

203



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

0291158

"DEPRESION Y CONSUMO DE ALCOHOL EN UNA POBLACION DE ALUMNOS ADOLESCENTES DEL CCH ORIENTE UNAM"

T E S I S

Que para obtener el título de LICENCIADO EN PSICOLOGIA

presenta:

**YAZMIN ALEJANDRA QUINTERO HERNANDEZ**

DIRECTOR DE TESIS: MTR. HORACIO QUIROGA ANAYA  
REVISOR: LIC. MARIA DE LOS ANGELES MORA NENDEZA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



México, D.F. 2001

EXAMENES PROFESIONALES  
FAC. PSICOLOGIA.





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## **JURADO ASIGNADO:**

**PRESIDENTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO**

**VOCAL: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA**

**SECRETARIO: MTRO. ISAAC SELIGSON NISENBAUM**

**SUPLENTE: MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA**

**SUPLENTE: LIC. MARIA DE LOS ANGELES MATA MENDOZA**

## *Agradecimientos*

*Quiero agradecer:*

*A mi padre por su apoyo, por su energía y fuerza que fueron un ejemplo que de ninguna manera podría siquiera dejar de intentar seguir. Gracias por estar conmigo en todo momento y encaminarme siempre.*

*A mi madre. Gracias por confiar en mí, porque en los momentos en que el pesimismo me invadía, tú nunca dudaste y me inyectaste esa seguridad tan tuya que siempre me tranquilizó.*

*A mis hermanos, tías, tíos, primos y primas, por consentirme y quererme tanto. De todos y cada uno he aprendido algo. Los quiero.*

*A mis amigos algunos de los cuales me distrajeron de la tensión. En cierta manera me presionaron todos a terminar de una u otra forma. Gracias por su interés. Gracias por preguntar.*

*A ese ángel que está siempre conmigo. Gracias por abrirme camino, cuidarme y quererme. Eso me ha hecho tan afortunada.*

*Y sobre todo gracias Dios, que me has dado no tanto, sino más bien todo, quizá sin merecerlo.*

*Agradezco también:*

*Al profesor Horacio Quiroga y a la profesora María de los Angeles Mata, que fueron siempre muy pacientes, cooperativos, dispuestos y sencillos, según sé, eso no es muy común. Gracias por su valioso consejo y disponibilidad en todo momento.*

*Al profesor Humberto Zepeda, mi asesor estadístico. Gracias por su tiempo y buena voluntad.*

*A todos mis sinodales por la atención prestada a mi trabajo.*

*A los académicos y administrativos del CCH. Oriente, por permitirme trabajar ahí en mi proyecto.*

*A la UNAM, por la formación y conocimientos que de ella adquirí. Es excelente, la mejor. Puedo sentirme orgullosa de que el nombre que avale mi formación sea el de la UNAM., la manera de retribuirle será no defraudándolo.*

*A todos ustedes, mil gracias.*

## ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	2
<b>Planteamiento del problema</b> .....	7
<b>Justificación</b> .....	7
<b>Capítulo 1. Depresión</b>	
Conceptos.....	9
Naturaleza de los trastornos depresivos.....	11
Teorías biológicas.....	12
Teorías psicológicas.....	12
Paradigmas interpersonales.....	16
Clasificación diagnóstica de la depresión (DSM IV).....	17
Características de la depresión adolescente.....	24
Escala de automedición de la depresión de Zung.....	31
<b>Capítulo 2. Consumo de alcohol</b>	
Conceptos.....	38
Tipos de consumidores y modos de beber.....	43
Efectos fisiológicos del consumo de alcohol.....	44
Consumo de alcohol en México.....	48
Factores de riesgo inmersos en la progresión de un inicio en el consumo de alcohol a una dependencia.....	51
Factores de riesgo que hacen a la persona más vulnerable al consumo.....	52
Factores psicológicos.....	53
Factores físicos.....	55
Factores socioculturales.....	56
<b>Capítulo 3. Adolescencia, depresión y consumo de alcohol</b>	
Adolescencia y consumo de alcohol.....	59
Adolescencia y depresión.....	62
Consumo de alcohol y depresión.....	66
<b>Capítulo 4. Método</b>	
Objetivos.....	70
Hipótesis.....	70
Variables.....	70
Definición conceptual de variables.....	71
Definición operacional de variables.....	71
Sujetos.....	71
Muestreo.....	71
Tipo de estudio.....	72
Diseño.....	73
Instrumentos y materiales.....	73

Control de variables extrañas.....	74
Procedimiento.....	75
Análisis de datos.....	76
<b>Capítulo 5. Resultados</b>	
Resultados.....	78
Conclusiones.....	96
Discusión.....	103
Recomendaciones.....	111
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>112</b>
<b>Apéndice.....</b>	<b>124</b>

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio, fue identificar la presencia del factor depresión y su correlación dentro del rol de consumo de alcohol en una población de alumnos adolescentes del CCH Oriente.

El consumo de alcohol es un fenómeno que en un número elevado de casos se inicia desde la adolescencia, pudiendo llegar o no, a convertirse en una dependencia, pero generando muchas veces, de cualquier manera, múltiples problemas no sólo individuales sino económicos y sociales.

Debido a que el consumo de alcohol y la depresión son fenómenos complejos que deben enfocarse en términos de la multiplicidad de factores inmersos, esta investigación no pretendió ser causal, su finalidad estuvo en relación de detectar la presencia de factores, los cuales al presentarse de manera conjunta, puedan agravar un determinado problema, lo cual desembocaría en un círculo vicioso.

Se estudió una muestra de 592 adolescentes del CCH Oriente, la cual fue dividida en dos, de tal manera que aproximadamente la mitad de los adolescentes reportaron consumo de alcohol y la mitad restante reportó las mismas características que la primera, con excepción de la presencia de consumo de alcohol. La muestra se seleccionó a través de un muestreo aleatorio estratificado (Hugh, 1990), el cual incluyó estudiantes de todos los semestres escolares en proporción a la cantidad de grupos totales en cada semestre (es decir, aproximadamente el mismo porcentaje de alumnos de cada semestre); resultado de esto, fue encontrar un porcentaje similar de alumnos consumidores y alumnos no consumidores.

Los instrumentos de medición que se utilizaron fueron: un cuestionario sobre salud en población universitaria, desarrollado por Quiroga y colaboradores (1999), el cual nos arrojó datos sobre frecuencia, cantidad y duración de la ingesta etílica y la escala de automedición de la depresión de Zung (1965), la cual nos proporcionó los niveles de depresión de los adolescentes.

Los resultados obtenidos en ambos instrumentos, se analizaron mediante la prueba de correlación de Spearman. También se analizó, mediante la prueba t, si había una diferencia estadísticamente significativa en los resultados de la escala de automedición de la depresión de Zung de las medias de ambos grupos (consumidores y no consumidores).

En términos generales, se encontró una correlación significativa entre los niveles de depresión y la cantidad de alcohol consumida, así como, entre los niveles de depresión y la duración de la ingesta reportada en horas; sin embargo, no se encontró relación entre los niveles de depresión y la frecuencia de consumo. Por otra parte, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión de ambos grupos. Estos y otros factores interesantes encontrados se discuten en el apartado correspondiente.



## INTRODUCCIÓN

Anteriormente, se consideraba la dependencia al alcohol como un síntoma de un trastorno psiquiátrico más profundo; actualmente, se considera que no siempre es así y que la dependencia al alcohol tiene sus propias bases etiopatogénicas y que, en muchos casos es un proceso primario.

Por otra parte, los estudios de seguimiento han puesto de manifiesto que, en ocasiones, la supresión de la conducta adictiva no comporta la desaparición de la psicopatología sino que ayuda que emerjan cuadros psiquiátricos bien definidos, donde los que aparecen con más frecuencia asociados al uso, abuso o dependencia al alcohol, son: trastornos de personalidad, en especial, personalidad antisocial, abuso de otras sustancias, trastornos afectivos y trastornos de ansiedad. Lorenzo (1994, Casas y cols.).

De una o de otra manera la relación entre depresión y alcohol está bien establecida. Dentro de la cultura popular existe la creencia del carácter modificador del humor que tiene las bebidas alcohólicas y la tendencia de algunas personas de beber en respuesta a estados afectivos displacenteros. Sin embargo, científicamente la asociación entre alcoholismo y depresión, tropieza con dificultades metodológicas, en donde los informes sobre la comorbilidad de estas dos condiciones varía significativamente de un estudio a otro. Lorenzo (1994, Casas y cols.).

Hesselbrock y cols. (1983), exponen las siguientes dificultades metodológicas que pueden explicar la distinta incidencia de comorbilidad de unos a otros trabajos:

- a) Las poblaciones estudiadas no tienen las mismas características sociodemográficas, como son edad o sexo. Así, la incidencia de patología ansiosa o depresiva es mayor entre mujeres que entre varones.
- b) Las manifestaciones de intoxicación se pueden confundir con estados depresivos. El alcohol influye sobre el humor, tanto exaltándolo como deprimiéndolo.
- c) La confiabilidad del diagnóstico, el cual está sujeto a la subjetividad del observador.
- d) La influencia de la intensidad y duración del periodo de alcoholización, que influye tanto a través de las pérdidas psicosociales en personas con historia de alcoholización más fuerte, como por el efecto agudo o crónico producido por el tóxico directamente sobre los sistemas neuropsicológicos (así los jóvenes alcohólicos presentan menos depresión que los más viejos).

- e) La tendencia de las escalas a sobrestimar la extensión del trastorno. Keeler y cols. (1979), en una misma muestra de alcohólicos, encuentran porcentajes de depresión que varían entre el 8 por ciento, utilizando la escala de depresión de Hamilton, al 44 por ciento con la escala D del MMPI y al 66 por ciento con la escala de depresión de Zung.
- f) La selección de la muestra. Los pacientes que solicitan tratamiento tienen más incomodidad y más psicopatología que los que no lo hacen, así el nivel de depresión va a ser diferente si la muestra procede de alcohólicos de la comunidad, de los que asisten a un centro de salud mental o si se trata de una muestra de alcohólicos de un sanatorio psiquiátrico, en cuyo caso sería mayor. Según Weissman y Meyers (1980), los alcohólicos de la comunidad tienen una incidencia de depresión de 2.6 por ciento y 7 por ciento de ellos han tenido algún episodio depresivo en algún momento de su vida, mientras que el 71 por ciento de los alcohólicos en tratamiento han tenido otros diagnósticos psiquiátricos, el más frecuente depresión.

Velasco Fernández (1982), señala la existencia de una serie de factores comunes a estos dos procesos de alcoholismo y depresión, que hacen que tengan una tendencia a asociarse, estos factores son:

Biológicamente, ambos comparten similares alteraciones neuroendocrinas y de los sistemas de neurotransmisión; socialmente, en ambos se da una situación de aislamiento; psicológicamente, las personas que los padecen tienen rasgos comunes de personalidad y desde la perspectiva genético familiar se da una coincidencia de ambas patologías en una misma familia.

### **Frecuencia de diagnóstico dual depresión- alcoholismo**

La incidencia de síntomas depresivos en el alcoholismo disminuye a lo largo de las primeras semanas de desintoxicación. Dorus y cols. (1987) y Brown y Shuckit (1988), señalan que la mayoría de las depresiones del alcoholismo son evanescentes y desaparecen sin tratamiento y refieren que a la tercera semana se estabilizan los síntomas depresivos.

La mayor parte de los trabajos sitúan entre el 20 y el 30% de alcohólicos con depresión. Los porcentajes son más altos en mujeres que en varones.

La siguiente tabla tomada de Casas y cols. (1994), representa la frecuencia del diagnóstico de depresión en alcohólicos.

<u>Autor y año</u>	<u>Muestra</u>	<u>% de depresión</u>
Schuckit 1982	Jóvenes	45% A y D 10%noA, siD
Schuckit 1983	Alcohólicos	30% a 50%
Schuckit 1988	Alcohólicos	30% a 40%
Allan 1991	Alcohólicos	10%
Read 1990	Alcohólicos	42% D 22% M
Hasegawa 1991	Alcohólicos	34%
Ross 1988	Alcohólicos	22% D 13% d
Quitkin 1972	Alcohólicos	10% a 20%
Guze 1971	Alcohólicos	50%
Mirin 1984	Alcohólicos	20% D 11% B
Helzer 1988	Alcohólicos	5% varones 19% mujeres

D: depresión      d: distimia      M: mania      B: trastorno Bipolar

### **Teorías sobre consumo de alcohol y depresión.**

Existen tres teorías que intentan explicar la relación existente entre consumo de alcohol y depresión (Lorenzo 1994; tomado de Casas y cols., 1994):

1. La psicopatología depresiva es un factor de riesgo para el abuso del alcohol. Aquí se encuadra la hipótesis de la automedicación, que supone que el abuso de alcohol se inicia como un intento de alterar estados de ánimo no deseables o de afrontar distintas formas de alteración cognoscitiva. Datos como los de Mayfield (1968) apoyan esta teoría, encontrando que el 21% de los deprimidos aumentan el consumo en los episodios depresivos; Morrison (1974) señala que el 67% de los bipolares tienen episodios de bebida excesiva. El efecto del alcohol sobre el humor es bifásico, a concentraciones medias y ascendentes eleva el humor, y cuando comienza a descender, provoca disforia y displacer. Este efecto inicial es el que podría producir dependencia en personas que buscan alterar el humor.
2. El abuso de alcohol es un factor de riesgo de psicopatología depresiva. Las alteraciones del humor serían una consecuencia del uso crónico de alcohol y de sus efectos sobre humor, cognición y conducta, ya sea por el efecto directo, agudo o crónico del alcohol sobre el funcionamiento intelectual, como por la desestructuración familiar, laboral y social que surge después de años de

alcoholización, o por las propias cogniciones y sentimientos de fracaso, incapacidad, culpa y dolor psicológico que disminuyen y desaparecen cuando se deja de beber.

3. Alcoholismo y depresión pueden ser la expresión fenotípica diferente de un mismo desorden hereditario, apareciendo el alcoholismo principalmente en varones y la depresión en mujeres. Esta teoría se basa en la alta concordancia de ambos trastornos en gemelos y en una misma familia. Read y cols. (1990), Pary y cols. (1980) y Schuckit (1982) han encontrado esta concordancia familiar.

Winokur y Clayton (1967) se han ocupado extensamente de la coincidencia entre alcoholismo, depresión e historia familiar. Definieron el espectro de enfermedad depresiva como una enfermedad de comienzo temprano, de predominio en mujeres y con antecedentes familiares de alcoholismo y de trastorno antisocial. Junto con Pitts y Winokur (1966), encontraron en pacientes alcohólicos, a diferencia del grupo de no alcohólicos, más antecedentes familiares de alcoholismo en sus parientes de sexo masculino y de desorden afectivo en sus parientes de sexo femenino. En cuanto a los pacientes depresivos, éstos tienen más parientes varones con alcoholismo que el grupo de no depresivos. Es decir, que pacientes alcohólicos y deprimidos tienen más riesgo de que sus padres o parientes masculinos presenten alcoholismo y sus madres o parientes femeninos presenten una depresión.

### **Características de la depresión en el alcoholismo.**

La depresión es más frecuente cuanto más larga e importante es la historia de la alcoholización. Se asocia con una historia más severa de síntomas de abstinencia (Brown y Shuckit, 1988), un comienzo más temprano del abuso (Penick y cols., 1988 y Kabaksi 1990); y más frecuencia de tratamientos psiquiátricos (Penick y cols., 1988). Según Pary y cols. (1980), los alcohólicos que se deprimen tienen menor soporte social, más problemas maritales, más desempleo, soledad e ineptitud social.

Los síntomas que de manera más segura discriminan la depresión en los alcohólicos son: insatisfacción, pérdida de interés social e indecisión (Clark y cols., 1985), referencias de intentos previos de suicidios, inhibición laboral y baja autoestima (Vrasti y cols., 1988). Según Brown y Shuckit (1988), los síntomas menos pertinentes para el diagnóstico de la depresión son los cognoscitivos, lo que puede ser debido al fuerte deterioro neuropsicológico.

Como rasgo de personalidad previa en los alcohólicos que se deprimen, Barnes (1980) señala la baja autoestima, alta dependencia y neuroticismo; así como una baja autonomía y confianza social.

En general, se acepta que no existen grandes diferencias entre el cuadro depresivo del alcohólico y el del deprimido primario, excepto que este último es de mayor intensidad y tarda más tiempo en desaparecer.

La base de esta depresión varía de unos individuos a otros y puede ser tanto una consecuencia farmacológica de la intoxicación crónica como consecuencia de las pérdidas físicas, sociales, interpersonales u ocupacionales, o por otra parte, puede ser una entidad nosológica aislada, que tiene factores comunes al alcoholismo, incluso subyaciendo una misma etiología en ambos trastornos. Esta depresión es en todo similar a la primaria, aunque con menor intensidad de los síntomas, en el varón con más frecuencia precediendo el alcoholismo a la depresión y a la inversa en la mujer. Lorenzo (1994, Casas y cols.).

Aunque existe un consenso general en que los alcohólicos aparecen como un grupo con más depresión de lo que sería de esperar por el azar, resultaría demasiado audaz atrevernos a afirmar el hecho de, si los síntomas asociados al alcoholismo son verdaderos trastornos depresivos autónomos o son secundarios al estrés asociado con la alcoholización, por lo tanto, esta investigación no es causal y no pretende entender si la depresión es primaria o secundaria al consumo de alcohol.

Quizá el detectar la depresión en un periodo libre de alcoholización y sin que los sujetos lleguen a ser alcohólicos y por lo tanto, no se hayan producido los efectos psicológicos, físicos y sociales indeseables, consecuencia de la dependencia al alcohol, podría ser un indicador de la depresión como causa de la conducta inicial de consumo alcohólico (como se realizó en este estudio); sin embargo la secuencia de los eventos no implica necesariamente causalidad y además aunque exista una metodología que indique si la depresión es causa o consecuencia del consumo de alcohol, la determinación de esta causalidad sólo podría darse en términos de variables reversibles y manipulables, lo cual sería poco ético y difícil de lograr, sin contar con la individualidad, lo que representa que esta afirmación sólo podría determinarse por cada caso en particular, lo que resultaría poco práctico para los fines de éste estudio.

Además, no es posible que sea un único factor el generador de un problema de salud; es esta complejidad de los múltiples factores causales del consumo étílico, lo que llevó a este estudio a no pretender ser causal, sino solamente correlacional

Por todas estas razones este estudio pretende simplemente descubrir si existe correlación entre el factor depresión y el factor consumo de alcohol en una población de alumnos adolescentes del CCH Oriente, para, de ser así, poder tomar en cuenta a este factor dentro de los programas de control de consumo de alcohol del CCH Oriente, incluyendo algún módulo donde se trabaje a la depresión.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ Existe alguna relación entre el factor depresión y el factor consumo de alcohol en una población de alumnos adolescentes del CCH Oriente? Y en caso de que ésta se presente, ¿De qué tipo es?, ¿Y en qué niveles se da? (depresión ausente, subclínica, media y grave) (frecuencia de consumo, cantidad consumida y duración de la ingesta en horas).

## **JUSTIFICACIÓN**

El consumo de alcohol es un fenómeno que, en un número elevado de casos, se inicia desde la adolescencia, pudiendo llegar o no, a convertirse en una dependencia, pero generando muchas veces, de cualquier manera, múltiples problemas no sólo individuales sino económicos y sociales.

El interés por estudiar a la población de alumnos del CCH Oriente, surgió como consecuencia de la realización del servicio social en dicho plantel; ahí se observó que la depresión, es un factor que se presentaba frecuentemente en alumnos a los cuales se les había encontrado consumiendo alcohol dentro del plantel.

Debido a que el consumo de alcohol y la depresión son fenómenos complejos que deben enfocarse en términos de la multiplicidad de factores inmersos, esta investigación no pretendió ser causal, su finalidad estuvo en relación de detectar la presencia de factores, los cuales al presentarse de manera conjunta puedan agravar un determinado problema y desembocar en un círculo vicioso.

El interés por conocer los factores inmersos en el consumo de una sustancia como el alcohol, surgió tras el conocimiento de los múltiples problemas que genera un consumo "inadecuado" y lo importante de su prevención en la etapa de la adolescencia en la que se está tan vulnerable y expuesto a todo tipo de adicciones y abusos de las sustancias.

Es importante entonces, prevenir el surgimiento de un abuso en el consumo etílico, ya que las consecuencias que genera este problema son graves. El alcohólico va perdiendo paulatinamente su trabajo, su modus vivendi, lo que no sólo repercute en la economía individual sino en la nacional, al no ser pocos los individuos que sufren de alcoholismo. Sin contar con los múltiples accidentes de trabajo que ocasionan los empleados al laborar ingestado y toda la variedad de delitos cometidos por los individuos bajo la ingesta de alcohol.

Siendo que los adolescentes son la población de más alto riesgo para el inicio de las adicciones y siendo el alcoholismo la más frecuente por la accesibilidad existente, junto con el tabaco; sin mencionar el actual incremento de los lugares juveniles destinados para beber (antros, bares e incluso cafés internet); es importante conocer los factores que están jugando algún rol dentro de su

consumo etílico, para de esta manera, tratar a la par a los componentes que puedan estar ejerciendo un efecto negativo en la conducta de consumo de alcohol.

La importancia de esta investigación en un marco escolar como el CCH Oriente, se justifica debido a que es en la escuela donde no sólo se adquieren aprendizajes conceptuales, sino sirve también para adquirir aprendizajes relacionados con la conducta social, aprendizajes afectivos y aprendizajes actitudinales.

Por lo tanto, es importante conocer si el factor depresión está jugando algún rol en el consumo de alcohol en una muestra de alumnos adolescentes del CCH Oriente, para de esta manera, en caso de identificar la presencia de éste factor, proponer que sea tomado en cuenta en la creación de programas de control de consumo de alcohol en el CCH Oriente, incluyendo en éstos algún modulo donde se trabaje la depresión.

## **CAPITULO I** **DEPRESIÓN**

Para comprender la depresión y tener un marco de referencia global, se menciona de manera general, cómo se ha desarrollado la historia y concepciones en torno a la depresión y las aportaciones etiológicas más relevantes que han intentado explicarla desde los puntos de vista de diversas corrientes y autores, para posteriormente finalizar con la clasificación diagnóstica que maneja el DSM IV una de las más utilizadas hoy por hoy. En este apartado se hablará también de las características de la depresión en el adolescente.

Conceptualizar la depresión en el contexto de la psicopatología, es una tarea ardua, sobre todo si tomamos en cuenta la cantidad de puntos de vista que se han expuesto sobre este tópico. Las clasificaciones que se han planteado sobre la depresión favorecen el desarrollo de ideas poco precisas al interior de la psicopatología, ya que en muchas ocasiones se le aborda como psicosis, en muchas otras como neurosis, e incluso se le trata como una simple actitud de la vida.

Intentando concentrar los puntos comunes que diversos autores manejan en relación con la depresión, tenemos a Coderch (1979), Mendels (1972), Ey (1980), Castilla del pino (1970), y Kiehlitz (1977), entre otros, quienes señalan que la depresión dentro de la psicopatología es un trastorno de la afectividad, y el rasgo nuclear de la depresión es la alteración del estado de ánimo. Algunos autores señalan que el concepto de depresión puede tener tres connotaciones en el ámbito de la psicopatología y la psiquiatría (como síntoma, como síndrome y como enfermedad o cuadro nosológico), tanto Zung (1965) como Mendels (1972) se refieren a la depresión en los mismo términos. (Tomado de Cerero y cols., 1995).

A la depresión se la ha señalado como un síntoma que se presenta ya sea de manera exclusiva o vinculado a otros que pueden o no tener relación con él. Otra interpretación que se le da es el de síndrome; en el síndrome depresivo, el síntoma nuclear es la tristeza y tiene un enlace con los demás síntomas que lo constituyen. Como tercera representación, está la de enfermedad o cuadro nosológico que se caracteriza por la manifestación habitual del síndrome depresivo.

El término depresión tiene diferentes niveles de significación, ya sea como síntoma, como síndrome, como categoría diagnóstica o como rasgo de personalidad.

Como síntoma, se le entiende como la expresión de un estado de ánimo decaído, una circunstancia anímica presente no sólo en la mayoría de los cuadros clínicos, sino también en la vida cotidiana de cualquier persona.



Como síndrome incluye un patrón de síntomas clínicos simultáneos (tristeza, apatía, inhibición), que también puede estar presente secundariamente en muchas condiciones clínicas.

En su acepción más restrictiva, hace referencia a un cuadro clínico unitario, para cuyo diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas y de criterios de inclusión y exclusión (Casullo, 1996).

Algunos autores se han referido al conjunto de síntomas que componen el síndrome depresivo, dividiéndolo en cuatro núcleos:

- a) Síntomas anímicos, como la disforia, que se manifiesta por abatimiento, pesadumbre, infelicidad e irritabilidad (Whybrow y cols., 1984).
- b) Síntomas motivacionales, como la apatía, la indiferencia y la disminución de la capacidad de disfrutar.
- c) Síntomas cognitivos, donde la persona hace una valoración negativa de sí misma, de su entorno y de su futuro (Vázquez y Sanz, 1991).
- d) Síntomas físicos, que suele ser uno de los motivos de consulta más frecuentes de los pacientes deprimidos. Dentro de estos síntomas están la pérdida de sueño, la fatiga, la pérdida de apetito, la disminución de la actividad y de los deseos sexuales; también molestias corporales como dolores de cabeza y espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa y visión borrosa entre otros.
- e) Síntomas interpersonales, donde una de las principales características de las personas deprimidas es el deterioro de las relaciones con los demás y la pérdida de interés por la gente (Beck, 1976).

Algunos estudios han señalado los siguientes síntomas como los más frecuentes en pacientes con depresión: insomnio 100%, tristeza 100%, llanto 94%, concentración pobre 91%, pensamientos suicidas 82%, fatiga 76%, irritabilidad 76%, retardo psicomotor 76%, anorexia 66%, desesperanza 51%, problemas de memoria 35%, intentos de suicidio 15%. (Casullo, 1996).

Ya que el instrumento que en esta investigación se empleó fue el elaborado por Zung en 1965, nos referiremos a la depresión desde el ámbito en que la maneja la psicopatología y a psiquiatría.

El DSM IV, la enuncia dentro de los trastornos del estado de ánimo, que pueden presentarse en forma de depresión o manía. Si se da en el sentido de una depresión, la manifestación de la tristeza viene siendo el rasgo central que la caracteriza. Si de la manía se trata, lo que se presenta como síntoma central es la euforia patológica. Los trastornos del estado de ánimo pueden presentarse con periodos de depresión y manía alternadamente, estableciéndose para ella la categoría de trastornos bipolares.

En este trabajo se aborda lo relacionado con la depresión, de tal manera que conceptualizamos a ésta como el estado de ánimo clínico, que tiene como rasgo

esencial el síntoma tristeza, derivándose de él todos los demás síntomas que lo constituyen.

Los criterios que como requisito debe cubrir este estado clínico para que sea considerado como tal, se encuentran desglosados en el DSM-IV y son los criterios de intensidad, duración, prevalencia, evolución, etc., que abordaremos con más detalle en un apartado posterior.

Antes de enunciar la clasificación diagnóstica estipulada por el DSM IV, vale la pena mencionar otras de las clasificaciones importantes que a lo largo de la historia se han hecho sobre depresión. La situación que prevalece sobre la clasificación de la depresión es muy diversa, una forma de clasificar a la depresión es en base a los factores que la causan, así tenemos que la depresión se divide en exógena o reactiva y en endógena. La depresión exógena o reactiva obedece a causas psicológicas o ambientales; en la depresión endógena se encuentra una determinante genética y hereditaria. (Calderón, 1987).

Otra clasificación que es frecuente encontrar, es la que se refiere a la depresión unipolar y bipolar. Esta clasificación se ha dado más bien por la necesidad de indicar la presencia de síntomas sólo de tipo depresivo (como ánimo triste o decaído), en el caso de la depresión unipolar y cuando presenta accesos tanto de manía como de depresión, en el caso de la depresión bipolar.

Comúnmente también se encuentra la clasificación que divide a la depresión en psicótica y neurótica, incluso hay quienes agregan una llamada simple (Calderón, 1987), esta clasificación está referida a las causas que la generan. Tenemos que para la depresión psicótica son las mismas causas que hemos señalado en el caso de la depresión endógena. Para la depresión neurótica se menciona que la causa es la no integración adecuada de la personalidad durante la etapa evolutiva, debido a algún problema durante la infancia o en la adolescencia. En la depresión simple las causas son de tipo ecológico y social, y son elementos que no provocan ningún trastorno en la personalidad.

## **NATURALEZA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS**

Existen ciertas lagunas teóricas acerca de la naturaleza de los trastornos depresivos; el mayor de los problemas es la determinación de su etiología. Ninguna teoría explicativa unifactorial puede dar cuenta de las causas, de hecho, el reconocimiento de la heterogeneidad de los fenómenos depresivos, exige desarrollar modelos que puedan dar cuenta de las diferencias entre los diversos subtipos de depresión así como de las diferencias de su curso clínico: inicio, mantenimiento, mejoría, recaída, remisión. (Casullo, 1996). Hasta la década de los sesentas la investigación de la depresión era escasa y estaba en manos de la psiquiatría donde prevalecían los enfoques biológicos o psicodinámicos y el tratamiento psicofarmacológico.

A continuación se mencionan algunas de las teorías más relevantes que se han manejado en el campo de la depresión, reiterando que no se debe pasar por alto que la depresión es multicausal y que ninguna de estas teorías ha demostrado ser concluyente.

## I. Teorías biológicas

Muchos consideran que Hipócrates fue el primer autor que planteó una hipótesis de tipo biológico al formular que la acumulación de la bilis negra y flema afectaban el funcionamiento cerebral y daba origen a la melancolía. En los últimos 25 años, especialmente en la década de los ochenta, hubo un resurgimiento de la investigación biológica. Las primeras hipótesis enfatizaban un modelo de deficiencia, en el cual una cantidad inadecuada, por ejemplo, de los neurotransmisores norepinefrina o serotonina, era considerado un factor causal.

Cuando se demostró que por una única deficiencia era imposible explicar toda la sintomatología depresiva y a medida que se empezó a reconocer la multiplicidad de interacciones posibles, surgieron los modelos de equilibrio entre dos sistemas como el colinérgico y el adrenérgico.

Los autores que intentan defender las hipótesis biológicas en la etiología de la depresión, se basan en: la existencia de patrones similares en diferentes culturas, el surgimiento en las mujeres de cambios anímicos asociados a cambios endocrinos (menstruación, parto, menopausia), la efectividad relativa de algunas terapias físicas (electroshock, antidepressivos tricíclicos), la existencia de ciertos productos, como antihipertensivos, capaces de inducir estados de ánimo deprimidos.

Estas hipótesis se apoyan en hechos indirectos, y no contamos con datos concluyentes sobre cuáles son los mecanismos biológicos que actúan en la etiopatogenia, y en todo caso la existencia de algunos indicadores biológicos no es hecho suficiente que determine que el origen sea biológico. (Casullo, 1996).

## II. Teorías psicológicas

### A) Aportes psicoanalíticos

Algunas hipótesis formuladas por Freud (1893-1917) sobre melancolía, siguen siendo utilizadas hoy en día en el tratamiento psicoanalítico de la depresión. Freud diferencia las reacciones depresivas normales (melancolía) de las debidas a la pérdida de un ser querido (duelo). Ambas según Freud, son respuestas a la pérdida de un objeto amado en las que aparece la tristeza acompañada por un dolor profundo, falta de interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad y a diferencia del duelo, la melancolía supone una disminución marcada de la autoestima y origina autorreproches, así como expectativas de castigo, ya que el melancólico desconoce la naturaleza de su pérdida y no puede reconocer la causa de su tristeza.

Freud señala también que muchos depresivos, recurren a la ingesta de alimentos (líquidos y sólidos) para evitar o superar la depresión. Lo que nuevamente nos lleva a retomar nuestra hipótesis sobre la relación existente entre consumo de alcohol y depresión.

En su esfuerzo por comprender la pérdida de la autoestima que se da en la melancolía, Freud enfatiza la identificación narcisista del yo con los objetos y en sus últimos escritos interpretaba la depresión en términos de la existencia de un superyó muy exigente en el sentido de lo relacionado con los deberes y obligaciones (Bemporad, 1975).

Freud y otros psicoanalistas, consideran a la depresión clínica como un mecanismo de reparación psicológica, donde la pérdida de un objeto amado y la lesión psíquica consecuente podrían superarse sólo mediante autocastigo en el que se devaluaba el objeto internalizado. Mediante un proceso de identificación narcisista, el yo se convertía en el blanco del tratamiento agresivo para vengarse del objeto original. Por lo tanto la depresión surge como una manifestación del remordimiento por la ira hacia un objeto percibido de manera ambivalente (amado y odiado).

El impacto de los modelos biológicos recupera la vieja idea de Freud respecto de que algunas formas de la melancolía son de tipo somático.

#### B) Aportes conductuales.

Estos modelos tienen su base teórica en las teorías del aprendizaje, en especial en el condicionamiento operante.

Así Ferster (1973), sostiene que la característica principal de la depresión, es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirvan para controlar el medio, en tanto que, por el contrario, la depresión se produce si aumentan las conductas de evitación ante estímulos adversos. Para este autor, muchas de las conductas depresivas permiten a los sujetos evitar estímulos adversos o situaciones desagradables, de manera tal que dichas conductas se mantengan por reforzamiento negativo.

Lewinsohn (1974), propone que la depresión es una respuesta a la falta de reforzamiento positivo contingente a una conducta y señala ciertos factores que puede originar trastornos depresivos, como son: un ambiente que no brinda refuerzos suficientes, falta de habilidad para obtener refuerzos e incapacidad para disfrutar de los refuerzos disponibles debido a la presencia de ansiedad. Este autor también señala que la conducta depresiva puede mantenerse porque origina refuerzo social positivo en forma de simpatía y atención, aunque con el paso del tiempo, esa conducta puede ser rechazada por saturación de ese medio social.

### C) Aportes cognitivos.

En éstos, existen tres tipos de modelos: 1. los cognitivo-sociales, 2. los del procesamiento de la información y 3. los conductuales cognitivos.

#### 1. Los cognitivo-sociales.

Dentro de los primeros está el de la indefensión aprendida (Seligman, 1981), que postula la pérdida percibida del control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad, es decir, que el sujeto pueda aprender que existe una independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales. Esto puede obedecer a factores como, una historia de fracasos en el manejo de situaciones, o bien, una historia de reforzamientos que haya impedido que la persona aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente.

Abramson y cols. (1989), al reformular el modelo de indefensión en un intento por resolver algunas deficiencias de las teorías de depresión (éstas no presentan una teoría articulada de la depresión, no incorporan los hallazgos de la psicopatología referidos a la heterogeneidad de la depresión y no incorporan datos significativos obtenidos por la psicología social y de la personalidad), proponen el modelo de desesperanza y postulan que el mero hecho de estar expuestos a situaciones que no se pueden controlar, es insuficiente para desencadenar situaciones depresivas y afirman que las personas intentan una explicación sobre las causas de la incontrolabilidad. Si la explicación por parte de la persona, es atribuida a "factores internos" se produce un descenso en la autoestima, lo que no ocurre si la explicación ubica la causa en factores externos. Si la atribución de causalidad hace referencia a factores estables, entonces se conduce a una expectativa de no control por parte del sujeto, relativa a situaciones futuras, esto se da también si la atribución de causalidad hace referencia a factores que actúan de manera global. Si la persona atribuye la falta de control a variables inestables y específicas, se puede pensar en la génesis de problemas depresivos de corta duración, específicos de la situación en cuestión.

Abramson (1989), también hace referencia a un factor motivacional, en donde la depresión sólo ocurriría en los casos donde la expectativa de incontrolabilidad está referida a un suceso deseado o a la ocurrencia de un hecho altamente rechazado. De igual manera hace referencia a un factor de vulnerabilidad cognitiva, un estilo atribucional depresógeno, es decir, la tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y no deseados a factores internos, estables y globales, presente en las personas proclives a la depresión, y ausente en otro tipo de individuos.

Así, este modelo especifica una cadena de causas cercanas y lejanas que incrementan la posibilidad de la depresión y culminan con la desesperanza, donde la cadena se inicia con la ocurrencia de sucesos vitales negativos. La depresión por desesperanza es definida por su causa: la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, unida a un sentimiento de indefensión acerca de la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia

del hecho. Este modelo rescata la importancia de la información situacional en el momento de determinar las atribuciones de causalidad hechas por una persona. Así la información situacional que sugiere que un suceso negativo es bajo en consenso ("a poca gente le pasa lo que me sucede a mí"), alto en consistencia ("casi siempre me pasa lo mismo") y bajo en diferenciación ("no sólo me pasa en estas circunstancias sino en muchas otras") favorece una explicación atribucional que conduce a la desesperanza.

## 2. Los del procesamiento de la información.

Dentro de estos modelos, se encuentran las propuestas del procesamiento de la información planteadas por Beck (1987). Para este autor las alteraciones emocionales aparecen en las personas que tiene una visión negativa y errónea de la realidad. La visión errónea se basa en actitudes disfuncionales poco realistas, estas personas poseen esquemas distorsionados que permanecen latentes en la memoria hasta que se activan frente a sucesos estresantes. Beck, sugiere que existen al menos dos tipos generales de esquemas: el esquema sociotrópico, que incluye actitudes y creencias que suponen una alta valoración de las relaciones interpersonales y una alta dependencia de las normas sociales en el momento de juzgar la propia conducta; y el esquema autónomo, que incluye actitudes que valorizan la independencia, la libertad de acción, la privacidad y la autodeterminación. En función de esto, es posible hablar de factores estresantes para cada tipo de esquema. La actuación de esos esquemas se refleja en errores en la manera de procesar la información (inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, pensamientos absolutistas y dicotómicos, magnificación de lo negativo y minimización de lo positivo), que con el tiempo, conducen a la tríada cognitiva negativa, es decir, un contenido negativo en las percepciones de sí mismo, el mundo y el futuro.

Kuiper y cols. (1988), hacen una extensión del modelo de Beck en su modelo de la contingencia de la autovaloración. Este modelo propone diferenciar entre esquemas cognitivos de vulnerabilidad (los cuales desempeñan un papel central en la etiología y mantenimiento de la depresión) y esquemas cognitivos episódicos (cuya activación es consecuencia de la depresión). Los esquemas de vulnerabilidad establecen contingencias rígidas e inapropiadas para determinar la propia autoestima, estas actitudes están relacionadas con una excesiva necesidad de aprobación por parte de los demás y una gran preocupación por la evaluación del propio rendimiento; estos esquemas se desarrollan como consecuencia de estilos parentales de educación que han inducido altos niveles de dependencia y autocritica. Los esquemas episódicos incluyen contenido autorreferencial negativo, aquí los sujetos depresivos manifiestan una tendencia al recuerdo selectivo de la información autorreferencial negativa, mientras que los no depresivos revelan un recuerdo selectivo de la información autorreferente positiva.

### 3. Los conductuales cognitivos.

Estos modelos se centran en la variación personal de las interacciones entre personas y situaciones y hacen referencia a procesos y estructuras cognitivas. Dentro de estos, están los denominados modelos de autocontrol que suponen la manipulación de aspectos situacionales y la disposición de contingencias y consecuencias alternativas, este hecho es el que incrementa la expresión de comportamientos humanos dirigidos a intentar lograr metas a largo plazo. Este modelo utiliza el concepto de retroalimentación y enfatiza el ajuste continuo entre adaptación y readaptación conductual en las situaciones cambiantes del medio.

Bandura (1987), en su modelo de autoeficacia, habla de las expectativas de resultado, es decir, las creencias que tienen los sujetos de que determinadas conductas harán posible lograr determinados resultados y también habla de las expectativas de eficacia, es decir la creencia de que es posible ejecutar exitosamente el comportamiento necesario para poder lograr determinados resultados. Para Bandura, la causa de la depresión está determinada por bajas expectativas de eficacia, altas expectativas de resultado y una valoración muy elevada de los resultados esperados. Para Bandura, el automenosprecio crónico es el rasgo central de la depresión.

### III. Paradigmas interpersonales

Este enfoque le asigna un papel relevante al entorno familiar y social en el que se desenvuelve la persona deprimida. Así, Coyne (1986), postula que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales las personas obtenían apoyo social. Gotlib y Colby (1987), señalan que la aparición de un episodio depresivo se genera con la aparición de un estresor, el que puede ser de naturaleza interpersonal, intrapsíquica o bioquímica. Este estresor interacciona con factores interpersonales o intrapersonales de vulnerabilidad. Una vez que el trastorno depresivo se ha iniciado, dos factores pueden mantenerlo o exacerbarlo: un factor interpersonal (la naturaleza y cualidad de las respuestas de los otros) y el factor cognitivo negativo personal de los depresivos, que se evidencia en el aumento de la sensibilidad y concentración en aspectos negativos (reales o imaginarios) del ambiente en que viven. Estos factores llevan a la persona a estar más deprimida, a manifestar más síntomas, lo que, a su vez, genera más respuestas negativas del entorno social.

Otra forma sencilla de plantear didácticamente los factores causales de la depresión es la que ofrecen Campillo-Caraveo y que coincide con Ezquiaga-García (1995, Cerero y cols.). Esquemáticamente los dividen en tres factores:

- Concomitantes: Señalan como factores importantes a las enfermedades físicas y al alcoholismo.
- Predisponentes: En el cual se ubican la carga genética familiar, el biotipo corporal, la personalidad premórbida y la pérdida de alguno de los progenitores durante la primera infancia.

-Precipitantes: Aquí se encuentran los llamados eventos de la vida (pérdida de seres queridos, fracasos económicos, baja de status, etc.) Ezquiaga-García los denominan acontecimientos vitales: las enfermedades físicas (cuadros gripales), intervenciones quirúrgicas, partos y abortos.

Al referirse a la etiología de la depresión, Calderón (1987), nos dice que no existe en ningún tipo de depresión factores etiológicos específicos y obediendo a una claridad didáctica, él los divide en factores genéticos, psicológicos, ecológicos y sociales.

La etiología de los trastornos mentales en particular, como la depresión, no obedece a factores específicos, más bien se trata de una etiología multifactorial, heterogénea y multimodal.

Algunos autores han hablado de factores de riesgo asociados con la tasa de prevalencia de depresión en la población adolescente; así uno de los que más se maneja, es el haber estado expuestos a situaciones vitales percibidas como estresantes, sobretudo en el área familiar y escolar (el ámbito escolar tiene más peso como generador de situaciones estresantes), a través de entrevistas clínicas pudo comprobarse que muchos adolescentes con sintomatología depresiva están insertos en estructuras familiares críticas con conductas de violencia y maltrato; otro factor importante es el fenómeno de aculturación, es decir, todos aquellos fenómenos que resultan del contacto entre grupos provenientes de diferentes contextos culturales y que suponen cambios en sus patrones culturales originarios; el sexo aparece también como factor de riesgo, dado que la población femenina reconoce más problemática depresiva; con respecto a la edad se ha visto que permanecer en el ámbito de la escolaridad media cuando la edad cronológica es igual o superior a los dieciocho años está altamente relacionado con la presencia de síntomas depresivos (Casullo, 1996).

De igual manera se han identificado ciertos factores que predisponen al paciente a la depresión, estos son una historia familiar o personal de depresión, ser del género femenino, el estado de posparto y el estrés severo o inesperado. Dichos elementos de estrés incluyen pérdidas significativas tales como la muerte de un ser querido, un divorcio ó la pérdida del empleo; problemas familiares o maritales; problemas financieros; situaciones tales como la mudanza a una nueva ciudad, transiciones de edad o de género, como la adolescencia, el convertirse en padres o una enfermedad crónica. También se habla que un grupo de alto riesgo para la depresión incluye a las personas que abusan del alcohol (Cerero y cols., 1995).

#### **CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA DEPRESIÓN PROPUESTA POR EL DSM IV**

En la sección del DSM IV para los trastornos del estado de ánimo, se incluye a todos los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor, así los trastornos depresivos entrarían dentro de esta sección.



Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos siguientes: episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos - depresión unipolar- (los cuales a su vez están divididos en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado), trastornos bipolares (los cuales a su vez están divididos en trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado), y trastornos basados en la etiología (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias).

Los trastornos depresivos se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco; mientras que los trastornos bipolares implican la presencia (o historia) de estos episodios.

-El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.

-El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

-El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

-El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

-El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

-El **trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

-El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

-El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

-El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

**-El trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

### **Episodio depresivo mayor.**

La característica esencial de éste es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades y al menos otros cuatro síntomas de nueva presentación si se comparan con el estado del sujeto antes del episodio; el episodio debe acompañarse también de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes. Los criterios para diagnosticarlo son los siguientes:

Presencia de un estado de ánimo descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, etc (Criterio A1). Pérdida de intereses y de capacidad para el placer, frecuentemente existe aislamiento social y/o reducción del deseo sexual (Criterio A2). Disminución o aumento del apetito, cuando esto es grave puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso (Criterio A3). Alteración del sueño, ya sea en insomnio o hipersomnia (Criterio A4). Cambios psicomotores, ya sea agitación o entretencimiento (Criterio A5). Falta de energía, cansancio y fatiga, por lo que puede reducirse la eficacia con la que se realizan las tareas (Criterio A6). Sentimiento de inutilidad o de culpa que puede caer en evaluaciones negativas no realistas del propio valor (Criterio A7). Capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o tener falta de memoria (Criterio A8). Pensamientos de muerte, ideación o tentativas suicidas (Criterio A9). Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (Criterio B). Debe de haber, hasta en los casos leves un malestar clínico significativo, o deterioro social o laboral o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Criterio C). No es debido a los efectos fisiológicos directos de las sustancias o a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (Criterio D). Los síntomas no deben ocurrir 2 meses después de la pérdida de un ser querido, en cuyo caso se consideran resultado de un duelo, a menos que duren más allá de esos dos meses o que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entretencimiento psicomotor (Criterio E).

### **Episodio maníaco.**

Se define por un periodo de al menos 1 semana durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable (Criterio A). Esta alteración debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas o cuatro en caso de que el estado de ánimo sea irritable (en lugar de elevado o expansivo) (Criterio B), los síntomas son los siguientes: exageración de la autoestima, que va

desde la autoconfianza poco crítica hasta una evidente grandiosidad (B1), descenso de la necesidad de dormir (B2), lenguaje verborreico, fuerte, rápido y difícil de interrumpir (B3), pensamientos rápidos, que pueden manifestarse por una fuga de ideas, un lenguaje acelerado, con cambios rápidos de un tema a otro (B4), distraibilidad, que se manifiesta con una incapacidad para apartar los estímulos externos irrelevantes (B5), aumento de la actividad intencionada (B6) e implicación imprudente en actividades placenteras (compras desmesuradas, conducción temeraria, comportamientos sexuales inusuales) que pueden tener consecuencias graves (B7). Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto caracterizado tanto por síntomas de episodio maniaco como de episodio depresivo mayor (Criterio C). La alteración debe ser lo suficientemente grave como para ocasionar un importante deterioro social o laboral o para precisar hospitalización, o caracterizarse por la presencia de síntomas psicóticos (Criterio D). El episodio no se deberá a los efectos directos de una droga o un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión, a la exposición de un tóxico o a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (Criterio E).

### **Episodio mixto**

Se caracteriza por un período de tiempo (de al menos una semana de duración) en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor (criterio A); de esta manera el sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de síntomas de un episodio maniaco y de un episodio depresivo mayor; así los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser lo suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos (Criterio B). La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica (Criterio C).

### **Episodio hipomaniaco**

Se define como un período delimitado (de al menos 4 días) durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable (Criterio A). Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas (si el estado de ánimo es elevado o expansivo) o cuatro (en caso de que el estado de ánimo sea irritable) de un episodio maniaco excepto que no puede haber ideas delirantes ni alucinaciones (Criterio B). El estado de ánimo durante un episodio hipomaniaco debe ser claramente distinto del estado de ánimo habitual del sujeto cuando no está deprimido y tiene que haber un cambio claro en su actividad habitual (Criterio C). Los cambios del estado de ánimo y de la actividad han de ser observables por otras personas (criterio D). Contrariamente a lo que sucede en un episodio maniaco, un episodio hipomaniaco no es suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, ni está caracterizado por la presencia

de síntomas psicóticos (Criterio E). La alteración del estado de ánimo y los demás síntomas no se deben a los efectos directos de una droga, medicamento, otros tratamiento somáticos para la depresión o a la exposición de un toxico, ni se debe tampoco a los efectos fisiológico directos de una enfermedad médica (Criterio F).

### **Trastorno depresivo mayor**

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivo mayores (Criterio A). El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio B). Nunca se ha producido un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco (Criterio C). Para realizar un diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno de ánimo inducido por sustancias ni los debidos a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica.

### **Trastorno distímico**

La característica esencial es un estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años (Criterio A). Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o "desanimado" (en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año) y durante los periodos de estado de ánimo deprimido hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Criterio B). A lo largo del periodo de 2 años los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (Criterio C). Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos (Criterio D). No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maniaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco o si alguna vez se han cumplido los criterios para un trastorno ciclofímico (criterio E). La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia o el trastorno delirante (Criterio F). Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica (Criterio G). Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio H).

### **Trastorno depresivo no especificado**

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno no adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de

ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunos ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

Trastorno disfórico premestruar, trastorno depresivo menor (episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor), trastorno depresivo breve recidivante (episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses), trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia, un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o al fase activa de la esquizofrenia y casos en los que hay un trastorno depresivo pero no se puede determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

**Los trastornos bipolares** incluyen el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado. Hay seis criterios para el trastorno bipolar I: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaniaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado. El trastorno bipolar I, episodio maníaco único, se utiliza para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía. Los demás criterios son empleados para especificar la naturaleza del episodio actual (o más reciente) en los sujetos que han tenido episodios afectivos recidivantes.

### **Trastorno bipolar I**

La característica esencial es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos, es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores. Los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. Los episodios del trastorno de ánimo inducido por sustancias o los debidos a enfermedad médica no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Este trastorno se subclasifica en un tercer dígito según se trate de un primer episodio (episodio maníaco único) o el trastorno sea recidivante. La recidiva viene indicada por un cambio en la polaridad del episodio o por un intervalo entre los episodios de al menos dos meses sin síntomas maníacos. Un cambio en la polaridad se define como un curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o en el que un episodio maníaco o un episodio mixto evoluciona a un episodio depresivo mayor, (por el contrario, un episodio hipomaniaco que evolucione hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o un episodio maníaco que evolucione hasta un episodio mixto - o viceversa-, se considera que sólo es un episodio único). En los trastornos bipolares recidivantes la naturaleza de los episodios actuales (o del más reciente) puede ser especificada como sigue: episodio más reciente hipomaniaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado.

## **Trastorno bipolar II**

La característica esencial es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores (Criterio A) acompañados por al menos un episodio hipomaniaco (Criterio B). No ha habido un episodio maniaco o mixto (Criterio C). Los episodios de trastorno de ánimo inducidos por los efectos fisiológicos de una sustancia o de una enfermedad médica no se consideran válidos para establecer el diagnóstico, además que las síntomas afectivos no de explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio D). Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo (Criterio E).

## **Trastorno ciclotímico**

La característica esencial es una alteración del estado de ánimo crónica (durante al menos 2 años en adultos y al menos 1 año en niños y adolescentes) con fluctuaciones que comprenden numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y números períodos de síntomas depresivos (Criterio A), tanto los síntomas hipomaniacos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios de un episodio maniaco, al igual que los síntomas depresivos para cumplir los criterios de episodio depresivo mayor. Durante este periodo todos los intervalos libres de síntomas tiene una duración inferior a 2 meses (Criterio B). Durante los dos primeros años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maniaco o episodio mixto (Criterio C). Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio D). Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica (Criterio E). Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F).

## **Trastorno bipolar no especificado**

Incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico, por ejemplo, una alternancia muy rápida (en días) entre síntomas maniacos y depresivos que no cumplen el criterio de duración mínima para un episodio maniaco o un episodio depresivo mayor; episodios maniacos recidivantes sin síntomas depresivos intercurrentes; un episodio maniaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante, una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado y situaciones en las que hay un trastorno bipolar, pero no se determina si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

### **Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**

La característica esencial es una notable y persistente alteración del estado de ánimo debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de intereses o del placer o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (Criterio A). La historia clínica, la exploración física o hallazgos de laboratorio dan pruebas de que la alteración es consecuencia directa de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración del estado de ánimo no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio C). La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E).

### **Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias**

La característica esencial es una notable y persistente alteración del estado de ánimo, que puede ser depresivo con disminución de los intereses o placer en casi todas las actividades, o elevado, expansivo o irritable (o ambos) (Criterio A). Esta alteración se considera provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia, los síntomas aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia y el empleo de la sustancia está etiológicamente relacionado con la alteración (Criterio B). La alteración no se explica mejor por la presencia de un estado de ánimo que no sea inducido por sustancias (Criterio C). La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E).

## **CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE**

A lo largo del desarrollo se podría dibujar cierta sintomatología depresiva, más o menos específica de cada periodo evolutivo. Sin embargo, el término de "periodo crítico" o "periodo depresivo" postulado por algunos investigadores del desarrollo, no se admite en la actualidad porque no se han probado las manifestaciones sintomatológicas espontáneas de tipo depresivo durante esos periodos y porque tampoco pueden explicarse cuáles sean las razones que hacen más vulnerable al adolescente, respecto del padecimiento de la depresión (Polaino y Lorente, 1988). En todo caso lo que este autor afirma que sí se ha probado, es que los síntomas somáticos y psicológicos de la depresión varían en función de la edad, pudiendo apreciarse ciertas tendencias a sustituir los síntomas somáticos por psicológicos, a medida que la persona va haciéndose mayor, es decir, los niños tienen más manifestaciones somáticas en comparación con el adolescente y aún más con el adulto.

No obstante estas afirmaciones, algunos autores han considerado la depresión desde la perspectiva del desarrollo (Rutter y Hersov, 1985 y Bemporad, 1975), y

han postulado que aunque la depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo, su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto.

Así, D'Marcelli (1992), dentro de las conductas clínicas comunes en la depresión adolescente, describe las siguientes:

**Tristeza y taciturnidad en la adolescencia:** este estado afectivo es una emoción o sensación que experimentan en un momento u otro gran parte de los adolescentes.

El Tedio se caracteriza por una falta de interés, una sensación de que el tiempo no transcurre, de que no sirve de nada realizar cualquier esfuerzo para conseguir cualquier cosa, que todo es siempre lo mismo. Sin embargo, en el fondo del tedio existe a menudo una especie de espera vaga de cualquier cosa y una incapacidad para soportar esa espera (Clancier, 1977). A pesar de que el tedio se observa en todas las edades, es en la adolescencia la sensación más frecuente y más duradera. Puede acompañarse de una inhibición del estado de ánimo, motriz y del pensamiento, lo cual acentúa el desinterés.

La Taciturnidad para Male (1980), se trata de un estado que manifiesta un rechazo a interesarse por el mundo "Nada sirve para nada, el mundo está vacío". Male, explicita la diferencia entre la depresión y la taciturnidad como una sensación vaga, difusa, en el límite de lo normal y lo patológico. Como el tedio, la taciturnidad es una situación inestable, susceptible de cambiar, que mantiene al adolescente en un estado de desinterés, pero dispuesto a interesarse por algo.

El Humor Depresivo se trata de una visión devaluada sobre sí mismo (Hollande, 1976), puede acompañarse de crisis de llanto y de impresiones de tristeza general. Quizá aún más característico en la adolescencia son los saltos de humor, especie de inestabilidad afectiva, así el adolescente puede pasar de una especie de tristeza a una relativa excitación cuando un suceso lo saca de su tristeza. De este modo, los saltos de humor hacen pasar al adolescente de fases de exuberancia o de júbilo a momentos de aislamiento y llanto. (Este estado de ánimo dura 2 ó 3 horas, a veces todo el día, excepcionalmente 3 ó 4 días o la semana entera. Cuando se prolonga representa una amenaza y existe el riesgo de un cuadro depresivo prolongado).

El estado de ánimo depresivo es en general aislado o se acompaña de forma transitoria de síntomas, como: ansiedad mínima, discreta dificultad para conciliar el sueño, sensación de no ser capaz, a veces con empeoramiento en el rendimiento escolar, reproches hacia los padres, pueden aparecer ideas sobre la muerte. Estos síntomas son siempre intermitentes. El adolescente conserva sus actividades, sus intereses positivos (escolares, culturales, deportivos, afectivos, etc.). En ciertos casos, frente a este humor depresivo, el adolescente puede adoptar actitudes de lucha, como el tomar alcohol o un producto excitante.



Ya se trate del tedio, de la taciturnidad o del humor depresivo; la intermitencia de estos estados, sus fluctuaciones y sus cambios rápidos (aspecto temporal y cambiante), es la característica esencial que nos va a indicar la presencia de la semiología de la depresión adolescente.

Según Braconnier (1987), más importante que el estado de tristeza y la taciturnidad, el adolescente pasa primero por una crisis ansioso-depresiva, que puede durar varios días, una o dos semanas. Si no se emprende un tratamiento puede evolucionar a una crisis aguda de angustia y de ahí a un estado depresivo. Esta crisis ansioso depresiva se manifiesta por los siguientes síntomas:

Cuadro de ansiedad, incluso de angustia, con manifestaciones somáticas cuando es importante (palpitaciones, sudoración de manos, bolo en la garganta, etc.). Esta ansiedad es a menudo la primera manifestación que precede a la semiología de tipo depresivo. A veces esta ansiedad es alimentada por el miedo a la tristeza ya que el adolescente teme a los efectos de la taciturnidad, de la tristeza y a los pensamientos que acompañan a su estado afectivo. Poco a poco aparecen otros síntomas:

Las crisis de llanto son especialmente frecuentes, una o varias veces a lo largo del día.

Dificultades para dormir, sea para conciliar el sueño, despertares nocturnos y/o pesadillas.

Alteraciones alimentarias, especialmente crisis de bulimia, con o sin vómitos espontáneos o provocados y más rara vez pérdida de apetito.

Un sentimiento de menosprecio explicitado en forma de un temor sobre todo respecto a la escolaridad (incluso cuando el adolescente era un buen alumno, sin motivo aparente tiene la impresión de ser incapaz, de no comprender nada, de no poder conseguirlo), a esto se añaden dificultades de atención y en consecuencia las notas escolares bajan, lo que refuerza el sentimiento de menosprecio.

Son posibles las ideas sobre la muerte.

También Von Korff y cols. (1985), en un estudio que intentaba evaluar la frecuencia de los trastornos ansiosos, encontraron un pico en la frecuencia de aparición entre los 15 y los 19 años, estos autores establecieron un paralelismo entre la existencia de este pico y las manifestaciones de la crisis de la adolescencia, en particular de la necesidad de hacer nuevas relaciones sociales y distanciarse de la familia y amigos de la infancia.

Con respecto al síndrome depresivo grave en el adolescente, la semiología es similar a la que se observa en el adulto (en particular después de los 14 y 15 años), así se manifiesta (D'Marcelli, 1992):

\_Enlentecimiento psicomotor, a la vez motor e ideico. La expresión mímica es pobre y la gestualidad enlentecida, pero rara vez presenta la máscara depresiva que se observa en el adulto deprimido, ya que las facciones del adolescente no están caídas, el ceño no está fruncido y no presenta un aspecto verdaderamente abatido, por el contrario, puede tener un aspecto hostil, enfadado, hasta terco y cerrado, inhibido e indiferente. Este enlentecimiento motor no es permanente, en ciertos momentos el adolescente puede recuperar una gestualidad aparentemente fluida y no enlentecida.

El plano ideico se caracteriza por una pérdida de la fluidez de pensamientos, lentitud de respuestas, de encadenamiento de las ideas. El adolescente es embargado por un pensamiento único, estereotipado, persistente y permanente.

Según Widlocher (1983), este enlentecimiento psicomotor, constituye el signo más seguro del síndrome depresivo.

\_El humor depresivo rara vez se expresa directamente, se le reconoce por la falta de entusiasmo, de interés o de placer. Las consecuencias del desinterés son frecuentes, el adolescente se encierra solo en su habitación, permanece indiferente ante las situaciones, se aísla de sus amigos.

\_La fatiga y la pérdida de energía, pueden estar asociadas o no al desinterés.

-La ansiedad es menos frecuente que en la crisis ansioso-depresiva, pero en ocasiones también se observa.

\_El menosprecio o sentimiento de indignidad, en general vinculado a la escolaridad o a las relaciones con los semejantes. El sentimiento de culpabilidad es menos frecuente; cuando existe se refiere a la familia o a los estudios.

\_Las ideas sobre la muerte son frecuentes, desde el simple pensamiento "de que sirve vivir" hasta el deseo de muerte o suicidio.

\_Dificultades de concentración y de atención, que llevan a disminución en el rendimiento escolar e incluso al desinterés.

Los signos físicos presentes en la depresión del adulto se observan también en el adolescente, en particular:

-Alteraciones en la alimentación, (sea por disminución o pérdida del apetito, por una conducta anoréxica, por una conducta bulímica o por un aumento en la cantidad de ingesta alimenticia), de lo cual se derivan alteraciones en el peso, tanto de disminución como de aumento.

\_Los trastornos del sueño son frecuentes: dificultades para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche, pesadillas repetitivas, o, por el contrario, somnolencia matutina.

El conjunto de estos síntomas es persistente y fijo. Si bien un acontecimiento esporádico llega a veces a despertar su interés, éste es siempre transitorio y las manifestaciones depresivas regresan rápidamente.

Aunque el adolescente deprimido puede presentar los mismos síntomas que el adulto deprimido, cabe destacar, que el adolescente prácticamente no presenta una máscara depresiva, es decir su cara no tiene aspecto depresivo y aunque afirma estar agobiado, harto, etc., rara vez dice estar triste y menos deprimido, por lo menos de manera espontánea y tiende a rechazar la ayuda, mostrándose hostil o indiferente; también existen en él, momentos transitorios durante el día en los que la actividad se mantiene y la gesticulación recupera su vivacidad y fluidez. (D'Marcelli, 1992).

También Niessen (1992, D'Marcelli), encuentra los siguientes síntomas característicos en la depresión adolescente: rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimientos de inferioridad y opresión (síntomas psíquicos) y cefaleas (síntoma psicósomático). Además habla de ciertos perfiles sintomatológicos en función del sexo; mostrándose en las mujeres, que los síntomas psíquicos más frecuentes son: inhibición, ansiedad, dificultades para establecer contacto social, conformismo y buen comportamiento; mientras que en los hombres son: dificultades para establecer contacto social, ansiedad, incapacidad para integrarse, dudas e inhibición; con respecto a los síntomas en las mujeres él habla de mutismo, agresividad, crisis de llanto y gritos, compulsión alimentaria; mientras que en los hombres habla de agresividad, llanto inmotivado y alteraciones del sueño. Afirma que generalmente la chica deprimida suele ser tranquila e inhibida, de buena conducta y con variaciones en su estado de ánimo, mientras que los chicos deprimidos no suelen ser modelo de buen comportamiento, estando predominante en ellos la dificultad para establecer contacto social y el aislamiento, asociados con irritabilidad y agresividad, dificultades en la escuela e inhibición en el aprendizaje.

La importancia de poder detectar oportunamente los síntomas depresivos en adolescentes en el ámbito de la enseñanza media es de sumo valor, ya que la depresión genera un pobre desarrollo de las habilidades sociales, bajos autoconceptos, importantes dificultades para poder estudiar y aprender, entre otras cosas. (Casullo, 1996).

Sin embargo no podemos pasar por alto que debemos tener cuidado al comparar los síntomas depresivos del adolescente con los del adulto, ya que algunos síntomas son característicos de una cierta edad sin ser patológicos. Es así como retomamos a Polaino y Lorente (1988), quien nos advierte de la probable confusión existente entre síntomas que son comunes al desarrollo normal y aquellos otros más específicos del desorden depresivo.

Kunkei (1991), afirma basado en la técnica de mapeo conceptual, que las diferencias entre las distintas experiencias de tipo depresivo que manifiestan los adolescentes, tienden a ser más de tipo cuantitativo que cualitativo.

Otros muchos autores concluyen que la experiencia de la depresión, tal como es relatada por los estudiantes, es multifacética, y está integrada por constructos fenomenológicos diversos, consistentes en distintos marcos teóricos (Casullo, 1996).

Con respecto a la depresión maniaco-depresiva en la adolescencia, muchos autores afirman que esta enfermedad tal como aparece en la edad adulta, no puede presentarse en la adolescencia, sin embargo Winokur y cols. (1969), no están de acuerdo con esto. Jeammel señala que después de los 14 años la frecuencia de trastornos afectivos aumenta con la edad, siendo la forma bipolar la más habitualmente observada.

El episodio melancólico en la adolescencia es parecido al del adulto. La tristeza rara vez se presenta como tal sino a través de las actitudes negativas en su discurso y en su comportamiento. Sensibilidad a la pérdida o amenaza de pérdida. El dolor melancólico consiste en no experimentar nada más, ningún interés, ningún deseo. El entecimiento psicomotor no se limita a la expresión de la motricidad sino a todas las funciones en general, existe un empobrecimiento y una incapacidad para salir de ese pozo, no puede pensar, ni asociar sus ideas, ni reaccionar contra el atasco de sus actividades (Widlocher, 1983). Por el contrario, otros autores, como Feinstein (1992, D'Marcelli), creen que la excitación y los trastornos del comportamiento serían más frecuentes que la inhibición y el entecimiento. Las conductas negativistas reflejan el intento de autodevaluación, de rechazo, de vergüenza, de disgusto por sí mismo. Existe una sensibilidad exacerbada a la frustración que puede dar lugar a crisis ansiosas con agresividad, que se expresan pasivamente o mediante acciones violentas inadaptadas e inmotivadas. Las quejas somáticas son frecuentes, existen preocupaciones dismorfóbicas, acceso hipocondríaco agudo, el cuerpo puede ser la causa de un desconocimiento e incluso un rechazo siendo vivido como malo, putrefacto. Se observan manifestaciones somáticas, como: trastornos de la alimentación, anorexia, bulimia, trastornos digestivos, trastornos de sueño, amenorrea, etc. La capacidad intelectual se ve alterada debido a trastornos de la atención, de la memoria, por lo que las asociaciones resultan pobres con una repercusión sobre el aprendizaje y dificultades escolares constantes. Feinstein describe junto a estos síntomas otras conductas cuya aparición parece preceder la psicosis maniaco-depresiva: alternancias muy rápidas de fases depresivas y momentos de excitación; tendencia impulsiva con pasos al acto en particular agresivos o sexuales, manifestaciones alucinatorias, delirantes o confusionales.

La dificultad del diagnóstico de enfermedad maniaco depresiva durante la adolescencia, se explica por la relativa escasa frecuencia de la aparición de la enfermedad en este periodo, por los múltiples aspectos clínicos con frecuentes máscaras engañosas y entre otras cosas por la diferenciación entre la labilidad

afectiva propia de la adolescencia y la labilidad tímica específica de la enfermedad maniaco depresiva.

Algunas formas particulares que se han manejado en la depresión adolescente son: la depresión por complejo de inferioridad y la depresión por abandono (D'Marcelli 1992).

La depresión por complejo de inferioridad, bastante característica en la adolescencia, se manifiesta por una pérdida de autoestima y por sentimientos de inferioridad. Clínicamente se manifiesta en el adolescente por un sentimiento de que no es querido, apreciado, juzgado de forma satisfactoria por los demás, este sentimiento de no ser querido se acompaña en general de un desinterés. Se desarrollan sentimientos de menosprecio, en los que el adolescente tiene la impresión de ser "tonto" o estar desfavorecido desde el punto de vista estético. Este tipo de depresión puede acompañarse de timidez y pensamientos dismorfofóbicos. Pueden desarrollarse conductas reactivas o defensivas, que tienen por objeto una búsqueda de pruebas de su valor personal. Según Ferrari y Braconnier (1976), se trata de una problemática esencialmente narcisista, residiendo el conflicto principal entre las exigencias que se plantean estos adolescentes y la evaluación de su yo presente. Estas exigencias toman a menudo un cariz megalomaniaco que a menudo amenaza con llevar a la pérdida de la identidad.

Con respecto a la depresión por abandono, Masterson (1992, D'Marcelli), observó esta forma de depresión en los adolescentes llamados *borderline* o *limite*. El elemento característico radica en el hecho de que, aunque las condiciones externas le permiten al adolescente evitar pasar al acto, se observa entonces que éste se deprime y se hunde, a menudo se pone a llorar, tiene un profundo sentimiento de vacío, de abatimiento, a esto se añaden recuerdos relativos a separaciones o abandonos anteriores. Esta depresión descrita por Masterson, se observa con mayor frecuencia en adolescentes que han tenido un pasado carencial o con abandonos, los cuales generaron en su niñez un sufrimiento excesivo, llevándolos en la adolescencia a una incapacidad de enfrentamiento ante esta situación y un temor hacia ésta, lo cual provoca angustia y una reacción depresiva. Ladame (1992, D'Marcelli), señala que una manera de afrontar la separación y en un afán de negar cualquier dependencia ante las personas, los adolescentes buscan una forma de dependencia de las cosas o productos considerados como objetos manipulables, así se instalan en conductas como la ingestión de alcohol y otras sustancias (D'Marcelli, 1992).

Algunos autores pretendiendo relacionar ciertas conductas con la depresión, han descrito en el adolescente algunos equivalentes depresivos, los cuales son síntomas aislados que sugieren depresión ya que estos síntomas desaparecen con antidepresivos o psicoterapia.

Así, Toolan (1974) habla de trastornos del comportamiento (desobediencia, rabietas, fugas, etc.), agobio, nerviosismo, autodestrucción, (tendencias

masoquistas, predisposición a los accidentes). Weiner (1970) señala la fatiga, agobio, nerviosismo, hipocondría, concentración defectuosa, conductas dirigidas a llamar la atención, paso al acto, consumo de sustancias, conducta sexual anárquica, formación de una identidad negativa. Glaser (1967), habla de trastornos del comportamiento, delincuencia, fobia escolar, tendencias neuróticas, quejas psicósomáticas. Malmquist (1996, Casullo), señala la anorexia nerviosa, obesidad, hipocondría, hiperactividad, paso al acto. Bakwin (1996, Casullo), habla de agresividad, problemas escolares, inestabilidad, paso al acto.

De este modo cuadros semiológicos tan diferentes como: anorexia nerviosa, bulimia, fracaso y fobia escolar, conductas toxicofílicas y delictivas, pueden aparecer como manifestaciones de lucha para no experimentar estos sentimientos depresivos.

Ya diversos autores se han mostrado de acuerdo con la conducta de ingestión alcohólica, como una manera de evitar sentimientos depresivos o como una autocuración y enfrentamiento por parte de los adolescentes a éstos.

Así Deykin (1987) muestran que el alcoholismo y la toxicomanía se observa con mayor frecuencia tras la aparición de trastornos depresivos.

Es importante la consideración en algunos casos, del uso de sustancias como un intento de autotratamiento, cuya eficacia (relativa) puede enmascarar el problema depresivo, mientras que en un primer plano aparecen los trastornos y complicaciones asociados al uso de estas sustancias.

Es común que aunque el adolescente experimente verdaderos sentimientos depresivos, muestre una negación ante la depresión, un rechazo de cualquier vivencia depresiva, así toda su organización psicológica tiene como objetivo no enfrentarse con esa tendencia depresiva. (D'Marcelli, 1992).

### **ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG (SDS)**

El hecho de que hay una necesidad de medir la depresión, ya sea como afecto, como síntoma o como desorden, queda demostrado por la existencia de gran cantidad de escalas e inventarios útiles y en uso hoy en día.

Es así como se inicia la elaboración de esta escala en 1965, siendo un fuerte motor el que las escalas generales y específicas de depresión hasta entonces existentes, fueron insuficientes e inadecuadas para el propósito de un diagnóstico rápido y preciso que pudiera estudiar de una manera sencilla a un gran número de personas, no necesariamente hospitalizadas o en tratamiento.

Esta inapropiedad es relativa a factores tales como lo extenso o largo de las escalas o inventarios, especialmente para pacientes que ya estaban deprimidos y con dificultades psicomotoras; otro factor fue que algunas de las escalas no autoadministradas estaban basadas y confiadas en la interpretación del

investigador que necesariamente tenía que ser un profesional en este campo, lo cual resultaba difícil en cuanto al alto costo económico y de tiempo.

Surgió entonces el interés en tener una escala para medir depresión, que tuviera en cuenta los síntomas de la enfermedad, que fuera corta y simple, que fuera cuantitativa antes que cualitativa y que fuera autoadministrable e indicara las propias respuestas del paciente en el tiempo que la escala es tomada.

Así el desarrollo de la SDS, es un intento de crear una escala simple que pudiera cuantificar comprensivamente los síntomas presentes en los desordenes depresivos, eliminando el sesgo observado en los puntajes. Idealmente para certificar medidas psicológicas y psiquiátricas para ser válidas, no sólo minimizar o eliminar el sesgo de las evaluaciones (Zung, 1967).

Zung, en sus esfuerzos por crear una escala de depresión que cumpliera estas necesidades y propósitos, primero que nada intentó determinar los síntomas característicos de un desorden depresivo.

Existen numerosos autores que se han enfrentado al problema de la sintomatología depresiva, ellos han usado un factor de análisis en sus investigaciones. La aplicación de un factor de análisis asume que la naturaleza compleja de los síntomas está determinado por modelos, patrones o factores.

En los resultados de Ginker et. al. (1961), encontró 5 factores, los cuales describen los sentimientos y aficciones de los pacientes (desesperanza, preocupación concerniente a pérdidas materiales, culpa sobre hechos incorrectos por el paciente, ansiedad y por último irritabilidad) y 10 factores, los cuales derivan de un curso comportamental (aislamiento; retardo en habla y pensamiento; desinterés y apatía; irritabilidad; hipocondría con ataque de confusión; disturbios cognitivos como deterioro en la memoria, confusión y dificultad para concentrarse; agitación; inmovilidad y rigidez; y disturbios somáticos).

Overall (1962), usó 31 medidas de depresión y con un factor de análisis derivó 7 factores, los cuales son más significativos en la sintomatología depresiva, estos son: ánimo depresivo; culpa; ansiedad y aprensión; retardo psicomotor; experiencias subjetivas de deterioro en el funcionamiento intelectual y físico; preocupación anormal por la salud física y respuestas físicas al estrés.

Friedman et. al. (1963), al explorar esta área por el uso del factor de análisis de 22 síntomas y variables tratadas, dio con 4 factores principales, que son: ánimo clásico de depresión afectiva (culpa, pérdida de la autoestima, dudas, tendencias psicológicas internalizadas); aislamiento y apatía; de tipo hipocondriaco y reacciones biológicas (pérdida de apetito, disturbios en el dormir, constipación, inhibición en la actividad y pérdida de la satisfacción).

En la escala de automedición de la depresión de Zung, los criterios diagnósticos clínicos usados comprimen los síntomas más comúnmente característicos encontrados en la depresión, estos fueron divididos dentro de las siguientes categorías: 1)afecto, 2)equivalentes fisiológicos y 3)concomitantes psicológicos. Una vez establecido el criterio diagnóstico, el siguiente paso fue diseñar una

escala usando esos síntomas, para este propósito se tomó archivos de material de entrevista, y los ejemplos seleccionados en esta escala están basados en esas declaraciones, los cuales fueron los más representativos para el síntoma en particular.

Criterios diagnósticos de desordenes depresivos

Items de la escala de Zung

I.	Afecto	
	a. Depresión y tristeza	1. Me siento triste y descorazonado.
	b. Accesos de llanto	2. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.
II.	Equivalentes fisiológicos	
	a. Disturbios rítmicos:	
	Variaciones diurnas: exageraciones de síntomas en la mañana y algunos alivios conforme transcurre el día.	3. En la mañana me siento mejor.
	Sueño: Característicamente temprano o despertares frecuentes.	4. Me cuesta trabajo dormir en la noche.
	Apetito: decremento en la ingestión alimenticia.	5. Como igual que antes solía hacerlo.
	Pérdida de peso.	6. Noto que estoy perdiendo peso.
	Sexuales: decremento en la libido.	7. Aún disfruto el sexo.
	b. Otros disturbios:	
	Gastrointestinales: Constipación.	8. Tengo molestias de constipación.
	Cardiovasculares: Taquicardia.	9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.
	Musculoesqueléticos: Fatiga	10. Me canso sin hacer nada.
III.	Equivalentes psicológicos	
	a. Actividad psicomotora:	
	Agitación	11. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
	Retardo	12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.
	b. Ideacionales:	
	Confusión	13. Tengo la mente tan clara como antes.
	Vaciedad, futilidad.	14. Mi vida tiene bastante interés.
	Desesperanza	15. Tengo esperanzas en el futuro.
	Indecisión	16. Me resulta fácil tomar decisiones.
	Irritabilidad	17. Estoy más irritable de lo usual.
	Insatisfacción	18. Todavía disfruto con las mismas cosas.
	Devaluación personal	19. Siento que soy útil y Necesario.
	Rumiación suicida	20. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.



La escala fue creada de tal manera que de los 20 ítems usados 10 indicaran sintomatología positiva y 10 indicaran sintomatología negativa.

A los pacientes se les preguntó como se aplicaban a ellos, al tiempo de contestar la escala, cada uno de los 20 ítems, en los siguientes 4 términos cuantitativos: nunca o muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente. Puntuando los valores de la escala de 1,2,3 y 4 en cada ítem dependiendo si el ítem es positivo o negativo. De tal manera que el paciente menos deprimido y con menos lamentaciones tenga un puntaje bajo sobre la escala y el más deprimido y con más lamentaciones tenga un puntaje alto.

Un índice para la escala es obtenido dividiendo la suma de los valores obtenidos (puntuajes crudos), sobre el puntaje máximo posible de 80 y multiplicado por 100.

Combinando los resultados obtenidos en estudios previos, se obtuvieron las distribuciones de los índices del SDS; entre la población de pacientes depresivos vistos en clínicas y hospitales son como sigue: pacientes con depresiones de leves a moderadas, tienen puntajes del SDS sobre 50, los pacientes con depresión de moderada a severa, tienen puntajes sobre 60, y los pacientes con depresión severa tienen puntajes sobre 70.

De esta manera la versión castellana (Conde, Escriba, Izquierdo y Recio, 1969; Conde, Escriba e Izquierdo, 1970; Conde y Esteban, 1974; Conde, Esteban y Useros, 1976; Conde y Franch, 1984) da los siguientes valores para los grupos de validación utilizados: depresión ausente entre 20 y 35; depresión subclínica y variantes normales entre 36 y 51; depresión media-severa entre 52 y 67, y depresión grave (opcionalmente hospitalizable) entre 68 y 100. (Tomado de Buela y cols., 1996).

La escala de automedición de la depresión de Zung, se aplicó a todos los pacientes admitidos al servicio psiquiátrico del hospital con un diagnóstico primario de desorden depresivo. Durante un periodo de 5 meses un total de 56 paciente fueron evaluados, de esos, 31(D-D) estuvieron eventualmente con tratamiento para desordenes depresivos, mejorando clínicamente y libres de su sintomatología al finalizar esos 5 meses (a estos pacientes también se les evaluó en cuanto a sus desordenes en el dormir, utilizando técnicas electroencefalográficas); los otros 25 pacientes (D-O) tras 4 evaluaciones fueron diagnosticados y tratados con otros desordenes psiquiátricos, ninguno con tratamiento para la depresión. También se aplicó la escala a un grupo control de 100 sujetos, individuos libres de síntomas observables de depresión y sin historia reciente de enfermedad depresiva (Zung y cols., 1965).

Los índices reportados por la escala para los 56 pacientes fueron los siguientes: para el grupo tratado con desordenes depresivos (D-D), los rangos fueron de .63 a .90 con un índice medio de .74; los índices para el grupo tratado con otros desordenes (D-O), fueron de .38 a .71 con un índice medio de .53; los índices para el grupo de desordenes depresivos (D-D) después del tratamiento fueron de .30 a .50 con un índice medio de .33; el rango para el grupo control fue de .25 a .43, con un índice medio de .39.

Esta investigación pretende ser indicativa de la sensibilidad que tiene la escala para medir depresión y que podría ser una herramienta útil para cubrir nuestros propósitos, ya que pretende cumplir los criterios previos mencionados. En los resultados obtenidos, de esta investigación, se demuestra que la escala fue útil en cuantificar la depresión como un desorden y que además nos arroja otros datos pertinentes, como disturbios en el dormir, ya que en desordenes depresivos éste siempre ha sido considerado como uno de los síntomas cardinales.

Analizando los valores psicométricos de esta escala con algunas de las escalas más utilizadas para medir depresión, podemos observar que la escala de Zung tiene una buena validez concurrente y adecuados niveles en los puntajes de confiabilidad, sumado a esto las ventajas que esta escala nos aporta, las cuales fueron descritas anteriormente. (Tomado de Buela y cols., 1996).

Así tenemos:

La escala Hamilton para la depresión (HRSD) de tipo formato de entrevista con un tiempo de administración de 30 minutos, tiene una fiabilidad (interjueces):  $r = .52$  a  $.98$ , ítem-total  $r = .02$  a  $.81$  y una validez concurrente:  $r = .44$  a  $.58$ .

El protocolo para trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS) de tipo formato de entrevista con un tiempo de administración de 15-30 minutos, tiene una fiabilidad (interjueces):  $.95$  fiabilidad del diagnóstico, Kappa =  $.80$  a  $.90$  y una validez concurrente:  $r = .40$  a  $.68$ .

El inventario de depresión de Beck (BDI) de tipo autoinforme con un tiempo de administración de 10-15 minutos, tiene una fiabilidad (test-retest):  $r = .69$  a  $.90$ , (dos mitades)  $r = .58$  a  $.93$  y una validez concurrente:  $r = .62$  a  $.77$  (puntuaciones de clínicos).

La subescala D del MMPI de tipo autoinforme con un tiempo de administración de 10-20, tiene una fiabilidad (test-retest):  $r = .72$  a  $.89$ , (dos mitades)  $r = .58$  a  $.84$  y una validez concurrente:  $r = .56$  a  $.80$  con otras escalas de autoinforme;  $r = .51$  con escalas clínicas de cinco puntos.

La escala de Carroll para la depresión (CRS) de tipo autoinforme con un tiempo de administración de 10-20 minutos, tiene una fiabilidad (dos mitades):  $r = .87$ , ítem-total:  $r = .05$  a  $.73$  y una validez concurrente:  $r = .71$  a  $.86$  con otras escalas de autoinforme;  $r = .67$  con puntuaciones clínicas.

La escala para la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de tipo autoinforme con un tiempo de administración de 10-15 minutos, tiene una fiabilidad (test-retest):  $r = .54$ , (dos mitades):  $r = .77$  a  $.85$ , alfa =  $.95$  a  $.90$  y una validez concurrente  $r = .37$  a  $.90$  con otras medidas de autoinforme;  $r = .46$  a  $.53$  con puntuaciones clínicas.

La lista de adjetivos depresivos (DACL) de tipo autoinforme con un tiempo de administración de 2-3 minutos, tiene una fiabilidad (dos mitades):  $r = .82$  a  $.93$  y una validez concurrente:  $r = .25$  a  $.66$  mostrando una pobre discriminación.

Mientras que la escala de autoevaluación de la depresión de Zung (SDS) de tipo autoinforme con un tiempo de administración de 10-15 minutos, tiene una fiabilidad (dos mitades):  $r = .73$   $\alpha = .79$  y una validez concurrente:  $r = .56$  a  $.80$  con otras escalas de autoinforme;  $r = .69$  con puntuaciones clínicas. (datos retomados por el Centro de Psicología Bertrand Russell en Madrid, por Baz y Andrés en 1996).

La razón por la que fue utilizada esta escala y no cualquier otra, es porque ésta presenta gran cantidad de ventajas, para los fines de este estudio. La EAMD es una escala de fácil manejo, de aplicación rápida y breve en sus contenidos, que no requiere de personal especializado para su aplicación, ya que es autoaplicable, nos brinda economía de tiempo tanto en la aplicación como en la calificación y finalmente porque tiene altos índices de confiabilidad en comparación con otras. Otra de las ventajas de esta escala, mencionadas por Hamilton y Shapiro (1995, Alfonso Roa), y Shaw y cols. (1985), es que muestra buena validez concurrente con otras escalas y una sensibilidad al cambio.

Algunos de los datos importantes que vale la pena mencionar son los obtenidos en un estudio realizado por Zung en 1967 con 159 pacientes del psiquiátrico de Duke, el cual pretende evaluar si ciertas variables o factores podrían tener algún efecto sobre la validez del SDS.

Así nos referiremos a los índices de correlación de Pearson del SDS con la variable edad, donde se obtuvo un valor  $r = .06$ .

En lo referente al análisis de las diferencias entre los índices del SDS y sexo (donde el índice medio para todos los pacientes masculinos evaluados fue de 52 y para los femeninos fue 55) usando dos colas a la probabilidad  $P = .05$ , se concluyó que no había diferencias significativas en los índices medios del SDS de ambos grupos (masculino y femenino).

En lo que respecta a las diferencias entre SDS y la variable estado civil (donde se obtuvieron índices medios del SDS de 52 para el grupo de solteros, de 54 para el de casados, de 57 para el de divorciados y de 59 para el de separados), el análisis estadístico de las medias usando T-test no mostró ninguna diferencia significativa ( $P.05$ ), concluyendo que los niveles del SDS son independientes del estado civil.

La correlación entre los índices del SDS y nivel educacional (expresado en años de escolaridad terminada de segundo grado a graduados) fue de  $r = 0.28$ .

La correlación entre SDS y nivel económico (expresado en percepciones anuales que iban de \$1200 a \$7600) fue de  $r = .02$ .

La correlación entre SDS Y el Ohio Literacy Test (test que mide inteligencia) fue de  $r = -.03$ .

La correlación entre el SDS y MMPI (escala de depresión) fue de  $r = .59$  para los pacientes jóvenes de 19 años para abajo, este puntaje fue más alto según se incremento la edad de los pacientes, así para los que tenían de 40 a 65 años fue de  $r = .75$

Los resultados de este estudio muestran que el SDS no es afectado por la edad, sexo, estado civil, nivel educacional, estado económico o nivel de inteligencia de los pacientes.

También cabe mencionar que este estudio demostró una alta correlación entre los índices del SDS y la escala D del MMPI.

Esta escala ha demostrado su confiabilidad y validez al grado tal que desde su publicación en 1965 ha sido utilizada como una valiosa herramienta para cuantificar los niveles de depresión en: programas de centros de prevención de suicidios, clínicas de alcoholismo, guía de niños y clínicas psiquiátricas de adultos, agencias de salud y bienestar, y por varios grupos de investigación, incluyendo la Veterana Administración Sociedad de Estudios en Psiquiatría y la Clínica de Evaluación Temprana de Drogas Unidad de Investigación Psicofarmacológica, Instituto Nacional de Salud Mental. (Zung, 1967).

## **CAPITULO II**

### **CONSUMO DE ALCOHOL**

Antes que nada abordaremos los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición, manejados por Medina-Mora en 1994, quien afirma que la definición de estos conceptos, dependerá del objeto de estudio, los indicadores para su estudio y los enfoques para la identificación del caso (Tapia, 1994).

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo y se miden por medio de indicadores (consumo per cápita, patrones de consumo y problemas asociados).

El consumo moderado puede definirse como el uso de la sustancia alcohólica que generalmente no causa problemas ni para el usuario ni para la sociedad.

Con respecto al abuso, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1988), en su Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, tercera versión revisada (DSM-III-R), considera al abuso de las sustancias psicoactivas como una categoría residual para indicar los modelos desadaptativos de uso que no cumplen los criterios de dependencia. Los modelos desadaptativos de uso se caracterizan por el uso continuo de la sustancia a pesar de que la persona sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia, o el uso recurrente de la sustancia en situaciones que resultan físicamente arriesgadas, como el conducir intoxicado.

Desde el punto de vista del estudio del consumo de sustancias como factores de riesgo para la manifestación de otros problemas, se define al abuso como el punto a partir del cual el uso de las sustancias constituye un riesgo significativo de ocurrencia del trastorno que produce. (así, por ejemplo, en el caso de los problemas del hígado, Borges y cols. (1992), encontraron un aumento en el riesgo de padecer cirrosis en pacientes mexicanos que consumían más de 400g de alcohol a la semana, es decir, un promedio de más de seis copas al día).

Es importante mencionar que el consumo de alcohol modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, sea cual sea su grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo. Así, tenemos que el estado emocional del individuo en el momento del consumo, las diferencias de susceptibilidad, factores como sexo, peso, talla, edad del consumidor, la frecuencia de consumo, las circunstancias de consumo, y las expectativas de los individuos cuando consumen alcohol, desempeñan un papel importante en los efectos del mismo.

Con lo dicho hasta ahora, no se debe pasar por alto que el consumo de grandes cantidades, independientemente de otros factores, puede causar estados de coma y aun la muerte; y que las consecuencias médicas del consumo frecuente, como la dependencia o los problemas del hígado, se presentan independientemente de las circunstancias en que se consume y aun sin que se llegue a una intoxicación notable.

Las consecuencias sociales, en cambio, ocurren más a menudo en aquellas sociedades en las que se consume en exceso o se llega a la intoxicación, aun cuando no se use con regularidad, así el abuso de alcohol es un factor de riesgo importante para que ocurran accidentes y hechos violentos; problemas que más que asociarse a la dependencia, se asocian al consumo en ocasiones de riesgo y tiene que ver con las actitudes restrictivas o permisivas de la sociedad (Medina-Mora y cols. 1994).

Debido a esta multicausalidad de factores (tanto individuales, ambientales y de la misma sustancia), que intervienen en la magnitud e intensidad de los efectos de la ingesta de alcohol, el intentar determinar una cantidad límite de alcohol ingerido para cada uno de estos términos (uso y abuso), es prácticamente imposible.

No obstante, el Departamento de Salud de Estados Unidos de América (NIAAA, 1990), en un intento por definir los niveles de consumo sin riesgo, es decir el denominado consumo moderado, establece como límite del consumo moderado la ingestión de no más de una copa por día para las mujeres, no más de dos copas por día para los hombres, y no más de una copa por día en las personas de edad avanzada. Se considera una copa o bebida estándar una cerveza de 12 onzas, cinco onzas de vino o una y media onzas de destilados. Cada una de estas bebidas contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol absoluto 0.5 onzas o 12 gramos.

Plantear criterios diferentes por sexo obedece al hecho de que la mujer se intoxica más rápido que el hombre con dosis semejantes de alcohol. Esto se debe, en parte, a la que la cantidad de enzimas que desdoblan el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo, contenidas en el tejido del estómago, es cuatro veces más activa en el hombre que en la mujer. Además, como la mujer tiene más proporción de grasa que de agua en el organismo y el alcohol es más soluble en la última que en la primera, cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino. El límite de menor consumo en la edad avanzada se debe a que la proporción de grasa se incrementa con la edad en ambos sexos (Tapia, 1994).

El Departamento de Salud de EUA excluye de estos lineamientos a alcohólicos, menores de edad, mujeres embarazadas o que pretenden concebir (ya que pruebas recientes sugieren que el consumo de dos o tres copas diarias durante el embarazo se asocia a bebés de menor talla, peso y perímetro craneal al nacer; a un número mayor de anomalías físicas a los tres años, y a menor cociente intelectual a los siete años), personas que van a conducir automóviles o a

desempeñar actividades que requieren atención y habilidad, personas que están recibiendo medicamentos (ya que el alcohol actúa con más de 100 fármacos).

Estas recomendaciones sobre la cantidad límite de alcohol deben tomarse con cautela, sobre todo para ciertos grupos de riesgo, como los hijos de alcohólicos para quienes quizá sea difícil mantener formas de consumo moderadas sin progresar a una dependencia. Por otra parte, existen pruebas, aún no definitivas, de que bajos niveles de consumo se relacionan con la manifestación de ciertos tipos de cáncer (NIAAA, 1992).

La OMS introdujo la categoría "consumo perjudicial" para definir aquel que afecta la salud física (por ejemplo, cirrosis) o mental (por ejemplo, episodios de trastornos depresivos secundarios al uso excesivo) del consumidor; y define a la dependencia como un estado en el cual la autoadministración de drogas produce daños al individuo y la sociedad, esta definición debe incluir los conceptos de dependencia física y psicológica. Así afirma que el proceso de dependencia es un continuo, cuyo extremo derecho estaría ocupado por los dependientes y un grado antes estarían los bebedores problemas o aquellos con patrón de consumo perjudicial (Tapia, 1994).

Según Medina-Mora (1994, Tapia), antiguamente se definía a la dependencia psicológica como un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionadas con los efectos de las drogas, manifestada por una conducta de búsqueda continua; y a la dependencia física como un estado en el cual el organismo se ha adaptado de tal forma a una droga que cuando se le suspende provoca claros síndromes físicos de abstinencia que suelen provocar distensión y dolor. Medina-Mora afirma que actualmente se considera a la dependencia como una sola. Actualmente el DSM-III-R y el CIE-10 (1994, Tapia), consideran el concepto de síndrome de dependencia al alcohol, concepto propuesto originalmente por Edwards y Gross, en 1976. Los indicadores de dependencia incluyen compulsión del uso, incapacidad de control, síntomas de abstinencia, consumo para aliviar la abstinencia, tolerancia aumentada a los efectos del alcohol, reducción del repertorio conductual, abandono de las actividades y placeres alternativos por el uso de alcohol, persistencia del abuso a pesar de las consecuencias dañinas, y reinstalación rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia; el CIE-10 establece que hay dependencia cuando se encuentran presentes por los menos tres de estos elementos en un periodo de 12 meses. El DSM-III-R, establece que hay dependencia cuando se presentan mínimo tres de los siguientes síntomas: uso en mayor cantidad o más tiempo de lo que pretendía el individuo; deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso; utilización de gran parte del tiempo en obtener las sustancias o en recuperarse de sus efectos; intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando la persona debe desempeñar obligaciones laborales, escolares o domésticas; uso continuo a pesar de estar consciente de tener problemas; tolerancia notable; síntomas de abstinencia; consumo para aliviar la abstinencia; además se requiere que estos síntomas tengan un mes de evolución como mínimo o hayan aparecido repetidamente por un periodo prolongado.

Medina-Mora (1994, Tapia), define al consumo moderado como el uso de la sustancia alcohólica que generalmente no causa problemas ni para el usuario ni para la sociedad, y define al abuso como el punto a partir del cual el uso de la sustancia alcohólica constituye un riesgo significativo del trastorno que produce. Basándonos en las mismas afirmaciones de Medina-Mora, que indican que la definición dependerá del objeto de estudio, en este estudio nos referimos al consumo de alcohol sin hacer distinción entre uso, abuso y dependencia, ya que nuestro objetivo no está en función de determinar la cantidad, duración y frecuencia de la ingesta alcohólica, como un factor de riesgo para la manifestación de otros problemas; sino, nuestro objetivo principal es detectar la relación entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes, con la finalidad de sustentar la creación de programas de prevención en el CCH Oriente, en donde sean conjuntamente manejados ambos factores. Así, definimos simplemente al consumo como el uso de la sustancia alcohólica. Y los factores de cantidad, duración y frecuencia de la ingesta (patrones de consumo), nos sirven sólo como indicadores cuantificables de los niveles de consumo que puedan ser correlacionados con los niveles de depresión.

Medina-Mora en 1992 sugiere las siguientes opciones para estudiar el fenómeno del consumo de alcohol: consumo per cápita, patrones de consumo, niveles de alcohol en la sangre, problemas asociados, determinación a partir de los fluidos biológicos, marcadores biológicos y sistemas diagnósticos (Tapia, 1994).

En el caso de este estudio, el consumo de alcohol es reportado a través de los patrones de consumo, que refiere nuestra población al contestar el cuestionario.

Los estudios que asignan a cada copa una cantidad similar de concentración de alcohol proporcionan medidas menos sesgadas (Room, 1990). De esta manera el cuestionario empleado en este estudio está basado en las siguientes equivalencias establecidas por la ENA (1990, Secretaría de Salud), según los diferentes tipos de bebidas y sus contenidos de alcohol.

Bebida alcohólica	Concentración de alcohol (%)	Tamaño regular (oz)	Contenido por botella (g)	Contenido por copa (ml)
Alcohol 96	96	26	576	42.58
Destilados**	40	26	240	17.74
Vinofortificado***	18	26	100	
Vinos de mesa	12	26	70	14.19
Cerveza	5	12	13	17.74
Pulque	6	12		21.29

\*Es equivalente a Gay Lussac. Para obtener este nivel se multiplica este porcentaje por 1.75 y se obtiene la medida inglesa o por 2.0 y se obtiene la estadounidense.

\*\*Incluye bebidas como whisky, ron, brandy, etc.

\*\*\*Incluye bebidas como sherry, oporto, etc.

Fisher y cols. (1987) consideran que una copa estándar contiene 13.6 g de alcohol.



Existen dos maneras de abordar el estudio sobre la forma de consumir alcohol (Medina-Mora, 1992; en Tapia, 1994). Una de estas se refiere a las ordenes unidimensionales, este método pretenden estimar los volúmenes de alcohol consumido en un periodo de tiempo reciente (son utilizadas por quienes buscan variables continuas para realizar análisis multivariados que permitan predecir el consumo a partir de una serie de variables predictoras como el sexo, edad y nivel social entre otras). La otra son los métodos sumarios, en donde se pretende hacer una apreciación sumaria de los patrones de consumo actuales. Nos centraremos en los métodos sumarios, ya que el cuestionario que se utiliza en esta investigación abarca aspectos relativos a los patrones de consumo (cantidad, frecuencia y duración de la ingesta).

### Métodos sumarios

De acuerdo con Room (1990) las discusiones metodológicas sobre la mejor forma de estudiar los patrones de consumo datan de 1926, cuando se habló de la importancia de separar a los que beben diariamente \_ "normales" \_ de los bebedores ocasionales con grandes problemas. Cahallan y cols. (1969), en estudios sobre consumo de alcohol en EUA, formularon preguntas acerca de cada tipo de bebida, la frecuencia de su consumo y la proporción de ocasiones en que se bebieron una o dos, tres o cuatro, y cinco o más copas. A partir de estas preguntas se desarrolló el índice QFV (cantidad, frecuencia, variabilidad), con valores que oscilaron entre una (bebe menos de una vez al mes) y 17 (bebe tres o más veces al día). De estas preguntas surgen las siguientes categorías de los patrones de consumo: una persona que bebe diariamente, y nunca toma más de una o dos copas, es considerada como bebedor leve; mientras que una persona que sólo bebe dos o tres veces al mes, pero siempre toma más de cinco copas en cada ocasión de consumo será considerada bebedor consuetudinario; esto debido a que se asume que una persona que bebe grandes cantidades de alcohol en cada ocasión de consumo, tendrá más problemas que una persona que limita la cantidad a una o dos copas, aunque beba con más frecuencia.

La pertinencia de esta forma de definir los patrones de consumo se ha encontrado de gran utilidad, ya que explica mejor las medidas continuas (p. ej; la cantidad de alcohol consumida en un mes), las tasas de problemas asociados al consumo en la población mexicana (Medina-Mora y cols., en 1988 encontraron una correlación positiva entre el puntaje del consumo de alcohol y el de los problemas relacionados con la ingesta) y es útil también para realizar comparaciones transculturales (Caetano y Medina-mora, 1988).

La forma de preguntar y la categorización de los patrones propuesta inicialmente por Cahallan, Cisin y Crossley en 1969, ha sido retomada y adaptada por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Room, 1990). La ENA al interrogar sobre la frecuencia con que se consumían diferentes cantidades de alcohol en cada ocasión de consumo, de cerveza vino de mesa, destilados, pulque o alcohol de caña, define los siguientes patrones de consumo:

-Bebedor frecuente consuetudinario: Persona que refiere consumir una vez por semana o con más frecuencia, y que toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo, por lo menos una vez por semana.

-Bebedor frecuente de alto nivel: Persona que refiere consumir una vez por semana o con más frecuencia, y que toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

-Bebedor frecuente de bajo nivel: Persona que refiere consumir una vez por semana o con mayor frecuencia, y que nunca toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo.

-Bebedor moderado de alto nivel: Persona que refiere consumir una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana, y que toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

-Bebedor moderado de bajo nivel: Persona que refiere consumir una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana, y que nunca toma más de cinco copas en cada ocasión de consumo.

-Bebedor poco frecuente: Persona que refiere consumir una vez al año o con mayor frecuencia, pero menos de una vez al mes.

## **TIPOS DE CONSUMIDORES Y MODOS DE BEBER**

Sólo a manera de referencia mencionaremos las formas en que se ha categorizado el consumo de alcohol. Es importante señalar que delimitar los tipos de bebedores o formas de beber, obedece más a un intento clasificatorio que a la realidad práctica, y que para cada caso particular es posible toda una combinación de rasgos, lo que hace cuestionada la utilidad de estas tipologías (Rodríguez-Martos, 1989).

Así tenemos que Santo-Domingo y Llopis (1963) describen cuatro "modos de beber":

-Sin pérdida de control, con capacidad de abstinencia conservada y ausencia de síndrome de abstinencia.

-Con tolerancia aumentada, metabolismo adaptado al alcohol, síndrome de abstinencia, incapacidad de abstinencia y capacidad de control conservada.

-Con tolerancia aumentada y metabolismo adaptado al alcohol, síndrome de abstinencia, incapacidad de abstinencia y pérdida de control

-Con capacidad de abstinencia conservada y pérdida de control. Son los bebedores de curso intermitente.

Jellinek en 1960 definió cinco tipos de consumidores, equiparables a los descritos posteriormente por Velasco Fernández en 1982, los cuales se enuncian entre paréntesis. Así tenemos esta tipología que sigue siendo utilizada por algunos autores:

-Alfa: Bebe para aliviarse, no pierde el control. Posible desarrollo de dependencia psíquica (bebedor enfermo psíquico).

-Beta: Bebedor ocasional o inducido, no pierde el control, pero puede llegar a alcoholizarse. Tarda en aparecer la dependencia (bebedor alcoholizado).

-Gamma: Bebedor alcoholómano, con dependencia psíquica y pérdida de control. Capacidad de abstinencia conservada. Dependencia física ulterior (bebedor alcoholómano).

-Delta: Bebedor habitual, que desarrolla dependencia física con incapacidad de abstenerse. Sin pérdida de control, en principio. Dependencia psíquica tardía (bebedor excesivo regular).

-Epsilon: Bebedor episódico-dipsómano, a menudo sintomático de enfermedad psíquica (bebedor episódico).

Para Jellinken, el alcoholíco entraría en la categorías gamma, delta y epsilon.

## EFFECTOS FISIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL.

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

1. Velocidad con que se ingiere la bebida. Cuanto más de prisa beba uno, más rápidamente aumenta el nivel de alcohol en la sangre y, por lo tanto, más pronto se embriaga. Si una persona bebe pequeños sorbos y procura que le dure la bebida, dicho nivel se conservará bajo.
2. Peso corporal. Cuanto más pesada sea una persona en términos de músculos y sin grasa, más baja será la concentración de alcohol en su sangre.
3. Comer y Beber. El comer cuando se bebe hace más lenta la velocidad de absorción del alcohol en la corriente sanguínea.
4. Química corporal y antecedentes como bebedor. Cada persona posee un patrón individual de respuesta al alcohol. Si el estómago de uno tiende a vaciarse más rápidamente, el efecto del alcohol se sentirá antes. Los individuos que tienen un largo historial como bebedores suelen poseer una mayor tolerancia al alcohol; es decir, puede beber más sin sentir efectos. Por consiguiente se necesita más alcohol para embriagarse.
5. Tipo de bebida. El ingrediente básico en las bebidas es el alcohol, sin embargo, están los que dan a la bebida sus sabor y los que se utilizan para mezclar, que afectan la velocidad a que el alcohol es absorbido o metabolizado.

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

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

El metabolismo del alcohol produce 7 calorías por gramo. Una copa de 30 cm<sup>3</sup> de una bebida alcohólica estándar de 50 grados GL contiene unos 15 gramos de alcohol, que producen 105 calorías. Un bote o vaso de cerveza contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol, debido a los demás productos alimenticios que hay en la cerveza y que tiene mayor valor calórico.

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

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

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

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

Aunque cada persona responde de un modo distinto al alcohol, el cuadro que aparece a continuación ilustra las reacciones usuales. Un individuo se considera intoxicado o ebrio cuando el nivel de alcohol en la sangre alcanza el punto de 0.10, que representa unos 200 cm<sup>3</sup> de alcohol ingerido en el transcurso de una hora.

CANTIDAD DE ALCOHOL	% DE NAS	REACCIÓN
50cm <sup>3</sup>	.03	Excitado
100cm <sup>3</sup>	.05	Tranquilo
200cm <sup>3</sup>	.10	Falta de coordinación
400cm <sup>3</sup>	.20	Intoxicación evidente
500cm <sup>3</sup>	.30	Inconsciencia
1000cm <sup>3</sup>	.50	Posible muerte

## EFFECTOS DEL ALCOHOL SOBRE DIVERSAS PARTES DEL CUERPO

El 90% de los casos de cirrosis hepática están relacionados con el alcohol; además, el alcohol está vinculado como causante de cáncer y la bebida junto con el fumar aumenta mucho las posibilidades de desarrollar cáncer en diversos sitios del cuerpo: en la boca, la lengua, la faringe, la laringe, el estómago y el hígado; asimismo se ha demostrado que, además del alcohol, los demás componentes químicos de los licores pueden ser cancerígenos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La ingestión abundante de alcohol causa cetoacidosis, que consiste en un elevado nivel de acidez en la sangre. Los ácidos grasos se rompen, causando la acumulación progresiva de productos intermedios que tienen efectos tóxicos.

El alcohol inhibe en forma similar la conversión de aminoácidos en proteínas como la albúmina, la transferina y otras que son importantes para la coagulación sanguínea.

El alcohol estimula la producción de lipoproteína que transporta grasa a la sangre.

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

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

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

**ENFERMEDAD DE CORONARIAS-** El beber mucho durante largo tiempo aumenta la posibilidad de enfermedades de las coronarias. La enfermedad de estas arterias aumenta la posibilidad de un ataque cardíaco. Lo que es interesante es que el uso moderado de alcohol –80cm<sup>3</sup>- disminuye las posibilidades de ataques cardíacos.

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

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

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

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

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

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

## **CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO**

Existe una aceptación social en cuanto al consumo de alcohol en México, así no es mal visto que se beba en ocasiones especiales como fiestas o reuniones sociales. En nuestra sociedad se bebe casi siempre por razones recreativas, de socialización o como parte de un escape de la realidad. En términos generales es mejor aceptado que beban los hombres que las mujeres (Cerero y cols., 1995).

Asimismo, se ha visto que la droga más consumida por los estudiantes es el alcohol, inclusive sobre el consumo de tabaco (Rojas y cols., 1995).

Se realizaron dos Encuestas Nacionales, una de Salud y otra de Adicciones (De la Fuente, et. al. 1992); la Encuesta Nacional de Salud (E.N.S.) reveló que el 7.3% de la población de 12 años y mayores consume alcohol excesivamente; mientras que la Encuesta Nacional de Adicciones (E.N.A.), encontró que el 5.9% de la población de 18 a 65 años presenta dependencia al alcohol y encontró que en el grupo de 12 a 17 años, el 32% de los hombres y el 23% de las mujeres ya referían consumir bebidas alcohólicas; sin embargo, el grupo de edad donde hay mayor proporción de bebedores frecuentes es el de 30 a 39 años para los hombres (36.3 %) y el de 40 a 49 años para las mujeres (34%).

La Secretaría de Salud (1994), realizó una Encuesta Nacional de Adicciones (1993) y en lo que respecta a patrones de consumo alcohólico en México encontró que dos terceras partes de la población nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que estima un poco más de 28 millones de individuos; de ellos,

53.7% están entre los 12 y los 18 años y el 70.1% pertenece al intervalo de 19 a 65 años. Con respecto al género, el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres (n = 14914519 y 13282275 respectivamente). Es importante recalcar que en el grupo de bebedores se ubica más de la mitad de los adolescentes (53.7%), es decir, poco más de cinco millones de jóvenes a nivel nacional ingirieron bebidas alcohólicas en los últimos dos años anteriores al estudio; un 43.3% nunca consumió alcohol y el 3% se clasificó como ex-bebedores. No parece haber diferencias en la distribución de bebedores con respecto al género (52.9% de hombres bebedores); sin embargo, al realizar un análisis intragénero, se muestra que de todas las mujeres entrevistadas 33.6% nunca han consumido bebidas alcohólicas, mientras que sólo el 15.6% de los hombre no lo ha hecho. El porcentaje más bajo de bebedores lo tiene el grupo que nunca fue a la escuela, mientras que el más alto se ubica entre los profesionistas (más de las tres cuartas partes de los que alcanzaron un nivel de licenciatura son bebedores). Este estudio confirma que la cerveza es la bebida de mayor consumo a nivel nacional (70.9%), seguida de los destilados (48.8%) y en tercer lugar los vinos de mesa (28%).

Por otra parte en 1991 La Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar (1991, Secretaría de Educación Pública-Instituto Mexicano de Psiquiatría), estimó con respecto al sexo que los hombres beben más frecuentemente y en mayor cantidad que las mujeres. De 6% a 7 % de los hombres toman 5 o más copas de cualquier bebida en una sola ocasión, una o dos veces a la semana, en contraste con 1% o 2% de las mujeres. De igual manera las mujeres perciben como más arriesgado el beber alcohol que los hombres, así tenemos que, entre el 13% y 16% de los estudiantes hombres informaron que no es peligroso beber una o dos copas todos los días, en comparación con sólo el 8% ó 9% de las mujeres quienes afirmaron lo mismo. Con respecto a la edad, existe un porcentaje más elevado de los que tiene 16 años o más que bebe, comparados con los menores de 16 años que así lo hacen. Asimismo, entre mayores son los estudiantes es más elevado el número de los que consumen 5 o más copas o se embriagan. También se encontró que del 34% al 38% de los estudiantes de la muestra tienen amigos que se embriagan una vez por semana. (Rojas y cols., 1995).

Con respecto a la situación del consumo de bebidas alcohólicas entre estudiantes de la Ciudad de México, tanto la SEP como el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en una medición realizada en otoño de 1997, con una muestra de 10,173 estudiantes entre 12 y 22 años, los cuales tenían una media de 14 años y de los cuales 48.1% fueron hombres y 51.9% mujeres, encontraron los siguientes resultados: 54.4% habían consumido alcohol alguna vez, 42% lo había consumido en el último año y 30% lo había consumido en el último mes; al analizar el consumo por género la población masculina (33.2 %), reportó un porcentaje mayor de consumo actual que la femenina (27.2%), aunque la diferencia porcentual es pequeña; en cuanto al nivel educativo el 46.3% de los estudiantes de bachillerato había bebido alcohol en el último mes, el 62.9% lo había hecho durante el último año y el 75.4% lo había hecho alguna vez; en cuanto a la edad, el 19.3% de los alumnos que tiene 14 años o menos, el 34% de los que tienen 15 años, el 42.4% de los que tienen 16



años, el 49.8% de los que tienen 17 años y el 52.8% de los que tiene 18 años, había consumido alcohol durante el último mes, observándose un incremento en el consumo conforme aumenta la edad. En cuanto a patrones de consumo el 23% de los estudiantes consumen 5 copas o más, por cada ocasión de consumo, al menos una vez al mes (Villatoro y cols., 1999).

Las entidades que tienen cifras estadísticamente significativas (mayores a la nacional) de usuarios de bebidas alcohólicas son: Baja California, Chihuahua, Jalisco y el Distrito Federal. Los estados con porcentajes más bajos estadísticamente significativos con relación al nacional son: Oaxaca, Tabasco, Puebla y Guerrero principalmente (Rojas y cols., 1995).

Comparado el consumo per cápita de México con el de otros países, se advierte que está muy por debajo del registrado, aún en países latinoamericanos (Rosovsky et. al. 1993); sin embargo el patrón de consumo típico del Mexicano es que bebe esporádicamente, es decir, no con tanta frecuencia como los que viven en Norteamérica, pero sí en cantidades mayores; esta manera de consumir bebidas alcohólicas incide en un número elevado de problemas asociados (Caetano y Medina-Mora, 1988). Así Castro y Maya (1987), mencionan que aunque son pocos los adolescentes que presentan un síndrome de dependencia, presentan otros problemas relacionados con la intoxicación, como los accidentes.

El consumo en México está integrado principalmente por la cerveza (alrededor del 70%), seguida de los destilados (cerca del 30%) y en menor proporción de los vinos (1%). Bebidas como las sidras y licores tienen poca importancia relativa y en conjunto es similar al de los vinos de mesa. (Rosovsky et. al. 1993). En otras investigaciones se ha observado que el pulque es una bebida ampliamente consumida en México, de la cual no se tienen registros en cuanto a producción y consumo, ya que no se considera dentro de las bebidas controladas por la industria (Smart y cols., 1991).

Se presentan tres entidades asociadas con el consumo excesivo de alcohol: cirrosis hepática, homicidios y accidentes automovilísticos.

A pesar de que el grado de consumo de alcohol en México es inferior al de otros países, la cirrosis hepática ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad en México (Narro, 1992).

Rosovsky y Borges (1993), en un estudio sobre accidentes y alcohol en América Latina, encontraron que los accidentes son (con excepción de Colombia) la principal causa de mortalidad en el grupo de 15 a 24 años de edad, siendo los hombres más afectados por este problema, en ocasiones duplicando a las tasas de mortalidad femeninas y en algunos casos cuadruplicándolas (México, Brasil y el Salvador). No siendo sólo la mortalidad el único problema, ya que en cada accidente hay varios cientos de lesionados.

Es inquietante que muchos estudios nos arrojan la evidencia de que el hábito de ingerir alcohol se adquiere en la juventud, en esto coincide Casillas (1983), quien

dice que una vez que se adquiere este hábito es difícil de eliminar; de igual manera la OMS en 1980, destacó que cada día beben más los jóvenes en todo el mundo y entre ellos el incremento mayor se encuentra entre las mujeres.

## **FACTORES DE RIESGO INMERSOS EN LA PROGRESIÓN DE UN INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL A UNA DEPENDENCIA.**

Es importante mencionar las afirmaciones de algunos autores, sobre como las personas pueden progresar de un inicio en el consumo de alcohol hasta la dependencia a esta sustancia, así tenemos que Edwards y Gross (1976), consideran que las formas de beber sociales, a través de una ingesta cotidiana excesiva (de cantidades que rebasan el límite de riesgo: 60g/día de alcohol puro, para el hombre, y 20 g/día para la mujer) o de ingestas reiteradas abusivas y/o patrones de riesgo (como la ingesta excesiva en ayunas, etc); darían paso al tipo etílico bebedor excesivo regular, el más frecuente entre nosotros. La forma de beber característica del bebedor que intenta superar la debilidad del yo con el consumo, abocaría al tipo alcoholómano. El bebedor enfermo psíquico ajusta su forma de beber al alivio de su malestar, dando un patrón etílico sintomático, al oscilar sus ingestas de acuerdo con el curso de la dolencia base, que a su vez se agrava con el alcohol. Por una u otra vía de entrada, se confluye a la dependencia biopsicosocial (el bebedor social, convertido en bebedor excesivo regular, suele alcoholizarse antes de haber denotado una dependencia psíquica; el bebedor enfermo psíquico es el más proclive a manifestar precozmente una dependencia psicoconductual, mereciendo el calificativo de alcoholómano).

El inicio en el consumo de alcohol en busca de alivio y gratificación, puede ser factor de riesgo para el desarrollo de una dependencia, así en la curva evolutiva del alcoholismo Feuerlein (1972), señala que el consumidor inicialmente presenta una ingesta ocasional para aliviarse, seguida de una ingesta constante para aliviarse; también Jellinek (1960), al describir las fases del proceso alcohólico, hace mención al frecuente consumo de alcohol, en busca de alivio o "gratificación", que se presenta en la fase prealcohólica.

De esta manera vemos que mucha gente aprende a apreciar los efectos de alivio de tensiones y escape de la realidad que el alcohol puede proveer. El primer paso hacia el alcoholismo ocurre cuando una persona se inicia en la bebida específicamente por esos efectos. Cerca de un quinto de todos los bebedores cae dentro de la categoría de "occasional escape drinkers". Esas personas aún no son alcohólicas pero podrían estar muy cerca de un posible desarrollo del alcoholismo, el uso de la bebida como forma de escape se hace más y más frecuente, y estas personas pueden rápidamente desenvolverse dentro de un patrón de bebedores pesados de cada noche o cada fin de semana (Kenneth y cols., 1979).

Con lo dicho hasta ahora queremos sustentar la importancia de no pasar por alto y atender oportunamente el consumo inicial de alcohol, sobre todo en personas que pueden tener un mayor factor de riesgo al utilizar el alcohol en busca de alivio o gratificación.

Existen discusiones acerca de la existencia de una personalidad prealcohólica, la cual no ha sido confirmada, debido en parte a la dificultad de dilucidar en el enfermo consolidado que trastornos eran preexistentes y cuáles se han configurado junto con la enfermedad y por la magnificación que representaría pretender inferir una relación causa-efecto a partir de una concomitancia de factores (Rodríguez-Martos, 1989).

Barnes (1983), habla de una constelación de factores que predispondrían al síndrome de dependencia al alcohol. Destacó el neuroticismo y la debilidad del yo, que a su vez tiene por principal componente la baja autoestima. En este contexto se enraiza el impulso primario a la embriaguez o simplemente a la desinhibición a través del alcohol, que Velasco Fernández (1982), valora como característico de la personalidad prealcohólica.

Entre jóvenes alcohólicos la búsqueda de sensaciones sería el principal rasgo de personalidad con respecto al uso de psicotrópicos, esto se homologa al impulso primario que describe Fernández (1982), tratándose más bien de una actitud aprendida y compartida. Zuckerman (1979), describe este rasgo como "la necesidad de sensaciones y experiencias variadas, nuevas y complejas, así como la disposición a asumir riesgos físicos y sociales en razón de esta experiencia".

Una vez en marcha el síndrome de dependencia al alcohol, los rasgos psicoconductuales se van uniformando, adoptándose conductas neuróticas y Pseudopsicopáticas y perdiéndose cada vez más la autoestima (Rodríguez-Martos, 1989). Sandahal y cols. (1987), comprueban un mantenimiento bastante estable del neuroticismo y debilidad del yo a través de las distintas "fases alcohólicas" y una correlación positiva entre el aumento del neuroticismo y la baja autoestima. Sin embargo, a pesar de la correlación positiva que existe entre el aumento del neuroticismo y la baja autoestima, el neuroticismo persiste en muchos alcohólicos aún recuperados, sobre todo "culpabilizándolos" (Rodríguez-Martos, 1989). Sandahal y cols. (1987) comprueban que la autoestima es el único rasgo directamente relacionado con la evolución del hábito alcohólico (incrementándose cuando evoluciona favorablemente) y que se considera crucial en la etiología, mantenimiento y recaídas (sentimientos de culpa, etc.) del SDA.

### **FACTORES DE RIESGO QUE HACEN A LA PERSONA MÁS VULNERABLE AL CONSUMO.**

Mientras más estudios se acumulan, más claramente se ve que hay una gran variedad de circunstancias significativas en torno a la bebida, que son diversos los tipos de personalidades de quienes se convierten en alcohólicos y que existen muchas "razones" para empezar a beber y continuar bebiendo hasta alcanzar un nivel peligroso.

Autores como Velasco Fernández (1988), coinciden en que no existe una causa única, sino una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y

sociales; así tenemos a Jessor y Jessor (1977), quienes afirman que la personalidad, el ambiente percibido y la conducta se interrelacionarán determinando la cantidad/frecuencia de ingestas y la conducta problemática frente al alcohol.

Por estas razones no hablaremos de "teorías" sobre las causas, sino de los factores interactuantes más comúnmente relacionados en torno al consumo de alcohol; los cuales se dividen a continuación en: psicológicos, fisiológicos o biológicos y socioculturales.

### **Factores psicológicos**

Algunas teorías ponen en evidencia las tendencias específicas de los individuos, las cuales los llevan al consumo excesivo de alcohol.

Una de las teorías psicodinámicas incluyen 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 mayor poder y con respecto al individuo alcohólico lo ve como un ser inmaduro que necesita beber para sentirse poderoso. (Shuckit y Monteiro, 1980).

Medina, Díaz y Berruecos (1994), señalan ciertos factores de la personalidad como la búsqueda de sensaciones nuevas y la poca evitación de riesgos, como precursores importantes para el uso de sustancias.

Algunos investigadores han señalado entre las características más comunes de los individuos alcohólicos, 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 que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad. También se dice que suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares. Kenneth y cols. (1979), señalan que la personalidad común, frecuentemente encontrada entre los alcohólicos, incluye una baja opinión de ellos mismos, poca autovaloración y sensaciones de inseguridad y aislamiento, esos sentimientos los hacen sentir dolor y entonces beben para eliminar su dolor. Jones (1969) por su parte, encontró que los bebedores problema, cuando muchachos, habían sido descritos como rebeldes, incontrolables y excesivamente hostiles, así determinó que la impulsividad incontrolable, la rebeldía y la poca tolerancia a la frustración son características del bebedor problema adulto y encontró que, comparados con los bebedores problema, los bebedores moderados y los abstemios tenían más probabilidad de haber sido descritos como productivos y con grandes aspiraciones. No obstante estas teorías, Velasco Fernández (1982), afirma que los estudios clínicos más serios demuestran la pluralidad de personalidades entre los alcohólicos y que no existe una "personalidad alcohólica" definida, ni rasgos que puedan explicar el origen o la evolución del alcoholismo, así recomienda tomar con reservas algunas de estas teorías.

Del mismo modo estudios como los de Sherfey, 1955; Blum, 1966 y Catanzaro, 1967, señalan que no existe una correspondencia entre los tipos de personalidad y los patrones de consumo. Así podemos concluir que existen muchos tipos diferentes de individuos alcohólicos cuyas personalidades y rasgos psicopatológicos difieren ampliamente, lo mismo que su iniciación en el consumo excesivo de alcohol.

Dentro del enfoque conductista, se ve a la ingestión de alcohol como un comportamiento aprendido y se parte de la premisa de que el sujeto "aprende" a beber, bebe excesivamente e incluso puede llegar al alcoholismo. Menciona que su conducta de bebedor lo recompensa y se refuerza continuamente. El "premio" puede ser los cambios fisiológicos placenteros, la supresión del stress o la posibilidad de vivenciar experiencias distintas y agradables (Conger, 1956).

También se ha mencionado que la conducta aprendida del bebedor joven es resultado de la necesidad que tiene éste de copiar el modelo de comportamiento del adulto y los efectos reforzadores varían en cada caso, pudiendo ser 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 (Mello y Mendelsón, 1971).

Autores como Franks (1970), que no apoyan la teoría de que la ingestión de alcohol es una conducta aprendida para reducir la ansiedad condicionada, se basan en el hecho de que ciertos estudios como los de Mello y Mendelson (1965), han demostrado que la ingestión de alcohol pasadas unas horas eleva considerablemente los niveles de angustia y depresión. Revenstorf y Metsch (1986), mencionan que la iniciación en el uso de alcohol suele implicar la superación previa de una aversión gustativa innata, que precisa de un aprendizaje y un modelo, así como de un refuerzo secundario, no siendo un refuerzo primario el alcohol.

Nathan y O'Brien (1971), habla de la existencia de un mecanismo "accidental" de aprendizaje de ciertos modos de beber, como el hacerlo "de golpe", consumir bebidas especiales e ingerir alcohol en momentos y situaciones escogidas.

Existen autores que se refieren a la conducta de consumo de alcohol en términos cognitivos, así tenemos a Bauman y Bryan (1980), quienes estudiando la conducta consumidora en niños y adolescentes sugieren que las expectativas acerca de los efectos supuestos del alcohol influyen hábitos ulteriores de consumo, así como que la experiencia de consumo puede reforzar el criterio de su utilidad; de esta manera el inicio de consumo de alcohol por parte de los adolescentes estaría en función tanto de su personalidad como del ambiente familiar y de sus compañeros coetáneos (Brook y cols, 1986).

La teoría de la utilidad de Edwards (1954), permite predecir la probable conducta con respecto al alcohol (Critchlow, 1987), ésta teoría dice que toda conducta tiene

dos características que determinan su utilidad para el sujeto: la probabilidad de que ocurra y lo deseable de ella. Según un estudio de Critchlow (1987), existe una relación positiva entre la utilidad percibida de los efectos del alcohol a corto plazo y los hábitos de ingesta, mostrando mayores expectativas conductuales y emocionales en los bebedores graves; así los trabajos de Southwick y cols. (1981), encuentran en estos bebedores una mayor expectativa de competencia social a través del alcohol que en los bebedores moderados.

Las expectativas relativas a la ingesta de alcohol pueden modificar los efectos de aquél sobre la conducta, al tiempo que las decisiones respecto de su uso. Aquí se pone de manifiesto una correlación positiva entre las expectativas y el consumo, así como entre aquéllas y la conducta al beber. Las expectativas acerca de los efectos del alcohol resultarían, de este modo, más predictivas que sus propios efectos farmacológicos (Brown, Christiansen y Goldman, 1987).

El efecto más buscado por hombres y mujeres es el de la afirmación social, en los hombres hay una tendencia a beber para incrementar los estados positivos, a diferencia de las mujeres las cuales lo hacen para disminuir los estados negativos (Mooney y cols., 1987). Mooney, investigando las expectativas ligadas al consumo moderado, resalta la importancia de incidir en las génesis de expectativas negativas para un consumo fuerte, con fines preventivos.

Otro de los factores que hay que considerar es el de las actitudes que se tiene hacia la sustancia. Así Bachman y cols. (1988), señalan que el decremento del número de usuarios de drogas en Estados Unidos se ha asociado con el incremento de la percepción de riesgo asociada a su uso. De igual manera en México la percepción de riesgo distingue a los usuarios de los no usuarios y discrimina entre aquellos que abandonan el uso de aquellos que persisten en el (Medina-Mora y cols., 1994).

Vogel-Sprott (1974), afirman que, aunque la frecuencia de consumo dependerá más bien de factores sociales, la cuantía de éste está más bien en función de aspectos personales cognitivos.

### **Factores físicos.**

Aunque la investigación de los cambios ocurridos en el organismo del individuo alcohólico está sujeta al método científico, existe el problema de distinguir entre causas y efectos, ya que tales cambios pueden ser el resultado de una intensa y prolongada ingestión de alcohol. Por lo que nuevamente referimos sean tomadas con reservas las siguientes afirmaciones sobre los factores fisiológicos y genéticos que intervienen en el alcoholismo, en los cuales no profundizaremos demasiado ya que los estudios sobre estos factores se centran en el individuo alcohólico, el cual forma sólo una parte de nuestro objeto de estudio total que son los consumidores de alcohol.

Las fisiológicas se refieren principalmente a las funciones metabólicas del etanol. Según Mello y Mendelsón (1965), la mayoría de las deficiencias hormonales y nutricionales que se observan en los alcohólicos se explican mejor como consecuencias y no como causas de la enfermedad, así que resultaría difícil saber si lo que parecen respuestas metabólicas y fisiológicas específicas del alcohólico no son, en realidad, los efectos en vez de las causas de la ingestión excesiva de alcohol. Las genéticas postulan la existencia de la naturaleza familiar en el alcoholismo, estos estudios no son concluyentes ya que aunque exista una tendencia familiar al alcoholismo, esto no implica necesariamente la presencia de factores genéticos, dado que las mismas influencias psicológicas y culturales afectan a todos los miembros del grupo familiar.

Según Velasco Fernández (1982) todo defecto funcional, metabólico, nutricional e incluso genético, necesita la concomitancia de otros factores como los psicosociales, para adquirir su verdadera importancia como agente causal.

Lo que si sería de importancia exponer es el efecto fisiológico que produce el alcohol, el cual tiene una acción depresora sobre el sistema nervioso central determinado por la duración y la cantidad de la ingesta; las manifestaciones clínicas mientras dura la acción depresora van desde fenómenos psíquicos relativamente simples, hasta la supresión de los centros vitales y la muerte (Velasco Fernández, 1982).

### **Factores socioculturales.**

La multiplicidad de factores socioculturales hacen aún más compleja la etiología de las bebidas alcohólicas, ya que unas se refieren a los factores económicos, otros a los educativos y otros más a la historia.

Uno de los factores coadyuvantes en la etiología de la ingesta patológica o no, de las bebidas alcohólicas radica principalmente en la gran difusión de ellas. No hay lugar, donde no se exhiba un anuncio de propaganda de alguna bebida. Esta gran difusión hace bastante accesible para cualquier persona la adquisición comercial de una botella. Por otro lado la legislación tan deficiente tanto para su elaboración y venta como para los delitos cometidos bajo los efectos etílicos, aunado a esto el total desconocimiento de algunas personas de los efectos que el alcohol produce. El problema de el consumo abarca, tanto el factor demanda (perspectiva del consumidor y su entorno), como el factor oferta (producción, distribución, circulación, venta y consumo), ya que la oferta influye en la demanda (Medina, Díaz y Berruecos, 1994).

Medina, Díaz y Berruecos (1994), mencionan que los medios de comunicación juegan un papel fundamental al promover imágenes y estereotipos que no corresponden muchas veces a la realidad de los sujetos, creándoles falsas expectativas.

Otra de las variantes que se debe tomar en cuenta son las múltiples tensiones sociales que repercuten en el individuo. Bales (1946), supone que una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida, los conflictos sociales y la insatisfacción sexual, y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones, es una sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos. Según Bales las actitudes de una cultura hacia el consumo de alcohol se clasifican en: abstinencia, uso ritual en ceremonias religiosas, uso social en situaciones de convivencia y uso utilitario en el cual la razón para beber es individual. Esta actitud utilitaria es la que se considera más importante en el plano de la patogenia del alcoholismo.

Otra teoría propone que hay individuos caracterizados por la anomia, que se sienten alienados de su propia sociedad de la cual no aceptan ni asimilan sus normas y valores éticos; estos individuos son más susceptibles a conducirse en forma no aceptada por la sociedad en que viven. Este estado psicológico de "anomia", facilita la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas, ya que explica la presencia muchas conductas desviadas (Velasco Fernández, 1982).

La psicología explica los fenómenos psíquicos como resultado de la acción reciproca entre las necesidades físicas primitivas -arraigadas en la estructura biológica del hombre y desarrolladas a través de la historia biológica (y, por lo tanto, modificables en el curso de la historia biológica ulterior) y las influencias del ambiente sobre esas necesidades. Ya lo dice Spranger (1969, López), el como pensamos, valoramos, obramos, no puede derivarse solo de nuestra individualidad; estamos influidos y formados por un conjunto de complejos espirituales supraindividuales. Según Velasco Fernández (1988), La personalidad prealcoholómana, en conjunción con la disponibilidad de alcohol y la permisividad social frente a su consumo, facilitarán la alcoholdependencia, y propone dos modelos de dependencia alcohólica el "primario", donde el proceso es desencadenado por la personalidad previa y el "secundario", donde el proceso es desencadenado por la ingesta excesiva regular del alcohol.

Algunos autores le asignan un papel preponderante a la familia, así una explicación interesante señala que las decisiones iniciales acerca de beber o no beber, así como las pautas ulteriores, tienen que ver con el clima familiar, cuyos rituales tienden a perpetuarse como signo de identidad del grupo (Rodríguez-Martos, 1989).

Para Materazzi (1985), el grupo familiar del adolescente dependiente es generalmente muy conflictuado e inestable, con ruptura de vínculos, dificultad para asumir roles básicos y poca capacidad de diálogo. Medina, Díaz y Berruecos (1994), señalan que la falta de apoyo familiar genera tensión e incapacidad para enfrentarse de manera adecuada a los problemas, rebeldía y riesgos así como depresión y baja autoestima, evasión y huida psicológica, lo que puede resultar un factor de riesgo para el consumo de sustancias. De igual manera Hawkins y cols. (1992), señalan que la familia provee ciertos factores de protección que hacen



que el individuo, al enfrentarse con situaciones difíciles, sepa como resolverlas sin el uso de sustancias. Sin embargo un sujeto con problemas de personalidad y familiares y una estructura mental no sana, es más proclive a caer en el consumo desmedido y los factores de riesgo se incrementan en este caso. Así se insiste en que la familia es tanto protectora como propiciadora ante el consumo de sustancias. Asimismo, el grupo de pares en el que la persona se desenvuelve puede influir decisivamente en el consumo.

Medina, Díaz y Berruecos (1994), señalan la existencia de una interacción de factores (así, por ejemplo, en una persona con tendencias depresivas, el factor de riesgo se vera disminuido si tiene una buena y estrecha relación familiar).

Una perspectiva global e integral sobre el consumo de drogas, a la que hace referencia Hourmilougue (1998), considera las múltiples variables que inciden en el ser humano, y ve al hombre en sí mismo como un sistema psicosocio-biológico, formado de experiencias vivenciales, historia personal, expectativa de vida, nivel espiritual, etc. A su vez perteneciente a un sistema bastante complejo que es la familia. Asimismo cada persona es parte de otros sistemas, de acuerdo con los ambientes en los cuales participe: sistema escuela, trabajo, club, barrio, etc. Cada uno de ellos inter-cruzados o no, se suman a sistemas en los que intervienen otros individuos, la suma total de este tejido es una determinada sociedad. Dentro de esa sociedad existe otro tipo de sistemas que son menos palpables, pero en los que igualmente cada individuo participa (con o sin conciencia de ello), son los sistemas formados sobre ideas y acciones, por ejemplo, el sistema económico, los valores éticos, la acción de las instituciones, las creencias populares, el folklore, la educación, las aplicaciones de las normas legales, la circulación de la información, los modelos de éxito, las normas por costumbre, la expresión del arte, las modas, la oportunidad de participar, la proyección a futuro, etc (Tomado de: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry –AACAP-, 1998).

En conclusión podríamos afirmar que no hay pues una causa simple y única de este problema, sino una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que se encuentran inmersos en el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol; el cual es un complejo fenómeno individual y social, de suerte que no es científico buscar la causa que lo origina. Es por esto que éste estudio no pretende ser causal, ya que en cada adolescente deben existir múltiples motivaciones para consumir alcohol, así como historias personales diferentes.

Como se afirmo anteriormente y conscientes de la existencia de múltiples factores inmersos en el consumo de alcohol, nos centraremos en la relación depresión y consumo de alcohol, que es la que compete al objeto de nuestro estudio.

## **CAPITULO III**

# **ADOLESCENCIA, DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL**

### **ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL**

López (1969), demostró que la adolescencia es una etapa crítica para el consumo de bebidas alcohólicas, a través de datos obtenidos de entrevistas clínicas a pacientes alcohólicos, encontró que su primera incidencia en el consumo fue durante la adolescencia, consumo que se prolongaba hasta convertirse en alcohólicos.

El vocablo "adolescencia" proviene del verbo latino *adolescere*, que significa "crecer" o "llegar a la maduración". Esto significa no sólo el crecimiento físico, sino también el mental, que está acompañado de la madurez emocional y la social.

Como expone el Dr. Robles, la adolescencia es un periodo de crisis; en esto coinciden Stanley Hall, Pierre Mendousse, Harrison y Spranger, entre otros (López, 1969). La crisis de la adolescencia se caracteriza por la vivencia de la perplejidad, del asombro, de la extrañeza. Es el segundo nacimiento del hombre, su segundo advenir en el mundo, está caracterizado por una despersonalización. Es la vivencia de despersonalización la que hace sentir con mayor intensidad la problemática existencial.

La adolescencia por su naturaleza viene a intensificar las tendencias conflictivas, ya que es un periodo cuyo sentimiento más general y universal es el de estar fuera de lugar, el tema central de la adolescencia es el hallazgo de sí mismo. El adolescente debe aprender a conocer un cuerpo totalmente nuevo y debe definir el lugar que ocupará en la sociedad adulta.

La duración de ésta etapa de la evolución psíquica es entre los trece y los diecinueve años para las mujeres, y entre los catorce y veintidós años para los hombres.

Los problemas de la adolescencia están determinados por el hecho de que en nuestra sociedad, la madurez sexual, la madurez anímica y la madurez social no coinciden. La madurez involucra biológicamente la iniciación de la vida sexual, contra lo cual se contraponen los factores sociales. Esto explica las crisis biológica, social y existencial, las cuales representan un peligro que crea un conflicto, o al menos la tendencia a ello, con la manifestación inmediata de la angustia, donde, en ocasiones, las defensas del adolescente lo llevan a caer en la depreciación propia.

Con todo lo dicho hasta ahora, se argumenta lo fértil que resultan los adolescentes para el desarrollo de un conflicto. Este conflicto que de manera general se debe

considerar como normal de la misma naturaleza de la evolución, no siempre es atendido adecuadamente y el adolescente desbarranca en trastornos de conducta que van desde las simples faltas, hasta los robos, lesiones y por supuesto consumo de sustancias.

Según Weiner y Elkind, en 1969 en E.U. un tercio de todos los arrestos de menores de 18 años fueron por cargos como huir del hogar, vagancia, conducta desordenada, ebriedad o violación de las leyes sobre consumo de bebidas alcohólicas (Weiner y Elkind, 1972).

Por todas estas razones, como afirma López (1969), la adolescencia viene a significar una etapa crítica para la ingesta alcohólica.

De igual manera Materazzi (1985), afirma que la adolescencia implica en sí misma una crisis evolutiva, durante la cual la búsqueda de una identidad y la elaboración de un plan de vida establece en el nivel individual y familiar un periodo necesariamente conflictivo y destaca el hecho preocupante del consumo de drogas entre los adolescentes para obtener placer, una mayor autocomprensión o escapar del aburrimiento (Materazzi, 1985).

El uso de drogas como muletilla se ha extendido entre los estudiantes desde hace muchos años, pero por lo general el alcohol es la droga más consumida. El factor curiosidad, la presión de los integrantes del grupo, la falta de figuras de identificación, son otros de los factores que se encuentran al estudiar la génesis de la dependencia. Entre los factores individuales que actúan en el origen y mantenimiento de la conducta de consumo, se ha señalado el componente de depresión del dependiente, su tendencia a actuar para evitar pensar y sentir, sus dificultades en establecer comunicaciones y una compulsión a recurrir a las drogas para huir de la culpa y la depresión. Otros rasgos de personalidad característicos son inmadurez, baja tolerancia a la frustración y al dolor (Materazzi, 1985).

Medina, Díaz y Berruecos (1994), afirman que los jóvenes usualmente empiezan a consumir drogas de manera experimental, por curiosidad o presiones de los amigos y posteriormente se va incrementando su uso hasta llegar a un nivel llamado social, en donde el usuario asocia la sustancia con su diversión, si continua con el consumo y lo incrementa más, pasa a un nivel disfuncional en donde hay alteraciones físicas, psicológicas, familiares, laborales y legales. De igual manera afirman que la adolescencia y la juventud traen consigo una serie de problemas emocionales, como problemas depresivos, conflictos con los padres y en las nuevas relaciones de pareja y que existe un peligro de que los jóvenes recurran a drogas como un mecanismo para enfrentar sus problemas.

Según Casillas Cuervo (1983), el joven necesita afirmar su personalidad ante sí mismo y ante el mundo y el alcohol le brinda un camino para lograrlo; plantea que la adicción se establece en la juventud, y que por esto es importante implementar medidas preventivas en la adolescencia.

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1998), menciona que los adolescentes pueden estar envueltos de varias formas con el alcohol y que es común el experimentar con el alcohol y las drogas durante esta etapa. La AACAP expone los siguientes puntos en relación al consumo de alcohol en adolescentes:

Afirma que con frecuencia los adolescentes no ven la relación entre sus acciones en el presente y las consecuencias del mañana y que existe en ellos la tendencia a sentirse indestructibles e inmunes hacia los problemas que otros experimentan.

La adolescencia es el tiempo de probar cosas nuevas; así los adolescentes usan el alcohol y otras drogas por varias razones, incluyendo la curiosidad, para sentirse bien, para reducir el estrés, para sentirse personas adultas o para pertenecer a un grupo.

Para la AACAP, Los adolescentes con mayor riesgo de desarrollar problemas serios con el alcohol, incluyen aquellos con un historial familiar de abuso de sustancias, que están deprimidos, que sienten poco amor propio o autoestima y que sienten que no pertenecen y que están fuera de la corriente.

Dentro de los factores de riesgo que predicen el consumo alcohólico en los adolescentes se han mencionado los siguientes:

Según Villatoro y cols. (1999), en el ámbito social el riesgo percibido predice el uso y el no uso, sin embargo no distinguen a los que abusan del alcohol; de igual manera menciona que la tolerancia de los amigos ante el alcohol también es un predictor importante, de manera que a mayor tolerancia, se predice el consumo y el abuso de bebidas alcohólicas, para este autor, esta variable junto con el tener amigos que consumen alcohol, son los principales predictores tanto del uso como del abuso del alcohol. De igual manera para Juárez y cols. (1988), el relacionarse con amigos que abusan del alcohol o que han cometido actos antisociales, son factores relacionados tanto con el uso como con el abuso del alcohol. Medina-Mora y cols. (1995), han mencionado también que variables personales, como la depresión y la ideación suicida, predicen el uso y el abuso del alcohol en los adolescentes, aunque afirman que no se ha establecido una relación causal entre estas.

Haciendo mención a resultados de estudios que prueban la relación existente entre adolescencia y consumo de alcohol, así como sus características, tenemos que:

En un estudio realizado por Medina-Mora y cols. (1993), se encontró que el consumo más alto entre estudiantes es el de alcohol y tabaco, y que el consumo de alcohol es mayor entre hombres que entre las mujeres (54% y 45%).

Con respecto a la situación del consumo de bebidas alcohólicas entre estudiantes de 12 a 22 años de la Ciudad de México, en una medición realizada en 1997 por la

SEP y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, se encontró que, el 54.4% habían consumido alcohol alguna vez, 42% lo había consumido en el último año y 30% lo había consumido en el último mes. Al analizar el consumo por género la población masculina (33.2 %), reportó un porcentaje mayor de consumo actual que la femenina (27.2%), aunque la diferencia porcentual es pequeña. En cuanto al nivel educativo el 46.3% de los estudiantes de bachillerato había bebido alcohol en el último mes, el 62.9% lo había hecho durante el último año y el 75.4% lo había hecho alguna vez. En cuanto al consumo de alcohol por edad, se encontró que, el 19.3% de los alumnos que tiene 14 años o menos, el 34% de los que tienen 15 años, el 42.4% de los que tienen 16 años, el 49.8% de los que tienen 17 años y el 52.8% de los que tiene 18 años o más, había consumido alcohol durante el último mes; de igual manera se encontró que, el 28.1% de los que tienen 14 años o menos, el 48.7% de los que tienen 15 años, el 59.4% de los que tienen 16 años, el 66% de los que tienen 17 años y el 68.2% de los que tiene 18 años o más, había consumido alcohol durante el último año; y se encontró que, el 40.1% de los alumnos que tiene 14 años o menos, el 62.8% de los que tienen 15 años, el 70.7% de los que tienen 16 años, el 78.7% de los que tienen 17 años y el 80.1% de los que tiene 18 años o más, había consumido alcohol alguna vez en la vida; observándose un incremento en el consumo conforme aumenta la edad. En cuanto a patrones de consumo se encontró que el 23% de los estudiantes consumen 5 copas o más, por cada ocasión de consumo, al menos una vez al mes. En cuanto a la percepción de riesgo sólo el 55% considera peligroso un consumo alcohólico frecuente. (Villatoro y cols., 1999).

De igual manera en 1991 La Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, estimó con respecto al sexo que los hombres beben más frecuentemente y en mayor cantidad que las mujeres (6% a 7 % de los hombres toman 5 o más copas de cualquier bebida en una sola ocasión, una o dos veces a la semana, en contraste con 1% o 2% de las mujeres); en este mismo estudio se encontró que las mujeres perciben como más arriesgado el beber alcohol que los hombres (así tenemos que, entre el 13% y 16% de los estudiantes hombres informaron que no es peligroso beber una o dos copas todos los días, en comparación con sólo el 8% ó 9% de las mujeres quienes afirmaron lo mismo); también se encontró que del 34% al 38% de los estudiantes de la muestra tienen amigos que se embriagan una vez por semana. (Rojas y cols., 1995).

## **ADOLESCENCIA Y DEPRESIÓN**

Es considerable la frecuencia de la depresión en la población adolescente que se ha reportado en numerosos estudios.

Weiner y Eikin (1972), encontraron que los síntomas depresivos son bastante comunes en los adolescentes, ellos indican que un 40% puede experimentar ciertos sentimientos de tristeza, inutilidad o pesimismo acerca del futuro, aunque no al extremo de perjudicar su funcionamiento social o escolar de manera significativa. Ellos también afirman que entre los adolescentes que acuden a clínicas, menos del 10% reciben diagnóstico de estar deprimidos, pero casi la

mitad, manifiesta las características depresivas de melancolía, autodesprecio, ataques de llanto y preocupación.

Según los resultados reportados de un estudio anglosajón por Choquet y cols. (1988), en el que se interrogó a algunos adolescentes para conocer si habían tenido momentos de pesar y tristeza durante el último mes, más del 50% respondieron afirmativamente, sin embargo sólo el 5% reconocieron que ese estado se había prolongado.

Albert y Beck (1975), aplicaron la escala de depresión de Beck (*Beck Depresión Inventory, BDI*) a 63 alumnos de 13-14 años y encontraron que el 33% presentaban una depresión moderada o severa y el 35% manifestó ideas frecuentes de suicidio.

Rutter y cols. (1976), en una entrevista clínica con 184 adolescentes de 14 y 15 años, encontraron en el 41.7% de los hombres y 47.7% de las mujeres preocupaciones depresivas y manifestaciones como dificultades para conciliar el sueño o despertares precoces. En el año de 1988 por medio de entrevistas clínicas, estos mismos autores en una muestra de 2303 adolescentes de 14 años, encontraron que el 21% de los hombres y el 23% de las mujeres se reconocen muy tristes y deprimidos, sin que la sintomatología dé pie para diagnósticos definitivos de cuadro depresivo. De igual manera en el año de 1985, Rutter estudió la prevalencia de trastornos depresivos en niños prepúberes y encontró que la depresión era dos veces más frecuentes en varones y que después de la pubertad era dos veces más frecuentes en mujeres.

Kaplan y cols. (1984), encontraron en 385 adolescentes de 11 a 18 años a los que aplicaron la BDI un 13.5% de depresiones ligeras, un 7.3% de depresiones moderadas y un 1.3% de depresiones severas.

Kashami y cols. (1977), según los criterios del DSM III, encontraron en 150 adolescentes de 14 a 16 años, que el 4.7% respondieron a los criterios de depresión mayor, 3.3% a depresiones menores subcrónicas, 8% de desordenes depresivos con necesidad de tratamiento, el 22% de los adolescentes presentaron síntomas depresivos significativos y el 16.6% aquejaron humor triste.

En un estudio aplicado a 1033 adolescentes escolarizados, Bomba J. (1988), encontró depresión en el 31.65% de los adolescentes de 13 y 14 años y en el 27.37% de los adolescentes entre 16 y 17 años.

En una encuesta realizada con 327 adolescentes de 16 a 18 años, Choquet M. Y cols. (1988), analizaron la frecuencia de manifestaciones somáticas asociadas con depresión, encontrando que el 33% decían estar fatigados, el 30% tenía dificultades para dormir, 5% de los hombres y 9% de las mujeres tenía pesadillas, 8% de los hombres y 19% de las mujeres se despertaban durante la noche, 9% de los hombres y 18% de las mujeres declararon no tener hambre y el 9% de los hombres y 4% de las mujeres sentían a menudo ganas de vomitar. Estos autores

consideran que una mayor sensibilidad depresiva afecta 2:1 a las adolescentes mujeres con respecto a los adolescentes hombres.

Casullo (1988), en un estudio epidemiológico realizado en Buenos Aires con adolescentes, encontró 20% de episodios de depresión mayor en alumnos de quinto año, 18% en los de primer año y 17% en los de tercer año. Este autor también en el año de 1990, aplicando la versión española del CES-D a 300 alumnos adolescentes de Buenos Aires, encontró en ellos 45% de prevalencia de síntomas depresivos.

Kandel y Davis (1982), empleando un cuestionario autoadministrable a 8000 adolescentes de 14 a 18 años, encontraron que un 15% evidenció estar severamente deprimido según criterios del DSM-III y susceptibles de tener un episodio de depresión mayor.

Roberts y Andrew (1990), aplicando el CES-D a 2000 adolescentes del estado de Oregon en E.U., encontraron prevalencia de síntomas depresivos en el 46% de los hombres y 58.6% de las mujeres.

Winokur y cols. (1969) coinciden con Perris (1966) al afirmar que entre el 30% y 40% de pacientes maniaco-depresivos adultos manifestaron su enfermedad por primera vez durante la adolescencia.

A pesar de todos estos datos reportados a lo largo de la historia, no es posible disponer de estimaciones objetivas válidas acerca de la morbilidad depresiva en poblaciones jóvenes, ya que como se puede observar los resultados varían considerablemente de un estudio a otro, por esto las conclusiones extraídas deben interpretarse con precaución debido a fallos en la metodología. Dentro de los errores más frecuentes, es que los datos no están basados en una misma nomenclatura de enfermedad depresiva; otro problema es que muchos estudios no establecen diferencias entre las connotaciones sintomáticas, sindrómicas y de enfermedad del término depresión, y tanto la falta de especificidad como la confusión semántica, dificultan seriamente la comparación entre estudios y la síntesis de datos; otro problema frecuente es la tendencia de los adolescentes a negar este tipo de problemas y la influencia que sobre el juicio diagnóstico ejercen las nociones tradicionales de que la adolescencia es una etapa de la vida inestable en la cual muchos signos de alteración son considerados como normales y habituales (Weiner, 1970), así muchos casos de trastornos depresivos están enterrados bajo la categoría diagnóstica de reacción adaptativa de la adolescencia.

Ya desde 1820, Esquirol (1970, Weiner), consideraba que la melancolía es frecuente entre los jóvenes y hacia fines de los sesenta, se verificó que las perturbaciones psicopatológicas adolescentes lejos de desaparecer de forma espontánea, progresan y se estructuran como una patología definida en la edad adulta, en ausencia de intervenciones oportunas (Weiner, 1970). Todos estos hallazgos produjeron la génesis de un interés en el estudio del fenómeno

depresivo en esta etapa evolutiva. Este estudio se realizó en dos vertientes: la que considera que los adolescentes no experimentan directamente la depresión de la misma forma que los adultos y que ésta se manifiesta por una sintomatología atípica; y la que considera que la depresión adolescente se asemeja a la de los adultos y que ambos comparten una sintomatología común, como afirman Carlson y Strober (1978).

Así encontramos autores referidos a la primera vertiente, como Toolan (1974), quien habla de equivalentes depresivos y Glaser (1967), quien habla de depresión enmascarada. Para ellos las depresiones en la adolescencia manifiestan una sintomatología atípica (dependencia exagerada de los padres, promiscuidad sexual, fatiga, preocupaciones por el cuerpo, trastornos del sueño y la alimentación, desordenes psicosomáticos, ansiedad, síntomas fóbicos y obsesivos, fobias escolares, tentativas de suicidio, conductas antisociales y delictivas). Apoyando a estos autores, Kandel y Davies (1982), constataron altas frecuencias de depresión y conductas delictivas en adolescentes, explicando este hecho en términos de depresión enmascarada. Este enfoque de depresión enmascarada ha estado sujeto a críticas, debido principalmente a la ausencia de criterios diagnósticos claros para conceptualizar los motivos de consulta y a la falta de confirmación terapéutica del concepto de depresión enmascarada.

Cantwell y Carlson (1987), afirmaban que existía suficiente evidencia empírica como para hablar con seriedad científica sobre la existencia de un síndrome clínico de depresión infanto-juvenil.

Earls (1984), confirmó a través de estudios realizados, que la presencia de síntomas depresivos aumentaba con el paso de la preadolescencia a la adolescencia y que dicho aumento era mayor entre mujeres.

Es importante destacar el hecho de diferenciar entre los adolescentes realmente depresivos y aquellos en los que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales. En la adolescencia la idea del tiempo sobresale en su pensamiento, para él todas las acciones o experiencias son eternas, al igual que la vergüenza y la desesperación que le provocan, existe un exagerado énfasis del vínculo entre el hoy y el mañana y el adolescente siente que todo se ha perdido y que nada puede remitirse. Otro factor que influye en las manifestaciones depresivas de la adolescencia es la falta de moderación del pensamiento y la inmadurez de sus juicios, el adolescente parece vivir en un mundo de todo o nada, da a hechos triviales una trascendencia desmedida y reacciona de manera dramática y terminante, el adolescente da muestras de carecer de la madurez necesaria para ubicar los acontecimientos cotidianos en la perspectiva adecuada, todo tiene para él un matiz de irrevocabilidad y a veces de desesperación (Cerero y cols., 1995).

Jacobson (1969), investigó las causas de las oscilaciones anímicas del adolescente y supone que la labilidad emocional refleja la remodelación de la



estructura psíquica del individuo, que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos. Para Jacobson la adolescencia es una época de turbulencia, con importantes alteraciones psíquicas y vaivenes anímicos en las que es dable esperar depresiones transitorias.

Cerero y cols. (1995), afirman que por fortuna muchas depresiones de la adolescencia se caracterizan tanto por su brevedad como por su intensidad. Sin embargo dicen que otras en cambio, se hacen crónicas y no ceden aunque las condiciones ambientales mejoren.

Se habla también de la pérdida del objeto en la adolescencia la cual coincide con la pérdida de la protección familiar; así el abandonar la imagen de los progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles, origina en el adolescente depresión, que generalmente se presenta como una reacción de rebeldía y desafío. Así el adolescente al querer probar ante sí mismo y ante el mundo que es un individuo autónomo, provoca con frecuencia reacciones antisociales, autodestructivas o extravagantes, como discusiones en casa, vagancia, fracaso en labores escolares y la tendencia a consumir alcohol y otras sustancias.

## **CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN**

Como se ha mencionado, el consumo de alcohol tiene una estrecha relación con la depresión en la adolescencia, motivo que nos lleva a abordar este problema en sus múltiples facetas.

Según encuestas epidemiológicas Deykin (1987), demuestra que el consumo de alcohol o de tóxicos puede derivarse de un estado depresivo en el adolescente, resultando uno más de los intentos de autotratamiento de su enfermedad por parte del adolescente.

De igual manera, Cobo (1992), afirma que el adolescente revela un tipo "especial" de depresión, que es la denominada depresión caracterial y que ésta se manifiesta principalmente en trastornos de carácter, como el inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en el adolescente, el cual se debe al intento de superar la depresión por sus propios medios. Por lo que Cobo afirma que la adolescencia es una edad de alto riesgo para la depresión y para el inicio en el consumo de alcohol.

Weissman y Meyers (1980), también han encontrado una alta correlación entre drogodependencias y depresión adolescente.

Para Kashami y cols. (1977), uno de los trastornos asociados a la presencia de sintomatología depresiva es el alcoholismo y la dependencia a las drogas.

Deykin (1987), aplicando el DIS (Diagnostic Interview Schedule) según los criterios del DSM III, encontraron la prevalencia del trastorno depresivo mayor en el 6.8% de la muestra y una frecuencia de alcoholismo en el 8.2% de la misma. Según

éstos autores, el trastorno depresivo mayor precede siempre al alcoholismo o las toxicomanías.

En entrevistas clínicas realizadas por profesionales de la facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires en el año de 1993, se encontraron datos que apoyan la relación existente entre consumo de alcohol y depresión adolescente. Uno de los datos significativos es que los adolescentes deprimidos quieren estar fuera del hogar, donde están expuestos a ser invitados por el grupo de pares de la zona a consumir alcohol y marihuana y prácticamente no hay control familiar sobre esas salidas.

Así, Lerner y Vicary (1984), encontraron que los estados de ánimo negativos y la actitud ausente, análogas a depresión y alineación social, son más frecuentes entre usuarios de drogas.

Medina-Mora y cols. (1994), encontraron que los índices de depresión entre estudiantes son mayores entre usuarios, en comparación con los no usuarios, y que la ideación suicida se incrementa conforme aumenta el grado de involucración con tóxicos.

El alcohol, más que ninguna otra droga psicológicamente activa, ha sido usado de manera ya tradicional para disminuir las tensiones emocionales (Materazzi, 1985).

De acuerdo con los estudios del Dr. Plaut (1967), los individuos que mayores posibilidades tiene de convertirse en alcohólicos son aquellos, que entre otras cosas, poseen ciertas características de la personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.

Velasco Fernández (1982), menciona el hecho, de que frecuentemente el propio bebedor afirma que el alcohol le ayuda a olvidar experiencias pasadas y realidades actuales dolorosas, o que al menos le permite soportarlas sin angustia. Velasco hace referencia también, de la existencia de ciertos estudios clínicos, que han demostrado que el alcohol no disminuye la ansiedad ni la depresión en los bebedores crónicos, y que por el contrario, si acentúa otros problemas psicológicos como la culpabilidad y la pérdida de la autoestima. Así tenemos estudios como los de Nathan y O'Brien en 1971 y los de Mello y Mendelson en 1965, que demuestran que después de un periodo inicial de 12 a 24 horas, la ingestión de alcohol eleva considerablemente los niveles de angustia y depresión.

Kennet, Lous y Cutis (1979), señalan que aunque algunos alcohólicos pueden mostrarse despreocupados y aparentemente felices, frecuentemente en realidad están infelices y molestos. Los alcohólicos pueden tener periodos de remordimiento, durante los cuales su sentimiento de culpa les trae dolor, pueden sentir lastima por ellos mismos o juzgarse sin valor y fracasados.

Materazzi (1985), expone los efectos fisiológicos y psicológicos que produce el consumo de alcohol, así desde una perspectiva psicoanalítica su ingestión reduce

las represiones y permite la expresión más represiva, ajena al ego. El alcohol actúa oprimiendo los controles sobre el comportamiento, además, bajo su influencia el habla se hace menos coherente, disminuye la coordinación muscular y el pensamiento se orienta hacia la regresión de los procesos primarios. Se pierden las cadenas impuestas por la progresiva organización del comportamiento, la adaptación a la independencia biológica y la aceptación de los estándares culturales, y aparece de manera temporal una especie de felicidad infantil menos responsable y segura de sí misma. Dentro de los efectos psíquicos del alcohol que se observan en la primera fase, están la euforia, carencia de inhibiciones y una expresión más libre de las tendencias reprimidas. Estos fenómenos reflejan el hecho de que el alcohol afecta primero los centros cerebrales superiores, que en general tienen una función inhibitoria y controladora. Al sufrir la ingestión de alcohol, se paralizan gradualmente los centros cerebrales inferiores y aparece la segunda fase, el matiz depresivo. Y cuando paso la "borrachera", aparece la tercera fase: "la resaca".

De esta manera si la situación original estresante había intentado aliviarse mediante la bebida, vuelve otra vez acompañada de stress adicional, un sentimiento de culpabilidad y vergüenza debida al exceso alcohólico. Para Materazzi (1985), el alcohol es capaz de aliviar sólo temporalmente cualquier trastorno tensional, sea ansiedad, vergüenza, culpa o inseguridad

Muchas veces se ha asociado la dependencia al alcohol con depresión, pero a menudo la depresión parece ser una consecuencia y no una causa del consumo alcohólico.

En 1970, en un simposio sobre alcoholismo que efectuó la Addiction Research Foundation en Canadá, Hudolin mencionó que en todo bebedor crónico excesivo hay que buscar una depresión premórbida y que existen muchas posibilidades de encontrarla. Y por otra parte habló de que muchos cuadros depresivos pueden ser una consecuencia directa del alcohol. Es frecuente que un deprimido que bebe en exceso presente un aumento de su sintomatología incrementándose el riesgo de suicidio. Por otra parte suele observarse en clínicas que personas deprimidas que no tenían la costumbre de ingerir alcohol sientan el deseo de beber, posiblemente con el objeto de experimentar los efectos desinhibidores que la ingestión de alcohol origina en su fase inicial. Naturalmente, como esta droga, es un depresor del sistema nervioso central, horas más tarde o al día siguiente se presenta un incremento importante en la sintomatología depresiva.

La depresión tóxica (Sturgeon, 1981) a veces llamada depresión secundaria, tiene un origen externo, una fuente que es tóxica como el alcohol. El alcohol es depresor del sistema nervioso central y en ocasiones puede provocar una reacción tóxica. Esto puede deberse en parte al hecho de que el alcohol consume una gran cantidad del suministro de vitamina B del organismo. Los factores B son básicos para un funcionamiento adecuado de las células nerviosas y cerebrales, además de que varios factores B que el organismo metaboliza se transforman en piezas de las proteínas utilizadas para fabricar la aminas biogénicas, sustancias químicas

que intervienen en la función cerebral y a las que se les ha relacionado con la depresión (por ejemplo, la angustia como síntoma principal de la depresión suele deberse a un trastorno en la producción de monoaminoxidasa, enzima que destruye aminas biogénicas).

Dentro de las consecuencias psíquicas de la ingestión excesiva de alcohol, se habla de que el alcohol al ser un depresor del sistema nervioso central, en dosis moderadas relaja y causa somnolencia; paradójicamente, a veces provoca reacciones opuestas que vuelven ruidoso, agresivo e hiperactivo al bebedor; sin embargo las drogas no se consideran como depresoras porque inhiben la conducta, sino porque deprimen la percepción y el pensamiento. Por su acción relajante sobre centros nervioso que intervienen en la modulación del comportamiento social y de la conducta, su particular acción depresora sobre cierto mecanismo inhibitorio lo hace simular ser estimulante de la actividad psicofísica, teniendo de hecho una acción depresora sobre la capacidad cerebral de controlar la conducta. Otro hecho por considerar es el cambio anímico que se presenta con niveles altos de alcohol y que determinan un estado de euforia en sus etapas iniciales y posteriormente angustia, irritabilidad y depresión que en algunas ocasiones llega a ser tan intensa que se puede acompañar de ideas y aún de intentos suicidas.

Por otra parte, siempre que se presente el cuadro clínico de la depresión con sus elementos psicológicos y/o somáticos, en los casos en que hay concurrencia con el alcohol, para hacer el diagnóstico de depresión primaria es preciso que estos síntomas se presenten en ausencia de ingestión excesiva de alcohol y tiempo después de un periodo de abstinencia.

Con lo dicho hasta ahora, se expone la idea de la dificultad que representa el hecho de determinar si la depresión es causa o efecto del consumo de alcohol; no por esto, debemos ignorar la gran variedad de estudios que demuestran la relación existente entre depresión y consumo de alcohol, los cuales se han mencionado anteriormente.

## CAPITULO IV

### MÉTODO

#### OBJETIVOS

- Identificar la presencia del factor depresión y el factor consumo de alcohol en alumnos del CCH Oriente.
- Demostrar la existencia de relación entre el factor depresión y el factor consumo de alcohol en los alumnos adolescentes del CCH Oriente.
- Si el factor depresión está relacionado con el consumo de alcohol, sugerir que se incluya en programas de control de consumo de alcohol en los alumnos, algún modulo donde se trabaje la depresión.

#### HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo o investigación (H1): A mayor depresión, mayor consumo de alcohol.

Hipótesis nula (Ho): La conducta de consumo de alcohol en la población de alumnos adolescentes del CCH Oriente, no está relacionada con su nivel de depresión.

Hipótesis alternativa (Ha): La conducta de consumo de alcohol en la población de alumnos adolescentes del CCH Oriente, está relacionada con su nivel de depresión.

Hipótesis estadística:

Ho. -  $\rho = 0$  La correlación entre las variables consumo de alcohol y nivel de depresión en alumnos adolescentes del CCH Oriente, es igual a cero.

H1. -  $\rho \neq 0$  La correlación entre las variables consumo de alcohol y nivel de depresión en alumnos adolescentes del CCH Oriente, no es igual a cero.

#### VARIABLES DE ESTUDIO

Depresión.

Consumo de alcohol.

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES**

**Consumo de alcohol.**- Se define como consumo de alcohol a la conducta de ingerir bebidas que contengan alcohol. Se refiere a la cantidad de alcohol ingerida por un sujeto en un determinado tiempo.

**Depresión.** - Trastorno en el que el individuo se siente abrumado por sensaciones de tristeza, apatía, sentimiento de culpabilidad y autoreproche. Estado emotivo de actividad psicológica y física baja donde puede presentarse melancolía, tristeza, desaliento y, en ocasiones, sentimientos de fracaso, desesperación, e insuficiencia.

## **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES**

**Consumo de alcohol.**- Se definió como la conducta de alumnos adolescentes del CCH Oriente de ingerir alcohol, conducta que fue obtenida a través de sus respuestas al cuestionario sobre salud en población universitaria, el cual nos proporcionó datos sobre frecuencia, intensidad y duración de la ingesta etílica. Así mismo, se consideró no consumo, si no se presentó la conducta de ingestión etílica durante el último año (es decir en un periodo de 12 meses).

**Depresión .** - Se definió que sufren depresión a alumnos del CCH Oriente los cuales puntuaron con un nivel de depresión subclínico, medio-severo o grave en la escala de depresión de Zung, esto es un índice de depresión mayor de 35. Los niveles de depresión que nos arroja esta escala van desde depresión ausente (20 a 35), depresión subclínica y variantes normales (36 a 51), depresión media-severa (52 a 67) y depresión grave (68 a 100).

## **SUJETOS**

Esta investigación incluyó una muestra de 592 alumnos del CCH Oriente, cuyo único requisito fue el ser adolescentes entre 14 y 20 años de edad y estar actualmente inscritos como alumnos dentro del plantel. La muestra quedó conformada por 291 alumnos de sexo masculino y 301 alumnos de sexo femenino.

## **MUESTREO**

La selección de la muestra de sujetos se llevó a cabo mediante un muestreo probabilístico estratificado.

Para evitar una influencia en el muestreo, se incluyó estudiantes de todos los semestres escolares y de ambos turnos, aproximadamente en igual proporción.

El tamaño de la muestra, estuvo determinado por todos los alumnos presentes el día de la aplicación en los grupos seleccionados aleatoriamente.

El número de grupos seleccionados fue el 8.5 % de la población total de grupos existentes en el plantel, es decir, de 212 grupos se seleccionó a 18 grupos.

Así, se seleccionó aleatoriamente tres grupos de segundo semestre turno matutino, tres grupos de segundo semestre turno vespertino, tres grupos de cuarto semestre turno matutino, tres grupos de cuarto semestre turno vespertino, tres grupos de sexto semestre turno matutino y tres grupos de sexto semestre turno vespertino.

El proceso de selección aleatoria que se empleó, es la selección sistemática de elementos muestrales (Hernández y cols., 1991). Este procedimiento implica seleccionar dentro de una población  $N$  (212 grupos) a un número de elementos  $n$  (18 grupos) a partir de un intervalo  $\{K\}$ , mediante la fórmula  $K = N/n = 212/18 = 11.77$ , así cada 12 grupos de la lista fueron seleccionados.

Vale la pena mencionar, que no se informó previamente a los alumnos de la realización de esta investigación; esto con la finalidad de no alterar los resultados y evitar inasistencia. Así, se llegó a los grupos sólo con la autorización de los directivos del plantel y bajo previo conocimiento de los profesores que impartirían la materia en ese momento, a los cuales se les pidió primero, que no informaran a los alumnos sobre ésta aplicación y segundo, que estuvieran presentes en ese momento.

De esta manera, se realizaron 607 aplicaciones, de las cuales se eliminaron 9 que no cubrían el requisito de edad y 6 que omitieron respuestas al contestar los instrumentos, quedándonos al final 592 sujetos.

Por último, se analizaron las respuestas al cuestionario sobre salud en población universitaria y se separaron los alumnos que reportaron la conducta de consumo de alcohol de los que no la reportaron. Resultado de esto fue la obtención de un porcentaje similar de alumnos consumidores (53.9%) y alumnos no consumidores (46.1%).

## **TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de investigación que se realizó es correlacional (Hernández y cols., 1991). Los estudios correlacionales miden las dos o más variables que se pretende ver, si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. En este caso, la relación existente entre la presencia (cantidad, frecuencia y duración en horas) del consumo de alcohol en adolescentes y el nivel de depresión en estos; así se midieron 2 puntajes, uno obtenido a través del

cuestionario sobre salud en población universitaria y otro obtenido a través de la escala de automedición de la depresión de Zung.

La investigación fue ex post facto (Hernández y cols., 1991) ya que no se tuvo un control directo de variables porque sus manifestaciones ya habían ocurrido o son directamente no manipulables y el estudio fue de campo ya que estuvo encaminado a descubrir o revelar relaciones entre variables sociológicas, psicológicas y educacionales en estructuras sociales reales.

## **DISEÑO**

El diseño del presente estudio incluyó dos grupos, el grupo de consumidores y el grupo de no consumidores. Una vez seleccionada la muestra de alumnos tomada de la población total, se analizaron las respuestas al cuestionario sobre salud en población universitaria y se separó a los sujetos en consumidores y no consumidores, para un posterior análisis de las diferencias de los niveles de depresión en ambos grupos.

## **INSTRUMENTOS Y MATERIALES**

Los instrumentos que se utilizaron en este estudio son: Un cuestionario sobre salud en población universitaria desarrollado por Quiroga y cols. (1999) y la escala de automedición de la depresión de Zung -EAMD- (1965).

El cuestionario pretende dar a conocer datos sobre los patrones de consumo de alcohol de los adolescentes referentes a la cantidad, frecuencia y duración en horas de la ingesta etílica, donde a mayor cantidad, frecuencia y duración de la ingesta se obtendrá un puntaje más alto.

El cuestionario fue desarrollado por Quiroga y colaboradores en 1999, con el propósito de recabar información sobre la salud de estudiantes universitarios, con énfasis sobre el uso de sustancias, tales como: alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, alucinógenos, cocaína, etc, con la finalidad de obtener resultados que puedan servir en la elaboración de programas preventivos de salud dirigidos a los estudiantes.

Este cuestionario consta de 16 preguntas, las cuales arrojan información sobre variables referentes a patrones de consumo de sustancias (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes, anfetaminas y heroína entre otras), consumo de compañeros, consumo familiar, problemas familiares, consideración del propio estado de salud actual, consideración de la severidad del propio consumo, consideración de los problemas causados por el uso de sustancias, bebida alcohólica preferida y motivo de la preferencia. Además de datos personales como sexo, edad, estado civil, estatura, peso, semestre y turno (ver apéndice 1).

Las instrucciones que se dan a los sujetos de la aplicación son las siguientes: "Lee cuidadosamente cada una de las preguntas que se presentan a continuación



y marca con una cruz la respuesta que mejor refleje tu conducta en relación a lo que se pregunta".

El tiempo de administración aproximado es de 10 a 15 minutos.

El cuestionario tiene un índice de confiabilidad alfa Cronbach = .83

La escala de automecisión de la depresión, fue elaborada por el Dr. Zung en 1965 ante la necesidad de medir la depresión de una forma sencilla y bajo los criterios de sintoma, afecto o enfermedad psiquiátrica. La necesidad de correlacionar la presencia y severidad de la depresión con otros parámetros, hicieron necesario elaborar un instrumento ágil, breve y simple.

Zung, al diseñar su escala, se basó en el análisis factorial de los síntomas característicos de la depresión trabajados por Grinker, Overall y Freedman, mismos que quedan integrados en tres factores o criterios usados para el diagnóstico clínico. Estos criterios son los siguientes:

-Afecto profundo.

-Equivalentes o concomitantes fisiológicos.

-Concomitantes psicológicos.

La escala consta de 20 reactivos que engloban los síntomas de la depresión, de los cuales 10 indican sintomatología positiva y 10 indican sintomatología negativa.

A los sujetos se les pide que respondan como se aplica a ellos, al tiempo de contestar la escala, cada uno de los 20 reactivos, en los siguientes 4 términos: Ninguna o muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente (Ver apéndice 2). Puntuando los valores de la escala de 1,2,3 y 4 en cada reactivo dependiendo si es positivo o negativo. De tal manera que el sujeto menos deprimido y con menos lamentaciones tenga un puntaje bajo sobre la escala y el más deprimido y con más lamentaciones tenga un puntaje alto.

Un índice para la escala es obtenido, dividiendo la suma de los valores obtenidos (puntajes crudos), sobre el puntaje máximo posible de 80 y multiplicado por 100.

La versión castellana (Conde, Escriba, Izquierdo y Recio, 1969; Conde, Escriba e Izquierdo, 1970; Conde y Esteban, 1974; Conde, Esteban y Useros, 1976; Conde y Franch, 1984) da los siguientes valores para los grupos de validación utilizados: depresión ausente entre 20 y 35; depresión subclínica y variantes normales entre 36 y 51; depresión media-severa entre 52 y 67, y depresión grave (opcionalmente hospitalizable) entre 68 y 100. (En Buela y cols., 1996)

Esta escala es de tipo autoinforme y tiene un tiempo de administración aproximado de 10 a 15 minutos.

Tiene una fiabilidad (dos mitades):  $r = .73$  alfa =  $.79$  y una validez concurrente:  $r = .56$  a  $.80$  con otras escalas de autoinforme y  $r = .69$  con puntuaciones clínicas.

## CONTROL DE VARIABLES EXTRAÑAS

Para evitar algunas dificultades metodológicas que se han presentado en estudios anteriores, en este estudio:

- a) Se delimitó muy bien las características del universo poblacional a estudiar.

- b) Se les aplicó los instrumentos sin estar bajo los efectos de la intoxicación alcohólica.
- c) Los niveles de depresión se obtuvieron por medio de una escala validada "Escala de automedición de la depresión de Zung" (EAMD) (1965).
- d) Mediante un cuestionario se obtuvo de manera específica los datos sobre patrones de consumo de alcohol referentes a cantidad, frecuencia y duración de la ingesta etílica.
- e) Al ser estudiantes del CCH, pudieron surgir problemas para el reporte del autoconsumo de alcohol, por temor a reprimendas; por lo tanto, se dejó claro que sus respuestas serían anónimas y no les causarían perjuicio alguno.

## PROCEDIMIENTO

Ya que el estudio se realizó con alumnos del plantel CCH Oriente de la UNAM, fue necesario solicitar la autorización y el apoyo de los directivos de dicho plantel, a los cuales se les explicó en que consistía la investigación (procedimiento y finalidad) y se les pidió su participación en cuanto a la necesidad de que nos proporcionaran una relación de todos los grupos existentes en el plantel por semestre y horario, así como que se nos permitiera un espacio de tiempo dentro de los horarios de clase de los grupos seleccionados para realizar la aplicación de los instrumentos.

Mediante un muestreo aleatorio estratificado, se seleccionó a los grupos que conformaron nuestra muestra. Así, una vez obtenida la lista de los grupos existentes en el plantel, se utilizó la fórmula de selección sistemática, la cual nos indicó seleccionar cada 12 grupos de la lista, quedándonos al final con 18 grupos. Posteriormente ya con la lista de grupos seleccionados, se habló con los directivos para que nos recomendaran a los profesores de estos grupos más accesibles, para dejarnos utilizar su horario de clase. Una vez localizados estos profesores se les explicó la finalidad de la investigación y se les pidió nos dieran una cita dentro de su horario de clase para realizar la aplicación de los instrumentos, también se les pidió que no anticiparan a sus alumnos de la realización de esta aplicación con el fin de no alterar los resultados y que los alumnos de todos los grupos recibieran la misma información, además con el fin de evitar la inasistencia intencional el día de la aplicación. Con la finalidad de hacer más formal la aplicación y mantener el orden, se pidió a los profesores permanecieran ese día en el momento de la aplicación.

El día de la aplicación se les explicó a los alumnos de la importancia de la investigación, solicitándoles su colaboración y veracidad en sus respuestas, explicándoles que su participación es completamente voluntaria y que sus respuestas son confidenciales y por lo tanto no los comprometerían en absoluto.

También se les incitó a expresar sus dudas sobre cualquier pregunta que pudiera no quedarles clara, recalcándoles la importancia de no dejar ninguna respuesta en blanco.

Así se les aplicó los 2 instrumentos (cuestionario sobre salud en población universitaria y escala de automedición de la depresión de Zung). Las indicaciones para la aplicación del cuestionario fueron las siguientes: "Contesta este cuestionario, sin dejar ninguna respuesta en blanco y con la mayor veracidad posible, ya que tus respuestas son confidenciales y no te comprometerán en absoluto". Para la aplicación del EAMD se les indicó: "Esta prueba consta de 20 preguntas, al lado derecho y en la parte superior se encuentran cuatro posibles respuestas que son: ninguna o muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente. Es importante que contestes todas las preguntas y sólo des una respuesta por pregunta, si no hay una respuesta específica que sientas se aplique a ti, debes anotar la más próxima a tu situación actual".

Cabe mencionar que las dos pruebas iban engrapadas a fin de lograr un control más exacto, de tal manera que al analizar los datos se tuviera la certeza de que estos correspondían al mismo sujeto.

Posteriormente se analizaron las respuestas al cuestionario sobre salud en población universitaria, con la finalidad de separar los alumnos que consumen alcohol de los que no lo hacen, los cuales sirvieron de grupo control, esto con la finalidad de obtener una mayor confiabilidad en los resultados, al encontrar una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados de las medias de la escala de depresión de Zung de ambos grupos.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Finalmente se codificaron las respuestas de cada sujeto sobre una base de datos de Excel y se procedió a realizar el análisis estadístico con la ayuda del programa SPSS 10, del cual se utilizaron las siguientes pruebas:

Estadística descriptiva (frecuencias absolutas, frecuencias relativas, frecuencias acumuladas, media, moda, mediana, desviación estándar y varianza) para cada una de las respuestas del cuestionario y de la escala de automedición de la depresión de Zung.

Correlación de Spearman, para obtener los niveles de correlación existente entre las variables niveles de depresión y patrones de consumo etílico (cantidad, frecuencia y duración de la ingesta); así como los niveles de correlación entre estos patrones de consumo y cada uno de los reactivos de la escala de depresión de Zung; también se correlacionó la cantidad de tabaco diario consumida y los niveles de depresión; la cantidad diaria de tabaco consumida y los patrones de

consumo ético. La correlación entre los niveles de depresión y los patrones de consumo ético, también se realizó de manera separada por sexo.

Prueba de la  $\chi^2$  para obtener la correlación existente entre sexo y niveles de depresión, así como entre edad y niveles de depresión.

Prueba t para conocer si había diferencia estadísticamente significativa en las medias de los niveles de depresión de ambos grupos (consumidores de alcohol y no consumidores).

Además, mediante un cruce de variables (crosstabs), se realizó un análisis descriptivo de los porcentajes de la duración y frecuencia de consumo de alcohol según los niveles de depresión.

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS**

#### **ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA**

Se encontraron los siguientes resultados relativos a las características de los sujetos que conformaron la muestra y la frecuencia con que se presentan estas características dentro de cada grupo (alumnos consumidores de alcohol y alumnos no consumidores de alcohol).

#### **CONSUMO DE ALCOHOL**

se encontró que del total de la muestra (592 alumnos) el 46.1% son alumnos no consumidores, mientras que el 53.9% son alumnos consumidores, es decir, han consumido alcohol durante el último año.

#### **EDAD**

Con respecto a la edad se encontró el 0.7% de la muestra con una edad de 14 años, el 11.0% con 15 años, el 27.7% con 16 años, el 30.7% con 17 años, el 19.4% con 18 años, el 5.6% con 19 años y el 4.9% con 20 años.

La media de edad fue de 16.94, la mediana de 17, la desviación estándar de 1.28 y la varianza de 1.63.

Dentro del grupo de alumnos no consumidores de alcohol, el 0.7% tenía 14 años, el 13.1% tenía 15 años, el 33.9% tenía 16 años, el 26.6% tenía 17 años, el 18.6% tenía 18 años, el 3.6% tenía 19 años y el 3.3% tenía 20 años. La media de edad para este grupo fue de 16.73 años.

Dentro del grupo de alumnos consumidores de alcohol, el 0.6% tenía 14 años, el 9.1% tenía 15 años, el 22.6% tenía 16 años, el 34.2% tenía 17 años, el 20.1% tenía 18 años, el 7.2% tenía 19 años y el 6.3% tenía 20 años. La media de edad para este grupo fue de 17.10 años. (Ver tabla 1).

**TABLA 1**

<b>EDAD</b>	<b>TOTAL MUESTRA</b>	<b>NO CONSUMIDORES</b>	<b>CONSUMIDORES</b>
<b>14 AÑOS</b>	0.7%	0.7%	0.6%
<b>15 AÑOS</b>	11%	13.1%	9.1%
<b>16 AÑOS</b>	27.7%	33.9%	22.6%
<b>17 AÑOS</b>	30.7%	26.6%	34.2%
<b>18 AÑOS</b>	19.4%	18.6%	20.1%
<b>19 AÑOS</b>	5.6%	3.6%	7.2%
<b>20 AÑOS</b>	4.9%	3.3%	6.3%

**SEXO**

Con respecto al sexo el 49.2% de la muestra fue de sexo masculino, mientras que el 50.8% de la muestra fue de sexo femenino.

Dentro del grupo de alumnos no consumidores de alcohol, el 46.4% fue de sexo masculino, mientras que el 53.6% fue de sexo femenino.

Dentro del grupo de alumnos consumidores de alcohol, el 51.4% fue de sexo masculino, mientras que el 48.6% fue de sexo femenino (Ver tabla 2).

TABLA 2

SEXO	TOTAL MUESTRA	NO CONSUMIDORES	CONSUMIDORES
MASCULINO	49.2%	46.4%	51.4%
FEMENINO	50.8%	53.6%	48.6%

**SEMESTRE**

Con respecto al semestre, 29.7% de la muestra fue de segundo semestre, 38.8% de cuarto semestre y 33.4% de sexto semestre.

Dentro del grupo de alumnos no consumidores el 33.2% fue de segundo semestre, el 38.7% fue de cuarto semestre y el 28.1% fue de sexto semestre.

Dentro del grupo de alumnos consumidores el 27.0% fue de segundo semestre, el 35.1% fue de cuarto semestre y el 37.9% fue de sexto semestre (Ver tabla 3).

TABLA 3

SEMESTRE	TOTAL MUESTRA	NO CONSUMIDORES	CONSUMIDORES
SEGUNDO	29.7%	33.2%	27.0%
CUARTO	38.8%	38.7%	35.1%
SEXTO	33.4%	28.1%	37.9%

**TURNO**

Con respecto al turno el 58.1% de la muestra fue del turno matutino, mientras que el 41.9% de la muestra fue del turno vespertino.

Dentro del grupo de alumnos no consumidores el 60.2% fue del turno matutino, mientras que el 39.8% fue del turno vespertino.

Dentro del grupo de alumnos consumidores el 56.4% fue del turno matutino, mientras que el 43.6% fue del turno vespertino (Ver tabla 4).

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

TABLA 4

TURNO	TOTAL MUESTRA	NO CONSUMIDORES	CONSUMIDORES
MATUTINO	58.1%	60.2%	56.4%
VESPERTINO	41.9%	39.8%	43.6%

### CONSUMO DE TABACO.

55.1% de los alumnos de la muestra no consume ningún cigarro por día, 41.7% consume de 1 a 5 cigarros por día y 3.2% consume de 6 a 15 cigarros por día.

Dentro del grupo de alumnos no consumidores de alcohol, el 78.8% no consume ningún cigarro por día, 20.1% consume de 1 a 5 cigarros por día y 1.1% consume de 6 a 15 cigarros por día.

Dentro del grupo de alumnos consumidores de alcohol, el 34.8% no consume ningún cigarro por día, 60.2% consume de 1 a 5 cigarros por día y 5.0% consume de 6 a 15 cigarros por día (Ver tabla 5).

TABLA 5

CANTIDAD DE CIGARROS CONSUMIDOS POR DÍA	TOTAL MUESTRA	NO CONSUMIDORES	CONSUMIDORES
NINGUNO	55.1%	78.8%	34.8%
DE 1 A 5	41.7%	20.1%	60.2%
DE 6 A 15	3.2%	1.1%	5.0%

### CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS

El 74.7% de la muestra total ha consumido alguna vez en la vida alcohol, de esos el 53.9% lo sigue consumiendo actualmente; con respecto al consumo de tabaco el 63.9% lo ha consumido alguna vez, de esos el 47% lo sigue consumiendo actualmente; con respecto al consumo de marihuana el 9.5% la ha consumido alguna vez en la vida, de esos el 3.9% la sigue consumiendo actualmente; con respecto al consumo de cocaína el 7.3% la ha consumido alguna vez en la vida, de esos el 3.4% la sigue consumiendo actualmente; el 3.0% ha consumido alguna vez en la vida inhalables, de esos el 0.3% los sigue consumiendo actualmente; con respecto al consumo de tranquilizantes el 3.9% los ha consumido alguna vez en la vida, de esos el 2.5% los sigue consumiendo actualmente; el 3.9% ha consumido alguna vez en la vida anfetaminas, de esos el 0.3% las sigue consumiendo actualmente; el 0.8% ha consumido alguna vez en la vida heroína, de esos el 0.3% la sigue consumiendo actualmente (Ver tabla 6).

TABLA 6

	SUSTANCIA CONSUMIDA ALGUNA VEZ EN LA VIDA		SUSTANCIA CONSUMIDA ACTUALMENTE O DURANTE EL ÚLTIMO AÑO	
	NO	SI	NO	SI
ALCOHOL	25.3%	74.7%	46.1%	53.9%
TABACO	36.1%	63.9%	53.0%	47.0%
MARIHUANA	90.5%	9.5%	96.1%	3.9%
COCAÍNA	92.7%	7.3%	96.6%	3.4%
INHALABLES	97.0%	3.0%	99.7%	0.3%
TRANQUILIZANTES	96.1%	3.9%	97.5%	2.5%
ANFETAMINAS	97.6%	3.9%	99.7%	0.3%
HEROÍNA	99.2%	0.8%	99.7%	0.3%

#### CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS POR GRUPOS (No consumidores de alcohol y consumidores de alcohol)

Refiriéndonos al grupo de alumnos consumidores de alcohol, el 80.9% ha consumido tabaco alguna vez en la vida, el 15% ha consumido marihuana alguna vez en la vida, el 11.3% ha consumido cocaína alguna vez en la vida, el 5% ha consumido inhalables alguna vez en la vida, el 6% ha consumido tranquilizantes alguna vez en la vida, el 6% ha consumido anfetaminas alguna vez en la vida y el 1.3% ha consumido heroína alguna vez en la vida.

Refiriéndonos al grupo de alumnos no consumidores de alcohol, el 45.3% ha consumido alcohol alguna vez en la vida (es importante remarcar que se consideró como alumnos no consumidores a quienes no presentaron la conducta de ingestión alcohólica durante el último año), el 44.2% ha consumido tabaco alguna vez en la vida, el 2.9% ha consumido marihuana alguna vez en la vida, el 2.6% ha consumido cocaína alguna vez en la vida, el 0.7% ha consumido inhalables alguna vez en la vida, el 1.5% ha consumido tranquilizantes alguna vez en la vida, el 0.4% ha consumido anfetaminas alguna vez en la vida y el 0.4% ha consumido heroína alguna vez en la vida.

Con respecto a las sustancias consumidas actualmente, tenemos que, refiriéndonos específicamente al grupo de alumnos consumidores de alcohol, el 68.7% consume actualmente tabaco, el 6.3% consume actualmente marihuana, el 5.3% consume actualmente cocaína, el 0.6% consume actualmente inhalables, el 3.4% consume actualmente tranquilizantes, el 0.3% consume actualmente anfetaminas y el 0.3% consume actualmente heroína. Refiriéndonos al grupo de alumnos no consumidores de alcohol, tenemos que, el 21.5% consume actualmente tabaco, el 1.1% consume actualmente marihuana, el 1.1% consume actualmente cocaína, el 0% consume actualmente inhalables, el 1.5% consume actualmente tranquilizantes, el 0.4% consume actualmente anfetaminas y el 0.4% consume actualmente heroína (Ver tabla 7).



TABLA 7

	NO CONSUMIDORES	CONSUMIDORES
ALCOHOL CONSUMO ALGUNA VEZ	45.3%	100%
ALCOHOL CONSUMO ACTUAL	0%	100%
TABACO CONSUMO ALGUNA VEZ	44.2%	80.9%
TABACO CONSUMO ACTUAL	21.5%	68.7%
MARIHUANA CONSUMO ALGUNA VEZ	2.9%	15.0%
MARIHUANA CONSUMO ACTUAL	1.1%	6.3%
COCAÍNA CONSUMO ALGUNA VEZ	2.6%	11.3%
COCAÍNA CONSUMO ACTUAL	1.1%	5.3%
INHALABLES CONSUMO ALGUNA VEZ	0.7%	5.0%
INHALABLES CONSUMO ACTUAL	0%	0.6%
TRANQUILIZANTES CONSUMO ALGUNA VEZ	1.5%	6.0%
TRANQUILIZANTES CONSUMO ACTUAL	1.5%	3.4%
ANFETAMINAS CONSUMO ALGUNA VEZ	0.4%	6.0%
ANFETAMINAS CONSUMO ACTUAL	0.4%	0.3%
HEROÍNA CONSUMO ALGUNA VEZ	0.4%	1.3%
HEROÍNA CONSUMO ACTUAL	0.4%	0.3%

#### PRESENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA

Se encontró dentro del grupo de alumnos no consumidores que el 41.2% tenía algún familiar que consumía alcohol; mientras que dentro del grupo de alumnos consumidores el 60.8% tenía algún familiar que consumía alcohol (Ver tabla 8).

TABLA 8

ALCOHOL	NO CONSUMIDORES	CONSUMIDORES
NO CONSUMO FAMILIAR	58.8%	39.2%
CONSUMO FAMILIAR	41.2%	60.8%

#### PRESENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN COMPAÑEROS

Se encontró dentro del grupo de alumnos no consumidores que el 67.2% tenía algún compañero que consumía alcohol; mientras que dentro del grupo de alumnos consumidores el 85.9% tenía algún compañero que consumía alcohol (Ver tabla 9).

TABLA 9

ALCOHOL	NO CONSUMIDORES	CONSUMIDORES
NO CONSUMO COMPAÑEROS	32.8%	14.1%
CONSUMO COMPAÑEROS	67.2%	85.9%

### NIVELES DE DEPRESIÓN

El 1.6 % de los sujetos de la muestra se encontró en la categoría de **DEPRESIÓN AUSENTE** (índices de depresión manifestados de 25 a 35), el 38.5 % en la de **DEPRESIÓN SUBCLÍNICA Y VARIANTES NORMALES** (índices de depresión manifestados de 36.25 a 51.25), el 57.8 % en la de **DEPRESIÓN MEDIA SEVERA** (índices de depresión manifestados de 52.5 a 67.5), el 2 % en la de **DEPRESIÓN GRAVE** (índices de depresión manifestados de 68.75 a 77.5). La moda (8.3% de la muestra) estuvo en un índice de depresión de 41 (depresión subclínica y variantes normales), la media estuvo en un índice de depresión de 42.67, la mediana encontrada fue de 43, la desviación estándar de 5.65 y la varianza de 31.97. (ver tabla 1, niveles de depresión)

Con respecto a los niveles de depresión de los sujetos no consumidores, tenemos que, el 2.9% se encontró en la categoría de depresión ausente, el 42.5% se encontró en la categoría de depresión subclínica y variantes normales, el 53.1% se encontró en la categoría de depresión media-severa y el 1.5% de la población se encontró en la categoría de depresión grave.

Con respecto a los niveles de depresión de los sujetos consumidores, tenemos que, el 0.3% se encontró en la categoría de depresión ausente, el 35.2% se encontró en la categoría de depresión subclínica y variantes normales, el 60% se encontró en la categoría de depresión media-severa y el 2.5% de la población se encontró en la categoría de depresión grave (Ver tabla 10).

TABLA 10

NIVEL DE DEPRESIÓN	MUESTRA TOTAL	NO CONSUMIDORES	CONSUMIDORES
AUSENTE	1.6%	2.9%	0.3%
SUBCLÍNICA	38.5%	42.5%	35.2%
MEDIA-SEVERA	57.8%	53.1%	60%
GRAVE	2.0%	1.5%	2.5%

## PATRONES DE CONSUMO ALCOHÓLICO

Con respecto a los patrones de consumo del grupo de alumnos consumidores de alcohol y tomando en cuenta al 46.1% de alumnos no consumidores, tenemos que:

### FRECUENCIA

En lo que respecta a la frecuencia con que consumen alcohol, el 6.3% lo consume 1 o 2 veces al año, el 24% lo consume 1 vez al mes, el 5.6% lo consume 2 veces al mes, el 9% lo consume 3 veces al mes, el 7.1% lo consume 2 veces a la semana, el 0.8% lo consume 3 veces a la semana, el 0.7% lo consume 4 veces a la semana y el 0.5% lo consume diario (Ver tabla 11).

TABLA 11

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL	
No consumo	46.1%
1 o 2 veces al año	6.3%
1 vez al mes	24.0%
2 veces al mes	5.6%
3 veces al mes	9.0%
2 veces a la semana	7.1%
3 veces a la semana	0.8%
4 veces a la semana	0.7%
Diario	0.5%

### CANTIDAD

En lo que respecta a la cantidad de alcohol consumida por cada ocasión de consumo, el 0.3% consume 7 copas por ocasión, el 4.2% consume 8 copas por ocasión, el 6.8% consume 9 copas por ocasión, el 4.1% consume 10 copas por ocasión, el 4.7% consume 11 copas por ocasión, el 2.9% consume 12 copas por ocasión, el 3% consume 13 copas por ocasión, el 3% consume 14 copas por ocasión, el 1.9% consume 15 copas por ocasión, el 2.7% consume 16 copas por ocasión, el 1.9% consume 17 copas por ocasión, el 2.9% consume 18 copas por ocasión, el 2.7% consume 19 copas por ocasión, el 2.2% consume 20 copas por ocasión y el 10.6% consume más de 20 copas por ocasión (Ver tabla 12). Se encontró una media de 8.80, una mediana de 8, una desviación estándar de 10.35 y una varianza de 107.15 (Ver tabla 12).

TABLA 12

<b>CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDA</b>	
<b>No consumo</b>	46.1%
<b>7 copas</b>	0.3%
<b>8 copas</b>	4.2%
<b>9 copas</b>	6.8%
<b>10 copas</b>	4.1%
<b>11 copas</b>	4.7%
<b>12 copas</b>	2.9%
<b>13 copas</b>	3.0%
<b>14 copas</b>	3.0%
<b>15 copas</b>	1.9%
<b>16 copas</b>	2.7%
<b>17 copas</b>	1.9%
<b>18 copas</b>	2.9%
<b>19 copas</b>	2.7%
<b>20 copas</b>	2.2%
<b>Más de 20 copas</b>	10.6%

### **CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDA SEGÚN EL TIPO DE BEBIDA**

Con respecto a la cantidad de alcohol consumida por ocasión según el tipo de bebida, tenemos que; con respecto al vino el 26.3% no consume ninguna copa por ocasión, el 6.6% consume 1 copa, el 5.9% consume 2 copas, el 6.3% consume 3 copas, el 1.9% consume 4 copas, el 2.4% consume 5 copas, el 1.5% consume 6 copas, el 0.7% consume 8 copas, el 1.2% consume 10 copas, el 0.3% consume 12 copas, el 0.2% consume 14 copas, el 0.5% consume 15 copas, y el 0.2% consume 19 o más copas; con respecto a la cerveza el 18% no consume ninguna copa por ocasión, el 7.6% consume 1 copa, el 5.9% consume 2 copas, el 7.1% consume 3 copas, el 4.1% consume 4 copas, el 3.2% consume 5 copas, el 2.9% consume 6 copas, el 0.7% consume 7 copas, el 0.7% consume 8 copas, el 0.3% consume 9 copas, el 1.7% consume 10 copas, el 0.2% consume 11 copas, el 0.7% consume 12 copas, el 0.2% consume 13 copas, el 0.2% consume 14 copas, el 0.2% consume 15 copas, el 0.2% consume 17 copas y el 0.2% consume 19 o más copas; con respecto a los "coolers" el 28.5% no consume ninguna copa por ocasión, el 7.8% consume 1 copa, el 5.7% consume 2 copas, el 4.6% consume 3 copas, el 2.7% consume 4 copas, el 1.9% consume 5 copas, el 0.8% consume 6 copas, el 0.5% consume 7 copas, el 0.5% consume 8 copas, el 0.3% consume 10 copas, el 0.3% consume 15 copas y el 0.2% consume 19 o más copas; con respecto a las "Q-bitas" el 48.8% no consume ninguna copa por

ocasión, el 1.5% consume 1 copa, el 1.4% consume 2 copas, el 0.3% consume 3 copas, el 0.8% consume 4 copas, el 0.3% consume 5 copas, el 0.2% consume 6 copas, el 0.2% consume 7 copas, el 0.2% consume 9 copas y el 0.2% consume 10 copas; con respecto al pulque el 51.8% no consume ninguna copa por ocasión, el 0.8% consume 1 copa, el 0.3% consume 2 copas, el 0.2% consume 3 copas, el 0.2% consume 4 copas, el 0.2% consume 5 copas, el 0.2% consume 7 copas y el 0.2% consume 10 copas; con respecto al alcohol puro el 53.2% no consume ninguna copa por ocasión, el 0.2% consume 1 copa y el 0.3% consume 2 copas; y en lo que respecta al tequila el 16.7% no consume ninguna copa por ocasión, el 6.9% consume 1 copa, el 6.8% consume 2 copas, el 5.1% consume 3 copas, el 5.4% consume 4 copas, el 4.4% consume 5 copas, el 2.2% consume 6 copas, el 1.4% consume 7 copas, el 1% consume 8 copas, el 0.2% consume 9 copas, el 2% consume 10 copas, el 0.2% consume 11 copas, el 0.7% consume 12 copas, el 0.2% consume 13 copas, el 0.7% consume 15 copas y el 0.2% consume 19 o más copas (Ver tabla 13).

TABLA 13

	Vino	Cerveza	Coolers	Q-bitas	Pulque	Alcohol puro	Tequila
<b>NO CONS.</b>	46.1	46.1	46.1	46.1	46.1	46.1	46.1
<b>NINGUNA</b>	26.3	18	28.5	48.8	51.8	53.2	16.7
<b>1 COPA</b>	6.6	7.6	7.8	1.5	0.8	0.2	6.9
<b>2 COPAS</b>	5.9	5.9	5.7	1.4	0.3	0.3	6.8
<b>3 COPAS</b>	6.3	7.1	4.6	0.3	0.2	0	5.1
<b>4 COPAS</b>	1.9	4.1	2.7	0.8	0.2	0	5.4
<b>5 COPAS</b>	2.4	3.2	1.9	0.3	0.2	0	4.4
<b>6 COPAS</b>	1.5	2.9	0.8	0.2	0	0	2.2
<b>7 COPAS</b>	0	0.7	0.5	0.2	0.2	0	1.4
<b>8 COPAS</b>	0.7	0.7	0.5	0	0	0	1.0
<b>9 COPAS</b>	0	0.3	0	0.2	0	0	0.2
<b>10 COPAS</b>	1.2	1.7	0.3	0.2	0.2	0	2.0
<b>11 COPAS</b>	0	0.2	0	0	0	0	0.2
<b>12 COPAS</b>	0.3	0.7	0	0	0	0	0.7
<b>13 COPAS</b>	0	0.2	0	0	0	0	0.2
<b>14 COPAS</b>	0.2	0.2	0	0	0	0	0
<b>15 COPAS</b>	0.5	0.2	0.3	0	0	0	0.7
<b>16 COPAS</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>17 COPAS</b>	0	0.2	0	0	0	0	0
<b>18 COPAS</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>19 O MÁS</b>	0.2	0.2	0.2	0	0	0	0.2

## DURACIÓN

En lo que respecta a la duración de la ingesta alcohólica por cada ocasión de consumo, el 19.8% dura 1 hora o menos bebiendo, el 7.9% dura 2 horas bebiendo, el 8.8% dura 3 horas bebiendo, el 7.1% dura 4 horas bebiendo, el 4.4% dura 5 horas bebiendo, el 2.2% dura 6 horas bebiendo, el 0.7% dura 7 horas bebiendo, el 1.5% dura 8 horas bebiendo, el 0.2% dura 9 horas bebiendo y el 1.4% dura 10 o más horas bebiendo (Ver tabla 13). Se encontró una media de 1.57, una mediana de 1, una desviación estándar de 2.16 y una varianza de 4.65 (Ver tabla 14).

TABLA 14

<b>DURACIÓN DE LA INGESTA</b>	
<b>No consumo</b>	46.1%
<b>1 hora o menos</b>	19.8%
<b>2 horas</b>	7.9%
<b>3 horas</b>	8.8%
<b>4 horas</b>	7.1%
<b>5 horas</b>	4.4%
<b>6 horas</b>	2.2%
<b>7 horas</b>	0.7%
<b>8 horas</b>	1.5%
<b>9 horas</b>	0.2%
<b>10 o más horas</b>	1.4%

## CONSIDERACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL PROPIO CONSUMO ALCOHÓLICO

El 34.9% considera su consumo alcohólico leve, el 17.4% lo considera moderado, el 1.5% lo considera severo y el 46.1% de los sujetos no consumen alcohol (Ver tabla 15).

TABLA 15

<b>CONSIDERACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL PROPIO CONSUMO ALCOHÓLICO</b>	
<b>No consumo</b>	46.1%
<b>Leve</b>	34.9%
<b>Moderado</b>	17.4%
<b>Severo</b>	1.5%

**BEBIDA ALCOHÓLICA PREFERIDA**

Esta categoría incluye las respuestas de ambos grupos (consumidores y no consumidores) y sólo hace referencia a una bebida preferida por cada sujeto. El 43.2% de los alumnos no mostró preferencia por ningún tipo de bebida alcohólica en especial, el 26.2% refirió preferir el tequila, el 17.2% refirió preferir la cerveza, el 7.4% refirió preferir el vino, el 4.1% refirió preferir las cubas, mientras que el 1.9% mencionó otras, entre éstas, preparados dulces, Vodka, Cognac, Whisky, Rompope, etc. (Ver tabla 16).

TABLA 16

<b>BEBIDA ALCOHÓLICA PREFERIDA</b>	
<b>Sin contestar</b>	<b>43.2%</b>
<b>Tequila</b>	<b>26.2%</b>
<b>Cerveza</b>	<b>17.2%</b>
<b>Vino</b>	<b>7.4%</b>
<b>Cubas</b>	<b>4.1%</b>
<b>Otras</b>	<b>1.9%</b>

**MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LOS PATRONES DE CONSUMO ALCOHÓLICO Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN SEPARADAS POR SEXO.**

Con respecto a la duración de la ingesta alcohólica reportada en horas por ocasión de consumo alcohólico, se encontró una media de 1.85 horas en los alumnos de sexo masculino, mientras que se encontró una media de 1.30 horas en los sujetos de sexo femenino.

Con respecto a la cantidad de alcohol consumida en cada ocasión, en los alumnos de sexo masculino se encontró una media de 10.37 copas, mientras que en los de sexo femenino se encontró una media de 7.29 copas.

Con respecto al nivel de depresión, se encontró en los hombres una media de 42, mientras que en las mujeres se encontró una media de 43.31 (ambos puntajes correspondientes a la depresión subclínica y variantes normales) (Ver tabla 17).

TABLA 17

	<b>MASCULINO (291 S.J.)</b>		<b>FEMENINO (301 S.J.)</b>	
	<b>Media</b>	<b>Desv. Std.</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Std.</b>
<b>DURACIÓN</b>	<b>1.85</b>	<b>2.39</b>	<b>1.30</b>	<b>1.87</b>
<b>CANTIDAD</b>	<b>10.37</b>	<b>11.53</b>	<b>7.29</b>	<b>8.81</b>
<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>42</b>	<b>5.99</b>	<b>43.31</b>	<b>5.24</b>

## FRECUENCIA CON QUE SE CONSUME ALCOHOL Y DURACIÓN DE LA INGESTA ALCOHÓLICA SEGÚN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN.

Mediante un cruce de variables se encontraron los porcentajes de la frecuencia, con que se consumía alcohol y la duración de la ingesta alcohólica, según los niveles de depresión obtenidos.

### FRECUENCIA DE CONSUMO ALCOHÓLICO

#### DEPRESIÓN AUSENTE

De los sujetos con depresión ausente el 88.9% no bebe nunca alcohol y el 11.1% bebe 2 veces al mes.

#### DEPRESIÓN SUBCLÍNICA Y VARIANTES NORMALES

De los sujetos con depresión subclínica el 50.8% no bebe nunca alcohol, el 22.9% lo hace una vez al mes, el 5% 2 veces al mes, el 4.5% 3 veces al mes, el 9.5% 2 veces a la semana, el 0.6% 4 veces a la semana, el 0.6% diario y el 6.1% lo hace 1 o 2 veces al año.

#### DEPRESIÓN MEDIA-SEVERA

De los sujetos con depresión media-severa el 42.1% no bebe nunca alcohol, el 24.9% lo hace una vez al mes, el 5.8% 2 veces al mes, el 11.1% 3 veces al mes, el 6.4% 2 veces a la semana, el 1.2% 3 veces a la semana, el 0.9% 4 veces a la semana, el 0.6% diario y el 7.1% lo hace 1 o 2 veces al año.

#### DEPRESIÓN GRAVE

De los sujetos con depresión grave el 33.3% no bebe nunca alcohol, el 25% lo hace una vez al mes, el 25% 3 veces al mes, el 8.3 % diario y el 8.3% lo hace 1 o 2 veces al año ( Ver tabla 18).

TABLA 18

DEPRESIÓN	AUSENTE	SUBCLÍNICA	MEDIA-SEVERA	GRAVE
<b>FRECUENCIA</b>				
<b>NUNCA</b>	88.9%	50.8%	42.1%	33.3%
<b>1 O 2 VECES AL AÑO</b>	0	6.1%	7.1%	8.3%
<b>1 VEZ AL MES</b>	0	22.9%	24.9%	25%
<b>2 VECES AL MES</b>	11.1%	5%	5.8%	0
<b>3 VECES AL MES</b>	0	4.5%	11.1%	25%
<b>2 VECES A LA SEMANA</b>	0	9.5%	6.4%	0
<b>3 VECES A LA SEMANA</b>	0	0	1.2%	0
<b>4 VECES A LA SEMANA</b>	0	0.6%	0.9%	0
<b>DIARIO</b>	0	0.6%	0.6%	0



## DURACIÓN DE LA INGESTA ALCOHÓLICA EN HORAS

### DEPRESIÓN AUSENTE

De los sujetos con depresión ausente el 88.9% no bebe nunca alcohol y el 11.1% restante cuando lo hace dura 2 horas bebiendo.

### DEPRESIÓN SUBCLÍNICA Y VARIANTES NORMALES.

De los sujetos con depresión subclínica y variantes normales el 50.8% no bebe nunca alcohol, el 21.3% cuando lo hace dura 1 hora bebiendo, el 4.5% dura 2 horas, el 9.5% 3 horas, el 6.7% 4 horas, el 1.7% 5 horas, el 2.2% 6 horas el 0.6% 7 horas el 1.1% 8 horas y el 1.7% 10 o más horas.

### DEPRESIÓN MEDIA-SEVERA

De los sujetos con depresión media-severa el 42.1% no bebe nunca alcohol, el 21.1% cuando lo hace dura 1 hora bebiendo, el 9.1% dura 2 horas, el 9.4% 3 horas, el 8.2% 4 horas, el 5.3% 5 horas, el 1.5% 6 horas, el 0.6% 7 horas, el 1.5% 8 horas, el 0.3% 9 horas y el 1.2% 10 o más horas.

### DEPRESIÓN GRAVE

De los sujetos con depresión grave el 33.3% no bebe nunca alcohol, el 25% dura 2 horas, el 8.3% 5 horas, el 16.7% 6 horas, el 8.3% 7 horas y el 8.3% 10 ó más horas (Ver tabla 19).

TABLA 19

DEPRESIÓN DURACIÓN	AUSENTE	SUBCLÍNICA	MEDIA-SEVERA	GRAVE
NO CONSUMO	88.9%	50.8%	42.1%	33.3%
1 HORA	0	21.3%	2.1%	0
2 HORAS	11.1%	4.5%	9.1%	25%
3 HORAS	0	9.5%	9.4%	0
4 HORAS	0	6.7%	8.2%	0
5 HORAS	0	1.7%	5.3%	8.5%
6 HORAS	0	2.2%	1.5%	16.7%
7 HORAS	0	0.6%	0.6%	8.3%
8 HORAS	0	1.1%	1.5%	0
9 HORAS	0	0	0.3%	0
10 O MÁS HRS.	0	1.7%	1.2%	8.3%

### **LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS QUE SE MANIFESTARON MENOS ENTRE LOS ADOLESCENTES DE ESTE ESTUDIO, FUERON:**

Más de las  $\frac{3}{4}$  partes (80.7%) ninguna o muy pocas veces cree que les haría un favor a los demás muriéndose (**aspectos ideacionales: rumiación suicida**).

Más de las  $\frac{3}{4}$  partes (76.7%) manifestó que ninguna o muy pocas veces tenía molestias de constipación (**disturbios gastrointestinales**).

Más de las  $\frac{3}{4}$  partes (76%) manifestó que ninguna o muy pocas veces el corazón les latía más aprisa que de costumbre (**disturbios cardiovasculares: taquicardia**).

Más de la mitad (69.9%) manifestó que ninguna o muy pocas veces notaban que estuvieran perdiendo peso (**pérdida de peso**).

Más de la mitad (68.4%) manifestó que ninguna o muy pocas veces se cansaban sin hacer nada (**disturbios musculoesqueléticos: fatiga**).

Más de la mitad (64.4%) manifestó que ninguna o muy pocas veces presentaba accesos de llanto o deseos de llorar (**accesos de llanto**).

Más de la mitad (54.6%) reportó que continuamente tenía esperanzas en el futuro (**aspectos ideacionales: desesperanza**).

Más de la mitad (53.9%) manifestó que ninguna o muy pocas veces le costaba trabajo dormirse en la noche (**disturbios rítmicos en el sueño**).

### **LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS QUE MANIFESTARON MÁS DEL 10% DE LOS ADOLESCENTES DE ESTE ESTUDIO, FUERON:**

29.7% afirmó que ninguna o muy pocas veces comía igual que antes solía hacerlo (**disturbios rítmicos: apetito**).

13.9% afirmó que ninguna o muy pocas veces se sentía mejor en la mañana (**disturbios rítmicos: variaciones diurnas**).

11.8% afirmó que ninguna o muy pocas veces tenía la mente tan clara como antes (**aspectos ideacionales: confusión**).

11.7% afirmó que ninguna o muy pocas veces les resultaba fácil tomar decisiones (**aspectos ideacionales: indecisión**).

10.8% afirmó que ninguna o muy pocas veces les resultaba fácil hacer las cosas que acostumbraba (**actividad psicomotora: retardo**).

10.8% afirmó que continuamente se sentía intranquilo y no podía mantenerse quieto (**actividad psicomotora: agitación**).

## ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Usando la prueba de correlación de Spearman (Hernández y cols., 1991), se encontraron los siguientes coeficientes de correlación y sus correspondientes niveles de significancia.

### PATRONES DE CONSUMO ALCOHÓLICO

Se encontró una correlación significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre la **frecuencia** de consumo y la **duración** de la ingesta = **.831**

Se encontró una correlación significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre la **frecuencia** de consumo y la **cantidad** de alcohol consumida = **.839**

Se encontró una correlación significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre la **cantidad** de alcohol consumida y la **duración** de la ingesta = **.941**

### PATRONES DE CONSUMO ALCOHÓLICO Y NIVELES DE DEPRESIÓN

Se encontró una correlación baja, significativa al nivel .01 (.005) 2 colas, entre los **niveles de depresión** y la **duración** de la ingesta (hrs.) = **.115**

Se encontró una correlación baja, significativa al nivel .05 (.018) 2 colas, entre los **niveles de depresión** y la **cantidad** de alcohol consumida = **.098**

No se encontró correlación significativa entre los niveles de depresión y la frecuencia de consumo alcohólico.

## CORRELACIÓN ENTRE LOS PATRONES DE CONSUMO ALCOHÓLICO Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN SEPARADOS POR SEXO

### MASCULINO

Se encontró una correlación media-baja, significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre la **frecuencia** de consumo y la **duración** de la ingesta = **.364**

Se encontró una correlación significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre la **frecuencia** de consumo y la **cantidad** de alcohol consumida = **.441**

Se encontró una correlación significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre la **cantidad** de alcohol consumida y la **duración** de la ingesta = **.769**

Se encontró una correlación baja, significativa al nivel .01 (.008) 2 colas, entre los **niveles de depresión** y la **frecuencia** de consumo alcohólico = **.155**

Se encontró una correlación baja, significativa al nivel .05 (.030) 2 colas, entre los **niveles de depresión** y la **cantidad** de alcohol consumida = **.128**

No se encontró correlación entre los niveles de depresión y la duración de la ingesta alcohólica.

### FEMENINO

Se encontró una correlación baja, significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre la **frecuencia** de consumo y la **duración** de la ingesta = **.281**

Se encontró una correlación media-baja, significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre la **frecuencia** de consumo y la **cantidad** de alcohol consumida = **.393**

Se encontró una correlación significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre la **cantidad** de alcohol consumida y la **duración** de la ingesta = **.789**

Se encontró una correlación baja, significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre los **niveles de depresión** y la **duración** de la ingesta alcohólica = **.204**

Se encontró una correlación baja, significativa al nivel .01 (.006) 2 colas, entre los **niveles de depresión** y la **cantidad** de alcohol consumida = **.159**

No se encontró correlación entre los niveles de depresión y la frecuencia de consumo.

### **CORRELACIÓN ENTRE LA CANTIDAD DIARIA DE TABACO CONSUMIDA Y LOS PATRONES DE CONSUMO ALCOHÓLICO.**

Se encontró una correlación baja, significativa al nivel .01 (.001) 2 colas, entre la frecuencia de consumo alcohólico y la **cantidad diaria de tabaco consumida** = .135

Se encontró una correlación significativa al nivel .01 (.000) 2 colas, entre la **duración** de la ingesta alcohólica y la **cantidad diaria de tabaco consumida** = .436

### **CORRELACIÓN ENTRE LA CANTIDAD DIARIA DE TABACO CONSUMIDA Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN.**

Se encontró una correlación baja, significativa al nivel .01 (.008) 2 colas, entre la **cantidad diaria de tabaco consumida** y los **niveles de depresión** = .109

### **NIVEL DE DEPRESIÓN Y SEXO**

Usando la prueba Ji 2 (Hernández y cols., 1991), se encontraron los siguientes resultados:

La correlación entre **sexo** y **nivel de depresión** si es significativa al .05 (.029) 2-sided, mostrando un mayor nivel de depresión las mujeres.

No se encontró correlación entre el nivel de depresión y la edad.

### **DIFERENCIA EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN ENTRE EL GRUPO DE CONSUMIDORES DE ALCOHOL Y EL GRUPO DE NO CONSUMIDORES DE ALCOHOL**

Se utilizó la prueba t (Hernández y cols., 1991), para comprobar si existía una diferencia estadísticamente significativa en las medias de los niveles de depresión de ambos grupos (consumidores y no consumidores), encontrándose que si existía una diferencia al nivel de significancia de 1 cola = .006 y de 2 colas = .003

## CORRELACIÓN ENTRE LOS REACTIVOS DE LA ESCALA DE ZUNG Y LOS PATRONES DE CONSUMO ALCOHÓLICO.

Los reactivos de la escala de automedición de la depresión de Zung en los que se encontró una correlación significativa con frecuencia, cantidad y duración de la ingesta alcohólica, fueron los siguientes:

REACTIVOS DE LA ESCALA DE ZUNG	PATRONES DE CONSUMO					
	FRECUENCIA		CANTIDAD		DURACIÓN	
	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	NIVEL DE SIGNIFICANCA (2 COLAS)	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	NIVEL DE SIGNIFICANCA (2 COLAS)	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	NIVEL DE SIGNIFICANCA (2 COLAS)
"ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLÍCO" (MIDE DEPRESIÓN Y TRISTEZA)	.102	NIVEL .05 (.013)	.086	NIVEL .05 (.037)	.124	NIVEL .01 (.002)
"TENGO MOLESTIAS DE CONSTIPACIÓN" (MIDE DISTURBIOS GASTROINTESTINALES)	.086	NIVEL .05 (.037)	.116	NIVEL .01 (.005)	.104	NIVEL .05 (.011)
"EL CORAZÓN ME LATE MÁS APRISA QUE DE COSTUMBRE" (MIDE DISTURBIOS CARDIOVASCULARES: TAQUICARDIA)	.120	NIVEL .01 (.004)	.145	NIVEL .01 (.000)	.199	NIVEL .01 (.000)
"ME CANSO SIN HACER NADA" (MIDE DISTURBIOS MUSCULOESQUELÉTICOS: FATIGA)	.099	NIVEL .05 (.016)	.105	NIVEL .05 (.011)	.157	NIVEL .01 (.000)
"ME SIENTO INTRANQUIL Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO" (MIDE ACTIVIDAD PSICOMOTORA: AGITACIÓN)	.145	NIVEL .01 (.000)	.146	NIVEL .01 (.000)	.192	NIVEL .01 (.000)
"CREO QUE LES HARÍA UN FAVOR A LOS DEMÁS MURIÉNDOME" (MIDE ASPECTOS IDEACIONALES: RUMIACIÓN SUICIDA)	.107	NIVEL .01 (.009)	.099	NIVEL .05 (.015)	.131	NIVEL .01 (.001)
"TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES" (MIDE ASPECTOS IDEACIONALES: CONFUSIÓN)	.000		.000		.061	NIVEL .05 (.049)
"ESTOY MÁS IRRITABLE DE LO USUAL" (MIDE ASPECTOS IDEACIONALES: IRRITABILIDAD)	.000		.000		.388	NIVEL .01 (.000)

## CONCLUSIONES

Con respecto a las características de los adolescentes que conformaron la muestra, puede observarse que la variable edad se distribuyó normalmente. Por otro lado, la muestra estuvo formada por un porcentaje similar de sujetos masculinos (49.2%) y femeninos (50.8%), por un porcentaje similar de sujetos del turno matutino (58.1%) y vespertino (41.9%), y por un porcentaje similar de alumnos de cada semestre (29.7% de segundo, 36.8% de cuarto y 33.4% de sexto).

Finalmente se encontró un porcentaje similar de sujetos consumidores (53.9%) y no consumidores (46.1%), sólo que en ambos grupos (consumidores y no consumidores) se obtuvo diferencias en la frecuencia con que se presentaban las siguientes características:

Con respecto al sexo, existe un mayor porcentaje de hombres consumidores (51.4%) en comparación con los hombres no consumidores (46.4%); mientras que en cambio, hay un mayor porcentaje de mujeres no consumidoras (53.6%), en comparación con las mujeres consumidoras (48.6%). Al analizar por separado los resultados de hombres y mujeres se encontró que, evidentemente la media de los niveles de duración y cantidad del consumo étílico, fue menor entre las mujeres (1.30 horas y 7.29 copas para las mujeres, contra 1.85 horas y 10.37 copas para los hombres).

Con respecto a la edad, se puede observar que en edades más avanzadas (17, 18, 19 y 20 años) hay un mayor porcentaje de sujetos consumidores (34.2%, 20.1%, 7.2% y 6.3% respectivamente), comparado con el porcentaje de sujetos no consumidores en las mismas edades (26.6%, 18.6%, 3.6% y 3.3% respectivamente); mientras que en edades menos avanzadas (14, 15 y 16 años) ocurre lo contrario, es decir, hay un porcentaje mayor de sujetos no consumidores (0.7%, 13.1% y 33.9% respectivamente), comparados con el porcentaje de sujetos consumidores en las mismas edades (0.6%, 9.1% y 22.6% respectivamente).

Con respecto al semestre, se puede observar que en sexto semestre hay un mayor porcentaje de sujetos consumidores (37.9%), comparado con el porcentaje de sujetos no consumidores en sexto semestre (28.1%); mientras que en segundo y cuarto semestre ocurre lo contrario, es decir, hay un porcentaje mayor de sujetos no consumidores (33.2% y 38.7% respectivamente), comparados con el porcentaje de sujetos consumidores (27% y 35.1% respectivamente).

Con respecto al turno existe un mayor porcentaje de alumnos del turno vespertino consumidores (43.6%), en comparación con los alumnos del turno vespertino no consumidores (39.8%); mientras que en cambio, hay un mayor porcentaje de alumnos del turno matutino no consumidores (60.2%), en comparación con los alumnos del turno matutino consumidores (56.4%).

Otra de las diferencias interesantes entre el grupo de consumidores de alcohol y el grupo de no consumidores de alcohol, es la referente al consumo de otras sustancias, así observamos que se presenta más el consumo de otras sustancias en el grupo de consumidores. Tenemos que los alumnos que forman parte del grupo de no consumidores, manifiestan una menor presencia de consumo tabaquico, ya que el 78.8% de los no consumidores no consume cigarros, mientras que sólo el 34.8% de los consumidores no lo hace. De igual manera, en el grupo de no consumidores existe una menor presencia en el consumo de sustancias tales como, marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes, anfetaminas y heroína; sin embargo, en ambos grupos existe un porcentaje de sujetos que ha consumido y sigue consumiendo alguna de estas sustancias, a excepción de los inhalables en donde no se encontró ningún sujeto dentro del grupo de no consumidores que la siga consumiendo actualmente.

También resulta interesante encontrar una mayor presencia de consumo familiar de alcohol en el grupo de consumidores comparado con el grupo de no consumidores (60.8% y 41.2% respectivamente). De igual manera un porcentaje mayor del grupo de consumidores reportó tener compañeros o amigos que consumían alcohol, comparados con el grupo de no consumidores que así lo hicieron (85.9% y 67.2% respectivamente). Sin embargo, en ambos grupos resulta alarmante los índices en la presencia de consumo étlico de compañeros, amigos y familiares, los cuales resultan de más del 50% a excepción del consumo familiar dentro del grupo de no consumidores, el cual es ligeramente menor del 50%.

Con respecto a los niveles de depresión, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en las medias de los niveles de depresión de ambos grupos (consumidores y no consumidores). El porcentaje más alto de sujetos consumidores, es decir el 60%, se encuentra en el nivel de depresión media-severa, comparado con el 57.8% de la muestra total que cae en ese nivel y el 53.1% de sujetos no consumidores que cae en ese nivel. Con respecto al nivel de depresión subclínica, existe un 42.5% de sujetos no consumidores en este nivel, comparados con el 38.5% de la muestra total y el 35.2% del grupo de consumidores que cae en ese nivel.

Con respecto a los patrones de consumo de sustancias, se puede observar que la sustancia más consumida por los estudiantes que conformaron la muestra es el alcohol, seguida por el tabaco, la marihuana, la cocaína y los tranquilizantes, en ese orden, y posteriormente por las anfetaminas, inhalables y heroína, en igual orden; así tenemos que la mayoría de los sujetos que conformaron la muestra han consumido alguna vez en la vida alcohol y tabaco (74.7% y 63.9% respectivamente), un 53.9% consume actualmente alcohol y un 47% consume actualmente tabaco.



La sustancia psicoactiva más consumida fue la marihuana, seguida por la cocaína; sin embargo, el porcentaje de sujetos que las han consumido alguna vez, se reduce al 3.9% y 3.4% respectivamente, en comparación con el alcohol y el tabaco.

Podemos observar que refiriéndonos a la sustancia consumida actualmente o durante el último año, los índices de consumo con respecto a la sustancia consumida alguna vez en la vida, disminuyeron en todas las sustancias.

Específicamente en relación con el alcohol, el 74.7% de la muestra lo había consumido alguna vez en la vida y el 53.9% aún continuaba consumiéndolo.

Con respecto a los patrones de consumo étílico actuales entre los alumnos que conformaron la muestra, se encontró que; además del 46.1% de alumnos no consumidores, la frecuencia de consumo mayormente reportada fue de 1 vez al mes (24%), seguida por 3 veces al mes (9.0%), 2 veces a la semana (7.1%), 1 ó 2 veces al año (6.3%) y 2 veces al mes (5.6%); con respecto específicamente a la duración de la ingesta etílica, la mayoría, sin contar al 46.1% de los alumnos no consumidores, reportó que cada vez que consumían alcohol, duraban una hora o menos bebiendo (19.8%), seguido por 3 horas (8.8%), 2 horas (7.9%) y 4 horas (7.1%). Como podemos observar, estos datos no se distribuyen normalmente.

Un gran porcentaje de los adolescentes de este estudio reportaron como bebida alcohólica de mayor preferencia a el tequila (46.1%), seguida por la cerveza (30.3%) y luego por el vino (13%).

El 64.9% considera que su propio consumo étílico es leve, una pequeña proporción de 32.3% moderado y sólo un 2.8% severo.

Con respecto al nivel de depresión, el mayor porcentaje de sujetos (57.8%) cayó en la categoría de depresión media-severa, el 38.5% en la de depresión subclínica y variantes normales, y el 2% en la de grave.

Es importante mencionar que no se encontró correlación entre la edad y el nivel de depresión (aunque hay que considerar que la muestra de este estudio estuvo formada por sujetos entre 14 y 20 años, es decir, todos adolescentes).

Sin embargo, si se encontró correlación significativa entre sexo y nivel de depresión, de esta manera se encontró una media en el nivel de depresión de las mujeres de 43.1, comparada con una de 42 en los hombres.

Observando como se manifiestan los patrones de consumo según los diferentes niveles de depresión, tenemos que:

La gran mayoría de los sujetos sin depresión nunca consume alcohol (88.9%), mientras que sólo la minoría de los sujetos con depresión grave no lo hace

(33.3%); por lo que pareciera ser que a menor nivel de depresión se incrementa el porcentaje de sujetos que nunca consumen alcohol, es decir, hay un mayor porcentaje de sujetos no consumidores en niveles de depresión más bajos, comparados con el porcentaje de sujetos no consumidores en niveles de depresión más elevados.

Existe un porcentaje similar de sujetos que beben una vez al mes en los 3 grupos de depresión. (22.9% de los sujetos con depresión subclínica, 24.9% de los sujetos con depresión media-severa y 20.5% de los sujetos con depresión grave). Por otro lado, el porcentaje de sujetos que beben 3 veces al mes se incrementa con niveles de depresión más elevados.

También se puede observar que dentro del grupo que cayó en la categoría de depresión ausente no hay ningún sujeto que consuma alcohol diariamente, no así para el grupo de depresión subclínica y para el grupo de depresión media-severa, en los cuales el 0.6% de los sujetos bebe diario; existiendo un incremento en la depresión grave, donde tenemos que es el 8.3% de los sujetos que conforman este grupo quienes así lo hacen.

Con respecto a la duración de la ingesta etílica, existe un incremento en el porcentaje de sujetos que duran 4, 5, y 6 horas bebiendo, según se incrementa el nivel de depresión. Para la duración de 7 horas el incremento es considerable, así tenemos que, mientras sólo el 0.6% de los sujetos con depresión subclínica dura 7 horas bebiendo, el 8.3% de los sujetos con depresión grave dura 7 horas bebiendo.

Con relación al objeto de nuestro estudio, se encontró en general, una correlación significativa, aunque baja, entre el nivel de depresión y la cantidad de alcohol consumida; así como también, entre el nivel de depresión y la duración de la ingesta etílica, más no se encontró correlación significativa entre el nivel de depresión y la frecuencia de consumo etílico.

En los hombres en particular, se encontró correlación significativa, aunque baja, entre los niveles de depresión y la frecuencia de consumo, y entre los niveles de depresión y la cantidad de alcohol consumida, mas no entre los niveles de depresión y la duración de la ingesta etílica.

En las mujeres en particular, se encontró correlación significativa, aunque baja, entre los niveles de depresión y la duración de la ingesta etílica, y entre los niveles de depresión y la cantidad de alcohol consumida, mas no entre los niveles de depresión y la frecuencia de consumo de alcohol.

Como dato adicional con respecto al consumo de tabaco, resulta interesante que se encontró una correlación significativa, aunque baja, entre la cantidad diaria de tabaco consumida y la frecuencia en el consumo etílico; así como correlación

significativa entre la cantidad diaria de tabaco consumida y la duración de la ingesta etílica. También se encontró correlación significativa, aunque baja, entre la cantidad diaria de tabaco consumida y los niveles de depresión.

Los síntomas depresivos que menos reportaron los adolescentes de este estudio, fueron: accesos de llanto, disturbios rítmicos en el sueño (insomnio), pérdida de peso, disturbios gastrointestinales (constipación), disturbios cardiovasculares (taquicardia), disturbios musculoesqueléticos (fatiga), desesperanza y rumiación suicida; mientras que los síntomas depresivos que manifestaron presentar continuamente, más del 10% de los adolescentes, fueron: disturbios rítmicos (variaciones diurnas), disturbios rítmicos en el apetito, actividad psicomotora (retardo y agitación), aspectos ideacionales (confusión) y aspectos ideacionales (indecisión).

Finalmente es importante mencionar el hecho de que sólo algunos síntomas depresivos (arrojados por la escala de Zung) obtuvieron una correlación significativa con los patrones de consumo etílico, así tenemos que:

Los síntomas depresivos que obtuvieron una correlación significativa con los patrones de consumo etílico de frecuencia, cantidad y duración, fueron los siguientes:

1. "Me siento abatido y melancólico", que mide depresión y tristeza.
2. "Tengo molestias de constipación", que mide disturbios gastrointestinales (constipación).
3. "El corazón me late más aprisa que de costumbre", que mide disturbios cardiovasculares (taquicardia).
4. "Me canso sin hacer nada", que mide disturbios musculoesqueléticos (fatiga).
5. "Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto", que mide actividad psicomotora (agitación).
6. "Creo que les haría un favor a los demás muriéndome", que mide aspectos ideacionales (rumiación suicida).

Mientras que los síntomas depresivos que obtuvieron una correlación significativa únicamente con la duración de la ingesta etílica, fueron los siguientes:

1. "Tengo la mente tan clara como antes", que mide aspectos ideacionales (confusión).
2. "Estoy más irritable de lo usual", que mide aspectos ideacionales (irritabilidad).

Resumiendo los hallazgos arrojados por este estudio, tenemos que:

En general, se encontró una correlación significativa, aunque baja, entre el nivel de depresión y la cantidad de alcohol consumida y entre el nivel de depresión y la duración de la ingesta etílica, por lo tanto podemos hablar entonces, de la existencia de una relación entre la depresión y el consumo etílico.

En particular, en los hombres se encontró correlación significativa, aunque baja, entre los niveles de depresión y la frecuencia de consumo etílico, y entre los niveles de depresión y la cantidad de alcohol consumida, mas no entre los niveles de depresión y la duración de la ingesta etílica. Sin embargo, en las mujeres se encontró correlación significativa, aunque baja, entre los niveles de depresión y la duración de la ingesta etílica, y entre los niveles de depresión y la cantidad de alcohol consumida, mas no entre los niveles de depresión y la frecuencia de consumo etílico.

La existencia de una diferencia estadísticamente significativa en las medias de los niveles de depresión de ambos grupos (consumidores y no consumidores), nos confirma nuevamente la existencia de una relación entre consumo de alcohol y depresión.

Basados en los resultados encontrados podemos aceptar nuestra hipótesis, concluyendo que si existe relación entre los niveles de depresión y los patrones de consumo etílico en una población de alumnos adolescentes del CCH Oriente.

Otros resultados interesantes que valdría la pena resaltar, son los siguientes:

Existe un mayor número de consumidores hombres (51.4%) que mujeres (48.6%), a pesar de que la muestra estaba ligeramente formada por más mujeres.

Existe un mayor porcentaje de alumnos consumidores en edades más avanzadas (17, 18, 19 y 20 años) en comparación con el porcentaje de alumnos consumidores en edades menos avanzadas (14, 15 y 16 años).

Hay un porcentaje mayor de amigos y compañeros que ingieren bebidas alcohólicas, en el grupo de consumidores de alcohol (85.9%), en comparación con el grupo de no consumidores (67.2%).

Hay un porcentaje mayor de familiares que ingieren bebidas alcohólicas, en el grupo de consumidores de alcohol (60.8%), en comparación con el grupo de no consumidores (41.2%).

La sustancia mayormente consumida por los estudiantes es el alcohol (un 74.7% lo ha consumido alguna vez, mientras que un 53.9% la sigue consumiendo

actualmente), seguida del tabaco (47%), la marihuana (3.9%) y la cocaína (3.4%). Aunque existe un porcentaje de sujetos que ha consumido alguna vez en la vida alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes, anfetaminas y heroína, este porcentaje de sujetos disminuye en todas las sustancias si hablamos de la presencia actual de consumo.

Con respecto al consumo de tabaco, se encontró una correlación significativa, aunque baja, entre la cantidad diaria de tabaco consumida y la frecuencia en el consumo étílico; así como una correlación significativa entre la cantidad diaria de tabaco consumida y la duración de la ingesta étilica.

También se encontró correlación significativa, aunque baja, entre la cantidad diaria de tabaco consumida y los niveles de depresión.

Más de la mitad de los adolescentes de la muestra, mostraron índices elevados de depresión, así el 57.8% de sujetos cayó en la categoría de depresión media-severa y el 2% en la categoría de depresión grave; por otro lado sólo el 1.6% cayó en la en la categoría de depresión ausente y el 38.5% en la de depresión subclínica.

Se encontró que las medias de los niveles de duración y cantidad del consumo étílico, fue menor entre las mujeres, comparadas con las medias en los hombres (1.30 horas y 7.29 copas para las mujeres, contra 1.85 horas y 10.37 copas para los hombres).

Sin embargo, con respecto a la media en el niveles de depresión ocurrió lo contrario, mostrándose menor en los hombres (42 contra 43.31), así se encontró una correlación significativa al .05 entre sexo y nivel de depresión.

## DISCUSIÓN

La baja correlación encontrada entre los niveles de depresión y los patrones de consumo etílico, puede deberse a que el estudio se efectuó en una población donde en la mayoría de los sujetos no existe un patrón fuerte de consumo de alcohol. Quizá en una población con un fuerte consumo etílico, la correlación entre estos dos factores sería mayor.

Por otro lado, los resultados evidencian la existencia de mayor número de consumidores dentro del sexo masculino y en edades más avanzadas, estos resultados concuerdan con los obtenidos por el monitoreo epidemiológico realizado con estudiantes de la Ciudad de México por la SEP y el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1997, en donde se observa que el porcentaje de sujetos consumidores de 14 años o menos, es menos de la mitad de los que tienen 18 años o más y donde el consumo actual de alcohol en mujeres es del 27.2% mientras que en hombres es del 33.2% (Villatoro y cols., 1999). De igual manera, en La Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, realizada por la SEP y el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1991, se estimó que los hombres beben más frecuentemente y en mayor cantidad que las mujeres (de 6% a 7 % de los hombres toman 5 o más copas de cualquier bebida en una sola ocasión, una o dos veces a la semana, en contraste con 1% o 2% de las mujeres), y se encontró que existe un porcentaje más elevado de los que tienen 16 años o más, que bebe, comparados con los menores de 16 años que así lo hacen; asimismo se encontró que entre mayores son los estudiantes es más elevado el número de los que consumen 5 o más copas o se embriagan.

La permisividad social frente al consumo etílico en varones, no así en mujeres, quizá sea lo que facilite un mayor consumo en éstos, explicando el que quizá para las mujeres no sea tan fácil encontrar las ocasiones propicias para "ahogar sus penas en alcohol", en cambio es común el reunirse entre amigos hombres sólo para beber. Cerero y cols. (1999) concuerdan con esto y hablan de que en términos generales, en nuestra sociedad es más aceptado que beban los hombres que las mujeres. De igual manera Medina-Mora y cols. (1986), afirman que la embriaguez episódica en la población masculina es una práctica aceptada socialmente (Tapia, 1994).

Otro factor que puede estar determinando el consumo más elevado en hombres, es la percepción de riesgo frente al consumo etílico, la cual es menos elevada en estos comparados con las mujeres. Así La Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar (1991), encontró que las mujeres perciben como más arriesgado el beber alcohol que los hombres, así tenemos que, entre el 13% y 16% de los estudiantes hombres informaron que no es peligroso beber una o dos copas todos los días, en comparación con sólo el 8% ó 9% de las mujeres quienes afirmaron lo mismo. De igual manera Flay y Petraitis (1991) y Hawkins y

cols. (1992), afirman que el riesgo percibido predice el uso y el no uso, aunque no distingue a los que abusan del alcohol.

Las diferencias en los porcentajes de sujetos consumidores y no consumidores en cada una de las variables de sexo, edad, presencia de consumo de alcohol en familiares y amigos, consumo de otras sustancias y niveles de depresión, nos podría estar hablando de factores predictores asociados con el consumo de alcohol; así Flay y Petraitis (1991) y Hawkins y cols. (1992) hablan de que el tener amigos que consumen alcohol es un predictor importante tanto del uso como del abuso del alcohol; de igual manera Medina-Mora y cols. (1995) mencionan que la depresión predice el uso y abuso de alcohol.

La información obtenida nos arroja que la mayoría de los sujetos que conformaron la muestra han consumido alguna vez en la vida alcohol y tabaco, lo cual puede explicarse debido a la accesibilidad y permisividad existente frente a su consumo; no así con otras sustancias, las cuales están más restringidas en cuanto a su uso y en las cuales el porcentaje de consumo se redujo considerablemente. La sustancia mayormente consumida por los estudiantes es el alcohol (un 74.7% lo ha consumido alguna vez, mientras que un 53.9% la sigue consumiendo actualmente), seguida del tabaco (47%), la marihuana (3.9%) y la cocaína (3.4%). De igual manera ya en estudios anteriores se ha demostrado que la droga más consumida por los estudiantes es el alcohol, inclusive sobre el consumo de tabaco; así Castro y cols. (1980, 1982 y 1986), han hablado de la preferencia de los jóvenes por ingerir bebidas alcohólicas sobre otras drogas; de igual manera Oetting y Beauvais (1990), afirma que el alcohol es la droga más ampliamente utilizada por los jóvenes; con respecto al consumo actual de alcohol y tabaco, La Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar (1991), reportó un índice de consumo alcohólico del 49.7% y un índice de consumo tabaquico del 29.5%, índices menores a los reportados por los adolescentes de este estudio; por otro lado, Johnson y cols. (1989) encontraron índices más elevados en un estudio realizado con estudiantes estadounidenses, así el 92% de los estudiantes de su muestra había probado el alcohol, y el 64% era usuario actual.

Refiriéndonos a la sustancia consumida actualmente o durante el último año, los índices de consumo con respecto a la sustancia consumida alguna vez en la vida, disminuyeron en todas las sustancias, lo cual podría indicar la presencia del factor curiosidad como motivador inicial del consumo.

Al hablar de la cantidad de alcohol consumida, es importante aclarar la posible confusión existente por parte de algunos alumnos al responder a esta pregunta, ya que marcaron por separado cantidades de diferentes tipos de bebidas como una misma ocasión de consumo, resultando así, que se reportaron consumos de hasta más de 60 copas por ocasión, lo cual es prácticamente imposible. Este dato

pudo haber alterado los resultados, por lo que se hace un análisis estadístico separado para cada tipo de bebida.

Así tenemos que, además del 46.1% de alumnos no consumidores, los alumnos que reportaron por ocasión de consumo ninguna cantidad fueron: el 53.2% ninguna de alcohol puro, el 51.8% ninguna de pulque, el 48.8% ninguna de Q-bitas, el 28.5% ninguna cantidad de coolers o viñas, el 26.3% ninguna de vino, mientras que sólo el 18% ninguna de cerveza y sólo el 16.7% ninguna de tequila. Estos datos podrían indicarnos la preferencia de los alumnos por el tequila y la cerveza, preferencia que ha sido confirmada por ellos mismos, ya que reportaron como bebida alcohólica de mayor preferencia a el tequila (46.1%), seguida por la cerveza (30.3%) y luego por el vino (13%). En otros estudios se ha reportado que el consumo en México está integrado principalmente por la cerveza (alrededor del 70%), seguida de los destilados (cerca del 30%) y en menor proporción de los vinos (1%) y que bebidas como las sidras y licores tienen poca importancia relativa y en conjunto es similar al de los vinos de mesa. (Rosovsky et. al. 1993).

La mayoría, sin contar al 46.1% de los alumnos no consumidores, reportó que cada vez que consumían alcohol, duraban una hora o menos bebiendo (19.8%). Es importante considerar que de no ser por el 1.4% de los alumnos que reportaron que pasaba 10 horas o más bebiendo, el tiempo aquí indicado resulta ser insuficiente para consumir cantidades tan elevadas de alcohol como fueron reportadas cuando se indagó sobre cantidad, lo que confirma que debió de existir una confusión al responder a la pregunta sobre cantidad.

No obstante los índices reportados tan elevados en la cantidad de alcohol consumida por el grupo de consumidores; la mayoría de estos, es decir, el 64.9% considera que su propio consumo etílico es leve, una pequeña proporción de 32.3% moderado y sólo un 2.8% severo; lo cual podría estarnos hablando no sólo de una tolerancia y permisividad hacia el propio consumo etílico, sino también de una permisividad social hacia éste.

Esta consideración del propio consumo etílico no entraría dentro de las cantidades establecidas como límite de consumo moderado por el Departamento de Salud de Estados Unidos de América (NIAAA, 1990), las cuales serían de no más de una copa por día para las mujeres y no más de dos copas por día para los hombres, ya que aquí se observa que más del 50% reportó consumir más de 7 copas por ocasión, aunque en cuanto a frecuencia sólo el 0.5% reportó consumir alcohol diariamente, lo cual confirma las afirmaciones de Stephens y Rosovskky (1990), sobre los patrones de consumo típicos de las culturas secas como la mexicana, es decir, la presencia de un consumo etílico poco frecuente, aunque en cantidades excesivas, incluso llegando a la intoxicación; de igual manera en el monitoreo epidemiológico realizado por la SEP y el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1997, se encontró que el 23% de los estudiantes consumen 5



copas o más, por cada ocasión de consumo, al menos una vez al mes (Villatoro y cols., 1999).

En este tipo de patrones manifestados por las culturas secas, el abuso de alcohol es un factor de riesgo para que ocurran accidentes y hechos violentos, problemas que según Medina-Mora y cols.(1994) tienen que ver con las actitudes restrictivas o permisivas de la sociedad (Tapia, 1994). De igual manera Cerero y cols. (1995), concuerdan con esta afirmación al hablar de la aceptación social en cuanto al consumo de alcohol en México, así no es mal visto que se beba en ocasiones especiales como fiestas o reuniones sociales, ya que en nuestra sociedad se bebe casi siempre por razones recreativas, de socialización o como parte de un escape de la realidad.

Los índices elevados de depresión encontrados en este estudio (57.8% de sujetos cayó en la categoría de depresión media-severa y 2% en la de depresión grave) podrían apoyar las afirmaciones de algunos autores (Earls 1984; Weiner y Elkind,1987; Casullo 1988 y Roberts y Andrew 1990; entre otros.), quienes mencionan lo común de la presencia de síntomas depresivos durante el periodo de la adolescencia, ya que por sus propias características intrínsecas, ésta viene a ser una etapa difícil y conflictiva. Así Cerero y cols. (1995), hablan de la pérdida del objeto en la adolescencia, la cual coincide con la pérdida de la protección familiar; así el abandonar la imagen de los progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles, origina en el adolescente depresión (generalmente ésta, se presenta como una reacción de rebeldía y desafío, y puede provocar con frecuencia reacciones antisociales, autodestructivas o extravagantes, como la tendencia a consumir alcohol y otras sustancias.); De igual manera para Jacobson (1969), la adolescencia es una época con importantes alteraciones psíquicas y vaivenes anímicos en la que es dable esperar depresiones transitorias, para Jacobson, la labilidad emocional en esta etapa, refleja la remodelación de la estructura psíquica del individuo que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos por los que se pasan.

Las medias de la duración y cantidad del consumo etílico, menor entre las mujeres, con respecto a los hombres (1.30 horas y 7.29 copas para las mujeres; contra 1.85 horas y 10.37 copas para los hombres), podría explicarse no sólo por una mayor permisividad social hacia el consumo en hombres, sino también por una mayor tolerancia a los efectos del alcohol por parte de estos, tolerancia debida a las propias características fisiológicas presentes en ellos; ya que en general la mujer se intoxica más rápido que el hombre con dosis semejantes de alcohol, debido a que la cantidad de enzimas que desdoblan el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo, es cuatro veces más activa en el hombre que en la mujer; además, como la mujer tiene más proporción de grasa que de agua en el organismo y el alcohol es más soluble en la última que en la primera, cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino (Cerero y

cols., 1995). Aunque no hay que olvidar que los efectos del alcohol en cada persona son muy variables.

Se encontró una media de los niveles de depresión menor en los hombres con respecto a las mujeres (42 contra 43.31), lo cual no es nuevo, ya anteriormente muchos otros autores (Roberts y Andrew, 1990; Choquet M. y cols., 1988 y Rutter y cols., 1976 por mencionar algunos), han encontrado índices de depresión más elevados en mujeres, por lo que sería apropiado considerar que peso podría estar teniendo en esto, el hecho de que en nuestra sociedad no esta mal visto el que una mujer exprese sus sentimientos, no así con los hombres a los cuales se les tiende a reprimir desde pequeños y se les inculca la valía de su fuerza.

Al parecer, es más elevado el consumo etílico en hombres que en mujeres, no así los niveles de depresión, los cuales son más elevados en mujeres. Este resultado podría apoyar a Lorenzo (1994, Casas y cols.), quien indica que en las mujeres suele presentarse primero la depresión, antes que el alcoholismo; ocurriendo lo contrario en los hombres; sin embargo, como se ha mencionado anteriormente resultaría difícil corroborar esta aseveración.

Por otro lado, los coeficientes de correlación más altos entre los patrones de consumo alcohólico y los niveles de depresión en las mujeres, a comparación de los hombres, nos podrían estar hablando de una mayor tendencia de estas a beber en respuesta a estados depresivos, o una mayor sensibilidad depresiva a causa del consumo alcohólico en mujeres.

El peso de los coeficientes de correlación más altos en las mujeres que en los hombres, pudo ser lo que influyó en las correlaciones de la muestra total, las cuales fueron las mismas que las de las mujeres, es decir, correlación entre el nivel de depresión y la duración de la ingesta etílica, y correlación entre el nivel de depresión y la cantidad de alcohol consumida.

El hecho de que en general se haya dado una correlación entre niveles de depresión y duración de la ingesta etílica y entre niveles de depresión y cantidad de alcohol consumida, más no entre niveles de depresión y frecuencia de consumo etílico, podría confirmar (como ha mencionado Vogel-Sprott en 1974), que la frecuencia de consumo etílico dependerá más bien de factores sociales, mientras que la cuantía de éste, está en función de aspectos personales cognitivos.

Además esta relación entre depresión y cantidad de alcohol consumida y entre depresión y duración de la ingesta etílica, es comprensible, ya que es lógico que entre más horas pase una persona bebiendo, tiene más oportunidad de consumir una mayor cantidad de alcohol.

Analizando los síntomas depresivos más frecuentemente reportados por los adolescentes de ésta muestra, podemos observar que la mayoría son de tipo

psicológico (retardo, agitación, confusión e indecisión), lo cual concuerda con Polaino y Lorente (1988), quienes afirman que los síntomas somáticos y psicológicos de la depresión varían en función de la edad, apreciándose ciertas tendencias a sustituir los síntomas somáticos por psicológicos, a medida que la persona va haciéndose mayor, es decir, los niños tienen más manifestaciones somáticas en comparación con el adolescente y aún más con el adulto.

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian la existencia de una relación entre depresión y consumo de alcohol, confirmando los resultados de estudios anteriores; sin embargo sería interesante considerar algunos puntos:

1. El consumo étílico como síntoma de una depresión, es decir, como una actitud de lucha (autocuración y enfrentamiento) para no experimentar síntomas depresivos.
2. La depresión como resultado de los efectos fisiológicos, psicológicos y sociales de un elevado consumo étílico.
3. La presencia de depresión y consumo de alcohol como manifestaciones presentes en ciertas personalidades adolescentes, mayormente susceptibles o vulnerables a los conflictos propios a esta etapa, es decir, la depresión y el consumo étílico como síntomas de un mismo "padecimiento": la adolescencia.
4. Por último, el que sólo algunos síntomas depresivos obtuvieran una correlación significativa con los patrones de consumo étílico, lleva a un intento por interpretar la relación entre estos síntomas y el consumo étílico desde otra perspectiva, es decir, no sólo como síntomas de una depresión, sino como síntomas de un elevado consumo étílico.

Así, los síntomas depresivos que obtuvieron una correlación significativa con los patrones de consumo étílico (cantidad, duración y frecuencia de la ingesta étífica), fueron los que miden: depresión y tristeza, disturbios gastrointestinales (constipación), disturbios cardiovasculares (taquicardia), disturbios musculoesqueléticos (fatiga), actividad psicomotora (agitación), aspectos ideacionales (rumiación suicida). Mientras que los que sólo obtuvieron correlación con duración fueron los que miden: aspectos ideacionales (confusión) y aspectos ideacionales (irritabilidad).

Con respecto a la depresión y tristeza, la explicación se puede dar en dos vertientes. Como se ha mencionado anteriormente, el sentimiento de tristeza puede llevar a una conducta de ingestión étífica en busca de un alivio para ese malestar; o por el contrario, es decir, el consumo podría generar un sentimiento depresivo, ya que se ha determinado que muchos cuadros depresivos son una consecuencia directa del alcohol; además hay que recordar que el efecto general del alcohol sobre el cuerpo humano es el de depresor. Se ha mencionado de lo frecuente que resulta que un deprimido que bebe en exceso presente un aumento en su sintomatología, ya que como esta droga es un depresor del Sistema

Nervioso Central, horas más tarde o al día siguiente, se presenta un incremento importante en la sintomatología depresiva.

La relación con el reactivo que mide constipación, no es muy clara y resultaría hasta cierto punto contradictoria, ya que el efecto del alcohol sobre el cuerpo humano, específicamente sobre el intestino, es el de la alteración de su movilidad, lo que hace que el alimento avance sin obstáculos, de lo que resultaría diarrea. Esta relación sólo puede interpretarse en términos de la constipación como un síntoma de la depresión, en donde el consumo etílico puede ser consecuencia o causa de la depresión, de esta manera, como causa puede provocar o agravar la sintomatología depresiva y siendo los disturbios gastrointestinales un síntoma de la depresión, esta relación entonces resultaría razonable.

La relación con el reactivo "El corazón me late más aprisa que de costumbre", que mide los disturbios cardiovasculares (taquicardia), podría explicarse ya que uno de los efectos fisiológicos que produce el alcohol, es que, en cantidades moderadas acelera el ritmo de los latidos del corazón. Por otro lado, el alcohol puede causar latidos irregulares o arritmias cardíacas, a lo que se le ha llamado "síndrome de corazón de fiesta".

La relación con el reactivo "Me canso sin hacer nada", que mide disturbios musculoesqueléticos (fatiga), podría tener mucha razón de ser ya que el alcohol actúa sobre el sistema muscular, lo que puede resultar en debilidad y atrofia muscular, enfermedad conocida como "miopatía alcohólica".

Con respecto al reactivo "Creo que les haría un favor a los demás muriéndome", que mide aspectos ideacionales (rumiación suicida), la relación podría interpretarse nuevamente sólo en el sentido de la ideación suicida como un síntoma de la depresión.

Con respecto a los reactivos: "Tengo la mente tan clara como antes" y "Estoy más irritable de lo usual", que miden aspectos ideacionales de confusión e irritabilidad respectivamente. La relación con duración de la ingesta etílica se podría explicar ya que la ingestión excesiva de alcohol tiene ciertas consecuencias psíquicas. Al ser el alcohol depresor del Sistema Nervioso Central, en dosis moderadas relaja y causa somnolencia; paradójicamente, a veces, en dosis más altas, en una primera etapa vuelve eufórico al bebedor, para en una etapa posterior producir irritabilidad, angustia y depresión, lo que explica la relación entre la duración de la ingesta etílica y la irritabilidad (desde luego esta explicación no puede ser aplicada a esta muestra, ya que cuando los adolescentes contestaron la escala de depresión de Zung no estaban bajo los efectos del alcohol). La duración de la ingesta etílica y la confusión, podría explicarse ya que uno de los efectos del alcohol es que modifica no sólo las capacidades físicas, sino también las mentales, actuando sobre los mecanismos cognitivos de percepción y memoria, entre otros; mecanismos que pueden verse

afectados a largo plazo, lo que les puede dar la impresión de confusión o de no tener la mente tan clara como antes.

Con base a estas consideraciones es importante tomar los resultados de este estudio con ciertas reservas de si la relación entre consumo etílico y depresión, es una relación como tal, o se vio influida por el peso de la correlación de estos reactivos de la escala que se utilizó. Reactivos que más que describir síntomas de la depresión como tales, pudieran estar determinados por los efectos fisiológicos de un fuerte consumo etílico.

## RECOMENDACIONES

La importancia de detectar los factores implicados en el consumo étílico tiene la finalidad última de tomar en cuenta a estos factores en programas de control de consumo étílico, evitando de esta manera que ejerzan un efecto negativo dentro de un "inadecuado" consumo de alcohol.

En este estudio se investigó únicamente la correlación entre depresión y consumo de alcohol, encontrándose positiva; sin embargo se sabe que la depresión no es el único factor implicado, por lo que sería de revelante importancia conocer que otros factores pueden estar presentes en el consumo étílico de la población más vulnerable para el inicio de las adicciones, es decir, los adolescentes.

Algunos factores que se sugiere investigar en posteriores estudios son los siguientes:

Ansiedad y baja tolerancia a la frustración.

Influencia del factor curiosidad.

Influencia de la presión que ejercen los compañeros y amigos para consumir alcohol.

Consumo familiar de alcohol y otras sustancias.

Consumo de compañeros de alcohol y otras sustancias.

Percepción de la permisividad social y familiar hacia el consumo étílico.

Percepción de riesgo y problemas producidos por el consumo de alcohol.

Accesibilidad para conseguir bebidas alcohólicas

Ocasiones y situaciones más frecuentes en que suele presentarse el consumo étílico.

Influencia de los medios de comunicación y la publicidad en el consumo étílico.

Además resultaría interesante continuar una serie de investigaciones en torno al consumo de alcohol y comparar poblaciones con diferentes características, por ejemplo, adolescentes y adultos, hombres y mujeres, distintos sectores sociales, etc. Esto con el objetivo de conocer cuales de estos factores están mayormente implicados en cada población.

Por otro lado, se recomienda utilizar otras escalas para medir depresión, esto con la finalidad de corroborar la relación existente entre depresión y consumo de alcohol y así asegurarnos que esta no se haya visto influenciada por los reactivos de la escala aquí utilizada, ya que como se mencionó anteriormente los reactivos que correlacionaron con el consumo étílico se pueden explicar en términos de los efectos fisiológicos producidos por el consumo étílico.

De igual manera sería importante estudiar la correlación entre depresión y consumo de alcohol en otras poblaciones de adolescentes de otros sectores, esto con la finalidad de incrementar la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos en esta investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.Y. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Albert N., Beck A.T. (1975). Incidence of depression in early adolescence: a preliminary study. *J. Young Adolescence*, 4, 301-307.

Alfonso Roa, A. (comps.). (1995). Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: General Pardiñas, Ciencias de la educación preescolar y especial.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (1998). Los adolescentes: El alcohol y otras drogas. Información para la familia. Artículo de internet.

American Psychiatric Association (1994). D.S.M. IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª revisión. (1ª publicación en E.U. por la American Psychiatric Association, Washington D.C.) Barcelona (1995): Masson S.A.

American Psychiatric Association. (1988). DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.

Bachman, J.G., Johnston, L.D., O'Malley, P.M. & Humphrey, R.H. (1988). Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived, disapproval, and general lifestyle factors. *J. Health Soc. Behav.* 29-92-112.

Bales, R. (1946). Cultural differences in rates of alcoholism. *Quart J Stud Alc.* 6:480.

Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca.

Barnes, G. E. (1980). Characteristics of the clinical alcoholic personality. *J. Stud. Alcohol.* 41:904-910.

Barnes L., (1983). Clinical and Prealcoholic Personality Characteristics, en Kissin, B., & Begleiter, (dirs): The biology of alcoholism, vol. 6: The Pathogenesis of Alcoholism. Psychosocial factors. Plenum Press, Nueva York, 113-195.

Bauman, K.E. & Bryan, E.S. (1980). Subjective expected utility and children's drinking. *J. Stud. Alcohol.* 41, 952-958.

Beck, A.T. (1976). Depression: clinical experimental and theoretical aspects. Nueva York: Harper and Row.

- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1, 5-37.
- Bemporad, J.R. (1975). Long-Term analytic treatment of depression. En Beckmann y Leber (comps.) Handbook of Depression. Chicago: The Dorsey Press.
- Blum, E.M. (1966). Psychoanalytic views of alcoholism. Quart J Stud Alc 27:259.
- Bomba, J. (1988). La dépression chez l'adolescent. Étude psychologique et épidémiologique. Confrontations Psychiatriques, 29, 161-184.
- Borges, G.G., Kershenovich, B. Pelcastre A., Gil, M. y Garrido F. (1992). Cirrosis hepática y consumo de alcohol en un estudio colaborativo. Instituto Mexicano de Psiquiatría-Instituto Nacional de la Nutrición. Anales 3. Reseña de la VII Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría. 130-138.
- Braconnier, A. (1987). L'angoisse, ses transformations, son traitement a l'adolescence. Ann. Psychiat, 2, 199-201.
- Braconnier, A. (1987). La menace dépressive. Une transformation á l'adolescence de l'angoisse de séparation. Confrontations Psychiatriques, 29, 141-159.
- Brook, J. S. y cols. (1986). Onset of Adolescent Drinking: a longitudinal study of intrapersonal antecedents. Adv. Alcohol Substance Abuse, 5(3), 91-110.
- Brown, S.A. & Shuckit, M.A. (1988). Changes in depression among abstinent alcoholics. J. Stud. Alcohol, 49:412-417.
- Buela, C. G. , Caballo, V. E. y Sierra, J. C. (dirs.). (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. México: Siglo XXI.
- Caetano R. y Medina-Mora M.E. (1988). Acculturation and Drinking among People of Mexican Descent in Mexico and US. J. Stud Alcohol, 49:5. 462-471.
- Caetano R. y Medina-Mora M.E. (1988). Patrones de consumo de alcohol y patrones asociados en México y en población de origen mexicano que habita en Estados Unidos. Nva Antropología, X (34), 137-155.
- Cahallan, D., Cisin L.H., y Crossley H.M. (1969). American Drinking Practices: A National Study of Drinking Behavior and Attitudes. Monografía número 6. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Calderón, N.G. (1987). Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas, 1a edición, 2a. reimpresión.



Cantwell, D. P. y Carlson G. A. (1987). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. (Trad. de Eulafio Andrew y cols.) Barcelona: Martínez Roca. (trabajo originalmente publicado en 1983).

Carlson, G.A., Strober, M. (1978). Maniac depressive illness in early adolescence. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 17, 1, 138-153.

Casas B, M., Gutierrez F, M. y San Molina L. (1994). Psicopatología y alcoholismo. (1ª ed.) Barcelona: Ediciones en neurociencias.

Casillas, C.L. (1983). La ingestión de bebidas alcohólicas en una muestra de estudiantes universitarios. Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M.

Castro, M. E., Maya, M. A. y Aguilar M.A. (1982). Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años. Salud Pública de México, Vol 26, No 5, 565-574.

Castro M. E. y Maya M.A. (1987). El consumo de alcohol en la población estudiantil. Salud Mental, 10(4), 52-58.

Castro, M. E., Rojas E., García G. y De la Serna J. (1986). Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. Salud Mental, 9(4), 80-86.

Castro M. E. & Valencia M. (1980). Drug consumption among the student population of México city and its Metropolitan Area: Subgroups affected and the distribution of users. Bulletin on Narcotics, XXXII(4), 29-37.

Casullo, Martina M. (1988). Investigación epidemiológica en Salud Mental Escolar, Buenos Aires, Informe CONICET.

Casullo, Martina M. (Comps.). (1996). Evaluación psicológica en el campo de la salud. (1ª ed.) Barcelona: Paidós.

Catanzaro R. (1967). Psychiatric Aspect of Alcoholism. En Pitman, D.J. Alcoholism, Harper and Row, N. York.

Cerero, G. L., Peralta, M. M., Vigil, V. C. (1995) Consumo de alcohol, actitud hacia el consumo y depresión en estudiantes de la facultad de medicina. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología U.N.A.M.

Choquet, M., Ledoux, S., Menke, H. (1988). La santé des adolescents. La documentation Française, INSERM, Paris, 1 vol.

Clancier, A. (1977). Intervention. Rev. Fr. Psychanal., 36, 197-201.

- Clark, D.C., Gibbons, R.D., Fawcett, J. & col. (1985). Unbiased criteria for severity of depression in alcoholic inpatients. J. Nerv. Ment. Dis. 173(8): 482-487.
- Cobo, C. (1992). La depresión infantil: Del Nacimiento a la adolescencia. Madrid: Temas de hoy.
- Conger, J.J. (1956). Alcoholism: theory, problems and challenge. Quart J Stud Alc 17: 296.
- Coyne, J.C. (1986). Essential papers on depression. Nueva York: Nueva York University Press.
- Critchlow, B. (1987). A utility analysis of drinking. Addictive Behaviors, 12, 263-273.
- De la Fuente, J.R., et. al. (1992). El alcoholismo como problema médico. Revista de la Facultad de Medicina. U.N.A.M., Vol. 35, No 2, Abril a Junio.
- Deykin, E.Y. et. coll. (1987). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. Am. J. Public Health, 77, 178-182.
- D'Marcelli. (1992). Adolescencia y depresión: Un abordaje multifocal. Barcelona: Masson, S.A.
- Dorus, W., Kennedy, J., Gibbons, R. & Ravi, D.S. (1987). Symptoms and diagnosis of depression in alcoholics. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 11:150-154.
- Earls, F. (1984). The epidemiology of Depression in Children and Adolescents. Pediatric Annals, 13, 1, 23-31.
- Edwards, E. & Gross, M.M. (1976). Alcohol Dependence: Provisional Description of a Clinical Syndrome. WHO Technical Report. Br. Med. J., 1. 1058-1061.
- E.N.A. (1990). En Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones. Alcohol, México, 1990.
- Ferrari, P. y Braconnier A. (1976). La depresión d'infériorité de l'adolescent. Rev. Neuropsychiat. Infant., 24, 319-323.
- Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. American Psychologist. 28, 857-870.
- Feuerlein, W. (1972). Chronischer Alkoholismus. Der Nervenarzt, 8.

Fisher, H.R., Simpson, R.I. & Kapur, B.M. (1987). Calculation of Blood Alcohol Concentration (BAC) by Sex, Weight, Number of Drinks and Time. Can J. Public Health, 78. 300-304.

Flay B. & Petraitis J. (1991). Metodological Issues in drug use prevention research: Theoretical foundations. En: CG Leukefeld 8ed., Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues. NIDA Washington, 81-109.

Franks, C.M. (1970). Alcoholism, en Costello, C.G. Symptoms of Psychopatology, a Handbook. N. York.

Freud, S. (1917). Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.

Friedman, A.S., et. al. (1963). Syndromes and Themes of Psychotic Depression, Arch Gen Psychiat 9:504-509.

Glaser, K. (1967). Masked depression in children and adolescents. American Journal of Psychotherapy, 21, 565-574.

Gottlib, I.H. & Colby, C.A. (1987). Treatment of depression. An interpersonal systems approach. Oxford, Pergamon.

Grinker, R.R., et. al. (1961). Phenomena of Depressions, New York: Paul B. Hoeber, Inc., Medical Book Department of Harpers & Row Publishers, Inc.

Hasin, D.S., Grant, B.F. & Endicot, J. (1988). Lifetime psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics: Subject and familial correlates. Int. J. Addict. 23:250-287.

Hawkins J., Catalano R. & Miller J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112(1), 64-105.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1991). Metodología de la investigación. México: Mc. Graw-Hill, 1a Ed.

Hesselbrock, M.H., Hesselbrick, V.M. & Tennen, H. (1983). Metodological considerations in the assessment of depression in alcoholics. J. Consult. Clin. Psicol, 51, 399-405.

Hollande, C. (1976). L'humeur dépressive comme défense contre la depresión. Rev. Fr. Psychanal., 40, 1081-1091.

Hugh Coolican. (1990). Research methods and statistes psychology. Tit. Esp: Métodos de investigación y estadística en psicología. Traducido por Jurado, C.M. México D.F: Facultad de Psicología, U.N.A.M. Ed. Manual Moderno.

Jacobson, E. (1969). El self y el mundo objetai. Buenos Aires: Beta

Jellinek, E.M. (1952). Phases of alcohol addiction. Q.J. Stud. Alcohol, 13, 673-684.

Jellinek, E.M. (1960). The Disease Concept of Alcoholism. College and University Press, Conn. Hillhouse, Haven.

Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth. Academic Press, Nueva York.

Johnston, L., O'Malley, P. & Bachman, J. (1989). Drug use, drinking, and smoking: National Surveys results from High School, College and Young adult populations. 1975-1988. U.S. Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse (NIDA), DHHS No (ADM) 89-1638.

Jones, R.G. (1969). A factored measure of Ellis irrational belief system, with personality and maladjustment correlates. Dissertation Abstracts International, 29, 11-13.

Juarez F., Medina-Mora M. E., Berenzon S., Villatoro J., Carreño S., López E., Galvan J. & Rojas E. (1998). Antisocial behavior: Its relation to selected sociodemographic variables and alcohol and drug use among Mexican students. Substance Use and Misuse, 33(7), 1437-1459.

Kabakci, E.B. (1990). Depression among alcoholics in a Trukish sample. J. Subst. Abuse Treat. 7(4):261-264.

Kandel, D.B. & Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. Arch. Gen. Psychiatry, 39, 1205-1212.

Kandel, D.B. & Davies, M. (1986). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. Arch. Gen. Psychiatry, 43, 255-262.

Kaplan, S.L., Hong, G.K. & Weinhold, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in Adolescents. J. Am. Acad. Child. Psychiatry, 23, 1, 91-98.

Kashami, J.H., Carlson, G., Beck, N.C. et. coll. (1977). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community simple of adolescents. Am. J. Psych., 134, 931-934.

Keeler, M.H., Taylor, C.I. & Miller, V.C. (1979). Are all recently detoxified alcoholics depressed? Am. J. Psychiat. 136:586-588.

Kennet, L. J., Lous, W. S. & Cutis, O. B. (1979). Drugs, alcohol & tabaco. Mt Sn. Antonio College, Cafield press Sn Francisco A depto. Of Harper & Row, Publishers, inc.

Kuiper, N.A., Olinger, L.J., & Macdonald, M.R. (1988). Vulnerability in a contingency model of depression. En Alloy, L.B. (Comps.), Cognitive Process in Depression. Nueva York: Guilford.

Kunkel, M.A. (1991). Concept mapping in Counseling Psychology Research. San Francisco, A.P.A. 99<sup>th</sup> Annual Convention.

Lerner, J.V. & Vicary, J.R. (1984). Difficult temperament and drug use: Analyses from the New York longitudinal study. Journal of Drug Education, 14, 1-8.

Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En Friedman y Katz (comps.), The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Nueva York: Wiley.

Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En Reiss, S. y Bootzin, R.R. (Comps.) Theoretical issues in behavior therapy. Londres: Academic Press.

López, C. H. (1969). La problemática de las bebidas alcohólicas: la adolescencia, etapa crítica en el mecanismo de la ingesta alcohólica patológica o no. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología U.N.A.M.

Male, P. (1980). Psychothérapie de l'adolescent. , Paris: Payot, 2<sup>a</sup> éd., 1vól.

Materazzi, M. A. (1985). Drogadependencia. (2nd. Ed.) México: Paidós.

Mayfield, D.G. (1968). Psychopharmacology of alcohol. I. Affective change with intoxication, drinking behavior and affective state. J. Nerv. Sistem. 29:467-474.

Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Carreño, S., Berenzon, S.H., Juárez, F., Rojas, E. Y Breña, J. (1994). Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar: estudiantes de enseñanza media y media superior, 1991. "Factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos". Reporte estadístico del Distrito Federal. Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1994).

Medina-Mora M.E., Díaz- Leal L. y Berruecos-Villalobos L. (1994) Cap. III La prevención de las adicciones. In Berruecos L. & Díaz-Leal (Eds.), Curso Básico Sobre Adicciones. Centro Contra las Adicciones (CENCA). Fundación "Ama la Vida" I.A.P. (P-P. 131-163). México: Fundación Ama la Vida I.A.P. y CENCA.

Medina-Mora M.E., García, Z.G., Rascón M.L., Otero M.R. y Gutiérrez, E. (1986). Normas y actitudes en torno a la ingesta de bebidas alcohólicas y su relación con las prácticas de consumo, en Pick, S., Díaz, L. y Andrade P. (comps), La psicología social en México, I. 218-223.

Medina-Mora, M.E., Rascón, M.L., Otero M.R. y Gutiérrez E. (1988). Patrones de consumo de alcohol en México, en J. Gilbert (comp.), Alcohol Consumption among Mexicans and Mexican Americans: A Binational Perspective, Los Angeles: UCLA, 27-52.

Medina-Mora, M.E., Rojas, E., Galvan, J., Berenzon, S.H., Carreño, S., Juárez, F., Villatoro, J., López, E., Olmedo, R., Ortiz, E., y Nequiz, G. (1993). Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar. Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Medina-Mora M.E., Villatoro J., López E., Berenzon G., Carreño S. y Juárez G. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. Gaceta Médica de México, 131 (4), 383-393.

Mello, N.K. & Mendelson, J.H. (1965). Operant analysis of drinking patterns of chronic alcoholics. Nature 206:43.

Mello, N.K. & Mendelson, J.H. (1971). Recent advances in studies of alcoholism. U.S. Government Printing Office, Washington, DC.

Mooney, D.K. & cols. (1987). Correlates of alcohol consumption: sexe, age and expectancies relate differentially to quantity and frequency. Addictive Behaviors, 12, 235-240.

Morrison, J.R. (1974). Bipolar affective disorders and alcoholism. Am. J. Psychiatry. 131:1130-1133.

Narro, J. (1992). Algunos aspectos epidemiológicos del alcoholismo en México. Revista Facultad de Medicina, U.N.A.M., Vol. 35, No 2, Abril-Junio.

Nathan, P.E. & O'Brien, J.S. (1971). An experimental analysis of the behavior of alcoholics and nonalcoholics during prolonged experimental drinking; a necessary precursor of behavior therapy. Behav Ther 5:455.

NIAAA. (1990). En Secretary of Health, Seventh Special Report to the US Congress.

Oetting E. & Beauvais F. (1990). Adolescent drug use: Findings of national and local surveys. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 58(4) 385-395.

Overall, J.E. (1962). Dimensions of Manifest Depression, Psychiat Res 1: 239-245.

Pary, R., Lippman, S. & Tobias, C.R. (1980). Depression and alcoholism: clinical considerations in manegement. South Med. J. 81:1529-1533.

Penick, E.C., Powell, B.J., Bingham, S.F. & col. (1988). A comparative study of familial alcoholism. J. Stud. Alcohol, 48:136-146.

Perris, C. (1966). A study of bipolar (maniac-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta Psychiatrica Scandinavica, (suppl. 194), 42, 1-18.

Pitts, F.N. & Winokur, G. (1966). Affective disorder. IV. Alcoholism and affective disorder. J. Psychiat. Res. 4:37-50.

Plaut, T.F. (1967). Alcohol problems: A report to the Nation by the Cooperative Commission on the Study of Alcoholism. Oxford, N.Y.

Polaino, A. y Lorente C., (1988). Las depresiones infantiles. Madrid: Morata, S.A.

Ramírez Yáñez, J. (1965). Un estudio exploratorio sobre depresión en adolescentes. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología, U.N.A.M.

Read, M.R., Penick, E.C., Powell, B.J. & Col. (1990). Subtyping male alcoholics by family history of alcohol abuse and co-occurring psychiatric disorder: a bidimensional model. Br. J. Addict 85:367-178.

Revenstorf, D., & Metsch, H. (1986). Lerntheoretische Grundlage der Sucht. En Feurlein, W. (dir.) Springer, Berlin.

Roberts, R. & Andrew, J. (1990). Assessment of depression in Adolescents using the CES-D. The Oregon Research Institute.

Rodríguez, A. y Martos, D. (1989). Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona: Salvat editores S.A.

Rojas E., Medina-Mora M. E., Juárez F., Carreño S., Villatoro J., Berenzon S. y López E. (1995). El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México. Salud Mental, Vol.18, No. 3, 22-27.

Room, R. (1990). Measuring Alcohol Consumption in the United States. En Lynn Kozlowski et. al. (comps.) Research Advances in Alcohol and Drug Problems. Nueva York y Londres: Plenum Press.

Rosovsky, H., et al. (1993). Prevalencia de consumo de drogas en población escolar. Salud Mental, Vol. 5, No. 1, Marzo.

Rosovsky, H. y Borges, G. (1993). Accidentes y alcohol en América latina. Revista: Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario.

Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. y Yule, W. (1976). Adolescent Turmoil. Fact or fiction? J.Child Psychol. Psychiat., 17, 35-65.

Rutter, M. & Hersov, L. (comps.). (1985). Child and Adolescent Psychiatry. Boston: Blackwell Scientific Publications.

Sandahl, C., Lindberg, S. & Bergman H. (1987). The relation between drinking habits and neuroticism and weak ego among male and female alcoholic patients. Acta Psychiatr. Scand., 75, 500-508.

Santo-Domingo C. J. (1965). Estudios epidemiológicos sobre el alcoholismo en España. Rev. San. Hig. Públic., 35.

Santo-Domingo C. J. & Llopis, R. (1963). Concept et définitions de l'alcoolisme. Revue d'Alcoolisme, 9, 197.

Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría (1991). Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar: Estudiantes de enseñanza media y media superior. México: Reporte estadístico del Distrito Federal.

Secretaría de Salud (1994). Encuesta Nacional de Adicciones. México: Dir. Gral. de Epidemiología S.S.A., tomo 1.

Seligman, M.E. (1981). Indefensión. Madrid: Debate.

Shaw, B.F., Vallis, T.M. Y McCabe, S.B. (1985). The assessment of severity and symptom patterns in depression. En Beckham, E.E. y Leber, W. (comps.) Handbook of depresión. Illinois: The Dorsey Press.

Sherfey, M. (1955). Psychopathology and character structure in chronic alcoholism. En Diethelm, W. O. The Etiology of Chronic Alcoholism. Illinois.

Shuckit, M.A. (1982). Prevalence of afective disorder in a sample of young men. Am. J. Psychiatry, 139:1431-1436.

Shuckit, M.A. & Monteiro, M.G. (1980). Alcoholism, anxiety and depression. Br. J. Addict 83:1373-1380.

Smart, R.G., Adlaf, E.M. & Knoke, D. (1991). Use of de cage Scale in a Population Survey of Drinking. J. Stud Alcohol, 52:6, 593-596.

Sturgeon, W. (1981). Depresión. España: Grijalbo, 1a. edición.

Tapia, C. R. (1994). Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno.

Toolan, J.M. (1974). Masked depresión and adolescents. En Leese, S. (comp.), Masked Depresión. Nueva York: Jason Aronson.



Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos. En Belloch, A. e Ibáñez, E. (comps.), Manual de psicopatología. Valencia: Promolibro.

Velasco, Fernández. R. (1982). Esa enfermedad llamada alcoholismo. (2nd. Ed.). México: Trillas.

Velasco Fernández. R. (1988). La educación como alternativa de prevención del alcoholismo. Una experiencia mexicana. En: Alcoholismo visión integral. México: Trillas, S.A., 1ª. Ed. 421-435.

Villatoro J. A., Medina-Mora M. E., Cardiel H., Fleiz C., Alcántar E., Hernández S., Parrra J. y Néquiz G. (1999). La situación de consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: Medición otoño de 1997. Salud Mental, Vol. 22, No. 2, 18-30.

Vogel-Sprott, M. (1974). Defining light and heavy social drinking: research implications and hypotheses. Q.J.Stud. Alcohol, 35, 1388-1392

Von Korff, M.R., Eaton, W.W. y Keyl, P.M. (1985). The epidemiology of panic attacks and panic disorder. Am. J. Epidemiology, 122, 6, 970-981.

Vrasti, R., Enasescu, N., Poelince, C. & col. (1988). Interpersonal dependency, self-esteem and depression in primary alcoholism. Acta Psychiatr. Scand. 78:448-450.

Weiner, I. B. (1970). Psychological Disturbance in Adolescence. Nueva York: Wiley.

Weiner, I. B. & Elkind D. (1972). Child development: Acore Approach. United States of America: University of Rochester.

Weissman, M.M & Klerman, G.L. (1977). Sex differences in the epidemiology of depression. Archives of General Psychiatry, 34, 98-111.

Weissman, M.M. & Meyers, J.K. (1980). Clinical depression in alcoholism. Am. J. Psychiat. 137:372-373.

Weissman, M.M., Sholomskes, P.S. & otros. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. American Journal of Epidemiology, 106, 203-214.

Whybrow, P.C. y otros. (1984). Mood disorders: toward a new psychobiology. Nueva York: Plenum.

Widlocher D. (1983). Le ralentissement dépressif. P.U.F., Paris, coll. Nodules.

Winokur, G. & Clayton, P.J. (1967). Family history studies. II. Sex differences and alcoholism in primary affective illness. Br. J. Psychiatry, 113:973-979.

Winokur, G., Clayton, P.J. y Reich, T. (1969). Maniac depressive illness. St. Louis: Mosby Co.

Zuckerman, M. (1979) (1984), en Zuckerman, M. (1986). Sensation seeking and endogenous deficit theory of drug abuse. Research Monograph Series, 74, 59-70. NIDA, Rockville, Maryland.

Zung, W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. Arch. Gen. Psych., 12, 63-70.

Zung, W. K. (1967). Factors Influencing the Self-Rating Depression Scale. Arch. Gen. Psych., 16, 543-547.

Zung, W. K., Carolyn, B. R. & Marvin J. S., (1965). Self-Rating Depression Scale in an out patient clinic. Arch. Gen. Psych., 13, 508-515.

## APÉNDICE 1

## CUESTIONARIO SOBRE SALUD EN POBLACION UNIVERSITARIA

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre la salud de estudiantes universitarios con énfasis sobre el uso de sustancias tales como: alcohol, tabaco, marihuana, inhalables (cemento, thinner, etc), alucinógenos (hashish, peyote, hongos, etc), tranquilizantes, cocaína, etc, con la finalidad de obtener resultados que puedan servir en la elaboración de programas preventivos de salud dirigidos a los estudiantes.

Para lograr este propósito, es muy importante que contestes con la mayor honestidad. Toda la información que nos brindes será estrictamente confidencial, y no es necesario que nos proporciones tu nombre.

FECHA: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_  
 ESTATURA: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
 SEMESTRE: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

Lee cuidadosamente cada una de las preguntas que se presentan a continuación y marca con una cruz la respuesta que mejor refleje tu conducta en relación a lo que se pregunta. Por ejemplo:

0. Cuando te trasladas de tu casa a la escuela, ¿qué tipo de transporte utilizas?

- a) Metro      b) Pesero      c) Camión      d) Metro y pesero  
 e) Ninguno      f) Otro

Tu respuesta indica que para trasladarte de tu casa a la escuela solamente utilizas el metro.

1. ¿Cómo consideras que es tu salud actualmente?

- a) Buena      b) Mala      c) Regular

2. ¿Has padecido alguna enfermedad en los últimos 30 días?

Si ( )      No ( )

En caso afirmativo, indica cuál (es): \_\_\_\_\_

3. ¿Alguien en tu familia consume algunas de las siguientes sustancias?

Puedes marcar más de una opción si lo requieres.

- Alcohol ( )      Tabaco ( )      Marihuana ( )      Cocaína ( )  
 Inhalables ( )      Tranquilizantes ( )      Anfetaminas ( )      Heroína ( )  
 Otra (s) ( )      Especifica: \_\_\_\_\_

**4. ¿Quién de tu familia ha presentado alguno de los siguientes problemas?**

Puedes marcar más de una opción si lo requieres.

**PROBLEMAS**

**PARENTESCO**

- a) Suicidio  
 b) Abandono de hogar  
 c) Infidelidad  
 d) Delincuencia  
 e) Alcoholismo  
 f) Tabaquismo  
 g) Drogadicción  
 h) Otro (s). Especifica  
 i) Ninguno

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. ¿Alguno de tus amigos o compañeros consumen alguna (s) de las siguientes sustancias?**

Puedes marcar más de una opción si lo requieres.

- Alcohol ( ) Tabaco ( ) Marihuana ( ) Cocaína ( )  
 Inhalables ( ) Tranquilizantes ( ) Anfetaminas ( ) Heroína ( )  
 Otra(s) ( ) Especifica: \_\_\_\_\_

**6. ¿Alguno de tus amigos o compañeros ha presentado alguno de los siguientes problemas?**

Puedes marcar más de una opción si lo requieres.

- Suicidio ( ) Abandono de hogar ( ) Infidelidad ( ) Delincuencia ( )  
 Alcoholismo ( ) Tabaquismo ( ) Drogadicción ( ) Ninguno ( )  
 Otro (s) ( ) Especifica: \_\_\_\_\_

**7. ¿Has consumido alguna vez en la vida?**

Puedes marcar más de una opción si lo requieres.

- Alcohol ( ) Tabaco ( ) Marihuana ( ) Cocaína ( )  
 Inhalables ( ) Tranquilizantes ( ) Anfetaminas ( ) Heroína ( )  
 Ninguna ( ) Otra(s) ( ) Especifica: \_\_\_\_\_

**8. ¿Cuál(es) de la(s) siguiente(s) sustancia(s) consumes actualmente o has consumido durante los últimos 6 meses?**

Puedes marcar más de una opción si lo requieres.

- Alcohol ( ) Tabaco ( ) Marihuana ( ) Cocaína ( )  
 Inhalables ( ) Tranquilizantes ( ) Anfetaminas ( ) Heroína ( )  
 Ninguna ( ) Otra(s) ( ) Especifica: \_\_\_\_\_

Si tu respuesta fue ninguna pasa a la pregunta 15, si no fue así sólo contesta a las preguntas correspondientes a la sustancia que marcaste.

## 9. ¿Qué tan a menudo consumes?

ALCOHOL	TABACO	OTRA SUSTANCIA	OTRA SUSTANCIA
	Especifica: _____		_____
a) Diario	a) Diario	a) Diario	a) Diario
b) 2 veces a la semana	b) 2 veces a la semana	b) 2 veces a la semana	b) 2 veces a la semana
c) 3 veces a la semana	c) 3 veces a la semana	c) 3 veces a la semana	c) 3 veces a la semana
d) 4 veces a la semana	d) 4 veces a la semana	d) 4 veces a la semana	d) 4 veces a la semana
e) 5 veces a la semana	e) 5 veces a la semana	e) 5 veces a la semana	e) 5 veces a la semana
f) 6 veces a la semana	f) 6 veces a la semana	f) 6 veces a la semana	f) 6 veces a la semana
g) 1 vez al mes	g) 1 vez al mes	g) 1 vez al mes	g) 1 vez al mes
h) 2 veces al mes	h) 2 veces al mes	h) 2 veces al mes	h) 2 veces al mes
i) 3 veces al mes	i) 3 veces al mes	i) 3 veces al mes	i) 3 veces al mes

## 10. En cada ocasión que bebes ¿qué tipo(s) de sustancia(s) y cantidad acostumbras tomar?

Puedes marcar más de una opción si lo requieres.

SUSTANCIA	CANTIDAD
a) Vino	_____ Copas
b) Cerveza	_____ Latas, botellas, vasos
c) Bebidas como "coolers", "viña real"	_____ Copas o vasos
d) Presidencola, "Q-bitas"	_____ Vasos
e) Pulque	_____ Vasos
f) Alcohol puro o aguardiente	_____ Vasos, copas
g) Tequila	_____ Vasos, copas
h) Otra (s). Especifica tipo y cantidad.	_____

## 11. En cada ocasión que bebes alcohol, ¿aproximadamente cuántas horas pasas tomando?

1 hora ( )	2 horas ( )	3 horas ( )	4 horas ( )
5 horas ( )	6 horas ( )	7 horas ( )	8 horas ( )
9 horas ( )	10 horas ó más ( )		

**12. ¿Cuántos cigarros fumas aproximadamente por día?**

- a) 1 a 5 cigarros      b) 6 a 15 cigarros      c) 15 en adelante

**13. Cuando consumes otro tipo de sustancia ¿cuánto consumes?**

SUSTANCIA	CANTIDAD	DIA	SEMANA	MES
a) Marihuana	_____	___	___	___
b) Inhalables	_____	___	___	___
c) Tranquilizantes	_____	___	___	___
d) Alucinógenos	_____	___	___	___
e) Anfetaminas	_____	___	___	___
f) Heroína	_____	___	___	___
g) Otra(s) Especifica tipo y cantidad	_____			

**14. Consideras que tu consumo es:**

ALCOHOL	TABACO	OTRA SUSTANCIA	OTRA SUSTANCIA
		Especifica: _____	_____
a) Leve	a) Leve	a) Leve	a) Leve
b) Moderado	b) Moderado	b) Moderado	b) Moderado
c) Severo	c) Severo	c) Severo	c) Severo

**15. ¿Qué problemas consideras que son causados por el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, marihuana, tranquilizantes, anfetaminas, etc)?**

Puedes tachar las opciones que consideres necesarias.

- |   |               |
|---|---------------|
| a) Académicos (ausentismo escolar, reprobación) | b) De salud   |
| c) Económicos                                   | d) Familiares |
| e) Laborales                                    | f) Legales    |
| g) Bandalismo                                   | h) Robos      |
| i) Peleas                                       |               |
| j) otro (s). Especifique: _____                 |               |

**16. ¿Cuál es tu bebida alcohólica preferida y por qué?**

SUSTANCIA	MARCA	¿POR QUÉ?
-----------	-------	-----------

\_\_\_\_\_

ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

		Ninguna o muy pocas veces	Algunas Veces	La mayor Parte del Tiempo	Continua- mente
1	Me siento abatido y melancólico.				
2	En la mañana me siento mejor.				
3	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5	Como igual que antes solía hacerlo.				
6	No ha disminuido mi interés por la manifestación de mi sexualidad.				
7	Noto que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo molestias de constipación.				
9	El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10	Me canso sin hacer nada.				
11	Tengo la mente tan clara como antes.				
12	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14	Tengo esperanzas en el futuro.				
15	Estoy más irritable de lo usual.				
16	Me resulta fácil tomar decisiones.				
17	Siento que soy útil y necesario.				
18	Mi vida tiene bastante interés.				
19	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20	Todavía disfruto con las mismas cosas.				