

11241
4
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Hospital de Psiquiatría "Fray Bernardino Alvarez"

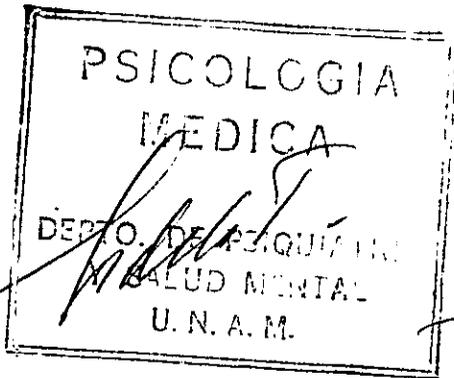
DEPRESION EN PACIENTES ALCOHOLICOS ACTIVOS
DEL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL
Y EN ALCOHOLICOS INACTIVOS PERTENECIENTES A
UN GRUPO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS

263520

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO PSIQUIATRA
PRESENTA

JOSE ANTONIO DIAZ GARCIA



Tutor
[Signature]
Dr. Humberto Rico Díaz
Director Médico
Centro Comunitario
de Salud Mental, S.A.



[Signature]
Asesor

Dr. Jorge de la Peña Martínez
Jefe de Enseñanza e Investigación
Centro Comunitario de Salud Mental, S.A.

V. b. Aljoch...

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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

Doy las más sinceras gracias a los Doctores Humberto Rico Díaz y a Jorge de la Peña Martínez por haberse prestado en la Tutoría y Asesoría, respectivamente, de esta tesina. En especial al Dr. Jorge de la Peña, por sus valiosas observaciones sobre la redacción del marco teórico, lo cual enriqueció el desarrollo de la misma.

Dr. José Antonio Díaz García
10-02-92

INTRODUCCION

No hay duda al respecto de que el consumo de alcohol existe en gran medida en nuestro país, situación altamente importante y de consideración, desde el punto de vista de salud comunitaria. Y no pocas Instituciones se han dado a la tarea de establecer medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas a fin de disminuir dicho consumo. En 1977, la Organización Mundial de la Salud publicó un trabajo editado por los más destacados especialistas en el campo del alcoholismo cuya finalidad principal, ampliamente lograda, fue la del esclarecer conceptos en torno a esta farmacodependencia. En este trabajo se propone dar el nombre de "síndrome de dependencia del alcohol" a lo que hemos conocido como alcoholismo, no afecta sólo a quien lo padece sino también se enlaza en forma constante en una problemática de carácter individual, familiar y social, siendo la gravedad resultante equiparable con el padecimiento, por lo que hay que tomar en cuenta una intervención especializada, lo más tempranamente posible. Para lograr este último objetivo, es el diagnóstico precoz del paciente alcohólico uno de los pasos a seguir es en forma inmediata.

El problema del alcoholismo es multifactorial; dentro de los que se mencionan, factores psicológicos, biológicos y socioculturales. De los que considero en este momento de mayor importancia y para efecto de este trabajo, los factores psicológicos toman mayor relevancia. Así múltiples hipótesis y teorías se han generado para establecer una etiología de carácter psicológico. Algunas proponen que existe una "personalidad prealcohólica", otras establecen rasgos comunes y predominantes en los sujetos alcohólicos como: el de que se trata de personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y finalmente otras proponen que la ingestión de alcohol obedece a un comportamiento adquirido y que bajo ciertas circunstancias se puede dar este consumo como experiencias angustiantes, depresivas y dolorosas.

El fin de la presente investigación será establecer la frecuencia comparativa de síntomas depresivos en sujetos pacientes alcohólicos activos y sujetos no pacientes pertenecientes a grupos de A.A.

Dicho fin obedece a la necesidad de tomar en cuenta este problema (Depresión) en el manejo psicofarmacológico y psicoterapéutico del paciente alcohólico y así mismo nos permitirá entender más ampliamente el problema por el cual pasa nuestro paciente y muchos sujetos que caen en este problema y que no son bien tratados y ni mucho menos diagnosticados. Lo ayudaría al problema de salud pública por la que pasa México.

Para lograrlo se aplicará un cuestionario con 10 preguntas, las cuales son una paráfrasis de los criterios diagnósticos para el síndrome de dependencia al alcohol a pacientes que acudan al centro de atención psiquiátrica, (Centro Comunitario de Salud Mental), por primer vez y que nunca hayan recibido tratamiento psiquiátrico o medicamentos a base de antidepresivos, además de una escala para depresión, la escala o inventario de Beck; siendo ambos necesarios para comparar con sujetos pertenecientes a grupos de A.A. Siendo necesario acudir a algunos de estos centros para aplicar ambas herramientas de trabajo.

A continuación dedicaré el siguiente capítulo en sustentar desde el punto de vista teórico mi hipótesis inicial, la cual expreso así: Que los pacientes que acuden por primera vez a consulta (pacientes con síndrome de dependencia al alcohol "activos") están más deprimidos que los sujetos que acuden a grupos de A.A. bajo premisa, que por el simple hecho de acudir a estos centros los pacientes empiezan a recibir los beneficios de pertenecer a un grupo que comparte los mismos problemas que ellos. Lo cual se traduce en que psicoterapéuticamente hablando, reciben una psicoterapia inespecífica silvestre, que muchos de los pacientes alcohólicos necesitan,

Y en los siguientes y últimos capítulos se desarrollará la metodología de la investigación, se comentarán los resultados de la aplicación de ambas herramientas de trabajo. Finalizando con las conclusiones de la investigación.

1.1. PERSONALIDAD

1.1.1. Posturas Teóricas.

No abordaremos el tema que nos ocupa sin antes tocar un apartado que nos dará una visión más clara sobre el problema del alcoholismo; el cual se refiere a la personalidad, puesto que en algunas entidades psiquiátricas se ha propuesto la existencia de una personalidad previa, la cual favorece la presencia de esta enfermedad.

Probablemente, hay tantas definiciones de personalidad como autores que han escrito sobre la misma. Uno de ellos Allport (1973), menciona que la "personalidad es la organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que establecen sus adaptaciones únicas al ambiente en que vive"⁽¹⁾ La cual no está formada al nacimiento del niño, pero que sin embargo, comienza desde el nacimiento, entendiéndose que la personalidad no está determinada genéticamente en su totalidad, ya que desde el nacimiento empiezan a interactuar una serie de factores que dan como un tipo único de ésta. Se infiere que ésta se va formando a lo largo del desarrollo del niño hasta la juventud, moldeándose en forma definitiva el carácter, formándose a lo largo de este proceso, los rasgos que darán un estilo de vida al adulto (Guarner, 1984).⁽²⁾

La personalidad debe considerarse como el producto de la interacción entre el organismo humano y el ambiente en el cual vive, ya que esto determinará definitivamente una forma de ser única.

Freedman y Cols (1984), afirman que la personalidad es una configuración habitual de la conducta de un individuo que refleja sus actividades físicas y mentales, sus actitudes e interese, resultando una adaptación a la vida.⁽³⁾

Otro factor importante en la formación de la personalidad, es la cultura, la cual la va moldeando dando soluciones ya preparadas y ensayadas para muchos problemas de la vida.

En cuanto al alcohólico, desde hace muchos años, sobre todo bajo la influencia

(1) Ver Cita Bibliográfica

(2) Idem.

(3) Idem.

del psicoanálisis, la búsqueda de una "personalidad prealcohólica" o de los rasgos de carácter "típicos del alcohólico" ha llevado a diversos autores a sostener hipótesis que de hecho divergentes una de otras y aún contradictorias. Sin embargo, no se les resta importancia puesto que ayudan a entender al alcohólico. Una de ellas sostiene que el impulso básico hacia el consumo excesivo de alcohol, es la homosexualidad latente cuya represión se logra mediante la intoxicación sostenida. Otra describe al alcohólico como un individuo pasivo-dependiente (oral) por lo que el alcoholismo no es más que la no superación de una etapa del desarrollo psicosexual. Pero otros puntos de vista, dentro del enfoque psicodinámico, incluye la hipótesis de que la ingestión excesiva de alcohol protege al individuo contra un sentimiento de minusvalía o bien le permite alcanzar la sensación de poder. Se ve al alcohólico como un ser inmaduro que necesita beber para sentirse poderoso, algo que la realidad de todos los días no le proporciona. Esto explicaría, se dice, porque la incidencia del alcoholismo es considerablemente más baja que la mujer; su dependencia social es tolerada y no tiene que recurrir al alcohol para cambiar su realidad.⁽⁴⁾

De todo lo anterior concluyo que existen muchos tipos diferentes de individuos alcohólicos cuyas personalidades son ampliamente diferentes y que no hay única personalidad previa en los sujetos alcohólicos.

(4) Idem Pág. 1

1.2. DEPRESION Y ALCOHOLISMO

El término "DEPRESION", se refiere a un grupo de signos y síntomas que son observados regularmente en la práctica clínica. Para hablar de depresión es necesario considerarla como un síndrome y no sólo como una enfermedad aislada dados los componentes somáticos y psicológicos que involucran este padecimiento, sobre todo hay que tomar en cuenta, que aún no se ha establecido la causa por la cual se presenta este padecimiento.⁽⁵⁾

Como síndrome, el síndrome depresivo comprende un grupo de síntomas del estado de ánimo, con síntomas asociados que se presentan conjuntamente durante un determinado período de tiempo. Por ejemplo, el síndrome de depresión mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o pérdida del interés durante dos semanas como mínimo, acompañado de síntomas graves asociados, tales como pérdida de peso y dificultades de concentración.

Los síndromes del estado de ánimo pueden presentarse como una parte del trastorno del estado de ánimo, como una parte de un trastorno psicótico no congruente con el estado de ánimo o como una parte de un trastorno mental orgánico, por ejemplo, el trastorno orgánico del estado de ánimo.

Existen diversos tipos de síndromes depresivos, como la depresión mayor, la distimia (Neurosis Depresiva); para otros son de considerar las reacciones de adaptación dentro de las cuales se mencionan las reacciones depresivas breves y prolongadas no habiendo para las primeras "una causa conocida" y suponiéndose para las segundas un factor causal desencandente.⁽⁶⁾

Si pudiéramos resumir, la depresión se caracteriza por la aparición de síntomas que se agrupan en torno a dos puntos fundamentales: a) Tristeza inmotivada (desesperación, desconsuelo, pesimismo) y b) Disminución de la actividad (de los impulsos y de la actividad física). Los síntomas más frecuentes son sentimientos de desesperanza, preocupaciones hipocondriacas, ideas de devaluación, autoculpas y autodesprecio, así como ideas de autonegación y sentimientos de inferioridad, aunado todo ello a síntomas somáticos concomitantes. En cuanto a lo que nos compete, se ha observado que en las personas deprimidas que beben en forma excesiva aumenta su sintomatología lo que da un mayor riesgo suicida, lo cual es de considerarse en el manejo terapéutico.⁽⁷⁾ Así, en 1982, Beck investigó la relación que guardaba la

desesperación (desesperanza), depresión y los intentos previos de suicidio con la ideación suicida en 105 pacientes alcohólicos; 76 hombres y 29 mujeres, de los cuales el 38.2% estuvo en alguna ocasión en A.A. y el 49.5% estuvo hospitalizado por alcoholismo. Se encontró que había una estrecha relación entre la desesperanza y las ideas suicidas en los pacientes alcohólicos que habían intentado suicidarse.

En 1974, Barraclough llegó a la conclusión de que los síntomas depresivos en los pacientes alcohólicos son frecuentes, aunque en menor escala que en los pacientes deprimidos. Es natural que se deprima una persona que intenta dejar de beber, especialmente cuando la bebida le ha ocasionado dificultades importantes en su vida social y personal y cuando su vida ha girado alrededor de la ingestión de alcohol. En la relación tan estrecha que hay entre el síndrome de dependencia al alcohol (alcoholismo) y la depresión, es posible que las personas con una sintomatología depresiva utilicen el alcohol para tratar de aliviar su angustia y su depresión. El autor concluye que no se ha podido dilucidar si la depresión contribuye el abuso del alcohol o si, por el contrario el alcohol es causa de la depresión.

Haack y Cols, en 1988 estudió 286 mujeres estudiantes de enfermería en los E.U. las cuales respondieron a un cuestionario sobre la práctica de consumo de bebidas embriagantes y síntomas depresivos. El resultado final es que se asocia a un mayor consumo de alcohol, un mayor número de síntomas depresivos.⁽⁸⁾ En otro estudio realizado en Suecia en 1982, Beck y Cols, estudiaron 66 hombres y 29 mujeres, los cuales habían dejado una clínica para alcohólicos y en forma inicial al responder al test de Beck para depresión no presentaban síntomas depresivos, pero a medida que pasaba el tiempo de abstinencia y "alta" el 47% presentó depresión.⁽⁹⁾ Siguiendo la misma línea de estudio, Bachn's publicó un estudio en el que aplicó la escala de Zung para depresión a pacientes alcohólicos israelitas, encontró que en los 45 sujetos diagnosticados con el DSM III, 18 sujetos provenientes (A.A.) y 27 de provenian de una clínica médica; el 60% presentaba depresión clínica, y de éstos (los sujetos de A.A.) el 26% presentaba el tipo de Depresión Mayor, y de los pacientes de la clínica médica el 17% presentaba también depresión mayor.⁽¹⁰⁾ Finalmente Parker al estudiar a los hijos de padres alcohólicos, encontró que éstos son más susceptibles de presentar en algún momento de

(8) Idem Pág. 1

(9) Idem.

(10) Idem.

su vida alcoholismo, si los padres además de su alcoholismo presentaban problemas de pareja, separación de ésta o abandono de hogar, en un porcentaje mayor que el resto de la población.⁽¹¹⁾

Aunque la meta final de la psicoterapia del alcoholismo es la abstinencia total y permanente, creo que para lograrla es preciso actuar proporcionando apoyo, buscando además el esclarecimiento y la comprensión dinámica del paciente. También es indispensables, como se ha visto con anterioridad, el manejo de la situación familiar y social del paciente. Así podríamos considerar que el alcoholismo como en otras formas de farmacodependencia, se establece un dinámismo cíclico que es preciso romper y que se inicia con la ingestión de una sustancia que al proporcionar un alivio de los síntomas (la tensión depresiva dolorosa) en el caso del alcohólico, mueve a su ingestión repetida y que al inducir cambios fisiológicos, suscita a la dependencia. Pero podemos actuar si favorecemos un clima terapéutico propicio para que se desarrolle la relación médico - paciente. Lo cual tendría matices afectuosos, sólidos y cordiales, con objeto de devolver al enfermo la seguridad y la autoestima, contribuyendo a aliviar los sentimientos de culpa y de soledad del paciente.⁽¹²⁾

En el ámbito familiar y social, es sumamente frecuente que el alcohólico provenga de un hogar perturbado, pero no menos cierto es que en la familia que él ha creado ocurran también perturbaciones profundas, de las cuales muchas veces es el único responsable evidente. Resaltando aquí la importancia de una psicoterapia en la que se debería tomar en cuenta la dinámica familiar, sin dejar a un lado el hecho común de que algunos cónyuges, masculinos o femeninos, obtienen alguna ventaja enfermiza a través del alcoholismo de nuestro paciente.

El alcohólico en su condición de rechazado social, resentido y lleno de sentimientos de culpa, tiende a evadir la realidad a través de la renovada ingestión del tóxico y busca el refugio y la restauración de su vida social entre quienes comparten su hábito. Por otra parte, es un hecho demostrado que existen grupos laborales en los cuales el abuso del alcohol ha adquirido la importancia de una pauta cultural fija. Tal es el caso de los grupos de trabajo en los que la frustración, el miedo o la culpa son compartidos.

(11) Idem Pág. 1

(12) Idem

En la mayoría de los casos es preciso que el alcohólico abandone estos grupos y busque una forma más saludable de ajuste social. La oportunidad que a este respecto le ofrecen los grupos organizados de alcohólicos abstinientes es inmejorable. (A.A.).

1.3. A L C O H O L I S M O

1.3.1. Antecedentes Históricos.

Su Mitología y Legendario Descubrimiento.

Debido a que se han encontrado hojas y semillas petrificadas de la vid en terrenos y cuevas pertenecientes a la Era Geológica Terciaria, en la que ya existieron desde hace millones de años especies de plantas y animales que viven hoy, realmente quedó perdida en la obscuridad de la prehistoria la época en la que el hombre pudo obtener vino del mosto de las uvas cocido por la fermentación.

Ello debe haber ocurrido cuando las tribus nómadas dejaron de serlo al agregar a la cacería la práctica de la agricultura, aún, sin duda, mucho tiempo después de que lograron adquirir experiencia en las artes domésticas, toda vez que los viñedos, como ningún otro cultivo, sólo producen hasta el cuarto año de haber sido sembrados, una buena cosecha para la fabricación de licores.

No debemos olvidar que era la vid una de las plantas de crecían en los huertos del paraíso para deleite de Adán y Eva y que la primera prenda de vestir del género humano, fue precisamente una hoja de parra.

Lo cierto es el hecho de que en todas las civilizaciones de la antigüedad, el vino aparecía siempre como un regalo de los dioses; los egipcios lo atribuyeron en su mitología a Osiris, deidad del bien y juez de las almas, que los enseñó a cultivar las tierras del Nilo; los griegos lo recibieron de Dionisio, hijo de Zeus y de la mortal Semele. Por los romanos fue Baco, quien es hoy en día el más pronunciado.

En lo que a México toca, el arte del cultivo de la vid y la crianza de vinos y licores derivados de la uva, no fueron conocidos por los pueblos prehispánicos, aun cuando existían en diferentes regiones varias especies de uvas silvestres, las que generalmente se les conoce como cimarrones, con propiedades que escaldan al comerlas, motivo por el cual ni siquiera los pájaros silvestres las picotean. Se sabe que como los licores formaban parte de la dieta de los

pueblos del mediterráneo, en las expediciones que vinieron al descubrimiento y a la conquista de América ocuparon un lugar importante entre las provisiones necesarias que traían los tripulantes de los navíos, la gente de armas y los cazadores.

Tres años después de la conquista de la Gran Tenochtitlán, Hernán Cortés dispuso el 20 de marzo de 1524 que todo encomendero que tuviere repartimiento sembrará mil sarmientos por cada cien indios y, al parecer, fueron los españoles los que injertaron las vides de la península sobre cepas silvestres.

En 1531, Carlos V ordenó que todos los navíos con destino a la indias, llevaran "plantas de viñas de olivos" y entre 1536 y 1541 a juzgar por el testimonio de Fray Toribio de Bonavente, ya había un viñedo a cuatro leguas de Puebla, en el Val de Cristo. Así comenzó la expansión de los viñedos por toda la república.

Hacia 1822, tras de haber sido consumada la Independencia Nacional, se grabaron con un 20% los vinos extranjeros y con un 12% los elaborados en el país. El 11 de octubre de 1823 se concedió la exención de alcabalas, diezmos y primicias por diez años a los plantíos de café, cacao, vid, olivo y morera, que fue prorrogada a su término por un período igual.

Todo ello constituyó un elevado estímulo para la industria vitivinícola. pronto en 1906 se constituyeron dos fábricas vitivinícolas muy importantes hoy en la producción de vino, La Casa Pedro Domecq y los vinos "Calafia" y de "los Reyes".

En poco más de 90 años se han establecido más de 40 fábricas productoras de vino en el país. Bástenos decir que en 1939 la superficie plantada de viñedos era sólo de 1.500 hectáreas y que en la actualidad la extensión del cultivo rebasa las 52,000 hectáreas, como para considerar disponibilidad en el mercado nacional.

Sin embargo, no sólo el vino en sí participa en el consumo como bebida embriagante en nuestro país. En todas las culturas indígenas que se asentaron en la República, fue conocido el pulque, la bebida fermentada que se obtiene

del aguamiel extraído del maguey por succión directa en la que se utiliza el accote, cuyo contenido es vaciado en aplilote, o sea el pellejo de cuero que el peón tlachiquero lleva a la espalda, sostenido por red de correas o mecates. Dicha bebida, era ingerida en fiestas y por señores principales; hasta los emperadores aztecas consumían esta bebida.

Otra bebida típicamente mexicana que al parecer ya se conocía en la época de las culturas indígenas, es el tequila, aguardiente obtenido de la fermentación y destilación de un agave que se cultiva en tierras de temporal en los estados de Jalisco, Nayarit, Michoacán y Guanajuato. Bebida a la cual se atribuyen propiedades curativas, por frotación, para los desmayos, para la falta de movimiento de las articulaciones y por algunos para curar "las tristezas". No podría pasar a un siguiente punto sin mencionar la Cerveza, bebida fermentada hecha con granos germinados de cebada y aroma tizada generalmente con lúpulo ocaña, deriva su nombre del latín cervesia, la cual es una palabra de origen galo. Y ya desde la Colonia en la Nueva España, Alonso de Herrera tenía la exclusividad para hacer "cerveza" en todas las indias. Durante todo el virreynato se continuó la producción de cerveza, de modo rudimentario, la cual no podía conservarse por mucho tiempo en buen estado. Y en México, en 1890, se funda en Monterrey la Cervecería Cuauhtémoc, tenía capacidad inicial de producir unos 10000 barriles diarios de cerveza. Pronto en Orizaba se funda la Cervecería Moctezuma, a la que siguió la Cervecería Modelo, en la Ciudad de México.

Independientemente de lo que está sucediendo en otras partes del mundo a causa de la demoledora vida de nuestro tiempo, las anteriores apreciaciones globales sobre la producción de alcohol, nos muestra en forma alarmante que en nuestro país, el beber forma parte de todos los estratos sociales como una característica distintiva del ser nacional.

1.3.2. Definición.

El estudio del alcoholismo comienza verdaderamente a mediados del siglo XIX, Magnus Huss (1852), médico sueco, fue al parecer el primero que acuñó el término "alcoholismo" y denunció al alcohol como un factor de degeneración. En su concepto incluía: "todos los problemas triviales o clínicamente reconocibles debidos al consumo excesivo de bebidas alcoholicas". Aquí ya se vislumbra que el alcoholismo interviene tanto en la salud como en el adecuado desenvolvimiento de la vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud (1950), definió este término como una forma de ingestión de alcohol que excede al consumo alimentario tradicional y a los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualquiera que sea el origen de esos factores, como la herencia, la constitución física o las influencias psicopatológicas y metabólicas adquiridas. Este concepto incluye algunos de los factores etiológicos que pueden provocar la enfermedad.

Otras definiciones hacen énfasis en los trastornos de la conducta que necesariamente conllevan el exceso de ingesta etílica donde al alcoholismo es esencialmente un problema de comportamiento que se manifiesta por un exceso en el consumo de bebidas embriagantes, con la característica de ser irreductible por medio de los argumentos que generalmente influyen en la conducta humana; los problemas de salud, las nefastas consecuencias económicas, etc. como los expone Duchene.

En 1960, en Viña del Mar, Chile, durante un Seminario de Indole Latinoamericana sobre alcoholismo, la Organización Panamericana de la Salud, expuso una definición donde se explicó que el alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia al alcohol. expresado através de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detener la ingesta alcoholica una vez iniciada, y la incapacidad de abstenerse de esta sustancia.

La importancia de esta definición es que califica al alcoholismo como una enfermedad crónica e introduce el término de dependencia, el cual es característico de este padecimiento.

Por otro lado, la American Medical Association (1973) definió al alcoholismo como una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida del control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación una vez que se comienza a beber, por su cronicidad, su proceso y su tendencia a reincidir. Se le asocia típicamente con impedimentos físicos y deterioro emocional. Aquí se reafirma en forma implícita la dependencia y a su vez tendencia a que se reincida nuevamente, dando como resultado trastornos tanto físicos como de personalidad.

En el DSM III-R se describe al abuso y la dependencia al alcohol dentro de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas en su edición 1988 en español. Refiere tres patrones de uso que enlistan a continuación:

- 1).- Consumo regular y diario de grandes cantidades.
- 2).- Consumo abundante limitado regularmente a los fines de semana.
- 3).- Largos períodos de sobriedad entremezclados con períodos de embriaguez diaria a raíz de consumir grandes cantidades de alcohol durante semanas o meses.

Se señala que se comete un error cuando sólo se asocia exclusivamente uno de estos patrones al "alcoholismo".

Finalmente el Dr. Mark Keller, del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers, que en 1958 expresó: "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto en el que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". Al señalarse como enfermedad se toma en cuenta la posible etiología, la sintomatología, el diagnóstico, el tratamiento y la posible rehabilitación; destacándose su cronicidad, que resulta en la dependencia,⁽¹³⁾ definición que desde mi punto de vista toma en cuenta todas las facetas del problema, ofreciendo una idea más clara del alcoholismo.

(13) Idem Pág. 1

1.3.3. Clasificación.

1.3.3.1. Clasificación del Alcohol como Sustancia.

Una droga, para considerarse como tal, debe reunir varias características específicas que de una u otra manera, por su composición, al ser introducida al organismo crea cambios psíquicos y/o físicos; la cual puede traer consigo un uso médico, aunque no necesariamente.

La farmacodependencia resulta de un estado psíquico, y en ocasiones, físico, resultante de la interacción entre un organismo y un fármaco que ocasiona modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre una impulsión a procurarse la sustancia en forma continúa para experimentar nuevamente sus efectos psíquicos, y algunas veces, para evitar los síntomas que suscitan la privación de la droga.

Se considera al alcohol como una droga, ya que cuenta con bastantes elementos para considerarse como tal. En el DSM III se describe al alcoholismo como dependencia del alcohol que tiene todas las cualidades del abuso y la dependencia de sustancias. La alteración puede caracterizarse por disfunción fisiológica, psicológica o social. Dicho de otra manera, puede producir dependencia, síndrome de abstinencia y tolerancia.

Una droga es un medicamento; en forma ocasional se usan indistintamente como sinónimos, lo cual evitará confusiones durante el presente capítulo, pero sólo cuando la droga se utiliza con fines terapéuticos.

La Organización Mundial de la Salud, describe dos tipos de drogas:

1. Psicotrópicas.- Estas producen un cambio en la psique del individuo y se subdividen en 5 subgrupos:
 - I. Las que tienen escaso o nulo valor terapéutico y que por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública, como son la destilamida del ácido lisérgico, la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, el

peyote, etc.

- II Las que tienen algún valor terapéutico pero constituyen un problema grave para la salud pública, como las anfetaminas, la metacualona y algunos barbitúricos.
- III Las que tienen valor terapéutico pero constituyen un problema para la salud pública.
- IV Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública, como las benzodiazepinas.
- V (agregado en México) en el cual se agrupan las sustancias que no tienen uso terapéutico y que se utilizan en la industria; solventes, cementos, etc.⁽¹⁴⁾

El alcohol es clasificado en el primer subgrupo, y que es una droga que no tiene aplicación médica, pero su abuso como se ha descrito, produce dependencia; por lo que se puede considerar una farmacodependencia.

- 2 No Psicótropicas.- No producen en la psique efecto alguno. De la cuales no se abordará en este trabajo.

1.3.3.2. Clasificación del Alcohol por Niveles de Ingestión.

Es de utilidad clínica el establecer grados de alcoholismo en plan operacional. Ello permite una unificación del lenguaje y orienta sobre las condiciones generales del enfermo, sobre sus posibilidades de manejo y en fin de cuentas, sobre sus pronóstico y tratamiento. Todo el mundo sabe que el enfermo alcohólico exhibe problemática en los campos familiares, laboral y social. No obstante, para facilitar la tarea, se proponen aquí 4 grados de alcoholismo en relación con la capacidad laboral y estimamos que éste es un buen criterio objetivo y fácil de verificar.

Alcoholismo grado I. Ingesta frecuente hasta la embriaguez, con poca

(14) Idem Pág. 1

o ninguna repercusión en el trabajo. Las fallas, siempre pequeñas son de tipo subjetivo. Lo que importa es que este alcohólico se embriague sin motivación alguna de tipo social.

Alcoholismo grado II. Ingesta frecuentemente hasta la embriaguez con la inasistencia esporádica al trabajo y disminución en el rendimiento laboral. Las fallas son gruesas y de tipo objetivo.

Alcoholismo grado III. Ingesta diariamente hasta la embriaguez, con inasistencia progresiva al trabajo. El rendimiento es prácticamente nulo. El despido es consecuencia necesaria.

Alcoholismo grado IV. Ingesta diaria y continuamente. El estado de embriaguez es permanente. La única actividad del enfermo gira en torno a la botella. Incapacidad absoluta para todo tipo de trabajo.⁽¹⁵⁾

Otra forma de clasificar al alcohol fue dada por Jellinek, médico quien realizó una clasificación basada en el nivel de gravedad en la ingesta, así como en las complicaciones físicas y la dependencia psicológica y/o física del alcohol, resultando 5 formas distintas de alcoholismo, a las que denominó con letras del alfabeto griego:

Tipo Alfa.- La cual es una dependencia exclusivamente psicológica ya que el alcohol da al individuo un alivio a sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. Aquí no aparece pérdida del control, ni la incapacidad de abstenerse, es una forma neurótica de consumo de alcohol.

Tipo Beta.- La cual se caracteriza por las complicaciones médicas que produce con una ingestión excesiva y prolongada de alcohol como gastritis, polineuritis, etc. No hay dependencia física ni síndrome de abstinencia.

Tipo Gama.- En esta se encuentra tanto dependencia física como psicológica, con pérdida del control o pérdida de la libertad para moderarse en la bebida, presentándose el síndrome de abstinencia.

Finalmente el Tipo Delta.- Con dependencia psicológica y física, pero se distingue de la anterior, el porque el individuo no puede abstenerse de la

(15) Idem Pág. 1

bebida ni aun por unos cuantos días. Presentando síndrome de abstinencia.⁽¹⁶⁾

Epsilon.- En el tipo de alcoholismo periódico, también llamado dipsomanía. El cual no debe confundirse con el anterior Gama, que tiene períodos de abstinencia.

Considero que en estos tipos caben prácticamente todos los sujetos alcohólicos.

1.3.3.3. Clasificación del Alcohol por Entidades Nosológicas.

El médico general, a pesar de ser quien más pacientes atiende por trastornos del consumo de alcohol, generalmente se ha mantenido al margen del problema. Es común que muestre poco interés en este tipo de pacientes; más bien los evita o rechaza y se concreta al tratamiento de las complicaciones orgánicas de la enfermedad. Una de las consecuencias de lo anterior es que el alcohólico no recibe oportunamente tratamiento médico, es decir antes de que las complicaciones del síndrome de dependencia, del alcohol se haya tornado irreversibles y quede muy poco por hacer para reintegrar al sujeto a la vida productiva tanto en su familia como en la sociedad.

La clasificación de los bebedores (según Elizondo L.J.A.) permitiría determinar el tratamiento más adecuado a largo plazo. De acuerdo a su manera de beber, las personas se clasifican en 4 tipos:

- . Abstemio.
- . Bebedor moderado.
- . Bebedor excesivo (prealcohólico).
- . Alcoholismo (síndrome de dependencia del alcohol).

A) Abstemio. Es una persona que no bebe alcohol o lo hace ocasionalmente, pero ingiere cantidades muy pequeñas y nunca se intoxica.

B) El bebedor moderado es el que toma por motivos sociales (en fiestas, reuniones, comidad, etc.) Generalmente consume cantidades moderadas de alcohol y conoce su límite, bebe por gusto, no por el efecto, nunca bebe solo y rara vez se intoxica. Este tipo de sujeto puede presentar

(16) Idem Pág. 1

gastritis y/o esofagitis ocasionalmente secundarias al alcohol.

- C) El bebedor excesivo es un individuo cuya manera de beber en cuanto a cantidad y frecuencia, rebasa los límites socialmente aceptados. Estas personas, aunque no se consideran alcohólicos porque no han desarrollado dependencia física, generan problemas familiares, laborales y sociales. Así mismo, este tipo de sujetos pueden presentar en un momento crítico: Esofagitis, gastritis, pancreatitis e iniciar con alteraciones metabólicas y alteraciones incipientes en el sistema hematopoyético. Los programas de detección oportuna y tratamiento del alcoholismo (prevención secundaria) deben incluir a este tipo de bebedores. Con un buen manejo

psicoterapéutico a nivel educativo, estos pacientes pueden aprender a controlar su manera de beber, además de que puede ser el inicio de una cirrosis hepática y hepatitis grave.

- D) El alcohólico es una persona que presenta una dependencia psíquica y física del alcohol; esta última característica es la que lo diferencia del bebedor excesivo. Los síntomas clínicos de la dependencia física son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La tolerancia es una adaptación biológica del individuo alcohólico que lo obliga a ingerir cada vez mayores cantidades para lograr los mismos efectos. El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas físicos y psíquicos que el sujeto experimenta cuando deja de beber y que generalmente, lo obligan a beber más para aliviarlos. El alcohólico no sólo rebasa los límites socialmente aceptados en lo que se refiere a cantidades y frecuencia, sino que presenta dos características clínicas muy especiales: la imposibilidad de detenerse una vez que empieza a beber y la incapacidad para abstenerse de beber. Todo esto se conoce como síndrome de dependencia del alcohol. Este síndrome es irreversible; cuando un individuo lo ha desarrollado, sólo le queda una alternativa: dejar de beber por el resto de su vida. Tales sujetos son los que presentan más alteraciones que los anteriores. Desde las anteriores ya mencionadas para los otros tipos, como la intoxicación alcohólica aguda con síntomas agudos cerebrales de dimensiones psicóticas, pasando otras como a continuación se describen por que para el médico y psiquiatra interesan más:

Deterioro Alcohólico. Es un síndrome cerebral y crónico con disminución de la memoria, del juicio y desorientación y alude al estado de amnesia total que puede desarrollar a la larga el alcohólico crónico.

Intoxicación Patológica (Alcoholismo Patológico).⁽¹⁷⁾ Es un estado psicótico en el que se presentan severos trastornos conductuales debido a la ingesta de pequeñas cantidades de alcohol (que en personas normales no producen estos efectos) y que se acompaña de amnesia subsecuente. Se da en individuos con daño cerebral subyacente y también en personal con rasgos histéricos o epiléptoides, con bajo coeficiente intelectual.

Alucinosis Alcohólica. Resulta de una abstinencia etílica al suspenderse bruscamente a la ingesta de alcohol. Se caracteriza por alucinaciones visuales y auditivas vividas que se desarrollan al poco tiempo de la supresión con ansiedad como respuesta muchas veces a las amenazas alucinatorias.

Generalmente la conciencia se conserva clara. Puede resolverse espontáneamente, no obstante merece atención muchas veces intrahospitalaria.⁽¹⁸⁾

Delirium Tremens. Es una psicosis aguda que dura poco tiempo, producida por el uso excesivo y prolongado del alcohol y por la privación brusca de esta sustancia. Se caracteriza por obnubilación de la conciencia, desorientación, miedo, ideas delirantes, alucinaciones de cualquier tipo, especialmente visuales y táctiles, inquietud y algunas veces fiebre. Además taquicardia, cólicos abdominales, temblor fino y en ocasiones crisis convulsivas tónicas clónicas. Otros síntomas, insomnio.

Escefalopatía de Gayet-Wernicke. El comienzo es paulatino en alcohólicos crónicos, caracterizándose con ansiedad, insomnio, inactividad y datos neurológicos de polineuritis. Se puede asociar con estado de confusión mental y puede presentar un tipo de parasis ocular, nistagmus, fotofobia; el cual puede evolucionar hacia el coma y la muerte en un período de una a dos semanas. Este padecimiento junto con el siguiente comprende lo que ahora se conoce como el trastorno amnésico alcohólico según el DSM-III, el cual es la Psicosis Polineurítica Alcohólica de Korsakoff. En 1887, el Psiquiatra Ruso Sergei Korsakoff describió un cuadro caracterizado por una notable y duradera reducción de la memoria, en especial una pérdida de la memoria reciente, cofabulaciones, desorientación en tiempo, la cual aparece como secuela

(17) Idem Pág. 1

(18) Idem

de alguna psicosis alcohólica (delirium) o más raramente en el curso del alcoholismo crónico.

Demencia Asociada al Alcoholismo. La cual se caracteriza por alteraciones del estado de conciencia, disminución de las funciones cognitivas (fundamentalmente la concentración y la atención), trastornos en la percepción incoherencia al hablar, trastornos del sueño, aumento o disminución de la actividad psicomotora, desorientación y trastornos de la memoria, síntomas que se hacen más evidentes en determinadas horas de la noche o del día, la cual tiene como condición que se presente en sujetos que presentan el síndrome de dependencia al alcohol, o en personas que padecen además del alcoholismo un daño cerebral, la cual es el resultado de los efectos neurotóxicos del etanol, sumado al daño por avitaminosis (desnutrición).

Finalmente Coma Alcohólico, que es bastante raro, pero es necesario considerarlo debido a la posibilidad de que se presente una depresión respiratoria y la muerte, aunque la condición es reversible si el paciente recibe tratamiento adecuado hasta que disminuya el nivel de alcohol en la sangre.

1.3.4. Epidemiología del Alcoholismo.

Es difícil ofrecer datos precisos sobre 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.

Una cifra importante informada a menudo es la proporción de consumo de alcohol de los adultos por per cápita: en una investigación reciente en 26 países, los tres que se encontraban a la cabeza fueron Portugal, Francia e Italia; E.U. el décimo quinto lugar; e Israel el Vigésimo sexto.

En E.U. se consume más alcohol per cápita en la costa del pacífico y en las regiones de Nueva Inglaterra que en otras regiones.

Las proporciones de consumo per cápita pueden ser también desalentadoras en cuanto a su relación con el alcoholismo y el estado socioeconómico. Los niveles 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 más frecuente en las clases socioeconómicas medias.

Kissin (1977) estimó que del 20 al 25% de los alcohólicos se encuentran en las clases superiores y medias, 40 a 50% están en las clases sociales media inferior e inferior superior y 25 a 30% están en las poblaciones de las zonas ruinosas y de los barrios bajos de las ciudades.⁽¹⁹⁾ Llama la atención que el alcoholismo es raro en los países orientales.

No existe una diferencia global entre las proporciones de ingestión de alcohol de los blancos y de los negros, sin embargo, son más las mujeres negras que las blancas que no consumen ninguna bebida alcohólica o que son grandes bebedores. La proporción de alcoholismo entre indios estadounidenses es menos que el doble que el promedio nacional.

La proporción de alcohólicos entre varones y mujeres se ha estado igualando

(19) Idem Pág. 1

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.

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 39 años. En mujeres el alcoholismo intenso es más elevado entre los 21 y 29 años y 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.

En un informe de la OMS, publicado en noviembre de 1974,⁽²⁰⁾ Mrs. Joy Moser, dice: En muchos países ha habido no sólo un aumento en la proporción de mujeres que beben y que lo hacen en cantidades excesivas, sino que también la edad de inicio en el hábito de beber ha descendido. Esto ha dado por resultado un aumento en la proporción de la población total que consume las cantidades de bebidas alcohólicas de que se dispone.

En México, como en la mayor parte de los países, la ingestión de alcohol se considera un problema de Salud Pública, tanto por el gran número de personas afectadas como por las consecuencias sociales que esa ingestión tiene.

La magnitud y las características del alcoholismo en México no han sido estudiadas con la exactitud deseada, pero es de todos sabido la dificultad que existe para este tipo de investigaciones epidemiológicas en problemas psiquiátricos. No obstante, contamos con datos significativos relacionados con los índices directos e indirectos aconsejados en el Seminario sobre Alcoholismo efectuado en Viña del Mar en 1960, que mencionaremos a continuación:

Las estadísticas de mortalidad en los rubros "Alcoholismo y Psicosis Alcohólica" en la República Mexicana se señalan que en 1964 la mortalidad por 100,000 habitantes, era de 4.7 y por mortalidad por cirrosis hepática en la República Mexicana era en 1963 de 22.0 por 100,000 habitantes.⁽²¹⁾ Silva Martínez encontró que en ese mismo año, el 8 % de la población adulta de la ciudad de México

(20) Idem Pág. 1

(21) Idem

tenía este problema. Según datos de Cabildo, la proporción en cuanto al sexo es de 20 hombres por cada mujer para el país y de 5 para la ciudad de México. En cuanto a la edad, el número de alcohólicos va en aumento de los 21 a los 60 años, para declinar después. Prácticamente no hay alcohólicos menores de 20 años, pero si bebedores excesivos, es decir, el alcoholismo ataca al hombre en su edad más productiva. Es más frecuente entre los analfabetos y entre los trabajadores que desempeñan tareas más sencillas, que entre individuos más cultivados y empleados o profesionistas. Se da más en los sujetos de nivel socioeconómico más bajo, después en los de clase acomodada y es menor en los de clase media.⁽²²⁾

Como se ha reportado, los estudios en la década de los 50s y en la de los 60s son pocos, pero hacia fines de la década de los 70s. gran número de estudios se han realizado con la creación de diversos organismos, entre ellos la Dirección General de Salud Mental de la S.S.A., ahora se reportan mayor número de estudios de tipo epidemiológicos como el que la misma dirección reporta, al respecto de número de alcohólicos que había en 1975, 59.18 por cada 10,000 habitantes (Guerra A., 1977). Otro reporta que en 1976, entre 9 y 12 personas por cada 1,000 son alcohólicos y se calcula que habrá un millón en 1980. (Velasco, F.R. 1976)

En 748 encuestas que se aplicaron entre octubre de 1976 y diciembre de 1979, (430 urbanas y 318 rurales), dos terceras partes de los mayores de 18 años resultaron ser bebedores (de cada 100, 64 hombres y 36 mujeres) (IMP, 1977). Natera y Cols. 1981, reporta que los hombres beben más que las mujeres y preferentemente durante los fines de semana.

Calderón 1981, reporta que la edad a la que se consume con más frecuencia bebidas alcohólicas es entre los 25 y 55 años. Según la Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A. el 94.4% de los hombres y el 5.66% de las mujeres son alcohólicas. Finalmente a este respecto y en relación al sexo, Márquez reporta que en 1983, el 22% de los hombres y el 9% de las mujeres de una muestra en el D.F. son bebedores regulares. El consumo por cápita era de 7.4 litros de etanol puro.

En relación a otras patologías psiquiátricas acompañantes, es difícil estimar

(22) Idem Pág. 1

la prevalencia concomitante entre ambos padecimientos (alcoholismo y trastornos psiquiátricos), puesto que la mayor parte de las encuestas se efectúan en ambientes psiquiátricos. La literatura mundial es diferente a la reportada en México, en una de estas se reporta que en encuestas de pacientes en las que se diagnosticarón tanto alcoholismo como trastorno psiquiátrico adicional revela que en 70% a 80% de los casos este último es un trastorno de la personalidad (antisocial, dependiente, esquizoide o limitrofe) en 10 a 15% se trataba de una alteración psicótica, esto es esquizofrenia, depresión mayor o trastorno bipolar y en 10 a 15% más se trataba de un trastorno neurótico (ansiedad generalizada o Trastorno obsesivo compulsivo).

Weissman y Cols (1980) informaron los interesantes resultados de una encuesta efectuada en 510 adultos de la comunidad. De la proporción de 6.7% que fueron alcohólicos, 71% tenían antecedentes de por lo menos otros trastornos pasiquátricos. Cerca del 75% de estas personas tenían un trastorno depresivo. El riesgo de suicidio era muy superior en los alcohólicos que en los pacientes que tenían otros trastornos psiquiátricos, pero alcoholismo.⁽²³⁾

En México, Calderón reporta que en 1961, el 2.7% de 83 pacientes internos en Hospitales Psiquiátricos de la S.S.A. son alcohólicos. Guerra señala que en 1977 en la S.S.A. el 28% de los pacientes internados en Hospitales Psiquiátricos son alcohólicos. De cada 100,000, 4.5. padecen psicosis alcohólica.

En relación nuevamente a depresión y alcoholismo señalare que aunque con frecuencia se observa en clínica y combinación de estos cuadros, los estudios epidemiológicos del tema reportan datos contradictorios que varían de 3 a 98% de concordancia. Estas discrepancias se han tratado de explicar por fallas en los métodos que se utilizan para diagnosticar la depresión en alcohólicos. Keller y Cols, reportan índices de depresión en alcohólicos que varían de 8.6 a 71% dependiendo de si la depresión fue detectada por criterios del DSM - II o por el uso de escalas como la de Hamilton, Zung, MMPI, etc. Se considera que el criterio clínico utilizado en algunos estudios para enfermos en tratamiento puede dar tasas más altas, ya que es un hecho comunmente observado que pacientes que presentan los dos padecimientos (alcoholismo y depresión) suelen buscar ayuda médica con mayor frecuencia que los que sólo tienen el problema de ingestión excesiva de alcohol. Reportes inadecuados

(23) Idem Pág. 1

de depresión en una población de alcohólicos puede tener implicaciones terapéuticas importantes, ya que una tasa muy alta implica el uso excesivo de medicación antidepresiva y una muy baja puede privar a un número importante de enfermos de la ayuda terapéutica adecuada, que no sólo permitiría una recuperación temprana, sino al mismo tiempo podría prevenir episodios de bebida excesiva.⁽²⁴⁾

1.3.5. Etiología.

El alcoholismo y los problemas que se asocian a decir de muchos investigadores, resulta de una interacción ampliamente complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales, que al interactuar generan un problema de farmacodependencia. No podemos dejar de lado los múltiples estudios que afirman que todo defecto genético, funcional y metabólico o más aún nutricional al interactuar con otros factores como los socioculturales y psipatológicos pueden precipitar hacia el alcoholismo a un sujeto.

El Dr. Plau, señala que los individuos que tienen más proclividad a convertirse en alcohólicos son aquellos que:

1. Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (determina quizá fisiológicamente), que les hace 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 a las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

Se sabe que algunos sujetos se someten a condiciones socioeconómicas en las que hay carencia, observan un consumo excesivo de alcohol. También al observar el desempleo y competencia extrema, puede conducir a un estado de angustia, depresión, resultado de una dificultad en la adaptación al medio ambiente, caen en el consumo excesivo de alcohol.

Por otro lado en cuanto a los factores psicopatológicos, también se han analizado con frecuencia, por lo que se han establecido algunas hipótesis sobre la existencia de estas en el alcohólico. "de una personalidad prealcohólica", otras sobre una homosexualidad latente ya comentadas en el punto 1.1. de este trabajo, etc. Pero finalmente se llega a la conclusión por los estudiosos del tema que el alcoholismo no es resultado de un tipo específico de personalidad sino de varios, los cuales al someterse a determinadas circunstancias, están siendo proclives al alcoholismo como una forma de adaptarse al medio.

Finalmente señalaré que este inciso dejaré de lado los factores psicológicos sociales y fisiológicos por considerarlos rubros importantes a desarrollar más ampliamente.

1.3.5.1. Factores Psicológicos.

Existen diversas posturas que tratan de explicar la etiología del alcoholismo, algunas de ellas abordan los factores o aspectos psicológicos y de estas las que se aproximan para esclarecer la etiología del alcoholismo según algunos son:

1. La Postura Psicoanalítica.

En la teoría psicoanalítica se postula que el alcoholismo se debe a influencias orales en la infancia. El alcohol al producir una elevación del estado de ánimo en forma inicial y una reorientación de los procesos del pensamiento, ocasiona niveles regresivos, lográndose una gratificación proporcionando una fuga de la realidad.

A decir de Freud "En Tres Ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad" (1905), en los niños explica que, la zona erógena de los labios adquiere gran significación y si esta región permanece activa en su significado, varias de estas personas fumarán o beberán en la vida adulta, por lo que el uso de drogas implica una regresión oral profunda, que conduce a presentar componentes compulsivos, utilizándolos para combatir el estado depresivo. ⁽²⁵⁾

Fenichel (1966), menciona que el origen de la "Farmacodependencia" considerando dentro de estas al alcoholismo, no reside en el efecto químico de la droga, sino en la estructura psicológica del individuo. El factor decisivo recae en una personalidad premorbida y para las personas dependientes del alcohol, esto tiene un significado específico. Significa para ellos la forma de realizar sus deseos profundos y primitivos de una manera apremiante. En forma inicial el Alcohólico pudo haber buscado únicamente consuelo, pero termina utilizando el efecto de la droga para lograr la satisfacción de una necesidad interior. ⁽²⁶⁾

(25) Idem Pág. 1

(26) Idem

De esta manera se quebranta la organización genital y se inicia una regresión. Así los diversos puntos de fijación determinan cuales partes de la sexualidad infantil, se colocarán en primer plano y para finalmente quedar la libido transformada en energía amorfa de tensión erótica, sin formas de organización. Fijándose en una necesidad narcisista-pasiva, mostrando sólo interés en el logro de su satisfacción.

Freud menciona sobre el tema lo siguiente: "Que la masturbación es el primer y único hábito (adicción) y otras adicciones tal como, la morfina el alcohol y el tabaco, etc., sólo aparecen en vida como sustitutos y reemplazantes de aquella.

Sillman (1959) dice que el uso de drogas representa primeramente la masturbación genital, que va acompañada de fantasías y contenidos apropiados. Señaló que la oralidad de los adictos, los cuales reemplazan las relaciones objetales por el odio, expresan esta en términos de devorar y destruir al objeto. A decir, todas las adicciones son una protección contra la depresión resultado de la introyección de un objeto amado frustrante. Así el adicto sólo tiene relaciones objetales pseudolibidinales y su único objeto externo es el alcohol, en caso de dependencia a esta sustancia.

La adicción del alcohólico presenta un carácter autodestructivo en donde se encuentra una manifestación de la pulsión de muerte. Y como anteriormente se señaló, el factor decisivo es la personalidad premorbida, ya que, a partir del encuentro con la droga, el sujeto no puede separarse de ésta, conduciéndose hacia su destrucción. (Al respecto de personalidad alcohólica premorbida, véase punto 1 de este capítulo). Sin embargo, no puedo dejar de lado los estudios que Knight realizó al dividir finalmente a los sujetos alcohólicos en dos grandes grupos: En el primero se encuentran los alcohólicos primarios o esenciales y en el segundo, los sintomáticos secundarios o reactivos.

El alcohólico primario o esencial ha sufrido estancamiento o regresiones en el desarrollo de su personalidad en estadios muy tempranos de su vida, lo que da lugar a alteraciones muy importantes en la estructura de su personalidad, siendo pacientes con más mal pronóstico que los sintomáticos o secundarios.

El alcohólico sintomático, reactivo o secundario, es un individuo que logró una mejor estructuración de su personalidad, pero el impacto de conflictos emocionales continuos lo han orillado a asumir una conducta regresiva a estadios más tempranos de su vida.

Aunque los estudios de Knight llevaban una orientación exclusivamente psicoanalítica, en la rutina clínica del psiquiatra es común encontrar estos dos tipos de alcohólicos: el que empieza a beber secundariamente a sus conflictos emocionales hasta desarrollar un síndrome de adicción al alcohol y el que genera problemas personales, familiares y sociales como consecuencia de su incontrolable forma de beber.

2. La Postura Conductista.

Dentro todavía de nuestra somera consideración de los factores psicológicos, recordaremos las explicaciones que se dan desde el enfoque conductista. La premisa de la que se parte es que el sujeto alcohólico "aprende" a beber, bebe excesivamente y permanece en el alcoholismo, porque el alcohol sirve a un propósito útil; en otras palabras su conducta de bebedor lo recompensa y se refuerza continuamente. El "premio" puede estar constituido por los cambios psicológicos a que induce el alcohol, la supresión del stress o la posibilidad de vivenciar experiencias distintas y agradables. Se ha dicho también que la conducta aprendida del bebedor es el resultado de la necesidad que tienen los jóvenes de copiar el modelo del comportamiento del adulto y que los efectos reforzadores son variables en cada caso; la aprobación del grupo, la facilitación de la interacción social, la relajación ante las penalidades cotidianas y la posibilidad de sentirse independiente y seguro de sí mismo.

Se comprende que dentro de este marco teórico se ve a la ingestión de alcohol como un comportamiento aprendido. Cabe aquí interpretaciones como la de que el alcohol tiene tendencias autodestructivas a las que sirve bien el beber excesivamente, y otras más frecuentemente citada por el propio bebedor; que el alcohol le ayuda a olvidar experiencias pasadas y realidades actuales dolorosas, o que al menos le permite soportarlas sin angustia. Y aún dentro del más puro enfoque conductista, algunos ven este proceso de aprendizaje, ni siquiera contaminado con estos contenidos subjetivos; así el alcoholismo puede resultar de un mecanismo "accidental" de aprendizaje de ciertos modos

de beber, como el hacerlo "de golpe" a consumir bebidas especiales (generalmente destilados sin mezclar), ingerir alcohol en momentos y situaciones escogidas, etc. Parece evidente que algunos autores han llegado a estas hipótesis a partir de ciertos éxitos terapéuticos obtenidos mediante métodos de modificación de conducta, bajo la tesis de que lo que se ha aprendido puede ser "desaprendido" y que consisten básicamente en utilizar reforzamientos negativos, como los choques eléctricos o la aversión química condicionada. Pero una inferencia de este tipo es meramente especulativa y no procede conforme al método científico.

Tenemos que concluir que la hipótesis de los teóricos del aprendizaje, basadas en la idea simple de un reforzamiento de la conducta como causa directa del alcoholismo, carecen de una base científica. Ya que hemos dicho que el alcohol no reduce los niveles de ansiedad. Lo que nos llevaría a una conclusión antes citada; existen muchos tipos diferentes de individuos alcohólicos cuyas personalidades y rasgos psicopatológicos difieren ampliamente, lo mismo que su iniciación en el consumo excesivo del alcohol (o de otra droga en particular) y sus necesidades de tratamiento.

1.3.5.2. Factores Sociales.

Las teorías sociales establecen que no sólo se necesitan conocer las tensiones sociales y las frustraciones individuales del alcohólico, sino también la actitud social hacia el alcohol en el grupo social en el que se desenvuelve el individuo. La costumbre de ingerir bebidas alcohólicas para simbolizar un sentimiento comunitario y de unidad es común en la cultura moderna. Así en el medio urbano, las costumbres sociales hacen que se facilite cada día más el desarrollo del alcoholismo. El beber dentro de ciertos grupos sociales da cierto grado de estatus social, lo que hace que se vayan desarrollando las normas de bebida.

Cabría hacernos aquí una pregunta. ¿Por qué el alcoholismo se encuentra tan extendido en algunos grupos sociales, culturales y religiosos, en tanto que es más bien raro en otras?. Numerosos estudios han servido para señalar algunos hechos que indudablemente influyen sobre la incidencia o la ausencia del alcoholismo en los diferentes grupos sociales, las regiones y las naciones.

En general, las investigaciones más dignas de crédito demuestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes características:

- a) Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas.
- b) Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos.
- c) Las bebidas se consideran principalmente como alimentos y se consumen generalmente con las comidas.
- d) Los padres son ejemplos de consumo moderado de bebidas alcohólicas.
- e) No se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. Así el ingerirlas no es virtuoso o vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.
- f) La abstinencia es una actitud socialmente aceptable.
- g) En cambio, no es socialmente aceptable, el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.
- h) Finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que puede llamarse las "reglas del juego en el beber".

A propósito Bales, basándose en la revisión de numerosos estudios culturales y transculturales, ha propuesto que existen tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo:

- a) El grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas;
- b) Las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo de alcohol.

c) La medida en la que provee medios substitutivos para la satisfacción de necesidades.

Las actitudes que Bales propone para favorecer el consumo de alcohol son; abstinencia, uso ritual en ceremonias religiosas, uso social en situaciones de convivencia y de uso utilitario, en el cual la "razon" para beber es individual.

Otra teoría interesante, ésta de carácter subcultural, es la que propone que hay individuos que se sienten alienados por su propia sociedad de la cual no aceptan ni asimilan los valores éticos. Este estado llamado "anomia" facilita la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas y en general a usar drogas que causan dependencia.

Bacon (1975) ⁽²⁷⁾ describe a la sociedad "grande" como "anómica" caracterizada por rápidos cambios, controles sociales compartimentados, individualismo exhaltado junto a la interdependencia funcional, intensa competencia, movilidad e impersonalidad, en la cual el valor social del alcohol se realiza no sólo porque proporciona alivio a los individuos sometidos a tensión, sino porque también ofrece un mecanismo necesario de integración social.

Finalmente diré que el desarrollo de esta enfermedad en la población es un grave problema, ya que tres severas repercusiones, entre las que se encuentran el ausentismo laboral, los actos de violencia, los suicidios, los homicidios, las violaciones y otros que por falta de espacio no se consideran aquí, como los accidentes de tránsito que cada día se relacionan más con conductores bajo estado de intoxicación alcohólica.

1.3.5.3. Factores Fisiológicos.

El alcohol es considerado como un depresor del sistema nervioso central que actúa en primer término sobre los centros nerviosos que controlan la conducta.

El alcohol (etanol) es una sustancia incolora y polar que debido a su tamaño y débil carga electrónica, atraviesa fácilmente las membranas celulares por simple difusión. El etanol se absorbe en el tracto gastro intestinal, sobre todo en el intestino delgado y estómago y en menor grado, en colón. Esta absorción

depende del tipo de bebida ingerida, de la velocidad de vaciamiento gástrico y del tipo de alimento que se ingiere simultáneamente.

Después de su absorción en intestino, el etanol pasa a la circulación portal y posteriormente, a la circulación sistémica; se difunde rápidamente a través de los capilares y otras membranas y se distribuye así en los espacios extra e intracelulares.

El principal órgano involucrado en el metabolismo del alcohol étílico en el ser humano, es el hígado, ya que en él se verifica entre un 80% de su oxidación. Algunos autores han encontrado la relación que existe entre la incidencia de cirrosis hepática en una población de alcohólicos y la cantidad de alcohol ingerida.

Las alteraciones hepáticas producidas por el alcohol generan un amplio espectro de manifestaciones bioquímicas, clínicas e histológicas que varían desde alteraciones subcelulares mínimas hasta cirrosis hepática (ya señalada) y en ocasiones hasta el desarrollo de hepatocarcinoma.

Por otro lado y en relación a los efectos de alcohol en la sangre, se sabe que el nivel de alcohol en la sangre se cuantifica en miligramos de alcohol étílico por 100 mililitros de alcohol en la sangre. Kolb (1983) ⁽²⁸⁾ indica que en general una persona está intoxicada cuando tiene niveles de 150 mgr. o más en 100 ml. en sangre de etanol. Y cuando los niveles alcanzan los 200 mgr. por 100 ml. aparecen los primeros síntomas leves de intoxicación los cuales aumentan cuando los niveles de etanol son de 250 a 4500 mgr. por 100 ml. siendo la dosis mortal de 500 a 700 mgr. por 100ml. Presentándose la tolerancia con niveles de 1000 y 1200 mgr. por cada 100 ml. en los que desarrollan por supuesto tolerancia, siendo esta última probablemente por la habituación de las células del Sistema Nervioso Central a la sustancia.

En relación a los efectos en el cerebro; se sabe que el etanol es depresor del sistema nervioso humano, esto se refleja a distintos niveles. En el ser humano, el etanol disminuye la velocidad de la conducción nerviosa, incluso a una concentración sanguínea relativamente baja (0.5 mg/100ml) y tiene la capacidad de dañar selectivamente regiones específicas del hipocampo. También

Es claro que algunas manifestaciones del síndrome de abstinencia reflejan un rebote de ese efecto depresor; tal como es el caso de las crisis convulsivas y la fotosensibilidad durante la abstinencia.⁽²⁹⁾ (Hawkings Y Cols 1972).

Clínicamente los signos de intoxicación comienzan a apreciarse tan pronto como el alcohol ha entrado al cerebro, con niveles de 0.05% en la sangre, lo cual disminuye las inhibiciones, se afecta el juicio, y se obtiene una sensación de libertad. Con niveles de 0.10% se afectan los movimientos y la locución. Cuando llega a niveles de 0.20% se observa una afección más acentuada de los movimientos involuntarios y hay cambios emocionales. Cuando se obtienen niveles de 0.30% de concentración, la sensopercepción se ve afectada y hay manifestaciones de confusión mental. Entre el 0.40% y el 0.50% la persona puede entrar en coma y con niveles de 0.60% puede haber parocardiorespiratorio, sobreviniendo la muerte.

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 monoaminoxidasa en las plaquetas y en ellos se ha observado que las concentraciones son más bajas en los alcohólicos que en los sujetos testigo. Como las concentraciones plaquetarias de monoaminoxidasa se ven afectadas de manera poderosa por los factores genéticos, algunos investigadores especulan que pueda tratarse de un enlace bioquímico importante entre las influencias hereditarias y el estado efectivo de los alcohólicos. Aún se están acumulando datos en esta línea promisoría de investigación. Se han observado que las concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo de los alcohólicos son significativamente menores que los testigos, lo que sugiere de nuevo una relación entre los neurotransmisores adrenérgicos y el alcoholismo.

Finalmente el mecanismo de eliminación en el alcohólico se sabe que se elimina en un 70% através de las 12 primeras horas y el resto después de las 24 horas. Dicho proceso se realiza a través de los pulmones, de los riñones, de las glándulas sudoríparas, del jugo gástrico, de la saliva, de semen y de otras secreciones; así como también el metabolismo hepático ayuda en forma importante a eliminar la sustancia, mediante un proceso oxidativo donde el

(29) Idem Pág. 1

alcohol es transformado en acetaldehído, el cual se oxida rápidamente para formar acetato que a su vez se convierte en bióxido de carbono y agua. En relación a esta última, hay diversas hipótesis en que es la que propicia la dependencia, ya que se sabe de algunos alcohólicos tienen un defecto en el metabolismo de esta sustancia; otras postulan que es la responsable de la tolerancia y que a nivel central compite con los neurotransmisores. ⁽³⁰⁾

(30) Idem Pág. 1

1.4. GRUPOS DE AYUDA

Los grupos de autoayuda son aquellos en los que los propios alcohólicos o familiares de alcohólicos se organizan de manera espontánea para apoyarse mutuamente en su repercusión y para ayudar a otros a alcanzar los mismos objetivos. Están representados comúnmente por los grupos de ALCOHOLICOS ANONIMOS y de ALANON y constituyen una forma de psicoterapia de grupo libre que, a través del tiempo, ha probado ser un efectivo método terapéutico para quienes han podido recuperarse del alcoholismo.

ALCOHOLICOS ANONIMOS

En su libro, Nuevo Concepto del Alcoholismo, Marty Mann hace una descripción completa de A.A. (como se les conoce comúnmente) la cual dice: Alcohólicos anónimos se ha catalogado como una organización, una sociedad, un movimiento, una confraternidad, un grupo semireligioso y un método de tratamiento.

El programa de A.A. puede dividirse en dos partes con un total de diez puntos. Los primeros cinco se refieren a lo que A.A. hace por el alcohólico y los otros cinco, a lo que A.A. enseña al alcohólico a hacer por él mismo:

1.- A.A. ofrece al alcohólico una esperanza y una prueba. Esto se hace patente en la persona de un miembro sobrio que busca a un presunto miembro, al ver una reunión de personas alegres, aparentemente prósperas y definitivamente sobrias.

2.- El alcohólico recibe información acerca del alcoholismo y lo que constituye un alcohólico (algunas veces, por primera vez). Cuando el alcohólico reconoce lo que hay de malo en él y que padece una enfermedad, a menudo dejará de sentir culpa y vergüenza, lo cual hace posible que piense en la recuperación y tome acción con tal fin. La importancia de este punto es a mi decir inestimable.

Se establece una identificación, primero con el patrocinador y después con el grupo de personas que asistan a las reuniones. El alcohólico percibe nuevamente (o por primera vez) que no está solo y que no es "diferente" del resto del mundo. También es fundamental sentirse una parte de algo,

porque durante largo tiempo se ha sentido apartado y excluido del mundo y de la humanidad.

4.- Se le da injerencia social al aceptarlo inmediatamente igual que a los demás miembros y al hacerlo participa en todas las actividades. El alcohólico no puede sentirse excluido y tampoco puede avergonzarse, pues su conducta mientras bebe se considera parte de su enfermedad, no indicador de su verdadero carácter. mediante esta aceptación de él mismo como ser humano común, el paciente recupera el respeto y la confianza en sí mismo.

5.- Los doce pasos brindan al alcohólico un programa concreto de acción algo con lo que puede empezar de inmediato. Lo más importante es el hecho de que no tiene que hacerlo sólo "hagámoslo juntos" es una de las consignas de A.A.

6.- Lo que A.A. enseña al alcohólico principia con el plan "veinticuatro horas". El alcohólico encuentra inmediatamente un sentido diario de cumplimiento, algo que, en muchos casos, no ha sentido durante mucho tiempo.

7.- En las reuniones cerradas de A.A. se práctica la terapia de grupo, aunque sin un dirigente psiquiátricamente preparado. Los dirigentes han obtenido experiencia de otros grupos de A.A. y de la suya misma.

8.- El trabajo del duodécimo paso, es uno de los más importantes procesos de recuperación, ofrece lo que muchos médicos recomiendan para los pacientes alcohólicos; un entrenamiento, un nuevo interés; porque nada es tan fascinante para los alcohólicos como los otros alcohólicos, en especial cuando sienten que pueden ayudarlos.

9.- Al trabajar con un grupo así, el alcohólico retorna al seno familiar. Lo cual promueve una reintegración social. Tiene que aprender a dar y recibir con otras personas iguales de difíciles que él, aprender al mismo tiempo que ellos.

10.- La base espiritual de A.A. involucra realmente a los pasos anteriores, aún para el alcohólico que no cree que la ha aceptado, porque los cambios

de actitud implícitas en lo anterior son de naturaleza espiritual, mental y emocional.

Finalmente diré, que en cuanto a los resultados terapéuticos, hay que admitir que han probado ser en algunos casos más benéficos que una psicoterapia formal, por lo que pueden considerarse como método de manejo conjunto con una psicoterapia formal, pero nunca quizá alguna como única.

1.5. CONCLUSIONES DEL MARCO TEORICO

A lo largo de todo el marco teórico, hemos esbozado algunos puntos importantes a considerar en un tópico difícil de desarrollar, complejo de abordar, que no bastaría una tesina como esta para esclarecer simplemente y por decir, algo, los factores psicológicos que se ven implicados en este problema de salud pública.

Se ha señalado que no existe una personalidad premorbida única en los pacientes alcohólicos, sino más bien existen rasgos que muchos alcohólicos presentan en forma común.

Para establecer la prevalencia del alcoholismo se tienen que tomar en cuenta muchos factores o variables que intervienen, como la edad, sexo, nivel sociocultural, ocupación, tiempo de haber iniciado en el alcoholismo, etc. que las cifras varían según el lugar y la forma de realizar el estudio. Pero la cifra a mi modo de ver más contundente y de más trascendencia es que el 28% de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos son por causa del alcoholismo. Otra cifra de gran trascendencia es la que señala Beck (vease cita 7) de la relación entre depresión y alcoholismo y el riesgo suicida que es mayor de 38%, lo cual nos debe poner alertas cuando tengamos un paciente alcohólico que presenta síntomas depresivos y empieza a manifestar ideas o cumiación suicida porque puede llevar a cabo lo anterior. Sin embargo, este portentaje en los estudio de Bachns y Cols, es más alto, llegando a obtener cifras del 60% en su muestra.

Se han abordado puntos como los factores sociales del alcoholismo, los factores psicológicos y los factores fisiológicos, siendo de estos últimos relevante, aquellos estudios que señalan que en algunos sujetos alcohólicos se encuentran niveles más bajos de monoaminoxidasa en plaquetas y que a mayor tiempo de consumo, más frecuente es encontrar estos niveles en los sujetos alcohólicos, lo cual pudiera explicar parte de la sintomatología depresiva que los sujetos alcohólicos presentan, sin embargo, tanto éstos como otros no son concluyentes.

Finalmente debo señalar que el propósito de este estudio sólo tratará de esclarecer un punto de lo mencionado; el cual es únicamente el establecer

la prevalencia de depresión en los grupos de alcohólicos a estudiar, lo cual creo que puede servir de orientación para posibles y futuras investigaciones al respecto.

2.1. P R O B L E M A

En el capítulo anterior se ha abordado el tema del alcoholismo desde diferentes aspectos se ha tocado el punto de mayor interés para este trabajo, el cual corresponde a la relación entre el síndrome depresivo y el alcoholismo; se ha destacado la trascendencia de esta relación y la magnitud que tiene la conjunción de ámbos problemas. En la mayoría de las citas bibliográficas, se ha señalado parte del problema al que nos encontramos en este momento; el cual corresponde a la dificultad para estudiar la prevalencia del alcoholismo, ya que no puede darse cifras exáctas sin abordar el tema, tomando en cuenta muchos de los factores que intervienen, como el sexo, la edad, nivel socioeconómico etc. así y en forma paralela, existe dificultad en encontrar una definición estandar sobre lo que se entiende por depresión, (la cual se debe más que nada a la falta de un instrumento adecuado para validar y esclarecer este concepto. Al respecto yo definiré el problema de la depresión como un Sd, el cual se caracteriza por presentar una gama de signos y síntomas dentro de los cuales están:

- 1.- Humor bajo
- 2.- Pésimismo
- 3.- Sensación de fracaso
- 4.- Sentimientos de culpa y minusvalía
- 5.- Ideas de desesperanza y autoreproche
- 6.- Deseos autodestructivos
- 7.- Llanto e irritabilidad
- 8.- Trastornos del sueño
- 9.- Fatigabilidad. (Entre otros)

Como sabemos un síndrome se define como un conjunto de signos y síntomas de etiología múltiple, la cual a propósito de nuestro tema cae en forma precisa. Así dentro de este síndrome, podremos considerar, el síndrome de depresión mayor, también los síndromes depresivos como la distimia, las reacciones de adaptación (reacción depresiva breve y la prolongada) y finalmente los trastornos del estado de ánimo, como una parte del trastorno orgánico del estado de ánimo y otros más que por falta de espacio no se mencionan.

Este concepto de depresión como síndrome, se apega a las categorías sintomático-conductuales que Beck utilizó para desarrollar su inventario para depresión (1959) (31), el cual se describirá más tarde.

Así, y teniendo como instrumento este inventario, dejaremos establecido que se utilizará para estudiar la frecuencia de presentación de la depresión en pacientes alcohólicos activos y sujetos alcohólicos inactivos pertenecientes a grupos de A.A. Sin embargo, el diagnóstico de síndrome de dependencia al alcoholismo y de abstinencia se realizará bajo los criterios diagnósticos del DSM-III-R.

2.2. O B J E T I V O

El objetivo general de este estudio es el buscar si existen síntomas depresivos en pacientes que acuden por primera vez al Centro Comunitario de Salud Mental, y comparar este grupo con sujetos alcohólicos también los unos activos y los otros inactivos, siendo este último tipo de sujetos pertenecientes a grupos de A.A. (sólo sujetos masculinos).

2.3. V A R I A B L E S

Como variables dependientes se encuentran:

- 1.- Edad de los participantes en ambos grupos (Rango de edad de 17-62 años).
- 2.- Tiempo en años de haber empezado a tomar (Rango de años de 1-50 años).

Como variable independiente se tomará en cuenta la presencia de síntomas depresivos (depresión leve, moderada o severa) de acuerdo al puntaje obtenido através de la calificación de la escala o inventario aplicado a ambos grupos de estudio, al grado en que sea necesario considerar la presencia de estos síntomas como motivo suficiente para interferir con su funcionamiento cotidiano.

2.4. HIPOTESIS

Las hipótesis que nacen de esta investigación son:

a).- Para la variable dependiente "edad" V1.

Ho. No existe diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a la edad de los sujetos alcohólicos activos deprimidos y en cuanto a la edad de los inactivos deprimidos.

Ha. Si existe diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a la edad de los sujetos activos deprimidos y en cuanto a la edad de los sujetos alcohólicos inactivos deprimidos.

b).- Para la variable dependiente "tiempo de años de beber" V2.

Ho. No existe diferencia estadísticamente significativa, en depresión ni en el tiempo de haber empezado a beber en sujetos alcohólicos activos en comparación con los sujetos alcohólicos inactivos.

Ha. Si existe diferencia estadísticamente significativa, en depresión y en tiempo de haber empezado a beber en sujetos alcohólicos activos en comparación con los sujetos alcohólicos inactivos.

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION

Esta investigación es un estudio comparativo entre 2 grupos, la cual es un tipo de estudio prospectivo, transversal, que entre otras cosas nos habrá de permitir apoyar o rechazar las hipótesis anteriores de asociación. Nos permitirá realizar la comparación de la prevalencia de depresión entre uno y otro grupo ya mencionado, pero dentro de las desventajas no nos permitirá conocer la evolución del fenómeno de estudio en éste la depresión.

En cuanto a la estrategia a seguir para apreciar el efecto de las variables dependientes sobre la independiente, se utilizó un diseño factorial del tipo "2 x 3" que se diagramará en el capítulo posterior.

2.6. TIPO DE MUESTREO

La muestra tomada para la realización de este estudio, es del tipo no probabilístico ya que en el caso de los sujetos alcohólicos activos éstos fueron tomados de la consulta del investigador en turno en un lapso menor a 3 meses, (entre los meses de octubre-diciembre) la cual se práctica en el Centro Comunitario de Salud Mental de la S.S.A. en el D.F.; consulta que de ninguna manera es el total de la consulta de primera vez, como parte de los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta. Por tal motivo adolece este estudio al respecto. El grupo de sujetos como muestra comparativa es el que se tomó de un único Centro o Agrupación de A.A. el cual tiene como número total de integrantes a 42 que acuden en diferentes días de la semana a sesiones ordinarias; dicho centro está ubicado en la calle de Santa Clara en la colonia Santo Domingo. Dentro de la Delegación Alvaro Obregón, y que el total de la muestra tomada es inferior a la mitad de los integrantes de dicho centro. Por tal motivo no se puede hacer generalizaciones con respecto a las sin agrupaciones de A.A. ni siquiera en el D.F. Sin embargo, sólo se trata de tener una idea general sobre el estado que guardan efectivamente dichos sujetos en relación a el otro grupo a comparar. Cabe señalar que la muestra fue tomada en el mismo trimestre anteriormente señalado.

2.7. ZONA DE ESTUDIO

La muestra fue tomada en cuanto al primer grupo, de un Centro de Salud Mental de la S.S.A., el cual atiende a personas "no derechohabientes a alguna institución" en la que la mayor parte de la gente que acude son nivel socioeconómico bajo, aunque hay algunas excepciones y sobre todo de la zona norte del Distrito Federal, en que como se verá también asisten a este centro personas de los estados aledaños al D.F. ya referidos por médicos particulares o por familiares cercanos ya hay recibido atención en este centro.

En relación al segundo grupo, la muestr se tomó de un Centro o grupo de A.A. ubicado en el sitio anteriormente señalado, en el que también se sabe que acuden personas de nivel socioeconómico bajo, con las excepciones antes mencionadas, pero con la diferencia que este centro está ubicado en la zona poniente de la Ciudad de México.

2.8. INSTRUMENTO

El instrumento que fue utilizado para la realización de esta investigación está compuesto de elementos, siendo el primero, los criterios del DSM-III-R para sujetos con síndrome de dependencia al alcoholismo. Los cuales se aplicarán a los pacientes que acudian con diagnóstico primario de "Alcoholismo" y con diagnóstico secundario de alcoholismo, por medio de preguntas previamente elaboradas, (siendo sólo una paráfrasis de los criterios del DSM-III-R) la cual se aplicó tanto a los sujetos pertenecientes al grupo 1 y a los sujetos del grupo 2, siendo calificada como positiva (diagnóstica de alcoholismo al contestar 3 respuestas positivas).

Paráfrasis a los criterios del DSM-III-R:

- 1.- ¿Ha consumido bebidas embriagantes en mayor cantidad y por un tiempo mayor del que pretendía? R. SI-NO
- 2.- ¿Ha tenido deseos de dejar de beber, sin haberlo conseguido?
R. SI-NO
- 3.- ¿Emplea mucho tiempo para conseguir dinero para comprar alcohol?
R. SI-NO
- 4.- ¿Tardaría más de 24 horas en recuperarse, de la cruda? R.SI-NO
- 5.- ¿Ha llegado a ir a trabajar o a la escuela bajo estado de ebriedad?
R. SI-NO
- 6.- ¿Posterior a una borrachera se ha llegado a sentir ansioso, presentando sudor, frio, palpitaciones, mareos, nauseas o vómitos? R. SI-NO
- 7.- ¿Ha abandonado o reducido sus actividades laborales o sociales a causa de su forma de beber? R. SI-NO

- 8.- A pesar de saber que el alcohol daña social, física y psicológicamente, ¿Continúa bebiendo? R. SI-NO
- 9.- Cuando se siente ansioso o tembloroso al dejar de beber. ¿A vuelto a beber para calmar estas molestias? R. SI-NO
- 10.- ¿Consume más alcohol hasta conseguir embriagarse? R. SI-NO

En relación a los sujetos del 2do. grupo, se agregaron las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Ha dejado de beber un poco durante los últimos 6 meses? R. SI-NO
- 2.- ¿Ha presentado ocasionalmente ansiedad, sudoración, temblor a raíz de haber dejado o disminuído su forma de beber los últimos 6 meses?
R. SI-NO
- 3.- ¿Ha dejado de beber completamente en los últimos 6 meses? R. SI-NO
- 4.- ¿No ha presentado ansiedad, sudoración, temblor y palpitations en los últimos 6 meses ? R. SI-NO
- 5.- Específique el tiempo de haber ingresado a grupos de A.A.

El otro elemento integrante del instrumento de trabajo, fue la aplicación del -- inventario para Depresión de Beck. El cual consta de 21 reactivos, que evalúan algunas categorías sintomático-conductuales, las que se sabe entran en las descripciones contenidas dentro de la literatura psiquiátrica para la enfermedad - depresiva. Las categorías quedaron de la siguiente forma:

- 1).- Animo
- 2).- Pésimismo
- 3).- Sensación de fracaso
- 4).- Insatisfacción
- 5).- Sentimientos de culpa
- 6).- Sensación de castigo

- 7).- Descontento
- 8).- Autoacusación
- 9).- Deseos autopunitivos
- 10).- Llanto
- 11).- Irritabilidad
- 12).- Aislamiento
- 13).- Indecisión
- 14).- Imagen corporal
- 15).- Inhibición laboral
- 16).- Trastorno del sueño
- 17).- Fatigabilidad
- 18).- Pérdida de apetito
- 19).- Pérdida de peso
- 20).- Preocupación somática
- 21).- Pérdida de la libido

Los primeros 14 reactivos se han conocido como evaluadores de síntomas efectivos y cognitivos y los 7 restantes de síntomas vegetativos, somáticos.

Cada reactivo consiste en una serie de enunciados en diferentes grados de un mismo rubro sintomático, se pide al paciente que seleccione el que se acerque más a su condición en el momento de la evaluación. Los valores numéricos de 0 a 3 son asignados a cada enunciado y el resultado total se obtiene de la suma de los 21 reactivos, por lo que el rango es de 0-63. Los resultados se expresan así: de 0-13 sin depresión, de 14-25 depresión leve a moderada y de 25-63 depresión profunda.

2.9. CRITERIOS DE INCLUSION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

1).- Sólo para sujetos alcohólicos activos.

- a) Ser paciente de la consulta externa del Centro Comunitario de Salud Mental ya mencionado.
- b) Paciente con diagnóstico primario o secundario de alcoholismo por clínica.
- c) Nunca antes haber recibido tratamiento médico, psiquiátrico o haber recibido psicoterapia de ninguna índole.
- d) No pertenecer a grupos o congregación afín a A.A.

2).- Sólo para sujetos alcohólicos inactivos.

- a) Ser miembro activo de A.A. por lo menos con un mes de asistencia previa.
- b) No estar en tratamiento conjunto psiquiátrico, psicoterapéutico, ni recibir medicación antidepresiva.

Universo de trabajo para ambos grupos: 20 y en total de los dos grupos 40.

2.10 CRITERIOS DE EXCLUSION

1).- Sólo para alcohólicos activos:

- a) No ser paciente del Centro de Salud.
- b) No haber recibido tratamiento medicamentoso, psiquiátrico o psiterapéutico.
- c) No haber pertenecido al grupo de A.A. en un tiempo no mayor de 30 días.

2).- Sólo para alcohólicos inactivos:

- a) No ser miembro activo de A.A. en un tiempo menor a 30 días.
- b) No pertenecer a éste grupo.
- c) Haber recibido tratamientos ya referidos.

Nota: Para ambos criterios de inclusión y exclusión, sólo se considera a sujetos masculinos excluyéndose a los sujetos de sexo femenino que para efectos de estudio no se encontraron durante la aplicación del instrumento.

2.11 IMPLICACIONES ETICAS

Dado que los sujetos del primer grupo son pacientes del Centro en que yo trabajo, se adquirió el compromiso de tratarlos desde el punto de vista psiquiátrico en la medida de lo posible y siguiendo las reglas y lineamientos de manejo para pacientes en general.

En cuanto al segundo grupo, se adquirió el compromiso de enviar a los sujetos con datos de depresión a un centro de salud especializado para su atención.

Finalmente se realizó la aplicación del instrumento, únicamente a los sujetos que consintieron en que se les aplicara.

2.12 CALIFICACION

Para la calificación del inventario, se utilizará el método del autor, el cual como se ha explicado con anterioridad, determina según la puntuación que alcance de 0 a 63 puntos, siendo, según el autor, significativo de depresión con una puntuación de 14 en adelante hasta 63 que es el total. Así mismo se deduce que puntajes menores a 14 excluyen de acuerdo al autor depresión.

Los resultados se anotarán en hojas específicas y desarrolladas en el siguiente capítulo; comparándose la prevalencia de depresión entre uno y otro grupo, según las variables antes expuestas.

2.13 PROCEDIMIENTO

El procedimiento se ha expuesto en forma implícita en los párrafos anteriores, por tal motivo evitaré ser reiterativo.

3.1. RESULTADOS

Iniciaremos a exponer los resultados con la tabla factorial que con anterioridad se ha mencionado.

TABLA 1. Tabla Factorial 2 x 2

	EDAD	TIEMPO*
GRUPO 1 ALCOHOLICOS ACTIVOS	V1	V2
GRUPO 2 ALCOHOLICOS INACTIVOS	V1'	V2'

Recordaremos que este estudio nos permitirá medir sintomatología depresiva en ambos grupos, considerando la edad y el tiempo en años de haber empezado a beber. Siendo las muestras tomadas para el primer grupo del centro comunitario de salud mental (pacientes de primera vez) para el segundo grupo (sujetos alcohólicos inactivos de un grupo de A.A.)

A continuación me propongo dejar plasmados los resultados que se obtuvieron del presente estudio.

TABLA 2. RESULTADOS GRUPO 1 (ALCOHOLICOS ACTIVOS)

<u>No.</u>	<u>Edad</u>	<u>Tab*</u>	<u>Puntaje*</u>	<u>S/D-D1-D2.</u>
1	29 a.	11 a.	39	D2
2	32 a.	9 a.	39	D2
3	35 a.	17 a.	18	D1
4	29 a.	10 a.	23	D1
5	34 a.	15 a.	22	D1
6	24 a.	6 a.	11	SD
7	45 a.	19 a.	11	SD
8	32 a.	1 a.	18	D1
9	42 a.	18 a.	41	D2
10	31 a.	8 a.	17	D1
11	44 a.	18 a.	17	D1
12	36 a.	1 a.	21	D1
13	29 a.	5 a.	5	SD
14	49 a.	20 a.	62	D2
15	50 a.	30 a.	17	D1
16	41 a.	21 a.	18	D1
17	43 a.	24 a.	18	D1
18	49 a.	29 a.	21	D1
19	34 a.	6 a.	1	SD
20	41 a.	14 a.	8	SD

TABLA 2. Que muestra los resultados que se obtuvieron después de aplicar y calificar la escala o inventario de Beck.

Obsérvese que el total de sujetos es de 20. En donde el rango de edad va de 24 a 50 años para este grupo. Donde TAB, significa tiempo en años de haber empezado a beber alcohol, con un rango que va desde 1 a 50 años para este grupo. En la 4ta. columna se observa el puntaje obtenido en el inventario de Beck, recuérdese que según Beck de 0-13 puntos no hay

depresión, de 14 a 24 existe depresión leve a moderada y de 25 en adelante hasta 63, existe depresión profunda. En la 5ta. columna se observan los sujetos que tuvieron depresión. (D1= depresión leve a moderada, D2= depresión profunda). Siendo el total de sujetos con depresión de 15 y 5 los sujetos sin depresión.

Visto de otra manera, el 75 % de esta muestra presenta depresión contra un 25 % sin depresión.

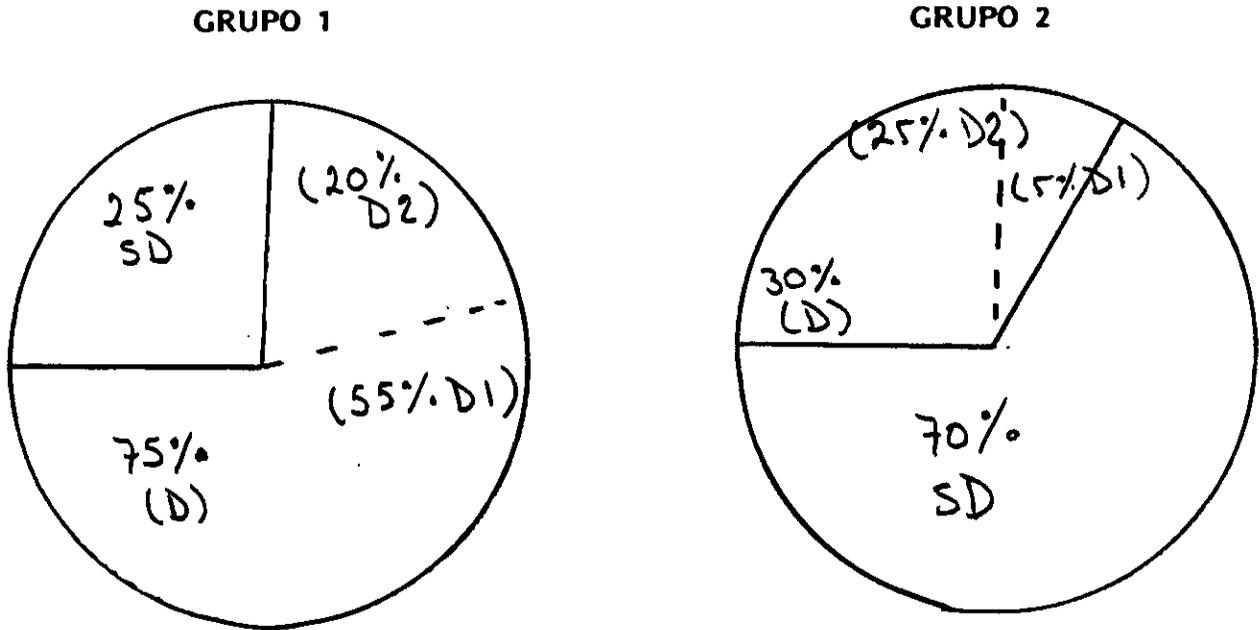
TABLA 3. RESULTADOS GRUPO II (ALCOHOLICOS INACTIVOS)

<u>No.</u>	<u>Edad</u>	<u>Tab*</u>	<u>Puntaje*</u>	<u>S/D-D1-D1</u>
1	22 a.	6 a.	21	D1
2	55 a.	7 a.	53	D2
3	30 a.	8 a.	10	SD
4	17 a.	5 a.	8	SD
5	32 a.	12 a.	11	SD
6	29 a.	9 a.	46	D2
7	32 a.	8 a.	13	SD
8	39 a.	18 a.	37	D2
9	58 a.	25 a.	6	SD
10	37 a.	16 a.	7	SD
11	48 a.	6 a.	26	D2
12	51 a.	23 a.	11	SD
13	38 a.	8 a.	4	SD
14	41 a.	25 a.	12	SD
15	25 a.	8 a.	10	SD
16	62 a.	50 a.	5	SD
17	50 a.	25 a.	25	D2
18	33 a.	1 a.	6	SD
19	37 a.	17 a.	11	SD
20	42 a.	5 a.	3	SD

En la tabla 3 muestra los resultados que se obtuvieron después de aplicar y calificar el inventario de Beck.

Obsérvese que el total de sujetos para este grupo es de 20 igual que en el grupo 1. En donde el rango de edad va de 17 años hasta 62 años. Donde TAB significa tiempo en años de haber empezado a beber alcohol, con un rango que va de un año hasta 50 años de consumo. En la 4ta. columna se observan los puntajes obtenidos en el inventario de Beck, en donde, de la misma manera que en el grupo 1, puntajes inferiores a 13 corresponde a sujetos sin depresión, de 14 a 24 depresión leve o moderada y de 25 hasta 63 depresión profunda. En la 5ta. columna se observan los sujetos ya

GRAFICAS 1 y 2 CIRCULARES, las cuales muestran el porcentaje de sujetos con y sin depresión de ambos grupos de estudio.



Las gráficas anteriores muestran los porcentajes correspondientes para sujetos con y sin depresión de ambos grupos; nótese que el mayor porcentaje de sujetos deprimidos está en el primer grupo con un 75%, no así en el segundo grupo con un 30%, sin embargo, comparativamente los sujetos con depresión severa se observan más en el segundo grupo con un porcentaje discretamente mayor. Lo que clínicamente resaltaría, ya que según esta gráfica, se esperaría que los sujetos que se deprimen estando en un grupo de A.A. se deprimirán más profundamente, por lo que habría que estar al tanto de las posibles causas.

TABLA 5. RESULTADOS ESTADISTICOS COMPARATIVOS ENTRE LOS 2 GRUPOS DE ESTUDIO.

VARIABLE "EDAD": V1

VARIABLE "EDAD": V1'

Media:

MEDIA TOTAL: 37.45 años (M-20)
 MEDIA CON X D:38.4 años (M-15)
 MEDIA CON X ND:34.6 años (M-5)

Media:

MEDIA TOTAL: 38.9 (M-20)
 MEDIA CON X D:40.6 (M-6)
 MEDIA CON X ND: 38.2 (M-14)

Mediana:

MEDIANA TOTAL: 38 años (M-20)
 MEDIANA CON X D:35.5 años (M-15)
 MEDIANA CON X ND: 33 años (M-5)

Mediana:

MEDIANA TOTAL: 53.5 años (M-20)
 MEDIANA CON X D: 44 años (M-6)
 MEDIANA CON X ND: 53.5 años (M-14)

Moda:

MODA TOTAL: 29 con U (M-20)
 MODA CON X D:29;32;49 con 2 U (M-15)
 MODA CON X DN: No hay (M-5)

Moda:

MODA TOTAL: 32;37 con 2 U (M-20)
 MODA CON X D: No hay (M-6)
 MODA CON X ND: 32;37 con 2 U (M-14)

Varianza.

S^2 TOTAL:59.32 (M-20)
 S^2 CON X D:39.77 (M-15)
 S^2 CON X ND:19.15 (M-5)

Varianza.

S^2 TOTAL:147.6 (M-20)
 S^2 CON X D:44.65 (M-6)
 S^2 CON X ND:108.95 (M-14)

La tabla muestra los resultados comparativos estadísticos entre ambos grupos de estudio, obsérvese el promedio de edad que es igual a la media, de ambos grupos, siendo para el primer grupo la medida de 37.45 años (total), y para el segundo grupo de 38.9 años, siendo bastante similares.

En relación a la media parcial de los sujetos deprimidos, para el grupo 1, es de 38.4 años, y para el segundo, de 40.6 sólo dos años de diferencia, pero que estadísticamente no representa diferencia.

En relación con la media para los sujetos no deprimidos del grupo 1 es de 34.6 años, siendo para el segundo grupo de 38.2 años.

El resto de los resultados estadísticos serán comentados más adelante.

TABLA 6. RESULTADOS ESTADISTICOS COMPARATIVOS ENTRE LOS 2 GRUPOS DE ESTUDIO "VARIABLE DE TIEMPO"

VARIABLE "TIEMPO" : V2

Media:

MEDIA TOTAL: 14.1 (M-20)
 MEDIA CON X D:11.6 (M-15)
 MEDIA CON X ND:10 (M-5)

Mediana:

MEDIANA TOTAL: 27 (M-15)
 MEDIANA CON X D:27 (M-15)
 MEDIANA CON X ND:7 (M-5)

Moda:

MODA TOTAL: 1,6,18 con 2 U(M-20)
 MODA CON X D:1,18 con 2 U(M-15)
 MODA CON X ND:6, con 2 U (M-5)

Varianza:

S² TOTAL: 73.39 (M-20)
 S² CON X D:60.88 (M-15)
 S² CON X ND: 12.51 (M-5)

VARIABLE "TIEMPO": V2'

Media:

MEDIA TOTAL: 14.6 (M-20)
 MEDIA CON X D:13.5 (M-6)
 MEDIA CON X ND:15.07 (M-14)

Mediana:

MEDIANA TOTAL: 24.5 (M-20)
 MEDIANA CON X D:9.5 (M-6)
 MEDIANA CON X ND:24.5 (M-14)

Moda:

MODA TOTAL: 8 con 4 U (M-20)
 MODA CON X D: No hay = 1
 MODA CON X ND: 8 con 4 U (M-14)

Varianza:

S² TOTAL: 125.35 (M-20)
 S² CON X D:14.99 (M-6)
 S² CON X ND: 110.36 (M-14)

La tabla muestra los resultados comparativos estadísticos entre ambos grupos de estudio, obsérvese el promedio de tiempo de ingesta de alcohol en la que podríamos deducir que es igual al promedio de tiempo que un sujeto necesita para deprimirse, sin que esto sea concluyente; que para el primer grupo es 11 años y para el segundo es de 13.5 años.

Se realizó la comparación entre ambos grupos a través de la prueba de "t" de Student, cuya formula desarrollada es la siguiente.

Prueba "t" no pareada.

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left(\frac{SC1}{(n1 - 1)} + \frac{SC2}{(n2 - 1)} \right) \left(\frac{1}{n1} + \frac{1}{n2} \right)}}$$

Para los grados de libertad (gl) se empleó:

$$gl = N - 1$$

Resultados de la prueba "t" de Student.

- 1.- Para la variable "edad" en sujetos deprimidos de ambos grupos.
tc = 4.68
- 2.- Para la variable "edad" en sujetos no deprimidos de ambos grupos.
tc = 6.2
- 3.- Para la variable "tiempo" en sujetos deprimidos de ambos grupos.
tc = 2.52
- 4.- Para la variable "tiempo" en sujetos no deprimidos de ambos grupos.
tc = 2.45

3.2. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En la tabla 2 se muestran los resultados que se obtuvieron al calificar el inventario para depresión de Beck, en que se observa que 15 son los sujetos que alcanzaron más de 14 puntos para considerarlos con depresión siendo esta sólo para el grupo.

En la tabla 3, se muestran los resultados para el grupo 2, del alcohólicos inactivos, en que diferencia del grupo anterior que el grueso de la población no alcanzó 14 puntos, quedando por debajo de éste, lo que significa que no presentan depresión estos sujetos.

En la tabla 4 se muestran los resultados comparativos entre ambos grupos del número total de sujetos sin depresión y sujetos con depresión leve a profunda; siendo en el primer grupo 5 únicamente los sujetos no deprimidos y 15 los que están deprimidos, de los cuales 11 presentan depresión leve y 4 depresión profunda. Además se presenta que en el grupo 2 de alcohólicos inactivos 14 no presentan depresión y sólo 6 si la presentan, 5 de ellos con depresión profunda.

En la gráfica 1 y 2 se muestran los porcentajes correspondientes para depresión en el primer grupo de 75% y sin depresión del 25%.

En la segunda gráfica se muestran los porcentajes correspondientes de los sujetos con depresión para el grupo 2, el cual es de 30% y el 70% sin depresión.

La tabla 5 muestra los resultados estadísticos comparativos entre ambos grupos, así tenemos que para la variable "edad" para los sujetos deprimidos del grupo uno es de 38.4 años (M-15) la media, y para los del grupo 2 es de 40.6 años, apenas 2 años y medio de diferencia, lo cual indica que el promedio de edad fue muy similar, exceptuando en la muestra que fue de 6 para este grupo. Lo anterior se corrobora, ya que la moda, para el primer grupo fue de 29 años: 32 y 49 años; lo que va al parejo con la media del grupo ya mencionado.

En relación a la media del grupo uno para los sujetos no deprimidos, existe sólo una diferencia de 4 años con respecto del segundo grupo con 38.2 años; corroborándose con la moda para este segundo grupo que cae entre 32 a 37 años con dos unidades cada edad.

La varianza muestra una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la edad de los sujetos que presentan depresión del grupo uno con respecto del grupo dos, en 6, lo que apoya la primera hipótesis en cuanto a la posible diferencia estadística del primer grupo con respecto del segundo. Lo mismo ocurre para los sujetos de ambos grupos no deprimidos, que muestra que sí hay diferencia estadísticamente.

En la tabla 6, se muestran los resultados comparativos de ambos grupos para la variable tiempo en años de beber alcohol, que al ver la media, podemos inferir que es el tiempo probable que necesite un sujeto "predispuesto" para deprimirse, siendo para el grupo uno de 11 años y para el segundo de 13.5 años estadísticamente hablando, ya que este estudio no es retrospectivo ni prospectivo, por lo que se desconoce el inicio y la evolución de la sintomatología depresiva de cada uno de los sujetos. Entre la varianza del grupo uno para sujetos deprimidos y la varianza del grupo dos para sujetos también deprimidos existe una diferencia estadística marcadamente significativa a razón de 45. lo que corrobora la segunda hipótesis de que sí existe tal diferencia estadística en cuanto al tiempo de beber de los sujetos del primer grupo y del segundo grupo.

Los resultados arrojados por la prueba "t" en cuanto a depresión del grupo uno contra el grupo 2, muestra que:

- 1) Para la V1 edad, se obtuvo "tc" de 4.68 y tT con $P < .001$, lo que significa que la hipótesis H_a se acepta, ya que dice que si hay diferencia estadísticamente significativa en cuanto a depresión y edad del grupo 1 con respecto del grupo 2. Siendo para el grupo 1 la varianza de 39.77 (M-15) y para el grupo 2 la varianza de 44.65 (M-6); lo que representa el 75% de sujetos con depresión en el grupo 1 y el 30% de sujetos con depresión para el grupo 2. Por otro lado la media de edad para el grupo 1 de los sujetos deprimidos fue de 38.4 años, y 40.6 años para el grupo

2, con 2 años de diferencia.

- 2) Para la V2 tiempo en años de beber alcohol, se obtuvo "tc" de 6.2 y "tT" con $P < .01$, lo que significa que la hipótesis Ha2 se acepta, ya que dice que si hay diferencia estadísticamente significativa en cuanto a depresión y tiempo en años de haber empezado a beber del grupo 1, contra el grupo 2. Siendo la varianza de 60.88 para el grupo 1 (M-15) y para el grupo 2 la varianza de 14.99 (M-6); lo que representa una media de 11.6 años para el grupo 1 y 13.5 años para el grupo 2. En otras palabras aunque no se conoce la evolución retrospectiva y prospectiva de la depresión, sacamos la conclusión que los sujetos del grupo 1 se deprimen más frecuentemente que los del grupo 2 y que tardan menos tiempo en deprimirse los del grupo 1 que los del grupo 2.

3.3. CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones son sacadas del aspecto estadístico de este estudio.

- 1.) Los sujetos alcohólicos activos (pacientes de primera vez del Centro Comunitario de Salud Mental) están más deprimidos que los sujetos alcohólicos inactivos pertenecientes al grupo de A.A. "Nueva Vida". Ya que el 75% de los sujetos muestra del grupo 1, obtuvieron mayor puntaje en el inventario para depresión de Beck; en tanto que en los sujetos muestra del grupo 2, se obtuvo que el 30% alcanzó valores calificativos de depresión en el inventario de Beck.
- 2.) Existe una diferencia significativa en cuanto a la edad de los sujetos deprimidos alcohólicos activos de 2 años, en relación a la edad de los sujetos deprimidos alcohólicos inactivos.
- 3.) Existe una diferencia en cuanto al tiempo de beber de los sujetos alcohólicos activos que están deprimidos, en comparación al tiempo de beber de los sujetos alcohólicos inactivos que están deprimidos. Pareciera que han necesitado más tiempo para deprimirse los sujetos que están en este grupo de A.A. que los sujetos pacientes alcohólicos activos que acuden al Centro Comunitario de Salud Mental.
- 4.) Con las conclusiones anteriores se ha demostrado que uno de los aspectos o encuadres terapéuticos en los pacientes alcohólicos puede ser el considerar que dichos sujetos quizá necesiten una psicoterapia enfocada en su cuadro depresivo, antes que nada, valorando el manejo conjunto o alternativo de psicofármacos antidepresivos en estos sujetos, antes de -- querer llevar a un alcohólico hacia la abstinencia.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- ALLPORT G.W.: "La Personalidad su Configuración y Desarrollo"
1973 Editorial Herder, Barcelona, España.
- 2.- GUARNER E.E.: "Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico"
1984 Editorial Porrúa, México, D.F.
- 3.- FREEDMAN A. "Compendio de Psiquiatría"
Kaplan H. y Editorial Salvat, Barcelona, España.
Sadok. 1984
- 4.- MOLINA P.: "El Alcoholismo en México"
1982 Editorial. Impresiones Modernas, S.A. México.
Cap. II Pág. 25-40.
- 5.- RUSH J.J.: "Problemas Asociados con el Diagnóstico de la Depre-
1990 sión"
Rev. J. Clin. Psychiatry, 51:6 Enero.
- 6.- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION
1988 Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Men-
tales.
Editorial. Massón. Cap. III, Pág. 255-280. Washignton
D.C.
- 7.- TERROBA G.G "El Consumo de Alcohol y su Relación con la Conduc-
y Cols. ta Suicida"
1987 Rev. Salud Mental, Vol. 10 Número 4, diciembre, - -
México, D.F.
- 8.- HAACK MR. "Consumo de Alcohol y Síntomas Depresivos en Mujeres
Harford TC. Estudiantes de Enfermería"
Parker DA: Rev. Clínica de Alcoholismo. Vol. 12 No. 3 Pág. 365-
1988 367. Nov. W.
- 9.- BECK AT, "Depresión y Alcoholismo. Prevalencia"
Steer RA: Rev. Dependencia al Alcohol y Drogas. Vol. 10 No. 2
1982 Pág. 185-190, Suecia. Nov.
- 10.-BACKAN'S: "Prevalencia de Depresión en Alcohólicos Israelitas"
1990 Rev. Journal Clin. Psychology. Vol. 46 No. 1 Pág. -
96-102 U.S. Dic.

- 11.- PARKER DA,
Harford TC:
1990 "Problemas Relacionados con el Alcohol, Disrupción Marital y Síntomas Depresivos entre Adultos y Jóvenes con Abuso de Alcohol en los Estados Unidos"
Rev. J. Occup-med. Vol. 32, número 10 Pág. 939-995
Feb. U.S.
- 12.- CASTILLO MA:
1987 "Psicoterapia del Alcoholismo"
Rev. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Vol. 4 No. 10
Septiembre, México, D.F.
- 13.- KELLER M:
1960 "The Definition of Alcoholism"
Quar J. Study Alc 21 U.S.A.
- 14.- DE LA FUENTE R:
1987 "Conclusiones: Las Acciones para Combatir el Problema del Alcoholismo"
Rev. Salud Mental Vol. 10-4 Diciembre, México, D.F.
- 15.- PATIÑO J.L.
1985 "Psiquiatría Clínica"
Editorial. Salvat Mexicana. Pág. 294-314 México, D.F.
- 16.- JALLINEK E:
1980 "Recent Trend in Alcoholism and in Alcohol Consumption"
Quar J. Study Alc. U.S.A.
- 17.- VELASCO FR:
1988 "Alcoholismo Visión Integral"
Editorial Trillas. Cap. 10. Pág. 165-187, México, D.F.
- 18.- HOWARD HG:
1987 "Psiquiatría General"
Editorial Manual Moderno, México, D.F.
Cap. 25. Pág. 293-414
- 19.- KISSIN B:
1977 "Theory and Practice in the Treatment of Alcoholism"
Editorial Plenum. Press. Vol. 3-4. Pág. 135-139
- 20.- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1974 "Problemas Relacionados con el Alcohol y sus Estrategias de Prevención"
Traducción, Laura Díaz Rodríguez.
Ginebra, Suiza Pág. 20-26 Nov.
- 21.- HORWITZ JM:
1967 Acta I: "Fondo para la Salud Mental"
Aspectos Epidemiológicos del Alcoholismo en América Latina. Buenos Aires, Argentina.

- 22.- SANTAMARIA J: "Aspectos Epidemiológicos del Alcoholismo"
1974 Rev. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Vol. 4-2
Pág. 22-25, México, D.F.
- 23.- WEISSMAN MM: "Prevalence and Psychiatric Heterogeneity of Alcoholis-
1980 mo in a United States Urban Community"
Rev. J. Stud. Alcohol. Vol. 41:672 U.S.A.
- 24.- CALDERON NG: "Depresión"
1984 Editorial Trillas. Cáp. 13 Alcoholismo y Depresión.
Pág. 198-203, México, D.F.
- 25.- FREUD S: Obras Completas "Tres ensayos para una Teoría - -
1906 Sexual"
Editorial Orbis. España. Traducido por Luis López.
Pág. 1169-1194. Vol. 6 Ensayo XXVI
- 26.- FENICHEL O: "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis"
1966 Editorial. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- 28.- BACON MK: "Alcohol and Complex Society"
1965 Laboratory of applied Psychology. Yale
- 28.- KOLB CL: "Psiquiatría Clínica Moderna"
1983 Editorial. La Prensa Médica Mexicana 6ta. edición.
- 29.- HAWKINS RD, "The Metabolism of Etanol and its Metabolic Effect"
Kalant H: Rev. Pharmacol 24:67-157
1972
- 30.- ABDULLA A. "The Metabolic of Alcohol"
Badawy B: Rev. Clin Endocrin Metabolic Vol. 7-2, Dic.
1978

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: MARCO TEORICO	3
1.1. Personalidad	4
1.1.1. Posturas Teóricas	4
1.2. Depresión y Alcoholismo	6
1.3. Alcoholismo	10
1.3.1. Antecedentes Históricos	10
1.3.2. Definición	13
1.3.3. Clasificación	15
1.3.3.1. Clasificación del Alcohol como Sustancia	15
1.3.3.2. Clasificación del Alcohol por Niveles de ingestión	16
1.3.3.3. Clasificación del Alcohol por Entidades Nosológicas	18
1.3.4. Epidemiología del Alcoholismo	22
1.3.5. Etiología	25
1.3.5.1. Factores Psicológicos	28
1.3.5.2. Factores Sociales	31
1.3.5.3. Factores Fisiológicos	33
1.4. Grupos de Ayuda	
1.5. Conclusiones del Marco Teórico	40
CAPITULO II: METODOLOGIA	42
2.1. Problema	43
2.2. Objetivo	45
2.3. Variables	46
2.4. Hipótesis	47
2.5. Diseño de Investigación	48
2.6. Tipo de Muestreo	49
2.7. Rama de Estudio	50
2.8. Instrumento	51

2.9. Criterios de Inclusión y Tamaño de la Muestra	54
2.10. Criterios de Exclusión	55
2.11. Implicaciones Éticas	56
2.12. Calificaciones	57
2.13. Procedimiento	58
2.14. Estrategia de Análisis Estadístico	59
CAPITULO III: RESULTADOS	60
3.1. Resultados	61
3.2. Análisis e Interpretación de los Resultados	71
3.3. Conclusiones	
CITAS BIBLIOGRAFICAS	75
INDICE	78