7	25	4	64
TOTAL	6	29	3	63
HOMBRES				
1	5	47	2	47
2	2	47	4	47
3	7	45	7	40
4	7	51	9	33
5	3	41	10	46
TOTAL	5	47	6	42

Podemos decir que en ambos sexos no se encontró evidencia que indique que el nivel de depresión esté relacionado con la actitud hacia el acceso a las bebidas alcohólicas, sin embargo en los hombres que opinan que debería hacerse algo para facilitar el acceso a las bebidas alcohólicas, se aprecia un ligero incremento en los niveles de depresión.

**DISTRIBUCION POR ACTITUD HACIA DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTO
DE ACUERDO AL GENERO SEXUAL Y NIVELES DE DEPRESION**

MUJERES							
SI ALGUIEN CERCANO A UD. TIENE ALGUN PROBLEMA DE BEBIDA ¿CON QUIEN LE RECOMENDARIA UD. QUE FUERA PARA OBTENER AYUDA?							
ZUNG	TRATAMIENTO ALCOHOLISMO	TRABAJADOR SOCIAL CONSEJERO	CLINICA DE SALUD MENTAL	GRUPOS DE AUTO AYUDA	SACERDOTE	FAMILIA AMIGOS	CURANDERO YERBERO
1	82	23	23	54	4	28	0
2	84	24	11	46	4	33	2
3	74	23	19	53	3	31	0
4	77	18	23	44	5	34	0
5	78	21	21	47	4	27	1
TOTAL	79	22	19	49	4	31	1
HOMBRES							
1	69	17	24	55	3	45	0
2	64	23	17	55	6	43	2
3	65	16	20	42	0	36	0
4	54	9	14	49	0	40	0
5	59	15	15	44	3	33	0
TOTAL	63	16	18	49	2	40	0

Hombres y mujeres se muestran más favorables en cuanto a proponer el tratamiento para alcoholismo que a un clérigo o a un yerbero, sin embargo no existe relación aparente con los puntajes obtenidos en Zung.

**DISTRIBUCION POR OPINION PARA ACUDIR A UN TRATAMIENTO,
GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES					
¿SEGUN UD. EXISTEN ALGUNAS RAZONES PARA NO IR A TRATAMIENTO O CONSEJERIA PARA OBTENER AYUDA?					
AUDIT	NO RESPUESTA	NO ES NECESARIO	ES COSTOSO	ES AVERGONZANTE	NO
0	4	4	1	5	86
1-4	4	6	2	6	81
5-6 más	0	0	0	10	90
TOTAL	4	5	1	6	84
HOMBRES					
0	5	3	1	4	87
1-4	3	11	3	6	77
5-8	0	17	0	7	76
9 ó más	3	10	0	13	73
TOTAL	3	9	2	6	80

La mayor parte de la muestra considera que no existen razones para no acudir a tratamiento, sin embargo los grupos de hombres y mujeres que tienen puntajes altos en Audit consideran que es avergonzante acudir a un tratamiento.

**DISTRIBUCION POR EDAD DE LA PRIMERA INGESTA DE
BEBIDAS ALCOHOLICAS, GENERO SEXUAL Y NIVEL DE DEPRESION**

MUJERES					
ZUNG	¿QUE EDAD TENIA CUANDO PROBO POR PRIMERA VEZ UNA BEBIDA ALCOHOLICA?				
	NO RESPUESTA	1 A 10 AÑOS	11 A 15 AÑOS	16 A 18 AÑOS	19 O MAS
1	23	8	42	26	1
2	33	9	40	18	0
3	28	16	36	18	3
4	36	11	27	23	3
5	28	6	36	31	0
TOTAL	29	10	36	23	1
HOMBRES					
1	14	16	36	34	0
2	25	8	40	26	2
3	18	16	33	33	0
4	11	19	51	12	7
5	15	18	31	33	3
TOTAL	16	15	39	27	2

Los niveles más altos de depresión se encuentran ubicados en las mujeres que bebieron por primera vez entre los 11 y 15 años; en los hombres los más deprimidos son los que bebieron por primera vez entre los 16 y 18 años.

DISTRIBUCION POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ULTIMOS DOCE MESES, GENERO SEXUAL Y NIVELES DE DEPRESION

MUJERES			
ZUNG	¿EN LOS ULTIMOS DOCE MESES HA UD. TOMADO CERVEZA, VINO, LICOR U OTRA BEBIDA ALCOHOLICA?		
NIVEL	NO RESPUESTA	SI	NO
1	9	51	40
2	5	46	49
3	6	56	38
4	8	56	36
5	5	54	41
TOTAL	6	53	41
HOMBRES			
1	0	71	29
2	0	68	34
3	4	65	31
4	4	70	26
5	3	72	26
TOTAL	2	69	29

En esta tabla no se encontraron datos que indiquen relación entre la variable de puntaje total de AUDIT y el reactivo: "En los últimos 12 meses, ¿ha usted consumido cerveza, vino, licor u otra bebida alcohólica?"

**DISTRIBUCION POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ULTIMOS
TREINTA DIAS, GENERO SEXUAL Y NIVELES DE DEPRESION**

MUJERES			
ZUNG	¿EN LOS ULTIMOS TREINTA DIAS, HA UD. TOMADO CERVEZA, VINO, LICOR U OTRA BEBIDA ALCOHOLICA?		
NIVEL	NO RESPUESTA	SI	NO
1	10	14	76
2	2	12	85
3	9	26	65
4	8	22	70
5	6	18	76
TOTAL	7	18	75
HOMBRES			
1	2	41	57
2	0	40	60
3	2	31	67
4	2	42	56
5	3	31	67
TOTAL	2	37	61

En ésta tabla no se encontró relación entre puntaje total de Zung y el reactivo: "En los últimos treinta días ha usted tomado cerveza, vino, licor u otra bebida alcohólica.

**DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL,
GENERO SEXUAL Y NIVELES DE DEPRESION**

MUJERES				
ZUNG	¿CON QUE FRECUENCIA TOMA UD. BEBIDAS ALCOHOLICAS?			
NIVEL	NO RESPUESTA	TODOS LOS DIAS	UNA O DOS VECES A LA SEMANA	MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA
1	62	0	0	38
2	65	0	1	34
3	53	0	0	48
4	60	0	1	38
5	51	0	1	48
TOTAL	58	0	1	42
HOMBRES				
1	38	2	7	53
2	38	0	8	55
3	47	2	0	51
4	33	4	4	60
5	23	0	3	74
TOTAL	37	2	4	58

En ésta tabla no existen datos que indiquen relación entre nivel de depresión y frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas.

**DISTRUBUCION POR TIPO DE BEBIDA, GENERO SEXUAL
Y NIVEL DE DEPRESION**

MUJERES									
ZUNG	LA ÚLTIMA VEZ QUE UD. TOMO ¿QUE BEBÍ?								
NIVEL	NO RESP.	CERVEZA	BRANDY	RON	TEQUILA	CÓCTEL	SIDRA	VINO	OTROS
1	42	5	10	9	0	4	13	10	6
2	45	6	6	5	1	11	12	10	4
3	46	11	6	4	0	6	10	4	13
4	51	4	3	1	4	12	12	3	10
5	45	10	8	5	1	8	11	5	8
TOTAL	46	8	7	5	1	8	12	6	8
HOMBRES									
1	29	28	12	7	2	7	2	5	9
2	42	13	8	4	6	8	2	8	11
3	38	22	11	2	4	4	2	7	11
4	37	28	9	5	4	4	5	0	9
5	46	10	10	10	0	3	5	3	13
TOTAL	38	21	10	5	3	5	3	5	10

No existe evidencia de relación entre los puntajes totales de Zung y el tipo de bebida consumida.

**DISTRIBUCION POR TIPO DE BEBIDA , GENERO SEXUAL Y
PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT Y**

MUJERES									
AUDIT	LA ULTIMA VEZ QUE UD. TOMO ¿QUE BEBIO?								
	NO RESP.	CERVEZA	BRANDY	RON	TEQUILA	COCTEL	SIDRA	VINOS	OTROS
0	62	2	4	2	0	4	15	5	6
1-4	22	14	12	9	3	15	6	8	10
5 ó más	10	40	10	0	0	10	10	10	10
TOTAL	46	8	7	5	1	8	12	6	8
HOMBRES									
0	65	4	6	4	3	2	5	3	7
1-4	20	27	14	6	3	8	3	8	11
5-8	24	24	7	7	3	3	0	3	28
9 ó más	27	50	10	7	3	3	0	0	0
TOTAL	38	21	10	5	3	5	3	5	10

Esta tabla nos demuestra que aún cuando el consumo está distribuido en todas las bebidas, las personas de ambos sexos que tienen mayores puntajes en Audit, prioritariamente consumen cerveza.

**DISTRIBUCION POR CANTIDAD DE COPAS INGERIDAS,
GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA
ESCALA DE AUDIT**

MUJERES					
AUDIT	LA ULTIMA VEZ QUE UD. TOMO, ¿CUANTAS COPAS SE TOMO?				
	NO RESPUESTA	1 A 3 COPAS	4 A 5 COPAS	6 A 10 COPAS	11 A 25 COPAS
0	56	41	1	0	1
1-4	6	77	14	2	0
5 ó más	10	40	40	10	0
TOTAL	37	55	7	1	0
HOMBRES					
0	57	34	7	2	0
1-4	4	60	28	4	4
5-8	3	10	48	38	0
9 ó más	3	13	50	23	10
TOTAL	23	40	25	9	3

Existe cierta tendencia a beber de tres a cinco copas tanto en hombres como en mujeres pertenecientes al grupo que tiene puntajes altos en Audit.

DISTRIBUCION POR CANTIDAD DE COPAS INGERIDAS

GENERO SEXUAL Y NIVELES DE DEPRESION

MUJERES					
ZUNG	LA ULTIMA VEZ QUE UD. BEBIO ¿CUANTAS COPAS SE TOMO?				
NIVEL	NO RESPUESTA	1 A 2 COPAS	3 A 5 COPAS	6 A 10 COPAS	11 A 25 COPAS
1	33	58	9	0	0
2	39	52	6	1	1
3	36	54	9	0	1
4	41	52	5	1	0
5	35	56	6	3	0
TOTAL	37	55	7	1	0
HOMBRES					
1	24	43	19	10	3
2	26	36	30	8	0
3	24	49	18	5	4
4	25	37	26	9	4
5	15	31	36	15	3
TOTAL	23	40	25	9	3

La relación entre niveles de depresión y cantidad de copas ingeridas en la última ocasión que bebió, es nula en ambos sexos.

**DISTRIBUCION POR RECUERDO DE PADRE O MADRE BORRACHO,
GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA
DE AUDIT**

MUJERES				
AUDIT	¿ALGUNA VEZ VIO A SU PADRE O MADRE ESTAR BORRACHO ?			
	NO RESPUESTA	SI	NO	N.A
0	6	52	35	6
1-4	3	56	36	4
5 ó más	0	80	20	0
TOTAL	5	55	35	5
HOMBRES				
0	5	57	33	5
1-4	5	49	41	6
5-8	0	66	34	0
9 ó más	0	50	47	3
TOTAL	4	54	38	5

En el género femenino existe una tendencia a haber visto a su madre o padre borracho alguna vez, siendo este grupo las que pertenecen a los mas altos puntajes de Audit, en el género masculino no se observa esta tendencia.

**DISTRIBUCION POR RECUERDO DE PADRE O MADRE BORRACHO,
GENERO SEXUAL Y NIVEL DE DEPRESION**

MUJERES				
ZUNG	¿ALGUNA VEZ VIO A SU PADRE O MADRE ESTAR BORRACHO?			
	NO RESPUESTA	SI	NO	N.A.
1	4	46	44	6
2	5	56	37	2
3	8	49	38	6
4	4	56	34	5
5	5	62	27	6
TOTAL	5	55	37	5
HOMBRES				
1	5	47	47	2
2	8	53	30	9
3	2	56	35	7
4	4	47	46	4
5	0	72	28	0
TOTAL	4	54	38	5

En ambos géneros donde los niveles de depresión son altos, afirman haber visto a su padre o madre borrachos.

DISTRIBUCION POR OCASIONES EN LAS QUE SE INGIERE ALCOHOL,**GENERO SEXUAL Y NIVEL DE DEPRESION**

MUJERES			
ZUNG	¿EN QUE OCASIONES USUALMENTE TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?		
NIVEL	DURANTE O DESPUES DE LA COMIDA	EN FIESTAS O REUNIONES	EN CITAS
1	4	60	1
2	1	62	2
3	5	58	3
4	10	51	1
5	5	64	0
TOTAL	5	59	1
HOMBRES			
1	7	72	3
2	6	72	2
3	7	71	2
4	4	84	4
5	5	74	8
TOTAL	6	75	3

No hay relevancia ni tendencias específicas en ningún sexo.

**DISTRIBUCION POR LUGARES EN LOS QUE USUALMENTE BEBE,
GENERO SEXUAL Y NIVEL DE DEPRESION**

MUJERES						
ZUNG	¿ EN QUE LUGARES USUALMENTE TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?					
NIVEL	CANTINA TABERNA BAR	RESTAURAN- TE	LUGAR DE TRABAJO	HOGAR	CASA DE AMIGOS	CASA DE FAMILIARES
1	4	14	0	28	13	37
2	4	4	0	27	9	43
3	8	9	0	24	20	34
4	4	7	0	33	15	29
5	6	5	0	27	22	28
TOTAL	5	8	0	27	16	34
HOMBRES						
1	14	17	2	19	52	26
2	17	13	0	34	32	25
3	11	5	2	29	44	20
4	21	12	4	35	42	33
5	18	10	0	26	46	26
TOTAL	16	12	2	29	43	26

Para ambos sexos podemos apreciar que no existen datos que indiquen relación o tendencia en los puntajes de Zung y los lugares en donde bebe.

**DISTRIBUCION POR EMBRIAGUEZ O MAREO DURANTE LOS ULTIMOS
TREINTA DIAS, GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS EN
LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES					
AUDIT	DURANTE LOS ULTIMOS 30 DIAS, CUANTAS VECES SE EMBORRACHO O MAREO CON EL ALCOHOL?				
	NO RESPUESTA	UNA VEZ	DOS VECES	TRES VECES	MAS DE TRES VECES
0	95	5	0	0	0
1-4	73	27	1	0	0
5 ó más	30	50	20	0	0
TOTAL	85	14	1	0	0
HOMBRES					
0	90	7	0	0	3
1-4	63	34	2	0	1
5-8	24	62	14	0	0
9 ó más	17	70	10	3	0
TOTAL	63	31	3	0	2

Hombres y mujeres que presentan altos niveles en la escala de Audit reportan haberse emborrachado o mareado en los últimos treinta días.

**DISTRIBUCION POR EMBRIAGUEZ O MAREO DURANTE LOS ULTIMOS TREINTA
DIAS, GENERO SEXUAL Y NIVEL DE DEPRESION**

MUJERES					
ZUNG	DURANTE LOS ULTIMOS TREINTA DIAS ¿CUANTAS VECES SE EMBORRACHO O MAREO CON EL ALCOHOL?				
NIVEL	NO RESPUESTA	UNA VEZ	DÓS VECES	TRES VECES	MÁS DE TRES VECES
1	87	12	0	0	1
2	90	10	0	0	0
3	83	16	1	0	0
4	88	11	1	0	0
5	80	19	1	0	0
TOTAL	85	14	1	0	0
HOMBRES					
1	60	33	5	0	2
2	72	25	2	2	0
3	64	27	5	0	4
4	60	39	2	0	0
5	62	33	3	0	3
TOTAL	63	31	3	0	2

En las mujeres que reportan haberse emborrachado o mareado en los últimos treinta días, se observa cierta tendencia a aparecer más deprimidas que el resto de la muestra.

**DISTRIBUCION POR EDAD A LA QUE POR PRIMERA VEZ SE EMBORRACHO O
MAREO CON ALCOHOL, GENERO SEXUAL Y PUNTAJES OBTENIDOS
EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES					
AUDIT	¿QUE EDAD TENIA LA PRIMERA VEZ QUE SE EMBORRACHO O MAREO CON EL ALCOHOL?				
	NO RESPUESTA	1 A 10 AÑOS	11 A 15 AÑOS	16 A 18 AÑOS	19 EN ADELANTE
0	85	1	6	8	1
1-4	50	3	15	29	3
5 ó más	20	0	50	30	0
TOTAL	70	1	11	16	2
HOMBRES					
0	79	1	10	7	2
1-4	36	4	21	33	7
5-8	7	3	24	62	3
9 ó más	7	10	47	37	0
TOTAL	45	3	20	27	4

Tanto en hombres como en mujeres que tienen puntajes altos en Audit, se observa que la primera vez que se emborracharon o marearon con alcohol tenían entre 11 y 15 años.

**DISTRIBUCION POR EDAD A LA QUE POR PRIMERA VEZ SE EMBORRACHO O
MAREO CON ALCOHOL, GENERO SEXUAL Y NIVEL DE DEPRESION**

MUJERES					
ZUNG NIVEL	¿QUE EDAD TENIA LA PRIMERA VEZ QUE SE MAREO O EMBORRACHO CON EL ALCOHOL?				
	NO RESPUESTA	1 A 10 AÑOS	11 A 15 AÑOS	16 A 18 AÑOS	19 EN ADELANTE
1	78	0	5	15	1
2	77	1	10	12	0
3	64	1	15	18	3
4	77	1	10	11	1
5	59	2	13	23	3
TOTAL	70	1	11	16	2
HOMBRES					
1	57	2	21	17	3
2	49	0	15	34	2
3	49	5	18	25	2
4	33	5	30	25	7
5	36	5	15	38	5
TOTAL	45	3	20	27	4

No hay una relación ni en mujeres ni en hombres en lo que respecta a Zung y edad de primera borrachera.

**DISTRIBUCION POR OPINION DEL EFECTO QUE CAUSA EL BEBER A LA SALUD,
GENERO SEXUAL Y NIVEL DE DEPRESION**

MUJERES					
ZUNG	¿QUE TIPO DE EFECTOS OCASIONA EL BEBER A SU SALUD?				
NIVEL	NO RESPUESTA	NINGUN EFECTO	BUEN EFECTO	MALEFECTO	NO LO SABE
1	12	27	1	41	19
2	12	18	0	54	16
3	15	26	1	40	18
4	14	16	1	53	15
5	13	20	2	45	21
TOTAL	13	21	1	46	18
HOMBRES					
1	10	24	7	52	7
2	9	23	4	51	13
3	7	20	4	55	15
4	4	23	2	60	12
5	5	28	3	51	13
TOTAL	7	23	4	54	12

Las mujeres que presentan problemas de depresión, consideran que el alcohol causa mal efecto a la salud.

La misma situación se repite en el caso de los hombres.

**DISTRIBUCION POR EDAD, GENERO SEXUAL Y
PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUDIT**

MUJERES					
AUDIT	EDAD				
	15 A 17	18	19	20	21 ó más
0	6	56	26	8	4
1-4	6	55	27	6	6
5 ó más	0	50	40	10	0
TOTAL	6	56	26	7	5
HOMBRES					
0	2	55	28	7	8
1-4	4	48	25	13	10
5-8	7	34	34	7	17
9 ó más	0	33	50	17	0
TOTAL	3	47	30	11	9

El grueso de las mujeres con puntajes altos en Audit se ubica entre los 18 y los 19 años. Para el caso de los hombres, aquellos que tienen puntajes elevados de Audit se concentran en la edad de 19 años.

ALUMNOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

LOS SIGUIENTES CUESTIONARIOS SERAN UTILIZADOS CON FINES DE INVESTIGACION, SU CONTENIDO ES CONFIDENCIAL Y LA INFORMACION SERA UTILIZADA ESTRICTAMENTE PARA EL ANALISIS DE ESTE ESTUDIO. POR LO QUE ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE LAS RESPUESTAS QUE USTEDES DEN A CADA PREGUNTA, SEA LO MAS REAL Y HONESTA POSIBLE GRACIAS.

EDAD _____

SEXO _____

EDO. CIVIL _____

RELIGION _____

CUESTIONARIO " A U D I T "

CRUCE CON UNA (X) EL PARENTESIS CORRESPONDIENTE A SU VERACIDAD

1.- ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS?

- 0 = NUNCA ... ()
- 1 = UNA VEZ AL MES O MENOS ... ()
- 2 = DOS O CUATRO VECES AL MES ... ()
- 3 = DOS O TRES VECES POR SEMANA ... ()
- 3 = CUATRO O MAS VECES POR SEMANA ... ()

2.- ¿CUANTAS COPAS SE TOMA EN UN DIA TIPICO DE LOS QUE BEBE?

- 0 = 1 O 2 ()
- 1 = 3 O 4 ()
- 2 = 5 O 6 ()
- 3 = 7 O 9 ()
- 4 = 10 O MAS .. ()

3.- ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE TOMA 6 O MAS COPAS EN LA MISMA OCASION?

- 0 = NUNCA ()
- 1 = MENOS DE UNA VEZ AL MES ()
- 2 = MENSUALMENTE ()
- 3 = SEMANALMENTE ()
- 4 = DIARIO O CASI DIARIO ()

4.- DURANTE EL ULTIMO AÑO, ¿LE OCURRIO QUE NO PUDO PARAR DE BEBER UNA VEZ QUE HABIA EMPEZADO?

- 0 = NUNCA ()
- 1 = MENOS DE UNA VEZ AL MES ()
- 2 = MENSUALMENTE ()
- 3 = SEMANALMENTE ()
- 4 = DIARIO O CASI DIARIO ()

5.- DURANTE EL ULTIMO AÑO, ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE DEJO DE HACER ALGO QUE DEBERIA HABER HECHO POR BEBER?

- 0 = NUNCA ()
- 1 = MENOS DE UNA VEZ AL MES ()
- 2 = MENSUALMENTE ()
- 3 = SEMANALMENTE ()
- 4 = DIARIO O CASI DIARIO ()

6.- DURANTE EL ULTIMO AÑO ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE BEBIO EN LA MAÑANA SIGUIENTE DESPUES DE HABER BEBIDO EN EXCESO EL DIA ANTERIOR ?

- 0 = NUNCA ()
- 1 = MENOS DE UNA VEZ AL MES ()
- 2 = MENSUALMENTE ()
- 3 = SEMANALMENTE ()
- 4 = DIARIO O CASI DIARIO ()

7.- DURANTE EL ULTIMO AÑO, ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE SE SENTIO CULPABLE O TUVO REMORDIMIENTO POR HABER BEBIDO?

- 0 = NUNCA ()
- 1 = MENOS DE UNA VEZ AL MES ()
- 2 = MENSUALMENTE ()
- 3 = SEMANALMENTE ()
- 4 = DIARIO O CASI DIARIO ()

8.- DURANTE EL ULTIMO AÑO, ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE OLVIDO ALGO DE LO QUE HABIA PASADO CUANDO ESTUVO BEBIENDO ?

- 0 = NUNCA ()
- 1 = MENOS DE UNA VEZ AL MES ()
- 2 = MENSUALMENTE ()
- 3 = SEMANALMENTE ()
- 4 = DIARIO O CASI DIARIO ()

9.- ¿SE HA LASTIMADO O ALGUIEN HA RESULTADO LASTIMADO COMO CONSECUENCIA DE SU INGESTIAN DE ALCOHOL?

- 0 = NO ()
- 2 = SI, PERO NO EN EL ULTIMO AÑO ()
- 4 = SI, EN EL ULTIMO AÑO ()

10.- ¿ALGUN AMIGO, FAMILIAR O DOCTOR SE HA PREOCUPADO POR LA FORMA EN LA QUE BEBÉ O LE HA SUGERIDO QUE LE BAJE ?

- 0 = NO ()
- 2 = SI, PERO NO EN EL ULTIMO AÑO ()
- 4 = SI, EN EL ULTIMO AÑO ()

ESCALA DE ACTITUD

- 1.- ? CREE USTED QUE EL ALCOHOL HAGA QUE EL SEXO (HACER EL AMOR) SE SIENTA MEJOR ?
SI ()
NO ()
N.A. ()
- 2.- ? CREE USTED QUE ALGO DEBIERA HACERSE PARA FACILITAR O DIFICULTAR EL ACCESO DE LA GENTE A LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS ?
NO ()
MAS FACIL ()
MAS DIFICIL. ()
- 3.- ? SI ALGUIEN CERCANO A USTED TIENE ALGUN PROBLEMA DE BEBIDA, CON QUIEN LE RECOMENDARIA USTED QUE FUERA PARA OBTENER AYUDA ? MARQUE LAS NECESARIAS
TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO ()
TRABAJADOR SOCIAL CONSEJERO ()
CLINICA DE SALUD MENTAL-HOSPITAL ... ()
GRUPOS DE AUTOAYUDA ()
CLERIGO - SACERDOTE ()
FAMILIA - AMIGOS ()
CURANDERO - YERBERO ()
N.A. ()
- 4.- ? SEGUN USTED EXISTEN ALGUNAS RAZONES PARA NO IR A TRATAMIENTO O CONSEJERIA PARA OBTENER AYUDA ?
NO ES NECESARIO ()
ES COSTOSO ()
ES AVERGONZANTE ()
NO ()
- 5.- ? QUE EDAD TENIA USTED CUANDO PROBO POR PRIMERA VEZ UNA BEBIDA ALCOHOLICA?
EDAD _____ NUNCA _____
- 6.- ? EN LOS ULTIMOS 12 MESES HA USTED TOMADO CERVEZA, VINO, LICOR U OTRA BEBIDA ALCOHOLICA?
SI _____ NO _____
- 7.- ? EN LOS ULTIMOS 30 DIAS A USTED TOMADO CERVEZA, VINO LICOR U OTRA BEBIDA ALCOHOLICA?
SI _____ NO _____
- 8.- ? CON QUE FRECUENCIA TOMA USTED BEBIDAS ALCOHOLICAS ?
TODOS LOS DIAS ()
UNA O DOS VECES A LA SEMANA ()
MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ()
- 9.- ? LA ULTIMA VEZ QUE USTED TOMO QUE BEBIO Y CUANTAS COPAS SE TOMO ?

10.- ? ES ESTA LA CANTIDAD NORMAL QUE BEBE USTED EN LAS OCASIONES EN QUE LO HACE ?

SI _____ NO _____

11.- ? ACOSTUMBRA HACER EL AMOR CON SU PAREJA HABITUAL CUANDO BEBE?

SI _____ NO _____ NA _____

12.- ? ACOSTUMBRA HACER EL AMOR CON UNA PERSONA DIFERENTE A SU ESPOSA (O PAREJA SEXUAL HABITUAL), CUANDO HA ESTADO BEBIENDO?

SI _____ NO _____ NA _____

13.- ? ALGUNA VEZ VIO A SU PADRE O MADRE ESTAR BORRACHO ?

SI _____ NO _____ NA _____

14.- ? EN QUE OCASIONES USUALMENTE TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS ?
DURANTE O DESPUES DE LA COMIDA ()
FIESTAS O REUNIONES ()
EN CITAS ()

15.- ? EN QUE LUGARES USUALMENTE TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS ?

CANTINA - TAVERNA - BAR ()
RESTAURANT ()
LUGAR DE TRABAJO ()
HOGAR ()
CASA DE AMIGO ()
CASA DE FAMILIARES ()

16.- ? CON QUIEN BEBE POR LO GENERAL ?

AMIGOS ()
CONOCIDOS ()
PARIENTES ()
FAMILIA INMEDIATA ()
COMPANEROS DE TRABAJO ()
CITAS ()
SOLO ()

17.- ? DURANTE LOS ULTIMOS 30 DIAS, CUANTAS VECES SE EMBORRACHO O SE MAREO CON ALCOHOL ?

UNA VEZ ()
DOS VECES ()
TRES VECES ()
MAS DE TRES ()

18.- ? QUE EDAD TINIA LA PRIMERA VEZ QUE SE EMBORRACHO O MAREO CON EL ALCOHOL ?

EDAD _____ NUNCA _____

19.- ? QUE TIPO DE EFECTOS OCASIONA EL BEBER A SU SALUD ?

NINGUN EFECTO ()
BUEN EFECTO ()
MAL EFECTO ()
NO LO SABE ()

ESCALA DE ZUNG

EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TIENES CUATRO RESPUESTAS, ELIGE UNA DE ELLAS MARCANDOLAS CON UNA " X " .

PREGUNTAS	R.E.S.P.U.E.S.T.A.S			
	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA MENTE
1.- ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO				
2.- EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR				
3.- TENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR				
4.- ME CUESTA TRABAJAR - MIRME EN LA NOCHE				
5.- COMO IGUAL QUE ANTES - SOLIA HACERLO				
6.- TODAVIA DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES				
7.- NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO				
8.- TENGO MOLESTIAS DE COSTIPACION (ESTREÑIMIENTO)				
9.- EL CORAZON ME LATE MAS - APRISA QUE DE COSTUMBRE				
10.- ME CANSO SIN HACER NADA				
11.- TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES				
12.- ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRO				
13.- ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MENTENERME QUIETO				
14.- TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO				
15.- ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL				
16.- ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES				
17.- SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO				
18.- MI VIDA TIENE BASTANTE INTERES				
19.- CREO QUE LES HARIA UN FAVOR A LOS DEMAS - MURIENDOME				
20.- TODAVIA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS				

BIBLIOGRAFIA

- Aberasturi, A. (1971) "ADOLESCENCIA". Ed. Kargeman, Buenos Aires
- Almada, B. I. (1988) "SALUD Y CRISIS EN MEXICO. MAS TEXTOS PARA EL DEBATE". Cuaderno del C.I.I.H. Serie Seminarios 2, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, U.N.A.M., México.
- Arieti, S. & Bempoard, J. (1990) "PSICOTERAPIA DE LA DEPRESION". Ed. PAIDOS, 1a. edición, México.
- Babor, T.; De la Fuente, J.R.; Saunders, J.; Grant, M. (1992) "AUDIT, TUE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST: GUIDELINES FOR USE IN PRIMARY HEALTH CARE". Programme on Substance Abuse. World Health Organization.
- Bar Din Anne (1982) "LA MADRE DEPRIMIDA Y EL NIÑO" Ed. Siglo XXI Editores. México.
- Belsasso, G., (1975) "ALCOHOLISMO". C.E.M.E.F., México.
- Blos, P. (1980) "PSICOANALISIS DE LA ADOLESCENCIA". Ed. Joaquín Mortiz
- Burbach, D. & Borduin, D. (1986) "PARENT CHILD RELATION AND DE ETIOLOGY OF DEPRESSION" Clinical Psychology Review.
- Burns, D. (1991) "SENTIRSE BIEN". Ed. PAIDOS, 1a. edición, México.
- Calder, B.J. (1973) "ATTITUDES AND BEHAVIOR". Moristown, N.J. General Learning Press, 1973.
- Calderón, N. G. (1983) "PATRONES DE BEBIDA EN EL MEJICANO. RESULTADOS DE UNA INVESTIGACION DE LA OMS". Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina Vol. 29.
- Calderon, N. G. (1987) "DEPRESION. CAUSAS, MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO". Ed. Trillas, 1a. edición, 2a. reimpresión, México.
- Cameron, N. (1982) "DESARROLLO Y PSICOPATOLOGIA DE LA PERSONALIDAD. UN ENFOQUE DINAMICO". Ed. Trillas, 1a. edición, México.
- Campillo, S. (1992) "LA FORMACION DE ESPECIALISTAS EN PROBLEMAS DE ADICCION". Revista de la Facultad de Medicina U.N.A.M. Vol. 35, No. 2.

Casillas, C.L. () "LA INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS". Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M.

Castrejón R. y Salas M. (1984) "ACTITUD SOCIAL HACIA EL ALCOHOLICO, ALCOHOLISMO Y LOS ALCOHOLICOS, ESTUDIO EXPLORATORIO". Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

Castro, Sariñana M. (1990) "INDICADORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN JOVENES ESTUDIANTES. APLICACIONES EN INVESTIGACION Y ATENCION PRIMARIA DENTRO DEL PLAN ESCOLAR". Salud Pública de México, Vol. 32, Enero a Junio.

Castro, Sariñana M.; Maya A. M. & Aguilar M.A. (1982) "CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS Y TABACO ENTRE LA POBLACION ESTUDIANTIL DE 14 A 18 AÑOS". Salud Pública de México, Vol 26, No. 5.

Clarizio, H. F. (1989) "ASSESSMENT AND TRATMENT OF DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS". Clinical Psychology Publishing Co., Inc. Brandon, V. T., U.S.A.

Crook, T.; Raskin, A. & Elliot, J. (1981) "PARENT CHILD RELATIONSHIPS AND ADULT DEPRESSION". CHILD DEVELOPMENT, VOL. 52.

Dawes, M. R. (1975) "FUNDMENTOS Y TECNICAS DE LA MEDICIÓN DE ACTITUDES". Ed. Limusa, México.

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial

De la Fuente, J.R., et al. (1992) "EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA MEDICO" Revista de la Facultad de Medicina U.N.A.M., Vol. 35, No. 2, Abril a Junio.

De la Fuente, R. Y Medina Mora, M. (1987) "LAS ADICCIONES EN MEXICO, EL ABUSO DE ALCOHOL Y LOS PROBLEMAS RELACIONADOS". Salud Mental, Vol. 10, No. 2, Junio.

Departamen of Psychology, Oklahoma State University (1987) "ATTITUDES TOWARD PROBLEM DRINKERS: COGNITIVE, AFFECTIVE AND BEHAVIORAL INTENTION DIMENSIONS". The International Journal of the Adictions, Vol. 22, No. 10.

Díaz, Guerrero R. (1984) "TRISTEZA Y PSICOPATOLOGIA EN MEXICO". Revista de Salud Mental, Vol. 7, No. 2.

Eisenberg, G. A. (1988) "MODIFICACIONES A UN INVENTARIO PARA MEDIR PREDISPOSICION AL ALCOHOLISMO" Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología U.N.A.M.

- Estrada, A. V. (1994) "EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLICO EN LA REPUBLICA FEDERAL ALEMANA". Salud Mental, Vol. 17, No. 4.
- Fenichel, O. (1966) "TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS". Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Goldman, H. (1989) "PSIQUIATRIA GENERAL". Ed. El Manual Moderno, 2a. edición, México.
- Gorsuch, R.L. & Arns, D. H. (1979) "THE RELATIONSHIP OF CHILDREN'S ATTITUDES TOWARD ALCOHOL TO THEIR VALUE DEVELOPMENT". (University Texas Graduate School of Social Work, Arlington). journal of Abnormal Child Psychology, septiembre, Vol. 7, No. 64, Abstract No. 12317.
- Granillo Ramírez, E. (1985) "LA RELACION ALCOHOL-DEPRESION EN ALCOHOLICOS EN FUNCION DE SU TIEMPO DE PERMANENCIA EN ALCOHOLICOS ANONIMOS". Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Guerra, A.J. (1977) "EL ALCOHOLISMO EN MEXICO". Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- Hirschfeld, R. & Cross, C. (1983) "EPIDEMIOLOGIA DE LOS DESORDENES AFECTIVOS". Revista de Salud Mental, Vol. 6, No. 2.
- Higashida, I.B. (1983) "CIENCIAS DE LA SALUD". Ed. McGraw Hill, 1a. edición, México.
- Jackson, S. (1986) "HISTORIA DE LA MELANCOLIA Y LA DEPRESION". Edit. Turner, España.
- Jorm, A. (1987) "SEX AND AGE DIFFERENCES IN DEPRESSION: A QUANTITATIVE SYNTHESIS OF PUBLISHED RESEARCH". Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, Vol. 21.
- Laguna, J. (1992) "LAS INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR FRENTE A LAS ADICCIONES". Revista Facultad de Medicina U.N.A.M., Vol. 35, No. 2, Abril a Junio.
- Levin, J. (1985) "FUNDAMENTOS DE ESTADISTICA EN LA INVESTIGACION SOCIAL". Ed. Harle, México.
- Lichtszajn, S. J. (1979) "CORRELATOS CLINICOS Y SOCIOCULTURALES DE LA ACTITUD HACIA LA MUERTE EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS". Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

López, B. C. & Velasco, C. M. (1991) "PREVALENCIA Y ACTITUD FRENTE AL CONSUMO DE TABACO EN UNA POBLACION DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DEL D.F.". Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

Luna, I. y Mejía, I. (1987) "REVISION DEL CONTENIDO DE LAS PUBLICACIONES NACIONALES SOBRE ALCOHOLISMO EN EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA CLINICA". Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología, U.N.A.M.

Newcomb, T. M. (1964) "MANUAL DE PSICOLOGIA SOCIAL". Ed. Universitaria de Buenos Aires, Argentina.

North, R., (1980) "EL ALCOHOLISMO EN LA JUVENTUD". Ed. Pax Mex Librería, México.

Mariño, H. M. (1991) "ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN DIVERSOS GRUPOS SOCIALES DEL PAIS". Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

Mckinney, J.P.; Fitzgerald, H. E. & Strommen, E.A. (1982) "PSICOLOGIA DEL DESARROLLO, EDAD ADOLESCENTE". Ed. El Manual Moderno, México.

Medina-Mora, et al. (1980) "EL CONSUMO DEL ALCOHOL EN LA POBLACION DEL DISTRITO FEDERAL". Salud Publica de México, Vol. 22, No. 3, Mayo-Junio.

Medina-Mora, et al. (1993) "CONSUMO DE SUSTANCIAS CON EFECTOS PSICOTROPICOS EN LA PBLACION ESTUDIANTIL DE ENSEÑANZA MEDIA Y MEDIA SUPERIOR DE LA REPUBLICA MEXICANA". Salud Mental, Vol. 16, No. 3. Septiembre.

Medina-Mora, et al. (1994) "LA RELACION ENTRE LA IDEACION SUICIDA Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA EN LA POBLACION ESTUDIANTIL". Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Molina, Berruecos y Sánchez, "EL ALCOHOLISMO EN MEXICO". Tomo II. 11. MEMORIAS DEL SEMINARIO DE ANALISIS. Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y Fundación de Investigación Social, A.C. México.

Narro, J. (1992) "ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL ALCOHOLISMO EN MEXICO". Revista Facultad de Medicina U.N.A.M., Vol. 35, No. 2, Abril-Junio.

Narro, J. y Gutiérrez H. (1992) "LOS MEDICOS Y EL PERSONAL DE SALUD ANTE LAS ADICCIONES. EL CASO DEL ALCOHOL". Revista Facultad de Medicina U.N.A.M., Vol. 35, No. 2, Abril a Junio de 1992.

Ostow, M. (1973) "LA DEPRESION. PSICOLOGIA DE LA MELANCOLIA". Alianza Editorial, Madrid.

Piña, G. E. (1992) "ALCOHOLISMO". Revista Facultad de Medicina U.N.A.M., Vol. 35, No. 2, Abril-Junio.

Polaino, L.A. (1985) "LA DEPRESION". Ed. Martínez Roca, España.

Quiroga de García, S. (1976) "ATTITUDES TOWARDS ALCOHOL IN TWO GROUPS OF 13 YEAR OLD CHILDREN". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. 22, No. 4, Abstract No. 03220, Diciembre.

Rodríguez, M.A., (1989) "MANUAL DE ALCOHOLISMO PARA EL MEDICO DE CABECERA", Manuales Salvat.

Rojas Guiot, et al. (1993) "PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN POBLACION ESCOLAR". Salud Mental, Vol. 16, No. 4, diciembre.

Rosovsky, H., et al. (1992) "EVOLUCION DEL CONSUMO PER CAPITA DE ALCOHOL EN MEXICO". Salud Mental, Vol. 5, No. 1, Marzo.

Rosovsky, H. y Borges, G. (1993) "ACCIDENTES Y ALCOHOL EN AMERICA LATINA". Revista: Las Adicciones hacia un enfoque multidisciplinario.

Secretaría de Salud (1994) "ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES". Dir. Gral. de Epidemiología S.S.A., tomo 1.

Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría (1991) "ENCUESTA NACIONAL SOBRE EL USO DE DROGAS ENTRE LA COMUNIDAD ESCOLAR: ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA Y MEDIA SUPERIOR". Reporte estadístico del Distrito Federal.

Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría (1993) "ENCUESTA SOBRE EL USO DE DROGAS ENTRE LA COMUNIDAD ESCOLAR. OPINION DE DOCENTES Y PADRES DE FAMILIA SOBRE ALGUNOS TEMAS RELACIONADOS CON LA JUVENTUD Y SU ENTORNO". Reporte estadístico del distrito Federal.

Serrano, C.F., (1985) "FACTORES DISCRIMINATIVOS EN LA APARICION DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO EN LOS ADOLESCENTES EN MEXICO" Tesis de Licenciatura de la Universidad Iberoamericana.

Sluchevski, I.F. (1960) "PSIQUIATRIA". Ed. Grijalbo, 1a. edición, México.

Sosa, C. M. (1976) "LA ACTITUD DE LOS HIJOS HACIA EL PADRE ALCOHOLICO". Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

Souza, Y. M.; Cárdenas, A. J.; Escotto, M. J.; Murow, T. E. & Salgado, A. G. (1985) "DEPRESION EN LA ADOLESCENCIA. MESA REDONDA" Revista de Salud Mental, Vol. 8, No. 3.

Sturgeon, W. (1981) "DEPRESION" Ediciones Grijalbo, 1a. edición, España.

Smart, Natera y Almendares. (1980) "A TRIAL OF A NEW METHOD FOR STUDYING DRINKING AN DRINKING PROBLEMS IN THREE COUNTRIES OF THE AMERICAS". Paho Boletín. Vol. 14, No. 4.

Tapia-Conyer, et al. (1990) "LA ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES DE MEXICO". Salud Pública de México, Vol. 32, No. 5, Septiembre-Octubre.

Tapia-Conyer y Meneses-González, (1992) "EL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LOS MEDICOS". Revista Facultad de Medicina U.N.A.M., Vol. 35, No. 2, Abril a Junio.

Triandis, H. C. (1974) "ACTITUD Y CAMBIO DE ACTITUD". Ediciones Toray, Barcelona, España.

Varela, E. (1985) "ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS HACIA ALGUNOS PROBLEMAS DE LA ACTUALIDAD". Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

Vitelio, G. J. & Elizondo, F. I. (1972) "DOS ENCUESTAS SOBRE ACTITUD", Ed. Trillas, México.

Wainerman, C. (1976) "ESCALAS DE MEDICION EN CIENCIAS SOCIALES". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.