

320825



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO 4

Handwritten signature or initials.

PLANTEL TLALPAM
ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FALLA DE ORIGEN
DEPRESION EN MUJERES
ALCOHOLICAS

TESIS QUE PRESENTA
MARTHA CECILIA CERROS CADENA
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ASESOR DE TESIS: DR. JESUS QUINTANAR MARQUEZ

MEXICO, D. F.

1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A Mis Padres.

A quienes brindo este regalo como manifestación de mi esfuerzo, esfuerzo amoroso que realizaron para lograr hacer de mi lo que soy.

A Mi Esposo.

Quien a través de sus constantes palabras de aliento, me ha brindado la tranquilidad y la fuerza necesaria para concluir una etapa más en mi desarrollo profesional . Gracias amor por tu apoyo.

**A Mis Amigos
Ernesto y Diana.**

A quienes agradezco que en los momentos más difíciles estuvieran a mi lado fortaleciendo esa unión interna que cada día nos hermana más.

A Mi Prima Lourdes.

Gracias por tu animoso esmero manifestado en cada momento en que solicité tu ayuda.

**A Mis Tios
Margarita, Jorge e Ignacio.**

Por su desinteresado y estimulante apoyo a lo largo de mis estudios, mi agradecimiento y cariño.

**A Mis Sobrinos y Primos
Narito, Fer, Pedro, Pepe, Memo, Oscar, Adrián, Jorge, Paola y Thelma.**

A quienes sólo puedo decir que el esfuerzo y constancia que un ser humano dedica al estudio, refleja el espíritu de grandeza que éste posee por encima de todas las cosas materiales.

Indice

	Página
Introducción	
Justificación	
Marco Teórico	
Capítulo I Alcoholismo	
1.1 Antecedentes históricos	2
1.2 Definición de alcoholismo	9
1.3 Diagnóstico de alcoholismo	20
1.4 Aspectos psicológicos del alcoholismo	23
1.5 Aspectos sociales del alcoholismo	32
1.6 Aspectos biológicos del alcoholismo	40
Capítulo II Depresión	
2.1 Definición de depresión	46
2.1.1 Depresión neurótica	46
2.1.2 Depresión psicótica	50
2.1.3 Factores precipitantes	53
2.1.4 Factores psicodinámicos	55
2.2 Diagnóstico de depresión	60
2.3 Depresión y alcoholismo. Psicodinamia	64
2.4 Relación alcoholismo - depresión	69
Capítulo III Metodología	
3.1 Problema	75
3.2 Objetivos	75
3.3 Población y muestra	76
3.4 Obtención de datos	77
3.5 Tipo de investigación	82
3.6 Nivel de investigación	83
3.7 Diseño de investigación	83

3.8 Procedimiento	84
3.9 Análisis estadístico	86

Capítulo IV Resultados

4.1 Resultados	88
4.2 Interpretación y discusión de resultados	95
4.3 Conclusiones	
4.4 Sugerencias	

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCION

Introducción

En la presente investigación lo que se pretende es llegar a determinar si la depresión es un rasgo común en la mujer alcohólica de 20 a 30 años de edad, que pertenece a instituciones de Alcohólicos Anónimos.

Aún cuando el tema del alcoholismo ha sido estudiado por diversos autores, todo lo que hasta hoy en día se sabe sobre el origen del alcoholismo lleva a considerar la existencia de diversos factores predisponentes y desencadenantes.

No se ha encontrado una causa que permita explicar porqué un individuo se vuelve alcohólico; por ello, tenemos que plantear que el alcoholismo no se origina a partir de una causa simple, sino de una interacción compleja; por lo que en el presente estudio se le aborda desde diversos aspectos que influyen en el sujeto, como son: factores psicológicos, socioculturales y fisiológicos (orgánicos).

Posteriormente se define y analiza el diagnóstico de la depresión y se establece su relación con el alcoholismo, considerando que la depresión es un acompañante del consumo excesivo y crónico de bebidas alcohólicas. Con el fin de comprender mejor esta relación, se ofrecen diferentes explicaciones que antes que contradictorias entre sí, tienden a complementarse.

En primer lugar, la depresión puede desarrollarse como una reacción mental comprensible a las consecuencias que los hábitos de beber le imponen al alcohólico.

En segundo lugar, la depresión puede tener su origen en trastornos neuróticos aún no bien comprendidos que surgen como consecuencia de la ingestión excesiva de alcohol.

Una tercera razón para la relación entre la depresión y la dependencia alcohólica se encuentra en la ocurrencia de una o más fases de depresión

en individuos que beben mucho, a fin de aliviar sus tensiones emocionales y trastornos afectivos.

Un cuarto factor a considerar para explicar esta combinación, se encuentra en la personalidad de los dependientes del alcohol, entre los cuales se aprecia una alta frecuencia en temperamentos depresivos.

La depresión es característica común de la mujer alcohólica, de acuerdo a este estudio, sin embargo existen autores que afirman la no existencia de depresión en jóvenes alcohólicos; como por ejemplo Mc. Cords (1960), Hamm (1979) y Keeler (1979). También mencionaremos a los diferentes autores, con sus respectivas investigaciones, que consideran a la depresión como parte de la dependencia alcohólica.

La investigación se realizó en instituciones de Alcohólicos Anónimos. La muestra elegida está compuesta por 30 sujetos del sexo femenino con edades entre 20 y 30 años de edad.

El muestreo que se llevó a cabo fue no probabilístico de tipo intencional, ya que no existen registros ni datos que permitan conocer el comportamiento estadístico de todas las mujeres alcohólicas, por lo que la conclusión del presente estudio sólo se refiere a la muestra estudiada.

Se concluye mencionando que el 93.3% de las mujeres alcohólicas muestra un nivel de depresión cuya elevación se clasifica como anormal.

JUSTIFICACION

Justificación

El interés por esta investigación surge a partir de que, hoy por hoy, los problemas de alcoholismo en la mujer son, en gran medida, ignorados, aún cuando no resulta extraño o inconcebible ver a la mujer departir en reuniones, bares e incluso en su hogar, con una copa en la mano.

Por mucho tiempo el alcoholismo se ha considerado una enfermedad de hombres y como tal es generalmente aceptada; sin embargo, cuando se presenta el problema de alcoholismo en la mujer, se considera que en algunos aspectos resulta mayormente afectada que un hombre.

Socialmente es rechazada. No es de sorprender que la mujer alcohólica y sus familiares se esfuercen por ocultar y negar su problema. Médicamente es ignorada. No se detecta alcoholismo en la mujer en etapas iniciales y sólo ante casos crónicos solicita ser atendida. En cuanto a lo físico, el daño que sufre se da en menor tiempo, afectando también sus condiciones para la reproducción.

Por lo que se refiere a los aspectos de personalidad, tampoco se han desarrollado investigaciones específicas sobre las mujeres alcohólicas. Es importante recordar que las mujeres enfrentan presiones diferentes a las que encaran los hombres.

Esto es debido a que, por una parte, los roles determinan una conducta distinta, objetivos diversos, experiencias de vida diferentes e imagen propia para cada género. Sin embargo, en el caso de las mujeres, estos elementos se ven afectados cuando las exigencias del mundo moderno se añan a las de su hogar.

Algunas mujeres obtienen satisfacción de su papel de madres y amas de casa de tiempo completo. Otras, en cambio, abandonan sus objetivos de superación económica, social, cultural, intelectual o profesional por la presión que ejerce la familia y la sociedad para que asuman un papel

tradicional. Un tercer grupo decide combinar el trabajo fuera de casa con las exigencias del hogar, enfrentando también una doble problemática, ya que, por una parte, debe cumplir con su papel de esposa y madre y, por la otra, debe redoblar esfuerzos en el trabajo, sólo para probar que es tan competente como los varones con quienes labora.

Sentirse atrapadas por una forma de vida que no está de acuerdo con sus intereses y objetivos reales, hace que las mujeres se perciban cada vez más denigradas y frustradas

Para enfrentar esta problemática las mujeres tienen diferentes alternativas. Una de ellas, y la más importante para este estudio, es la aparente solución que descubre la mujer a través del alcoholismo.

Algunas mujeres, al encontrarse en conflicto, no tardan en descubrir que un par de tragos es la vía más rápida para disolver sentimientos y, antes de que se den cuenta, están sintiéndose "apoyadas" por cantidades regulares de alcohol. Sin embargo, se han convertido en alcohólicas.

Todo lo anterior conlleva a pensar que la depresión es un rasgo común en las mujeres alcohólicas, lo que se pretende demostrar en esta investigación, y lo cual llevaría a contradecir investigaciones realizadas anteriormente como las de Hamm, Major y Keeler (1975), quienes afirman que la depresión no es un rasgo común de los alcohólicos en estudios realizados con varones.

MARCO TEORICO

CAPITULO I ALCOHOLISMO

1.1 Antecedentes Históricos

Los estudios de las más antiguas culturas han reportado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra, en un período cercano a los 4,000 años A.C.

Poetas, filósofos, médicos de todas las especialidades, alquimistas, productores, comerciantes, antropólogos, economistas y sociólogos se han encargado de estudiar, a partir de sus particulares intereses, el proceso de elaboración, distribución, consumo y efectos individuales y sociales de las bebidas alcohólicas que tan opuestas reacciones han provocado en su remota historia.

Comentan Bernal, Márquez, Navarro y Selsor (1975) que en lo que no hay ninguna discrepancia en el hecho de que el vino y otros líquidos de mayor o menor graduación han dejado una profunda huella en la evolución de la sociedad, en particular en lo que respecta al crecimiento económico; y en que su papel simbólico ceremonial y religioso, de dominación de unos sobre otros grupos humanos, en la descomposición social e incluso en la decadencia de grandes imperios, no puede ser menospreciada. Bebida para la celebración y el triunfo, pero también para la derrota, el vino acompaña siempre al hombre. Los libros de las civilizaciones más antiguas y cuando no los libros, las inscripciones, las tablas, los frisos y las imágenes que se han conservado del arte de los primeros tiempos de la historia, así lo demuestran.

Según Bernal, Márquez, Navarro y Selsor (1975), uvas y casi todo tipo de frutas, cereales, papas, caña de azúcar y remolacha, magueyes, cualquier producto vegetal a su alcance sirvió a los más antiguos pueblos para producir, por medio de primitivos procedimientos, una innumerable cantidad de productos fermentados que se destinaron primero al autoconsumo para posteriormente, convertirse en uno de los ejes alrededor de los cuales giró el comercio durante miles de años, dada su enorme significación ritual y de festejo para todo tipo de acontecimientos. De aquí que difícilmente pueda concebirse, a lo largo de un inmenso período, alguna caravana o navío que no incluyera vinos o licores entre las mercaderías que transportaban de Occidente hacia el mediano y lejano Oriente y a las riberas del Mediterráneo, generando enormes riquezas a comerciantes, marinos y terratenientes y escasos o nulos beneficios a consumidores y campesinos, siervos o esclavos.

El consumo de bebidas alcohólicas ha recibido un fuerte impulso de mercaderes y políticos, señalan Bernal, Márquez, Navarro y Selsor (1975), desde las legiones romanas y los cruzados, hasta las haciendas mexicanas del porfiriato. El impulso dado por los grupos que detentan el poder económico y político ha sido dado con dos finalidades centrales: a) la manipulación de las mayorías a quienes se "premiaba" y festejaba con artículos en especie, entre los que las bebidas alcohólicas ocupaban un lugar destacado, o se les "castigaba" con la escasez o elevación de precios de la misma, en caso de que no accedieran a doblegarse a las dudosas finalidades de los controladores de las fuentes de abastecimiento de la cada vez más importante fuente de riqueza.

Igualmente, a lo largo de toda la historia de dominación económica-militar, son comunes los episodios en que los néctares fermentados incitaban no sólo el valor y las ansias de gloria, sino también la codicia de los guerreros, y formaban una parte indispensable del botín de guerra, desde las épocas conquistadoras de Alejandro, o los asaltos franceses que, dicho sea de paso, también fueron sistemáticamente disfrutados por los ejércitos occidentales.

Con la aceleración del proceso expansivo de la ciencia y la tecnología aplicada a la producción, que a su vez exigía la ampliación del espacio económico mercantilista, surgen los descubrimientos geográficos e industriales, lo que da paso al colonialismo, al reparto del mundo entre las principales potencias de la época y al mercado mundial.

La anterior distribución internacional del trabajo se altera radicalmente y a las colonias se les destina a la producción de materias primas, como mercado cautivo para las mercancías fabricadas en las metrópolis y como proveedores de fuerza de trabajo a ínfimo costo, haciendo pesar sobre ellas innumerables prohibiciones que frenan irremisiblemente la evolución de las fuerzas productivas internas y hacen más desigual el desarrollo económico.

Los monopolios que las metrópolis se reservan para sí cubren una amplia gama de artículos, cualquiera que pudiese competir con los que eran fabricados en sus propias instalaciones, o que les brindaran ventajas en el comercio internacional, aunque fuesen producidas en las colonias indican Bernal, Márquez, Navarro y Selsor (1975).

Y entre los productos más codiciados estaban las bebidas alcohólicas, cuyo control ofrecía una triple utilidad: a) era una importante fuente de beneficios en su producción y comercialización; b) pronto se constituyeron en uno de los pilares de la recaudación fiscal; c) eran un extraordinario factor de denominación sobre los pueblos conquistados, pues el alcohol servía como medio de pago, complementaba -o sustituía por completo- a las miserables raciones de alimento, y sobre todo, una sociedad alcoholizada hasta el embrutecimiento difícilmente podrá luchar contra sus dominadores, o por sus elementales derechos políticos y económicos.

No es casual, entonces, que el camino de la colonia pase por las rutas del alcohol y la manipulación ideológica, ni que en países como los de América Latina, por ejemplo, la intoxicación permanente haya contribuido a diezmar a los habitantes que no fueron acabados por la pólvora y el hierro, el trabajo aniquilador de las minas y haciendas, o las nuevas y terribles enfermedades epidémicas, inseparables de los ejércitos "civilizadores".

Por otro lado, el progreso técnico contribuía sin cesar al aumento de la producción y del transporte, a la diversificación y al mejoramiento y conservación de los vinos y licores, y al crecimiento y fortaleza de ramas productivas auxiliares y colaterales. Así, a las aportaciones de Dom Perignon y Sylvius de la Boe, de Becher y Thenard, de Gay Lussac y Pasteur se sumaban las de la mecánica, que acortaban las distancias y

garantizaban un aprovisionamiento permanente, haciendo surgir auténticos emporios construidos al rededor del alcohol.

Prensas hidráulicas y cilindros, calderas, productos forestales para barricas, edificaciones y empaques, vidrio para envases, metales para alambique, maquinaria y transportes, combustibles y energéticos, fertilizantes y plaguicidas, son sólo algunos de los cientos de materiales e insumos que requirió - y sigue requiriendo- la floreciente industria, que dió origen a muchas otras.

Difícilmente se podría exagerar su importancia en el desarrollo y consolidación del capitalismo, en el que paralelamente, se les crea un ámbito protector que llega a reservar nombres en exclusiva para diversos tipos de bebidas: cognac y champaña en Francia, jerez y oporto en la Península Ibérica, chianti en Italia, escocés en Inglaterra, bourbon en los EUA, sake en Japón, pisco en Perú y tequila en México.

Cabe subrayar que, como sucede en otros países, en México es ancestral el uso del alcohol, y que sus orígenes pertenecen más bien a la leyenda. Códices, relatos, novelas y en la propia narración histórica, abundan en referencias a los líquidos espirituosos, que hasta la llegada de los españoles estaban sujetos a rígidas prohibiciones por el carácter mágico-religioso que se les atribuía, y que conservarán clandestinamente, durante muchos años, persistiendo, aún hasta nuestros días, en algunas comunidades indígenas que han mantenido ciertas tradiciones que forman parte inseparable de sus concepciones de la vida y del universo.

Consumada la conquista, y con ella abatido el sistema de valores indígenas e impuestas las reglas del juego mercantil, las bebidas alcohólicas se transformaron en un jugoso negocio para españoles y criollos, en medio de pago o "recompensa" al trabajo, en objeto de prohibiciones o licencias especiales según conviniera a la Corona. La situación no cambia radicalmente con la Independencia. Las guerras constantes entre fracciones, los enfrentamientos contra las repetidas intervenciones, las costumbres, arraigadas en trescientos años hacen proliferar las cantinas y pulquerías, que se convierten en lugares obligados de reunión.

A mediados del siglo XIX, en los barrios, "como centro de entretenimiento" actúa la pulquería, de las que hay tres o cuatro en cada callejón.

Con el advenimiento de la estabilidad política, que a gran costo social es establecida por el régimen de Porfirio Díaz (1877 a 1911), se dan las condiciones para la industrialización y el avance de las relaciones capitalistas de producción en el país, y se construyen ferrocarriles y otras obras de infraestructura.

Así, comentan Bernal, Márquez, Navarro y Selsor (1975), a la modernización y diversificación de ramas productivas atrasadas, como la textil, se suma la instalación de nuevas, que empiezan a producir en gran escala, entre las que se encuentran la del calzado, el tabaco y varias bebidas alcohólicas, como el tequila, otros aguardientes, la cerveza y otras auxiliares, por ejemplo de envases de vidrio -bajo el entusiasta apoyo y fomento del Estado, cuyos ingresos fiscales por concepto de producción y

venta de esos productos llega a ocupar el segundo lugar- con lo que se fincan los cimientos no sólo de la futura industria cervecera, sino de auténticos emporios industriales que perduran hasta nuestros días.

1.2 Definición de alcoholismo

Como ya es sabido, no existe una definición única con respecto al alcoholismo, por lo tanto se habla de las características que permiten identificarlo, las circunstancias en que se origina, las formas en que se desarrolla y la frecuencia y la intensidad del mismo, en la búsqueda de una homogeneidad.

Morrison (1974) define al alcoholismo en el instante que un paciente ha bebido excesivamente por dos años o más, guiándose por al menos tres de los siguientes síntomas:

- 1) Complicaciones médicas, pérdida de conciencia alcohólica, o calambres alcohólicos.
- 2) Inhabilidad para dejar de beber, aún cuando se ha intentado controlar la forma de beber a través de diversos métodos.
- 3) Arrestos por beber, líos por manejar alcohólico, dificultades en el trabajo o peleas asociadas con el beber.
- 4) Censuras de la familia, de otra gente, o del paciente mismo por su beber, pérdida de amistades por el beber o sentimientos de culpa por esta causa.

En esta definición se destaca la presencia de elementos psicosociales.

Dentro de esta línea de pensamiento Chafetz y Damone (1970, en Guerra, A. 1977) señalan: "Definimos al alcoholismo como un desorden crónico de la

conducta, que se manifiesta en una preocupación inadecuada por el alcohol, en detrimento de la salud física y mental, por la pérdida de control cuando se ha iniciado la ingestión de bebidas alcohólicas y por una actitud autodestructiva en las situaciones vitales y en las relaciones interpersonales".

Otra definición en la que también se presentan aspectos psicológicos es la de Duchene (1973), en donde también se señalan elementos para explicar la etiología del problema del alcoholismo : "El alcoholismo es esencialmente un problema del comportamiento, que se manifiesta por la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, con la característica de ser irreductible o casi irreductible por medio de los argumentos que generalmente influyen en la conducta humana; los problemas con la salud, las nefastas consecuencias económicas, familiares y profesionales".

Existen definiciones que intentan describir la etiología del alcoholismo. Snyder (1966, pág. 189) dice: "El alcoholismo es un desorden secundario, resultante de la interacción de los factores dinámicos de la personalidad, de las orientaciones normativas respecto al consumo de bebidas y de los factores alternativos de adaptación".

Otro intento de buscar la causalidad del alcoholismo a nivel de un planteamiento en la definición de éste, la presenta De la Fuente (1971) señalando que: "el alcoholismo es una neurosis caracterizada por el uso compulsivo del alcohol en forma repetitiva, para satisfacción de necesidades básicas de la personalidad y progresivamente éste se vuelve un sustituto de otras formas más realistas y socialmente integradas de satisfacer estas necesidades.

También se han enfatizado en las definiciones los aspectos sociales, como es la posición de Schuckit y Kinkur (1972, pp. 672-678) quienes definen al alcoholismo como : " el beber en un modo tal que interfiera en la forma de vida de uno, evidenciado por la presencia de cualquiera de los siguientes aspectos; pérdida de trabajo, dos o más arrestos por manejar ebrio, separación marital o divorcio, o una hospitalización relacionada al beber".

Al alcoholismo, se le ha considerado como una enfermedad, Keller (1977, pág. 15) dice al respecto. " El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicossomático que se manifiesta como un desorden de la conducta que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que exceda a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo".

De esta manera, el que el alcoholismo pueda ser calificado como una enfermedad, depende de que los síntomas y signos a los que comunmente da lugar (y que ya trataremos más adelante), sean suficientes para describir una entidad específica. En este sentido, la etiología, es decir, el estudio de las causas que lo provocan, la sintomatología que caracteriza el cuadro de la enfermedad, el diagnóstico que se refiere al procedimiento que se sigue para definir la situación patológica, el tratamiento, el regreso a la vida normal y la prevención, son todos ellos pasos indispensables de un estudio integral del alcoholismo.

El alcoholismo también se ha definido como una dependencia. Los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1952 señalaron: " Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones". Se dice que alguien " depende " de una droga (en este caso del alcohol), cuando la desea con vehemencia porque se ha habituado a ella y la necesita; si no la ingiere aparecen síntomas orgánicos que eventualmente pueden llevar hasta la muerte, en este caso se habla de dependencia física. Si al suspender su administración no ocurre ningún trastorno orgánico serio, se llama dependencia psíquica. El alcohol es capaz de producir las dos formas y por ello el alcoholismo está considerado como una verdadera farmacodependencia.

Años después, (1977) este mismo organismo reelaboró el concepto quedando propuesto como el síndrome de dependencia al alcohol. Ellos utilizaron el término "síndrome" para connotar que un cierto número de fenómenos clínicos se encuentran relacionados con frecuencia suficiente como para garantizar que se le incluya como rasgos de la misma clase. Las características del síndrome de dependencia al alcohol incluyen distintos tipos de cambios: de la conducta, subjetivos y psicobiológicos, que se caracterizan por la falta de control sobre la ingestión de la sustancia. Las alteraciones de la conducta se centran en el patrón de consumo del individuo, que se vuelve más susceptible a las presiones sociales y a las consecuencias negativas. Los cambios subjetivos consisten en la toma de conciencia del individuo sobre su propia pérdida de control en sus hábitos de consumo, y su elevada preocupación y ansiedad respecto al alcohol. Las alteraciones en la

esfera psicobiológica incluyen los signos y síntomas de la cesación, beber para aliviar los síntomas de la abstinencia y un alto grado de tolerancia al alcohol.

El alcoholismo presenta niveles de gravedad, para comprender de manera más completa el proceso de la enfermedad, se tiene que pasar de las definiciones a la clasificación que proponen diversos estudiosos, pues ello tiene relación con la conceptualización sobre el alcoholismo.

Jellinek (1971), describe lo que llama cuatro fases del alcoholismo:

La primera etapa, la pre-alcohólica: El presunto adicto se revela cuando encuentra en la bebida un "alivio compensador". Este alivio es muy señalado en su caso, porque sus tensiones son mucho mayores que en otros miembros de su círculo social, o porque no ha aprendido a manejarlas como lo hacen otros.

En esta etapa del alcoholismo es posible que el bebedor no se dé cuenta de su especial reacción al alcohol. Tal vez sólo beba ocasionalmente para aliviar su tensión.

En la segunda etapa del alcoholismo, el bebedor puede empezar a padecer de "lagunas mentales". Puede seguir funcionando racional e irracionalmente mientras está bebiendo, pero más tarde no se acordará de sus actos. En esta etapa es cuando generalmente se empieza a beber a escondidas, a pensar en el alcohol gran parte de tiempo y a sentir culpabilidad por su forma de beber.

La etapa decisiva o aguda del alcoholismo se presenta cuando el individuo empieza a perder control de su manera de beber. La bebida desata "reacciones en serie" que el alcohólico percibe en forma de una exigencia física del alcohol.

En esta etapa el bebedor todavía puede dejar de beber y controlar durante breves periodos su manera de hacerlo. Sin embargo, frecuentemente es difícil hacerlo, porque todavía no ha admitido que su manera de beber es su problema.

Hasta este momento, el alcohólico ha estado luchando para no perder su control sobre el alcohol, bebiendo a la menor tentación o deseo del mismo. Ya no manifiesta ni el deseo ni la capacidad de dejar de beber sin ayuda.

Por su lado, Bowman (1975) compara diversos métodos de medición de la conducta de beber: Cantidad-Frecuencia (Q-F), Cantidad-Variabilidad (Q-V), Cantidad-Frecuencia-Variabilidad (Q-F-V), Volumen-Variabilidad (V-V) y el que él propuso Volúmen-Patrón (V-P).

Esta técnica proporciona, de acuerdo a los autores, un par de índices numéricos para describir la conducta de beber en cada periodo examinado de la vida de los sujetos; el índice de volúmen como una medida del consumo total o agregado, y el índice de patrón como una medida del grado del " beber persistente o continuo".

Una conclusión relevante en cuanto a caracterizar el alcoholismo es que, tal vez para los bebedores con problemas severos no importa que el alcohol sea consumido de determinada manera, sino sólo que sea consumido o no.

Vaillant (1980) señala su propia clasificación en la que hay 7 niveles de uso del alcohol:

1.- Poco uso: abstinencia o menos de 2 tragos de consumo de alcohol por semana.

2,3,4.- Bebedor social: niveles incrementados desde 3 hasta 21 tragos por semana.

5.- Bebedores social fuerte: equivalente a una ingestión de 5-8 onzas de licor fuerte diariamente por tres años o más con problemas de control o claro daño a las relaciones sociales.

6.- Abuso, a veces promediando más que el equivalente a 8 onzas de licor fuerte diariamente por 3 años o más con problemas de control o claro daño a las relaciones sociales.

7.- Beber problemático por más de 5 años.

Por otra parte de la Garza y Vega (1990) nos hablan de las etapas por las que van pasando los sujetos que padecen de alcoholismo.

Etapas I

En la primera etapa el individuo:

1.- **Bebe demasiado** en todas las reuniones.

2.- **Aumenta su tolerancia y la frecuencia de ingestión.** Necesita más licor para lograr el mismo efecto, y busca cada vez más, pretextos para beber.

3.- **Bebe con avidez.** No lo hace para saborear el licor o por motivos sociales; sino para sentir el afecto o compañía.

4.- **Sufre lagunas mentales.** Son una forma de amnesia temporal u olvidos que ocurren durante una borrachera.

5.- **Siente preocupación por beber.** Aun durante periodos de sobriedad, pasa el tiempo pensando en el alcohol.

6.- **Bebe furtivamente.** Lo hace en situaciones en las que no se debe y en mayor cantidad que otras personas que estén bebiendo con moderación; o si no, bebe a escondidas.

7.- **Manifiesta un cambio en la actitud y forma de beber.** Se vuelve más reservado acerca de su forma de beber, y tiende a quitarle importancia en vez de fanfarronear sobre la cantidad de licor que consume.

Etapa II

Durante esta etapa el individuo:

8.- **Sufre pérdida de control.** Ya no puede controlar ni la cantidad de alcohol que consume en una ocasión dada, ni la frecuencia de la ingestión.

9.- **Bebe en la mañana para curarse la cruda.** Pierde la coordinación; necesita una copa para calmar sus nervios y hasta para realizar las tareas más simples.

10.- **Siente aumento del impulso sexual y, al mismo tiempo, impotencia o frigidez.** Tiene que probar su virilidad o feminidad, pero no puede hacerlo debido a los efectos del alcohol.

11.- **Inventa un sistema de pretextos.** Intenta justificar su forma de beber, tanto ante sí mismo como ante su familia (Racionaliza).

12.- **Sufre por los reproches de la familia.** La familia reacciona con reproches y rechazos.

13.- **Derrocha.** Gasta el dinero irresponsablemente, pide prestado, pierde el dinero, fanfarronea de lo que no tiene.

14.- **Muestra agresividad y conducta antisocial.** Hasta en los momentos de abstinencia piensa que todo mundo esta contra él, y se desquita en cualquier forma.

15.- **Siente remordimientos persistentes después de las borracheras.** Se arrepiente de los actos cometidos durante las borracheras, y continuamente promete cambiar.

16.- **Hace intentos de dejar de beber.** Se promete a sí mismo y a su familia que dejará de beber, y lo hace, pero sólo por pocos días.

17.- **Cambia su modo de beber.** Cree que si cambia de tipo de bebida en distintas circunstancias, puede controlarse

18.- **Ocasiona la pérdida de sus amistades.** Sus amistades se retiran de él por su forma de beber, y él se aleja de ellas, porque teme que le juzguen.

19.- **Siente resentimiento.** Cree que el mundo está contra de él. Se siente atrapado, y lo resiente.

20.- **Pierde su trabajo, o cambia frecuentemente de trabajo.** El beber se ha vuelto más importante que su trabajo, trayendo como consecuencia que éste se vea afectado.

21.- **Su familia se aparta, forma una unidad defensiva, y cambia de hábitos respecto a las amistades y a la comunidad.** Ahora ha resultado afectada toda la familia, está desligada del mundo que la rodea.

22.- **Piensa en el escape geográfico.** Cree que si pudiera empezar de nuevo, en una comunidad, todo se compondría. Pero escapa del medio y no de sí mismo.

23.- **Recurre al ocultamiento.** Esconde y preserva la provisión de alcohol. Vive con el temor de que le pueda faltar la bebida.

24.- **Los siguientes casos** pueden producirse en cualquier momento: hospitalización, divorcio, accidentes y arrestos.

Etapa III

En esta etapa el individuo:

25. **Sufre borracheras prolongadas.** Períodos de beber incontrolados que pueden durar de varios días a varias semanas.

26. **Pierde la tolerancia al alcohol.** Una pequeña cantidad de alcohol lo emborracha.

27. **Le lleva más tiempo** recuperarse de una borrachera.

28. **Padece temores indefinidos.** por ejemplo, oye ruidos y brinca. Se siente cada vez más atacado.

29. **Se derrumba su sistema de pretextos.** Ya no trata de justificar su forma de beber.

30. Tal vez tenga que ser recluso en una institución mental.

Como se mencionó no existe una definición única con respecto al alcoholismo sin embargo, a partir de lo anteriormente citado podemos concluir: que el alcoholismo es una enfermedad que crea dependencia, caracterizada por la ingesta de alcohol, que provoca daños en la salud y una

actitud autodestructiva que repercute en forma desfavorable en las diferentes areas del individuo como son la interpersonal, familiar, laboral, etc.

El alcoholismo presenta diversas etapas que van desde el bajo consumo social y sentir preocupación por beber; pasando por la perdida del control, de las amistades y del trabajo, hasta las "borracheras" prolongadas y los temores indefinidos.

1.3 Diagnóstico del alcoholismo

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM III R- (1979) establece los siguientes criterios para el diagnóstico de la dependencia del alcohol:

A.- Patrón patológico de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol:

Patrón patológico de uso de alcohol: Necesidad diaria de alcohol para el desarrollo de la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o detener el consumo de alcohol; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida (periodos de abstinencia temporal) o restricción de la bebida durante determinadas horas del día, embriaguez (permaneciendo intoxicado a lo largo de todo el día; como mínimo dos días); consumo ocasional de licores para animarse (o su equivalente en vino o cerveza); períodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación (lagunas); continuación en el consumo de alcohol a pesar de que el sujeto sabe que los graves trastornos físicos que padece se exacerban con la ingesta.

Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol; por ejemplo, actos violentos durante las intoxicaciones, faltas en el trabajo, pérdida de empleo, problemas legales, discusiones o dificultades con familiares o amigos debido al excesivo uso de alcohol.

B.- Cualquiera de las dos: tolerancia o abstinencia:

Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado, o disminución notable del efecto utilizando de forma regular la misma cantidad de alcohol.

Abstinencia: desarrollo de abstinencia alcohólica (por ejemplo, temblor matutino y malestar aliviado por la bebida), después de abandonar o reducir la bebida.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud -OMS- (1977) propone criterios para el diagnóstico del síndrome de dependencia al alcohol y menciona como vital el basarse en la evaluación cuidadosa de la evidencia de:

Estado conductual alterado: El patrón de ingestión de alcohol difiere de las costumbres de su medio. La cantidad de alcohol ingerida le asegura al paciente el mantenimiento de niveles sanguíneos suficientes. La ingesta de alcohol se incrementa a pesar de las consecuencias desfavorables.

Estado subjetivo alterado: Pérdida de control o incapacidad para detenerse una vez que se ha iniciado la ingestión de alcohol. Apetencia interna por el alcohol. Atención centrada en la bebida (Las actividades e intereses del sujeto giran en torno a la posibilidad de beber).

Estado psicológico alterado: Presencia de signos y síntomas de abstinencia . Mejoría de los síntomas al beber nuevamente. Tolerancia al alcohol. Desarrollo del síndrome de dependencia después de un período de abstinencia.

Además de la evaluación de éstos tres estados, se recomienda el considerar los factores interactuantes; ambientales y personales, así como considerar al sujeto en términos de su propio contexto cultural para que el examinador considere como patológico o no a aquellos rasgos que difieren de su propia cultura.

1.4 Aspectos psicológicos del alcoholismo

La búsqueda de una "personalidad prealcohólica" o de los rasgos de carácter "típicos del alcohólico", ha llevado a diversos autores a sostener hipótesis que de hecho son divergentes unas de otras y aún contradictorias. Tienen la intención común de poner en evidencia las tendencias específicas que llevan a los individuos al consumo excesivo del alcohol.

Por otra parte, hay que señalar que existen diversos investigadores que sostienen la idea de que, tanto el alcoholismo como diversos trastornos psicosociales se desarrollan concomitantemente.

Vaillant (1980) realizó un estudio prospectivo de la salud mental y el uso del alcohol de 184 hombres desde que estudiaban bachillerato. Cuando estos sujetos tenían 50 años de edad fueron valorados por un evaluador ignorante de todos los otros datos, el cual clasificó a los sujetos de acuerdo a su abuso de alcohol en "poco" (N=48), "bebedor social" (N=110), o "abuso" (N=26).

Esta muestra fue seleccionada por el mismo autor, por su salud física y psicológica, cuando eran estudiantes en una universidad de artes libres del noreste de E.U., entre 1940 y 1942. En el bachillerato estos hombres fueron estudiados cercanamente por un equipo de psiquiatras, fisiólogos, antropólogos y psicólogos. Desde las edades de 22 a 55 años fueron

seguidos prospectivamente por medio de cuestionarios bianuales de salud, trabajo y estilo de vida.

La mayoría de los hombres fueron reentrevistados a la edad de 30, y una muestra azarosa de la mitad de los sujetos fue reentrevistada a la edad de 47 (más o menos 2 años). Además todos los bebedores problema identificados independientemente, fueron entrevistados personalmente. Se les aplicó la prueba proyectiva TAT a 50 de los hombres a la edad de 30 años.

A través de los años después del colegio, muchas evaluaciones independientes les fueron hechas por observadores ignorantes de todos los datos. Las evaluaciones fueron sobre el medio infantil, la salud psicológica en el colegio, ajuste adulto, necesidad de poder y maduración de defensas y uso de alcohol. El autor además evaluó a los hombres (entre 1967 y 1974) en otras cinco variables: personalidad oral con el uso de viñetas "orales", utilizando los intentos de Lazare (1966) describiendo las características de dicha personalidad; pesimismo, pasividad, auto-duda, temores del sexo, sugestibilidad y dependencia; también evaluó las variables de uso de medicamentos, uso del cigarro, uso de drogas que alteran el estado de ánimo e historia familiar del alcoholismo.

Los resultados de este estudio indican que la infancia infeliz guió en la vida adulta a enfermedad mental, falta de amigos y baja autoestima, pero no necesariamente al alcoholismo. De aquí que el autor afirma que en poblaciones relativamente saludables, el abuso del alcohol puede ser más análogo a cualquier hábito terco (por ejemplo, fumar o comerse las uñas,

presentes en casi la mitad de la muestra) que a enfermedad mental y puede desarrollarse independientemente de vulnerabilidad psiquiátrica preexistente.

Está interpretación nos habla de que no todos los individuos están en igual riesgo de desarrollar alcoholismo. La cultura, la herencia, la disponibilidad de alcohol, la ocupación, los trastornos psicosociales y las experiencias infantiles, juegan todas un papel en el desarrollo del alcoholismo.

Lo que podemos concluir del estudio señalado es que el alcohólico promedio no siempre bebe cuando adulto debido a que su infancia fue infeliz y a que haya sido usualmente ansioso. Más bien él es infeliz y ansioso en su vida adulta como resultado de su pasado de abuso de alcohol.

En cuanto a otros trastornos psicológicos presentes en el alcoholismo, podemos citar a la ansiedad. Wolpe (1970) define a la ansiedad como:

"...aquella pauta o pautas de respuesta autonómica que constituye una parte característica de las respuestas de los organismos a los estímulos nocivos. Estímulo nocivo es todo aquel que provoca cambios en los organismos que los llevan a respuestas de evitación. Cuando la estimulación nociva evoca una respuesta de ansiedad, lo hace a través de canales nerviosos formados durante el curso normal del desarrollo biológico del organismo. En este caso se habla de ansiedad incondicionada (no aprendida). Este tipo de ansiedad puede ser producido también por otras condiciones de estímulo no tan claramente nocivas, por ejemplo, una repentina y

estímulo no tan claramente nocivas, por ejemplo, una repentina y potente estimulación auditiva, una caída, una situación de estímulo ambivalente.

Wolpe (1970) iguala la palabra de ansiedad como sinónimo de "miedo". Según él , no hay ninguna razón para pensar que existan diferencias fisiológicas entre el miedo despertado por un estímulo ligado a una amenaza objetiva, por ejemplo una serpiente de cascabel, y el miedo patológico provocado por un gatito. Así, la ansiedad es la clave de todas las neurosis.

Noyes y Kolb (1971) equiparan la ansiedad a la angustia, pero diferencian esta última del miedo, aclarando que ambas tienen mucho en común, ya que ambas representan señales de peligro. El miedo es la respuesta afectiva a un peligro externo real y actual, y desaparece cuando se elimina la situación amenazadora, ya sea porque el individuo la conquista o escapa de ella. El peligro más frecuente es la amenaza a la integridad física de la persona, ya sea en forma de una enfermedad o de un ataque físico externo.

Kenneth B. y Karasiévich (1975) encontraron en su estudio que la depresión y ansiedad de un grupo de neuróticos alcohólicos, bajaron a medida que los efectos tóxicos disminuyeron como consecuencia del tratamiento antialcohólico administrado, al mismo tiempo que las presiones medioambientales fueron reducidas.

Schuckit y Winokur (1972) estudiaron y trataron a 103 mujeres alcohólicas admitidas consecutivamente en dos hospitales psiquiátricos.

En el diagnóstico de admisión se encontró un índice de ansiedad de un 40% (la ansiedad fue definida por los criterios de Wheeler), independientemente de su problema psiquiátrico.

Otro de los desórdenes presentes en el alcoholismo son los sentimientos de culpa. El alcohólico bebe y siente culpa, así que él vuelve a beber y se siente culpable. Cuando se tiene presente y se participa de la idea de que el alcoholismo es una enfermedad orgánica, ello quita algo de culpa y permite al individuo, quien está intentando la abstinencia, dejar de seguir reprochándose a sí mismo y extenderse en la conducta pasada y asumir su debilidad ante el alcohol.

Algunos alcohólicos aducen sentimientos de bienestar al ingerir alcohol, tanto en su estado de ánimo como en su interacción social. Martorano (1974) ilustra lo anterior en un tratamiento de 32 días de duración, en el cual los objetivos eran verificar los efectos del consumo del alcohol sobre el estado de ánimo y la percepción social en alcohólicos. Dicho estudio se realizó con 4 sujetos voluntarios, los cuales llenaron los siguientes criterios: 1) Una historia de bebida caracterizada, durante los 5 años anteriores por numerosos episodios de un fuerte beber prolongado; 2) Una historia de síntomas de retirada del alcohol; 3) Ausencia específica de enfermedad neurológica (incluyendo accesos), psicótica, renal, pulmonar, cardíaca, gastrointestinal, o genitourinaria, y desórdenes metabólicos; 4) Ninguna ingestión de alcohol por aproximadamente dos semanas previas a la admisión a la clínica de custodia; 5) Ninguna necesidad de tratamiento médico corriente; 6) Ninguna historia de adicción a las drogas excluyendo

el alcoholismo; 7) Ausencia de deseo expresado de dejar de beber; 8) Ninguna historia de violencia física mientras bebían.

De acuerdo con sus propias declaraciones, ellos percibían algunas ganancias en el estado de ánimo y la percepción social como una función del uso del alcohol . Ellos se sentían a sí mismos como más vigorosos y amistosos cuando estaban bebiendo.

Martorano (1971) parte un poco del supuesto de que el beber ni reduce la tensión ni proporciona sentimientos subjetivos placenteros .

Las evaluaciones clínicas del personal que observaba a dichos sujetos confirmó en este estudio que el uso del alcohol no producía sentimientos de placer o atracción social. El equipo psicológico y psiquiátrico juzgo a los hombres como más tensos, enojados, depresivos, fatigados, confusos y menos amistosos, vigorosos y activos mientras estaban bebiendo.

Esto nos da una visión de la contradicción en la que caen los alcohólicos esperando ciertos efectos del alcohol y encontrándose que, a medida que beben, los resultados son muy diferentes.

De acuerdo con Cruz (1980), una persona alcoholizada más allá del mínimo 0.03% de concentración etílica en la sangre, sufre indefectiblemente el síndrome de desnutrición, de pérdida de apetito, de sed, de lesiones en oído, vista y olfato, de insomnio, de afectaciones y disturbios psiconeuróticos y del balance nervioso del organismo humano. En cualquier nivel más allá del 0.08% de concentración de etanol por litro

de sangre, sobreviene el llamado delirium tremens, o sea el temblor semiepiléptico de todo el organismo, las alucinaciones y los delirios, las fiebres y las afecciones graves psiconeuróticas; todo el organismo humano se resiente y el cerebro se lentifica en sus funciones normales.

Noyes y Kolb (1971) nos dicen que el delirium tremens puede desarrollarse en el alcohólico crónico después de un exceso especialmente intenso o prolongado. La interrupción de alcohol en alcohólicos crónicos, situación que se ha asociado con más frecuencia a la aparición de este trastorno, también puede provocar anormalidades en el electroencefalograma. Pero el trastorno también puede surgir de alteraciones metabólicas como; metabolismo defectuoso de los carbohidratos, disminución en la función desintoxicante del hígado, trastornos en el metabolismo de las proteínas, etc. También de diversas costumbres nutricionales, especialmente de la falta de la vitamina E, la cual el alcohólico habitualmente ingiere en cantidades insuficientes o no absorbe.

El delirium tremens es raro en una persona de menos de 30 años de edad o en alguien que haya sido alcohólico crónico durante menos de 3 ó 4 años. Habitualmente el cuadro va precedido de aversión a la comida, inquietud, irritabilidad y sueño perturbado, durante el cual aparecen pesadillas aterradoras. Las ilusiones y alucinaciones, que al principio son ocasionales, se van haciendo más frecuentes, fugaces y aterradoras. Las alucinaciones visuales, que son las más frecuentes, a menudo tienen el carácter de objetos que parecen estarse moviendo y en especial

representan animales repulsivos de formas fantásticas que aterrorizan al sujeto y lo hacen que luche por escaparse de ellas.

En ocasiones el estado de ánimo es de euforia, diversión, o está caracterizado por un macabro sentido del humor

La psicosis de Korsakoff (Sullivan 1972) puede parecer un caso ordinario de delirium tremens, excepto por la ausencia del habitual sueño crítico, pero presenta remisión de las alucinaciones y del delirio agudo, sólo que el conjunto de síntomas se funde con un cuadro caracterizado por amnesia, desorientación respecto al tiempo y lugar, y falsificación de la memoria, asociados a síntomas y signos de neuropatía periférica. Otras veces este síndrome se desarrolla en el alcohólico crónico que no ha sufrido previamente delirium tremens, pero que ha abusado de la ingestión de alcohol por varios años. De hecho, la psicosis de Korsakoff no es una psicosis alcohólica, ya que resulta de la deficiencia de vitamina E, a la cual el alcohólico está especialmente propenso debido a su absorción intestinal alterada, su dieta limitada principalmente a alcohol, sin vitaminas, y su elevado requerimiento vitamínico, resultado del gran efecto calórico del alcohol.

La alucinosis alcohólica se presenta durante períodos de ingestión inmoderada de alcohol, pero se le tiende a considerar como una reacción psicógena liberada por el exceso alcohólico y no como una expresión puramente tóxica. El cuadro aparece cuando ha habido embriaguez prolongada, al poco tiempo de que se suspende el alcohol o se restringe su

ingestión, parece entonces probable que este padecimiento agudo representa un tipo de síndrome de abstinencia alcohólica

Para concluir diremos que no existe una personalidad alcohólica, ni rasgos que puedan explicar el origen o la evolución del alcoholismo. Es decir, un hecho específico (por ejemplo, infancia infeliz) no es determinante del alcoholismo. Además no todos los individuos están en igual riesgo de desarrollar alcoholismo; es importante tomar en cuenta factores como: cultura, herencia, disponibilidad al alcohol, ocupación, trastornos psicosociales, etc.

1.5 Aspectos sociales del alcoholismo

El fenómeno del alcoholismo es muy peculiar en cuanto a los aspectos sociales se refiere, ya que por un lado la sociedad estimula, refuerza y hace pensar y sentir que el ingerir bebidas alcohólicas es cuestión de prestigio y de madurez. Además, el beber se asocia con situaciones sociales de amistad, de convivencia, celebración y protocolo, entre otras.

A pesar de la información sobre los efectos negativos del alcohol, la sensación y situaciones asociadas a la ingesta del alcohol son más atractivos para muchas personas que sus efectos negativos.

Los factores socio-culturales juegan un papel importante en la búsqueda de las causas que determinan que un sujeto sea alcohólico.

En este sentido, Velasco (1981) señala que diversas investigaciones demuestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes características:

- a) Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas.
- b) Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos.

c) Las bebidas se consideran principalmente como alimentos y se consumen generalmente en las comidas.

d) Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.

e) No se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. Así, el ingerirlas no es virtuoso o vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.

f) La abstinencia es una virtud socialmente aceptable.

g) En cambio, no es socialmente aceptable el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.

h) Existe un acuerdo completo respecto a lo que pueden llamarse "las reglas del juego en el beber".

Bales (1968) propuso la existencia de tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo: a) el grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir aguda necesidad de adaptación a sus tensiones internas; b) las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo de alcohol; y c) la medida en la que provee medios substitutivos para la satisfacción de necesidades.

Bales (1968) supone que una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida, los conflictos sociales y la insatisfacción social, 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. Las actitudes de una cultura hacia el consumo de bebidas se clasifican de acuerdo con este autor en: a) abstinencia, b) uso ritual en ceremonias, c) uso social en situaciones de convivencia y d) 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 génesis del alcoholismo.

Por otro lado, Jellinek (1971) sugiere que los alcohólicos en algunos ambientes exhiben un mayor grado de vulnerabilidad psicológica que en otros. Postula que los bebedores fuertes en culturas en las cuales se permite un alto consumo "social" de bebidas alcohólicas están menos dañados psicológicamente que bebedores fuertes con cultura con tradición de temperancia.

En nuestra sociedad existe una actitud de rechazo y marginación hacia los individuos que "no saben beber", es decir rechazo hacia aquellos que provocan situaciones agresivas que repercuten en el bienestar de los demás. Es frecuente que el alcohólico pierda su nivel de ingresos y disminuya su estatus social, debido a esa forma incontrolada de ingerir bebidas alcohólicas.

El sistema de trabajo lleva a los bebedores a tomar alcohol en los momentos de ocio, y los fines de semana son los momentos más

propicios, lo cual provoca el ausentismo del lunes ("San Lunes"), u otros días de la semana que pueden ser causa de despidos.

El trabajo, realizado bajo los efectos del alcohol es riesgoso, pues son frecuentes los accidentes laborales. Además los trastornos propios del alcoholismo dificultan las relaciones sociales, no solo con los responsables de la empresa, sino también con los propios compañeros. Ante su conducta anormal, el mismo alcohólico se ve obligado a bajar sus pretensiones salariales y a renunciar a los ascensos.

Brenner (1975) afirma que los períodos de creciente desempleo en los EUA han sido seguidos por una elevación en el consumo de alcohol, con la consecuente elevación de la tasa de muertes por cirrosis hepática, del número de admisiones en los hospitales mentales por problemas de dependencia y del número de infracciones por manejar en estado de ebriedad.

Por otro lado, el alcohólico sufre más accidentes de tránsito y es objeto de agresiones, ya que se involucra fácilmente en riñas y peleas. La consecuencia es que posee un nivel más alto de encarcelamientos y de problemas con la policía que el individuo promedio de la sociedad.

La ingestión de alcohol se relaciona con un patrón de conducta, violenta o criminal, incluyendo mayor probabilidad de suicidios, delitos sexuales, violencia en el seno de la familia y homicidios.

Aunque la presencia de alcohol viene acompañada de factores determinantes de agresión tanto situacionales como sociales, Coid (1982) concluye que el vínculo entre el alcohol y la violencia dependen en gran medida en un subgrupo de personas cuyas personalidades las predisponen a beber alcohol en exceso y a la violencia. Sus hábitos excesivos se inician generalmente cuando los sujetos son aún muy jóvenes, poseen familiares o parientes que se vuelven agresivos cuando beben y se preocupan poco por los hábitos de bebida y por la conducta agresiva.

Mulford y Cahalan (1963), en sus investigaciones en EUA, encontraron que las actitudes religiosas influyen la conducta de beber; los grupos que predicán la abstinencia, tales como los metodistas, baptistas y otras pequeñas denominaciones protestantes, tuvieron un mayor porcentaje de no bebedores que los judíos, católicos y luteranos.

Por lo que respecta a los aspectos familiares, Melling (1982) notó que en los hogares de alcohólicos los padres se preocupan muy poco de la salud emocional de los hijos. En su estudio, la mayoría de los sujetos dependientes consideraron que sus hijos no estaban sufriendo ningún daño emocional. Los padres se preocupaban poco por buscar orientación psicológica para sus hijos, aún cuando era claro que se encontraban bajo tensión psicológica.

Nylandere (1960) estudió niños y adolescentes con padres alcohólicos, que habían sido admitidos a un departamento psiquiátrico y encontró que los problemas de conducta y la sociopatía eran la causa más frecuente de admisión a tratamiento de estos jóvenes. Las dificultades encontradas

incluyeron delincuencia, ausentismo escolar, pleitos, huidas del hogar e inestabilidad social. Otros factores que contribuyeron para que fueran remitidos a tratamiento psiquiátrico fueron los rasgos neuróticos, tales como inquietud, depresión, y algunos aspectos psicossomáticos como mareos, dolores abdominales, enuresis y encopresis.

Por otra parte, al querer abordar la problemática social que enfrenta la mujer alcohólica, se observó que la información se encuentra poco disponible o restringida, sin embargo la mujer al igual que el hombre es afectada por factores socioculturales.

Desde la niñez las mujeres han sido educadas como el "segundo sexo"; que espera realizar su propia valía a través de sus relaciones con hombres, más que por sus propios méritos y actividades. Hasta hace poco tiempo, las mujeres rara vez eran estimuladas a desarrollarse como personas independientes con una identidad definida y fuerte. Esto no quiere decir que los problemas de bebida de la mujer se deriven completamente de su papel en la sociedad, pero independientemente de lo que hagan de su vida, no pueden escapar del juicio de que, básicamente, están en inferioridad por ser mujeres.

Muchas mujeres obtienen gran satisfacción de su papel de madres o amas de casa de tiempo completo. Pero algunas otras caen en el alcoholismo. No todas las mujeres tienen interés en cuidar su hogar. No obstante, muchas abandonan sus carreras, debido a la presión por asumir un papel tradicional. No es un compromiso fácil de adquirir.

Sentirse atrapada en un estilo de vida que no está de acuerdo con sus objetivos reales, hace sentir a algunas mujeres cada vez más frustradas; al mismo tiempo se sienten cada vez más culpables por desear una vida fuera del hogar. Presas de este conflicto, no tardan en descubrir que un par de tragos es la vía rápida para disolver los sentimientos.

Antes de que se den cuenta, están sintiéndose apoyadas por dosis regulares de alcohol, simplemente para pasar el día. Sin embargo, se han convertido en alcohólicas.

Aún cuando una mujer decide trabajar fuera de la casa, muchas veces se encuentra con que se le considera inferior; debe redoblar su esfuerzo sólo para probar que es tan competente como sus compañeros varones. La presión puede llegar a ser agobiante y, como en el caso del ama de casa, puede descubrir que el alcohol parece reducir el dolor y la ansiedad.

Un caso esencial en este sentido lo representa la mujer que sostiene la casa. Aún cuando la mayoría lo supera, muchas encuentran insoportable la situación y buscan huir de la dura realidad a través del alcohol. Las tensiones que implica esta situación son obvias. Trabajar, mantener la casa y cuidar de los niños generalmente es una tarea para dos adultos. La situación financiera se complica por el hecho de que pocas de estas mujeres tienen trabajo lo suficientemente bien remunerado como para permitirles pagar una doméstica. Con el trabajo y los quehaceres de la casa la mujer se encuentra a menudo sola; hay poco tiempo para descansar en sociedad. Unos cuantos tragos reducen temporalmente las penas, al

y presiones. La motivación de tomar otro trago para prolongar ese estado es casi irresistible.

Al observar el problema que enfrentan las mujeres alcohólicas se demuestra una vez más que no hay una sola causa para el alcoholismo; se trata de una combinación de factores. En la presente etapa de nuestros conocimientos sólo podemos decir que éste desorden es debido quizá a una combinación compleja de la conformidad biológica y psicológica de un individuo, que reacciona con otra combinación compleja de factores externos que precipitan la dependencia al alcohol.

1.6 Aspectos biológicos del alcoholismo

El alcohol es ingerido siempre oralmente, a diferencia de otras drogas. El alcohol es una de las rarísimas sustancias de excepción que pasan directamente del estómago al torrente sanguíneo circulatorio sin ser transformado radicalmente.

Por otro lado, la tasa de absorción de alcohol por la sangre varía de acuerdo con el tipo de bebida alcohólica y asimismo, con el estado del propio organismo.

Cuando existe presencia de alimentos en el estómago, especialmente grasas, la absorción del alcohol y su envío al torrente sanguíneo se retarda. El alcohol que se ingiere junto con bebidas carbonatadas es absorbido más rápidamente.

El etanol se diluye en proporciones que van de acuerdo con el contenido de agua en el organismo humano en los momentos de la ingestión. Influye mucho la cantidad de agua que exista en el cerebro, en el corazón, en los pulmones, en el estómago, en el hígado y la proporción de agua y de sangre que se encuentre en los tejidos celulares en su conjunto, incluyendo a los musculares.

La concentración de etanol en la sangre probablemente es menor en tanto exista mayor resistencia orgánica a que sea inmediatamente enviado al torrente sanguíneo. Es decir, la cantidad de alcohol depende de la propia

adaptabilidad del organismo a su ingestión. No existen en ese sentido dos organismos humanos exactamente iguales, aspecto que debe tomarse en cuenta para efectos de cada caso. Hay que considerar a la bebida alcohólica tanto como a la persona que la bebe, individualmente y en interdependencia. El estado emocional, la salud física, el equilibrio mental, edad, sexo, y hasta la condición económico-social, deben ser sopesados y meditados. Por tanto, la absorción y distribución del alcohol son conceptos relativos, no en cuanto a causas sino en tanto a efectos. Y a su vez éstos son dependientes del tipo de metabolismo del organismo que lo ingiera (Chafetz y Morris 1965, en Guerra 1977).

Las mujeres alcanzan cifras superiores de concentración de sangre/alcohol que las de los hombres, después de consumir cantidades iguales de alcohol (Belmont, en Hernández 1987). La explicación de esto se basa, en parte, en el hecho de que el peso corporal es menor en las mujeres, pero participa otro aspecto. El alcohol es soluble en agua en todas proporciones, y las mujeres tienen una menor cantidad de agua en el organismo, lo que determina que un mayor volumen de alcohol permanezca circulante.

El metabolismo es decisivo porque determina el grado de oxigenación del alcohol en la sangre, sus efectos en el cerebro y en otros órganos mayores. También influye en el ritmo y grado de secreción y excreción, porque si el alcohol permaneciera puro en el organismo humano, liquidaría sin remedio a todos los tejidos celulares que son vitales. El alcohol no puede permanecer en el organismo sino un cierto tiempo, justo aquel para diluirle absorberle o excretarle y desecharle.

Una vez que el etanol es aceptado en el organismo, éste comienza a disponer metabólicamente de él. Una porción insignificante del alcohol etílico es exhalado a través de los pulmones. Una ligerísima cantidad es excretada mediante el sudor. Luego una cantidad menor es secretada a través de los riñones o puede en algunos casos, ser retenida en la vejiga, hasta que es eliminada por la orina. Entre el 2 y el 10% del alcohol ingerido es eliminado por estos medios. El resto, el 90% o más, pasa a todo el complejo metabólico del organismo que lo ingiere.

Una vez remitido el cúmulo principal del alcohol, éste debe ser dispuesto para su absorción, distribución y disolución por el hígado. Los otros órganos de funciones diferentes o digestivas solamente actúan, en relación con el hígado, en una parte mínima. Así, una vez que el alcohol es retenido y pasa al hígado, éste lo transfiere paulatinamente al torrente circulatorio.

El ritmo de la ingestión influye en el grado de intoxicación alcohólica. El alcohol debe ser metabolizado más rápido que su ingestión sucesiva. El organismo del bebedor trabaja metabólicamente a un ritmo acelerado. Ello depende en mucho de los hábitos previos de alcoholización de la persona bebedora. Si se trata de una persona habituada al alcohol aunque no llegue a ser considerado como un o una alcohólica, las enzimas hepáticas se segregan mucho más lentamente, y la ingestión de alcohol es por tanto, mucho más dañina.

Un hombre normal y en buenas condiciones de salud, que sin embargo ingiere 4 onzas de alcohol en una hora, tendrá siempre un remanente de

una onza y media en su organismo, y por lo tanto una tasa permanente de 0.07 de alcoholización. Si ingiere 8 onzas en dos horas, su tasa subirá al doble, a cerca de 0.13 de alcoholización. Ello significa, de acuerdo a datos porporcionados por Cruz (1980) que la ingestión acumulativa de etanol en el organismo de ser más rápida que el ritmo usual de metabolización, conducirá a grados cada vez más elevados de intoxicación alcohólica.

De acuerdo con la misma fuente, no hay conclusiones claras sobre la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol, aunque una bebida moderada puede producir una variedad amplia de disturbios bioquímicos; las glandulas de adrenalina pueden descargar inmedatamente cantidades excedentes de hormonas; el azucar de la sangre puede ser radicalmente almacenada en sólamente un órgano, casi exclusivamente el hígado. El balance electrolítico puede desequilibrarse y producir tensiones e hipertensiones; el metabolismo de las glándulas mayores puede venirse abajo actuando extrañamente,; el hígado funciona a un ritmo vertiginoso, inusual y fatigante, etc.

El organismo vuelve a su funcionamiento normal una vez pasada la intoxicación, pero una intoxicación severa produce disturbios sumamente serios y de consideración, ocasiona el desequilibrio de toda la "fabrica química" del organismo humano en forma extensiva y a largo plazo. Puede producir también lesiones severas al hígado, como por ejemplo un agudo indice de hepatización y numerosos efectos colaterales de la "cruda"; nauseas , dolor de cabeza, gastritis, intensificación de la sed, carencia de agua en los espacios intercelulares, y en general, un resentimiento físico y

mental, llegando a producirse una completa incompetencia psicológica que puede llegar a durar hasta 48 horas antes de ser totalmente remetabolizada.

Los efectos del alcohol sobre el cerebro son bifásicos; por una parte, en cantidades escasamente concentradas puede funcionar como excitante y estimulante de algunas funciones psicosomáticas. Pero en la medida en que la concentración etílica aumenta, el efecto es constantemente más depresivo, llegando a causar estupor y coma.

Aunque el daño que produce el alcohol al organismo es general, se puede señalar que los órganos que más deterioro sufren son el sistema nervioso, el hígado, el estómago (en general el aparato digestivo), los riñones y el corazón.

CAPITULO II DEPRESION

2.1 Definición de depresión

2.1.1 Depresión neurótica.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III R 1979 página 441) define a la depresión neurótica como:

"aquel trastorno caracterizado por depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva; no comprende entre sus características las ideas delirantes ni las alucinaciones y, a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, por ejemplo, pérdida de una persona querida o de una propiedad.

La sintomatología esencial es una alteración crónica del estado de ánimo deprimido como una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales, con síntomas acompañantes, pero no de una gravedad y duración prolongada.

Para los adultos se requieren dos años de duración; para los niños y adolescentes, es suficiente un año.

El sujeto puede describir su estado de ánimo como triste, melancólico, apático o bajo de interés. El estado de ánimo deprimido o la pérdida de placer o interés puede ser relativamente persistente o bien intermitente y separado por periodos en los que el interés, la

capacidad para el placer, o el estado de ánimo pueden ser normales. Esta normalidad puede durar de unos días a pocas semanas.

Los síntomas asociados más frecuentemente comprenden apariencia depresiva, llanto, sentimientos de angustia, irritabilidad, miedo y tristeza, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias.

El deterioro de la actividad laboral o social suele ser leve o moderado, debido más a la cronicidad que a la gravedad del síndrome depresivo. Por esta razón la hospitalización es rara, a menos que haya intentos de suicidio o se acompañe de un trastorno afectivo mayor, aunque debido a la cronicidad de este trastorno, es más probable que se instaure un abuso de sustancias tóxicas."

En cuanto a la incidencia entre los adultos, el trastorno parece más frecuente entre las mujeres.

Para Fenichel (1966), la depresión en forma leve se presenta en casi todas las neurosis, al menos bajo la forma de sentimientos neuróticos de inferioridad.

Para él la depresión neurótica es un conjunto de intentos desesperados de obligar a un objeto a conceder los suministros vitales y afectivos necesarios. Esta rigidez de los neuróticos es lo que distingue su conducta, en un momento dado, de una conducta normal; la cual se caracteriza porque el sujeto no intenta desesperadamente obtener el objeto deseado.

Para Mac Kinnon y Michels (1973) la depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza, acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo. Todas las facetas de la vida; emocionales, cognitivas, fisiológicas y sociales, pueden verse afectadas.

En los síntomas depresivos el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. Solicita ayuda de los demás o trata de resolver sus problemas reconquistando mágicamente un objeto de cariño perdido o reforzando su vigor. A medida que la depresión se hace más crónica o grave el paciente renuncia. Tiene la impresión de que los demás no quieren o no pueden ayudarlo, y de que las cosas nunca mejorarán. Estos síndromes van desde psicosis graves a reacciones neuróticas y de adaptación moderadas.

Wolpe (1978) considera la depresión como un término aplicado a constelaciones de la conducta en la que los elementos más característicos son el retardo verbal, el retardo motor, tristeza, etc.

Para Wolpe (1978) la depresión es normal cuando la persona ha sufrido una pérdida o privación grave; generalmente estas depresiones se desvanecen pronto, conforme nuevos objetos de necesidad o deseo suplantando lo que se perdió. Una depresión puede considerarse patológica o neurótica cuando es evidente que no sirve para restaurar la función

adaptativa, cuando es grave o demasiado larga en relación a la privación que la causó.

Para Bergeret (1987) en la depresión se observa lo siguiente:

A) Las ideas depresivas tienen un carácter delirante, pues predisponen al sujeto a considerar como insalvables las dificultades de la vida. Subestima sus capacidades y sobreestima el esfuerzo. Esta desvalorización le permite, en cierto modo, escapar de la lucha y, por tanto, de la angustia. Pero esta pérdida de estima de sí mismo, algunas veces lo lleva a pensar en el suicidio.

B) La fatiga se asocia con las ideas depresivas. Esta astenia tiene de particular el que sea matinal y cede generalmente con el esfuerzo; pero toda actividad resulta difícil.

C) El tercer elemento de la depresión es el insomnio. Síntoma clave, rara vez falta. La depresión aparece así como una disposición del acceso de angustia.

Nathan y Harris (1983) informan que de 215 pacientes neuróticos observados, el 75% fueron diagnosticados como neuróticos depresivos.

Estos autores refieren que puede pensarse en el neurótico deprimido como si fuera una persona con luto prolongado. Esto es, aún cuando para la mayor parte de la gente ya hubiera pasado el intervalo de una aflicción, el neurótico deprimido permanece abatido y descorazonado, manifiesta muy

poca autoconsideración y muestra poco interés en la elaboración de planes, para el futuro. Puede quejarse de tener problemas para concentrarse. Todo en la vida le parece un gran esfuerzo; el levantarse por las mañanas requiere más de la fuerza que cree tener.

También puede encontrar difícil el conciliar el sueño y, una vez que lo logra, puede dormir solo a intervalos. Por otro lado, puede dormir casi constantemente. En cualquiera de los casos se despierta sintiéndose tan cansado como la noche anterior.

2.1.2 Depresión psicótica.

Según Mac Kinnon y Michels (1973), el contacto del individuo psicóticamente deprimido con el mundo real está afectado. Podrán presentarse retraimiento social burdo, alteraciones perceptuales o preocupaciones que dificulten el funcionamiento cognoscitivo. Alguna medida de alivio se obtiene si puede evitar las realidades dolorosas del mundo, retrayéndose a un sustituto ilusorio menos amenazador. La distinción de las reacciones neuróticas parece ser a menudo cuantitativa. Es importante considerar los precipitantes externos, la duración de los síntomas del paciente y su gravedad.

Vallejo (1971), quien se apega a la clasificación de la American Psychiatric Association (A.P.A.), que coloca a la depresión psicótica dentro de las reacciones maniaco depresivas (en su forma depresiva), describe síntomas y características de la depresión endógena o melancolía

de lo cual se hablará con más detenimiento de la sintomatología específicamente psicótica.

Refiere Vallejo (1971) que el descenso de la actividad, tanto psíquica como física, es, junto a la tristeza, el otro síntoma fundamental de la depresión. La sensación personal es de astenia intensa, cansancio infinito, la idea de cualquier labor que normalmente se realiza sin esfuerzo, le abruma, considerándose incapaz. Por la mañana levantarse le parece un suplicio, si se le hace levantar, a la menor ocasión vuelve al lecho, y si no se lo permiten permanece sentado, cabizbajo, inactivo. Las ideas depresivas brotan en abundancia, constituyendo la actividad psíquica casi exclusiva del enfermo; su única actividad física es la desplegada para manifestar su estado de ánimo (llanto, gestos de desesperación) y los temibles actos impulsivos del suicidio.

Dice este autor que aparecen de modo secundario las ideas delirantes, como derivadas de una necesidad interior del paciente de explicarse a sí mismo y a los demás su tristeza y desesperación, de encontrarles motivo, por lo que tales ideas son siempre concordantes con el estado de ánimo: ideas de autodesprecio, de autoacusación, de ruina, etc.

Las alucinaciones son poco frecuentes y aparecen en relación con el contenido de las ideas delirantes. Los episodios alucinatorios suelen ser nocturnos y del tipo de acusación o desprecio y burla; otras son de tipo hipocondríaco.

El enfermo conserva íntegras varias funciones psíquicas (inteligencia, juicio, raciocinio, percepción), aunque no la capacidad de ponerlas en juego, debido a su apatía e inhibición.

Aparece también una abundante floración de síntomas somáticos, objetivos y subjetivos, concomitantes. El insomnio aparece precozmente y es uno de los últimos en desaparecer. También se presentan: anorexia, pérdida de peso, estreñimiento, trastornos genitourinarios (disminución de la libido y alteraciones menstruales) y fatiga muscular.

Un carácter fundamental de las depresiones endógenas (útil para el diagnóstico diferencial con las reactivas), es el carácter fluctante rítmico de la presentación de los síntomas. En una misma fase depresiva, la intensidad de los síntomas varía de un día a otro; dentro de cada día la depresión se agrava al despertar y se atenúa en las últimas horas de la tarde.

La evolución espontánea de las depresiones cursa fases que alternan los episodios patológicos con épocas de remisión desprovistas en absoluto de síntomas. La duración media de una fase depresiva sin tratamiento es de dos a cuatro meses. El pronóstico, en cuanto a la vida del enfermo, es grave por el peligro del suicidio, y es bueno en cuanto a la remisión de la fase, en la que conserva la plenitud de sus facultades, pero con la tendencia a posteriores recaídas.

2.1.3 Factores precipitantes.

Desde el punto de vista biológico y psicológico, las depresiones exógenas o reactivas se ven como respuestas a experiencias traumáticas precipitantes de la vida del paciente, en tanto que las depresiones endógenas se consideran como expresión de un patrón de reacción constitucionalmente condicionado, que está relativamente poco afectado por los acontecimientos externos.

El término "endógeno" se refiere a un cuadro psicótico, la mayoría de los episodios depresivos, tanto psicóticos como neuróticos, se remontan a alguna causa externa precipitante. La capacidad de los síndromes depresivos de comunicar dependencia desamparada y de provocar atención afectuosa, sugiere que los mecanismos depresivos pueden poseer valor de adaptación, las explicaciones biológicas y psicodinámica son no sólo compatibles, sino además interdependientes.

Las adversidades concretas que se presentan pueden ser :

Pérdida.- La pérdida de un objeto amado es el precipitante más corriente de depresión. En otros casos, de una pérdida psicológica interna resultante de la perspectiva de que uno va a ser rechazado por su familia o sus amigos.

Transcurren en ocasiones días, semanas, o inclusive años entre la pérdida real y la respuesta depresiva. En estos casos, el paciente ha negado la pérdida, cuando algo, a menudo un acontecimiento que simboliza o

expone el trauma inicial, hace dicha negativa ineficaz y provoca la continuación de la depresión. Puesto que todo niño experimenta pérdida y sentimiento de inadaptación y desamparo, todo adulto posee la capacidad para respuestas depresivas.

Amenazas al amor propio y a la confianza en sí mismo.- Si una persona siente que está cerca de aquello que desearía ser, tendrá una alta estimación o un alto amor de sí mismo. Inversamente, si queda muy lejos de sus propios objetivos y aspiraciones, su amor propio resultará disminuido.

Las disminuciones en la confianza y la estimación de uno mismo son síntomas cardinales de depresión. La autoestima de los individuos propensos a depresión se ha basado en una aportación de cariño, respeto y aprobación de otras personas; la ruptura con una de esas personas crea una amenaza para la fuente del abastecimiento narcicista, del cariño y de la satisfacción de dependencia y, podrá precipitar una depresión. La depresión podrá seguir también a la ruptura de una relación con una persona, que se había convertido en una extensión simbólica de la autoimagen del paciente.

Una amenaza directa contra la capacidad de adaptación de la persona, tal como una lesión o una enfermedad.

Éxito.- Algunas personas se sienten deprimidas en respuesta a un éxito aparente. Existen dos dinámicas, en la primera, el paciente tiene la impresión de que no merece el éxito, cree que la responsabilidad le

expondrá como incapaz, y anticipa rechazo por parte de aquéllos que le han recompensado. El segundo proviene del miedo de represalias por imposición y agresión, y se siente culpable por cualquier conducta que favorece a su propio adelanto. Ve la competencia en términos de conflictos edipales o entre hermanos y siente que el éxito implica una transgresión a la que habrá de seguir necesariamente el castigo.

2.1.4 Patrones psicodinámicos.

Cuando la muerte o la separación conducen a la pérdida del ser querido, la representación mental emocionalmente cargada de la persona perdida sigue constituyendo una parte permanente del yo. Este mecanismo se designa como introyección, en tanto que la identificación es un proceso menos global en el que el individuo modifica su autoimagen de acuerdo con la imagen de la persona importante a la que ha perdido (Fenichel, 1966).

Estas dos defensas sirven para recapturar o retener el objeto perdido, son mecanismos vitales en el desarrollo normal. Las manifestaciones clínicas de identificación como defensas contra la aflicción son corrientes. La introyección resulta ilustrada cuando el enojo de la persona deprimida hacia su objeto de afecto perdido continúa después que dicho objeto ha sido introyectado; se ataca a sí mismo con acusaciones relacionadas con las faltas de la persona perdida.

Depresión y enojo.- La depresión incluye mezclas de enojo, la base es el enojo del paciente ante la pérdida, por abandono, del objeto querido; desplaza su enojo hacia personas substitutivas. Esta hostilidad se manifiesta con frecuencia hacia el terapeuta. El paciente quiere que su médico reemplace la pérdida personalmente. El paciente se siente culpable por sus sentimientos hostiles, por consiguiente, contra si mismo.

Aislamiento y negativa.- El individuo lucha por mantener sus sentimientos fuera del ámbito de la conciencia o ignorar sus orígenes en el mundo exterior; el estado clínico sin el afecto subjetivo.

Síndromes maníacos

El paciente maniaco parece ser clínicamente el opuesto del deprimido, como una defensa contra la depresión. Es el producto de la negativa y la inversión del afecto. El paciente maniaco ignora la realidad, insistiendo en que es aquello que desea ser. Sin embargo, está satisfacción ilusoria no es más que pasajera.

Proyecciones y respuestas paranoides.

Los pacientes alternan entre estados paranoides y depresivos. Si utiliza la proyección para protegerse a sí mismo siente que los demás dejan de ayudarlo, son causas de su dificultad. La proyección va acompañada de transiciones de la tristeza al enojo, de la demanda de ayuda a la

expectativa de persecución. La capacidad de este paciente para apreciar el mundo exterior en forma realista está gravemente afectada.

Según Frazier y Carr (1973), es evidente que la experiencia decisiva que forma la base de reacciones depresivas ulteriores está centralizada en las primeras experiencias de alimentación del niño y su adaptación a la pérdida de su madre. Algunos consideran que es específicamente la pérdida del pecho (o su sustituto) lo que constituye la primera pérdida significativa.

Spitz (1965) postula que en la etapa de la ambivalencia infantil (segunda mitad del primer año), el infante no distingue entre la descarga del impulso agresivo y del impulso libidinal; éstos se manifiestan como respuesta al único y al mismo objeto: el objeto libidinal. En la ausencia de éste, ambos impulsos quedan privados de su blanco. Esto ocurre a los infantes que padecen depresión anaclítica. El niño vuelca su impulso agresivo contra sí mismo, el único objeto que le queda. Si la depresión se hace total, su estado deriva en hospitalismo, que lleva al marasmo y a la muerte. Mientras los infantes estén privados de su objeto libidinal, se volverán cada vez más incapaces de dirigir hacia afuera, no sólo la libido sino también la agresión. Spitz (1965) considera que si durante el período de formación de la psique se presentan perturbaciones graves, éstas dejan cicatrices en la estructura y el funcionamiento psíquico, constituyendo éstas un núcleo en el cual las perturbaciones que se producen en edad posterior pueden encontrar un punto de apoyo.

De acuerdo con Bellak y Small (1977), en la constelación depresiva es característicamente típico un superyó severo; la intra-agresión es uno de los rasgos principales de la depresión.

Masoquismo y Caracter Depresivo.

La conducta humana está regida por el principio del placer. La conducta masoquista consiste en evitar el placer y buscar experiencias dolorosas, es un rasgo de carácter central de los individuos deprimidos. En los estados más graves, aparece una conducta activamente autodestructora que culmina en actos manifiestos de suicidio.

Para algunos, el dolor constituye un requisito previo necesario para gozar del placer. Repara sus errores por medio de su conducta masoquista. El niño cuya vida está marcada por castigos frecuentes sólo podrá acaso sentir afecto si es maltratado, y se sentirá inseguro si se queda por algún tiempo sin castigo. Aprende a buscar situaciones que recreen sus experiencias tempranas.

Suicidio.

La exploración de los pensamientos y sentimientos de suicidio reviste importancia decisiva en la dirección práctica de la persona deprimida. El examen del suicidio, puede dividirse en la consideración de los motivos o impulsos y de las estructuras reguladoras y de control que actúan en

reciprocidad con dichos motivos. El aspecto autodestructor es complejo y variado. Para algunos el suicidio puede proporcionar una oportunidad de recuperar cierto sentimiento de dominio de su destino.

Un impulso para cometer un suicidio puede relacionarse con un impulso para matar a alguien, a otra persona que ha sido psicológicamente incorporada por el individuo. La vida podrá parecer intolerable en determinadas circunstancias, y el suicidio podrá proporcionar un medio de escape de una situación dolorosa o humillante.

La muerte podrá significar aislamiento y soledad, sueño apacible y permanente o reunión mágica con aquellos que ya murieron. El método concreto de suicidio que el paciente tiene a la vista o intenta, proyecta a menudo luz sobre el significado inconsciente del acto. Si se ha identificado con un progenitor u otra persona significativa que cometió suicidio, la situación es distinta.

El suicidio y la autodestrucción pueden manifestarse en el alcoholismo, que es una forma lenta, pero segura de morir.

2.2 Diagnóstico de depresión

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III R 1979) establece los siguientes criterios para el diagnóstico de la depresión:

A. En los últimos años el sujeto ha presentado durante mucho o todo el tiempo síntomas característicos de síndrome depresivo, pero no con la gravedad y duración como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes, o estar separados por períodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a pocas semanas, pero no más de unos meses.

C. Durante los períodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo (por ejemplo: triste, melancólico, abatido) o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.

D. Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, tres de los siguientes síntomas:

1) insomnio;

2) bajo nivel de energía o cansancio crónico;

3) sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentación o desaprobación;

4) disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa;

5) disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad;

6) retraimiento social;

7) pérdida de interés o disfrute de las actividades placenteras;

8) irritabilidad o cólera excesiva;

9) incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos;

10) menos activo o hablador de lo habitual;

11) actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados o sentimientos de lástima hacia uno mismo;

12) llanto o sollozo;

13) pensamiento repetitivo de muerte o suicidio.

E. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa.

F. Si el trastorno se añade a un trastorno mental preexistente, como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia de alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto, en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad.

Por otro lado, Mac Kinnon y Michels (1973) proponen las siguientes características para diagnosticar depresión:

Afecto.- La persona deprimida experimenta un descenso en su estado de ánimo. Lo describe como tristeza, melancolía o desesperación, angustia, tensión, miedo, culpabilidad, vacuidad o anhelo. Pierde el interés por la vida. Sus apetitos se reducen. La ansiedad, respuesta psicológica al peligro, caracteriza al individuo, que tiene la impresión de que se está perfilando una amenaza contra su bienestar. Ya no sigue experimentando sus reacciones físicas o emocionales como parte de sí mismo (despersonalización) y, en esta forma, se protege de sentimientos dolorosos. El enojo puede expresarse directamente, como cuando se queja de que no se le quiere y se le trata mal; en otros casos, los sufrimientos del paciente entristecen la vida de los que lo rodean.

Pensamiento.- La persona está preocupada consigo misma e imagina soluciones mágicas a sus problemas, aunque con poca esperanza. Sus pensamientos estereotipados, prestan un color monótono a su conversación. El individuo moderadamente deprimido, puede combatir su depresión dirigiendo conscientemente sus pensamientos a donde sea.

Conducta.- La lentitud caracteriza la vida y los procesos mentales. Las actividades que selecciona son pasivas y a menudo socialmente aisladas.

Síntomas Físicos.- La preocupación de la persona por sí misma se expresa en una preocupación por su cuerpo y su salud, dándose cambios reales en casi toda función que se encuentre bajo el control neurohormonal.

Relaciones Sociales.- El paciente anhela el cariño de otros, pero deja de corresponder a la otra persona. Podrá aislarse o, temiendo el rechazo, realizar esfuerzos indebidos para conquistar a sus conocidos, preocupándose por disimular su agresión.

2.3 Depresión y alcoholismo. Psicodinamia

Fenichel (1966) dice que los "adictos a las drogas" (el alcohol se considera una droga), sienten la necesidad de lograr seguridad y evidencia de la autoestima, y como tal, la droga es esencial para la existencia misma de la persona. Los "adictos" representan el tipo de impulsivos más netamente definido.

Fenichel (1966) señala que un adicto es una persona para quien la droga tiene un significado sutil e imperativo. Inicialmente, el paciente pudo haber buscado nada más que consuelo, pero termina por usar o tratar de usar el efecto de la droga para la satisfacción de otra necesidad, que es interior. La persona se hace dependiente de este efecto, y esta dependencia en cierto momento, se hace tan abrumadora como para anular cualquier otro interés. De esta manera, el problema de la adicción se reduce a la cuestión de la naturaleza de la gratificación específica que las personas de esta clase obtienen, o tratan de obtener, de su sedación o estimulación químicamente inducida, y de las condiciones que determinan el origen del deseo de esta gratificación.

En otras palabras, los adictos son personas que tienen una pre-disposición a reaccionar a los efectos del alcohol, y otras drogas, de una manera específica, es decir, de una manera tal que tratan de usar estos efectos para satisfacer el arcaico anhelo oral, una necesidad de seguridad y una necesidad de conservar la autoestima. El origen y la naturaleza de la adicción no residen,

en consecuencia, en el efecto químico de las drogas, sino en la estructura psicológica del paciente.

El factor decisivo es, por lo tanto, la personalidad pre-mórbida. Los que se hacen adictos a las drogas son aquellas personas para quienes el efecto de la droga tiene un significado específico. Significa para ellos la realización o al menos la esperanza de realización, de un deseo profundo y primitivo que sienten de una manera más apremiante de la que es el caso para los anhelos instintivos ya sean afectivos o de otra índole, en las personas normales.

Fenichel (1966) afirma que en estos sujetos se inicia una extraordinaria regresión, los diversos puntos de fijación determinan cuáles sectores de la sexualidad infantil (complejo de Edipo, conflictos de la masturbación y, en especial, impulsos pregenitales) pasarán a primer plano y, finalmente, la libido queda trasformada en una "energía amorfa" sin "características diferenciales o formas de organización".

Los pacientes adictos se hallan fijados a una finalidad narcisista-pasiva y sólo muestran interés en el logro de su gratificación, nunca en satisfacer a sus compañeros ni tampoco, para el caso, en la personalidad específica de sus compañeros

Los objetos no son para ellos otra cosa que proveedores de suministros. Desde el punto de vista erógeno, las zonas dominantes son la zona oral y la piel.

La autoestima y la existencia misma dependen de la consecución de alimento y calor. El efecto de la droga reside en el hecho de que se le siente como tal alimento y calor. Las personas de esta clase reaccionan a las situaciones que crean la necesidad de sedación o estimulación, de una manera diferente a como lo hacen los demás. No toleran la tensión. No pueden tolerar el dolor, la frustración, las situaciones de espera. Aprovechan cualquier oportunidad para escapar con mayor rapidez y pueden sentir el efecto de la droga como algo mucho más gratificante que la situación original interrumpida por el dolor, la depresión o la frustración precipitante. Después de la exaltación, el dolor, la tristeza o la frustración se hacen aún más intolerables, dando lugar a un uso más intenso de la droga. Todos los demás impulsos son gradualmente reemplazados por el "anhelo farmacotóxico". Gradualmente desaparece todo interés por la realidad, excepto lo que se relaciona con el hecho de procurarse la bebida.

Fenichel (1966) hace una comparación diciendo: la "tensión amorfa", que aparece en cierto momento, se parece, en realidad a la etapa más temprana del desarrollo libidinoso, antes de que existiera ninguna clase de organización, es decir la orientación oral del bebé, que pide gratificación sin ninguna capacidad de dar hacia la realidad ni consideración alguna hacia ella. Las tendencias oral y cutánea aparecen manifiestas en aquellos casos en que la droga es ingerida por la boca o recibida mediante una inyección hipodérmica.

En el proceso de la adicción empiezan a prevalecer más y más las depresiones de "la mañana siguiente". La complicación en la psicología de los adictos a las drogas está representada por la creciente insuficiencia de la

exaltación (jubilo, alegría) alcanzada. Circunstancias fisiológicas y psicológicas se oponen a la suficiencia y aún a la aparición de la exaltación. El paciente se ve obligado a recurrir a dosis más elevadas a intervalos más cortos. La falta de efecto intensifica el anhelo. Al no ser satisfecho éste la tensión o la depresión se hacen más insoportables.

La disminución del efecto del alcohol y de cualquier otra droga tiene ciertamente una raíz fisiológica, pero hay también raíces psicológicas. Si luego de una exaltación lograda mediante el alcohol es necesario enfrentar nuevamente la situación desdichada (depresión) que condujo a usar el alcohol, esta situación parecerá ahora, forzosamente, más insoportable y obligará a evasiones cada vez más frecuentes e intensas.

Por otra parte, los actos impulsivos llevados a cabo con propósito de protección contra peligros supuestos pueden volverse peligrosos ellos mismos, lo que puede dar lugar a un círculo vicioso. Esto es lo que pasa con los adictos a las drogas. Si éstos se percatan de su progresiva desintegración mental, ciertamente lo perciben como un peligro, pero carecen de otros medios para enfrentar este peligro que el de aumentar la dosis de la droga.

El círculo maniaco-depresivo de exaltación y de "la mañana siguiente" se hace cada vez más irregular; la exaltación se hace cada vez más corta y, en cierto momento desaparece, en tanto que la depresión va tomando un carácter permanente.

La exaltación específica del alcohol se caracteriza por el hecho de que las inhibiciones y las consideraciones sobre la realidad que tienden a refrenar al individuo, desaparecen de la conciencia antes que los impulsos instintivos, de modo que la persona que no tiene el atrevimiento de realizar actos instintivos, consigue a la vez, con la ayuda del alcohol, satisfacción y alivio. El alcohol, por ello fue siempre ensalzado por su poder de ahuyentar la inquietud y el dolor. Los obstáculos y la tristeza parecen menores, y la satisfacción de deseos más cercana, en algunas personas por la disminución de las inhibiciones, y en otras por el abandono de la dura realidad y su sustitución por placenteros sueños diurnos.

En concordancia con esto, las razones que hacen volver al alcohol son o bien la existencia de frustraciones externas, es decir, situaciones de desdicha que uno quisiera olvidar y reemplazar por fantasías placenteras, o inhibiciones internas, es decir, estados en que uno no se atreve a actuar contra el superyó sin dicha ayuda superficial. Entre estas inhibiciones, las inclinaciones depresivas son las de mayor importancia.

Una vez que la desdicha interna o externa llega a su fin, la bebida puede interrumpirse o no. Las personas en quienes esto último no sucede, son llamadas alcohólicas. Se caracterizan por su personalidad pre-mórbida, oral y narcisista.

Si bien, en general, el alcohol ayuda a liberarse momentáneamente de los estados de ánimo depresivos que sólo vuelven con los efectos de la "mañana siguiente", en algunas personas puede precipitar depresiones en forma inmediata.

2.4 Relación alcoholismo - depresión

La depresión anímica es una acompañante del consumo excesivo y crónico de bebidas alcohólicas. Con el fin de comprender esta relación alcoholismo-depresión se ofrecen diferentes explicaciones que antes que contradictorias entre sí, tienden a complementarse.

En primer lugar, la depresión puede desarrollarse como una reacción mental comprensible a las consecuencias que los hábitos de beber le imponen al alcohólico.

En segundo lugar, la depresión puede tener su origen en trastornos neuroquímicos (aún no bien comprendidos), que tienen lugar como consecuencia de la ingestión excesiva de alcohol.

McNamee (1968) comunicó un aumento en la ansiedad y la depresión en alcohólicos después de varios días de consumo. En un estudio realizado con pruebas psicológicas se apreció que el monto de tensión emocional entre los bebedores excesivos se elevó durante los episodios de ingestión. Por lo que respecta a la tensión y a la ansiedad, con frecuencia se encuentra en la práctica psiquiátrica general que son síntomas que acompañan a la depresión.

Una tercera razón para la relación entre la depresión y la dependencia alcohólica se encuentra en la sobrevenida de una o más fases de depresión en

individuos que tienen personalidades aparentemente sanas pero que beben mucho, a fin de aliviar sus tensiones emocionales y trastornos afectivos.

Un cuarto factor a considerar para explicar la combinación de la dependencia al alcohol y la depresión, se encuentra en la personalidad de los dependientes de alcohol, entre los cuales se aprecia una alta frecuencia de temperamentos depresivos.

Como ya se mencionó, la depresión es característica del alcohólico en este estudio, sin embargo existen autores que afirman la no existencia de depresión en jóvenes alcohólicos; como por ejemplo Mc. Cords (1960) no detectó depresión entre los jóvenes que desarrollan dependencia alcohólica.

Hamm (1979) realizó un estudio con alcohólicos hospitalizados en un programa de seis semanas con una N-48, aplicaron la escala de Zung (SDS), la escala Hamilton de depresión (HDS), los sujetos tenían una media de edad de 32 años.

Entre los resultados se señala que sólo un 6.3% de los sujetos calificó como depresivos en la escala Hamilton de depresión, y un 34.8% en la escala Zung de depresión.

Una de las primeras conclusiones de los autores es que estos resultados indican que la depresión en el rango clínico no es común entre los alcohólicos.

En el estudio de Keeler (1979), en el que 35 pacientes alcohólicos fueron admitidos en un hospital para su tratamiento de alcoholismo, se les aplicó la escala Hamilton de depresión, la escala Zung y el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI).

En este estudio se encontró que sólo un 8.6% de los 35 alcohólicos fueron depresivos de acuerdo al diagnóstico clínico.

Sin embargo hay autores que consideran a la depresión como parte de la dependencia alcohólica; Winokur (1970) en un estudio realizado encontró que el desorden afectivo fue visto en un 27% de la población de mujeres alcohólicas. Dado que el desorden afectivo contiene mayormente en su caracterización a la depresión, puede verse que su relación con el alcoholismo es significativa.

Schuckit y Winokur (1972) estudiaron a 103 mujeres alcohólicas admitidas en dos hospitales, uno estatal y otro privado. De esta muestra al 55% se le encontró un diagnóstico de desorden afectivo evidenciado como depresión. Un 52% tenía un historial de intentos de suicidio, el cual se relaciona evidentemente con estados depresivos.

Kenneth y Karasievich (1975), con una muestra de 207 varones alcohólicos admitidos en tres diferentes hospitales, encontraron que 80 de ellos mostraron una elevación significativa en la escala de depresión del MMPI.

Shaw Jan (1975), con una muestra de 58 pacientes masculinos alcohólicos, encontró que el 80% calificó 2 desviaciones estándar arriba de la escala

media de depresión del MMPI, y 40% calificó 5 desviaciones estándar arriba de la misma media, indicando ambas un grado significativo de depresión. Con el inventario de Beck, 76% fueron diagnosticados depresivos y 15% como severamente depresivos. Un 84% de la muestra fue clínicamente depresiva, de acuerdo a la escala de Zung de depresión.

Por su parte, Donovan (1977) encontró una diferencia significativa entre un grupo de 39 alcohólicos y 39 no alcohólicos, siendo los primeros más depresivos de acuerdo al inventario de depresión de Beck.

Keglar y Roads (1977) estudiaron a 21 pacientes diagnosticados como abusadores de alcohol y a 21 abusadores de otras drogas. En general, los abusadores de alcohol se encontraron más depresivos que los abusadores de otras drogas. En el MMPI, el 67% de los abusadores de alcohol calificaron como depresivos, frente a un 38% de los abusadores de otras drogas; 90% de los alcohólicos fueron calificados como depresivos en la escala de Zung de depresión, en comparación con un 54% de los abusadores de otras drogas.

Zsielinski (1978) aplicó la escala Zung y el inventario de depresión de Beck a 117 pacientes admitidos a un hospital para su tratamiento de alcoholismo. De éstos, un 75% fue identificado con presencia de depresión clínica en estas dos escalas.

A través de estos estudios observamos cómo la depresión y el alcoholismo están relacionados .

Como ya se ha mencionado, el alcoholismo es un fenómeno multicausal y, por lo tanto es previsible que su relación con estados depresivos fluctúe, debido a los factores presentes en esa multicausalidad. De ahí su mayor o menor relación, no sólo con la depresión sino con otros trastornos.

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 Planteamiento del problema

¿Es la depresión un rasgo común en la mujer alcohólica?

3.2 Objetivos

Objetivo general

Determinar si la depresión es un rasgo común en un grupo de mujeres alcohólicas de 20 a 30 años de edad que asisten a instituciones de Alcohólicos Anónimos.

Objetivos específicos

Determinar se existe depresión en las mujeres alcohólicas de 20 a 30 años de edad.

Determinar cuál es el nivel de depresión en mujeres alcohólicas de 20 a 30 años de edad.

3.3 Población

La presente investigación se llevó a cabo con mujeres alcohólicas que pertenecen a instituciones de Alcohólicos Anónimos.

Muestra

La muestra elegida estuvo compuesta por 30 sujetos de sexo femenino con edades entre 20 y 30 años de edad, que pertenecen a instituciones de Alcohólicos Anónimos.

El muestreo que se llevó a cabo fue no probabilístico de tipo intencional, ya que éste se emplea cuando no es necesario que la muestra represente a toda la población.

Lo anterior se decidió debido a que no existen registros ni datos que permitan conocer el comportamiento estadístico de todas las mujeres alcohólicas, por lo que las conclusiones del presente estudio sólo se refieren a la muestra estadística.

3.4 Obtención de datos

El instrumento de evaluación que se aplicó es la escala para Auto-Medición del Dr. Willian W. K. Zung destinado a medir cuantitativamente la depresión (ver anexo).

Se pensó utilizar este instrumento debido a las características que presenta la población; es decir, son sujetos con poca tolerancia, y algunas veces no constantes en su asistencia al grupo. Pensando en lo anterior se utilizó un instrumento breve y además confiable, en cuanto a medir síntomas y signos característicos de estados depresivos.

Dicha prueba consta de 20 preguntas, cada una con cuatro alternativas de respuesta, esto significa que al aplicar una pregunta, el sujeto eligió entre las siguientes opciones: a) Nada o pocas veces, b) Algunas veces, c) Muchas veces, d) La mayoría de las veces o siempre.

Se asignó un valor del 1 al 4 dependiendo de si el ítem fue expresado positiva o negativamente.

La escala de Zung se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con desordenes emocionales. Los estudios estadísticos realizados indican que las mediciones obtenidas de esta manera pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren más tiempo y que están en uso

actual, como el Inventario Multifásico de la Personalidad Minessota (MMPI) y el Inventario de Depresión de Beck.

Al respecto, es importante recordar que al elaborar su escala, Zung tenía como objetivo el de construir una escala breve, simple, que fuera cuantitativa más que cualitativa, auto-administrada y que le indicara al paciente sus propias respuestas al momento de que la escala le fuera dada. Para su propósito revisó tres autores que se habían ocupado extensivamente del problema de la sintomatología del desorden depresivo, usando el análisis de factor en su investigación. Dicho análisis de factor supone que la naturaleza compleja de los síntomas son determinados por un grupo de patrones o factores subyacentes.

De este modo, de los resultados de la investigación de Grinker (1961), Overall (1962) y Friedman (1963), Zung eligió las características más comúnmente encontradas de depresión; tales como preocupación por la muerte, desesperanza, respuestas físicas a la tensión como pérdida del apetito, del sueño y del peso, sentimientos de culpa, etc.

En síntesis, en su estudio, Zung (1965) aplicó la escala a 56 pacientes; la mitad de los cuales tenían un diagnóstico previo de desorden depresivo. Comparó los dos grupos; el etiquetado previamente y aquel que fue diagnosticado clínicamente y un grupo control. Dada la comparación de los puntajes obtenidos en la escala con los diagnósticos clínicos y después comparando los puntajes de inicio del tratamiento (terapia electroconvulsiva y farmacoterapia depresiva) de 4 semanas, con los puntajes obtenidos cuando fueron dados de alta, le permitieron a Zung

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

concluir que esta escala fue útil en cuantificar depresión como un desorden. Además dicha escala señala que el disturbio del sueño fue sentido por los pacientes depresivos como el síntoma que mejoró después del tratamiento de su enfermedad. Así para Zung la presencia de disturbios en el sueño parece ser un importante, si no el más importante síntoma en el desorden depresivo e, igualmente, como signo de pronóstico.

En un segundo estudio, Zung y Durham (1967) se propusieron verificar si la escala de Zung de Auto-Medición de Depresión (SDS) podría verse afectada por factores sociales del paciente. Dicho estudio examinó 159 pacientes vistos en una clínica psiquiátrica durante un periodo consecutivo de seis meses. Los datos incluidos fueron: sexo, estado civil, nivel educacional y estado financiero. Además de la SDS se les aplicó el MMPI.

La conclusión de los autores es que, tomada en conjunto y dentro de los límites de la población de pacientes examinados, los resultados mostraron que la SDS no fue afectada por la edad de los pacientes, ni por el sexo, estado marital, nivel educacional, estado financiero o nivel de inteligencia. Señalan que los pacientes con cantidades leves y moderadas de depresión tuvieron puntajes de 60 o más, y pacientes con severa depresión tuvieron puntajes de 70 o más. Estos pueden considerarse como índices de depresión de la sintomatología contenida en la escala.

Al parecer Lachin y Waiugold (1968) utilizaron por primera vez la escala Zung en alcohólicos y encontraron que la mayoría de los pacientes alcohólicos (N=73) eran deprimidos.

Los mismos autores señalan la significativa correlación de 0.70 entre la escala Zung y el MMPI en la detección de depresión encontrada en el estudio de Zung (1965).

En un estudio posterior, Haywood y Shelvy (1977) compararon dos grupos; uno de los alcohólicos y otro de dependientes de drogas varias. Aplicaron la escala Zung y el MMPI. El primer grupo consistió de 21 sujetos diagnosticados como alcohólicos y el otro grupo de 21 sujetos clasificados como abusadores de drogas varias. Entre las conclusiones dadas por estos autores se encuentra el que los alcohólicos tienen una mayor incidencia de depresión que los abusadores de drogas. Encontraron además, un mismo grado de consistencia en las respuestas, dada la falta de una diferencia significativa entre la escala D del MMPI y la escala Zung en el grupo de alcohólicos.

Puesto que en la escala Zung se encuentran reactivos que se refieren a la sintomatología psicológica y fisiológica, podemos preguntarnos si esta combinación es efectiva en la detección de estados depresivos, considerando la brevedad de esta escala. Al respecto, Shaw (1975) nos puede dar una opinión, basada en su estudio con una muestra determinada (N=30). En síntesis, dicho estudio se realizó en sujetos que pedían tratamiento por alcoholismo en una clínica intermedia a la hospitalización. Con un tratamiento de placebo y de una combinación de clorodiazepóxido e imipramina, aplicando tres escalas para medir depresión; el MMPI, la escala Zung y el Inventario de depresión de Beck. Entre las conclusiones relevantes se encuentra la confirmación de una alta frecuencia de la

depresión, validada en los tres tests en un porcentaje del 80% de la muestra.

En el grupo que tenía el tratamiento de la combinación de clorodiazepóxido e imipramina, la escala Zung fue la única que mostró una declinación significativa de la depresión en este grupo al final de 30 días de tratamiento. Este hallazgo puede reflejar el mayor peso dado por la escala Zung a los síntomas fisiológicos como manifestaciones de depresión (pérdida de peso, insomnio, decremento de la libido, pérdida de apetito y letargia generalizada).

3.5 Tipo de investigación

La presente investigación se basó en un estudio de campo, por lo que se enfocó la aplicación de pruebas a un determinado grupo, que presenta problemas de alcoholismo.

Con objeto de detectar a los sujetos y realizar el estudio en el medio natural, se visitaron diversos grupos de Alcohólicos Anónimos.

3.6 Nivel de investigación

Dados las limitantes actuales para obtener estadísticas confiables de la población, se decidió que el nivel de la investigación fuera de tipo descriptivo, por lo que en este trabajo, no se intenta llegar a generalización de las conclusiones; sino solamente a obtener un mayor conocimiento del fenómeno en cuestión. Se tiene, como características más importantes a los niveles de depresión y la frecuencia en que estos aparecen en los niveles de estudio.

3.7 Diseño de la investigación

El plan, la estructura y las estrategias empleadas en la investigación corresponden a los de un diseño pre-experimental, con un caso y una sola medición.

3.8 Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo en instituciones de Alcohólicos Anónimos. Este centro se sostiene con las contribuciones voluntarias que brindan los integrantes del grupo, en los cuales no influye el estrato social, la posición socioeconómica, o el nivel sociocultural. Tampoco hay un predominio ni en edad ni en sexo.

Para realizar este estudio se eligieron 30 sujetos del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 20 y 30 años de edad.

El instrumento de evaluación que se aplicó fue la escala para Auto-Medición del Dr. Willian W.K. Zung, destinado a medir cuantitativamente la depresión.

Al inicio se pensó en que la aplicación del instrumento se llevaría a cabo de la siguiente manera:

- 1- Que se asistiera en forma personal a diferentes locales de Alcohólicos Anónimos ,
- 2- Hablar con el representante del grupo y
- 3- Reunir a la población y aplicar el instrumento.

En cuanto a los dos primeros puntos no existió problema alguno, se asistió al primer grupo, se solicitó una entrevista con el representante, y después de unos días se concedió. Al plantearle los objetivos de la investigación,

cordialmente aceptó, siempre y cuando se respetaran las condiciones que generalmente manejan, tales como: anonimato, no diagnósticos, etc.

Posteriormente, intenté que los sujetos se reunieran para poder aplicar la prueba, lo cual fue totalmente inútil ya que la mayoría de las personas citadas el día de la aplicación no se presentaron, argumentando después diversos problemas que les impidieron su asistencia.

Ante esta problemática, se optó por que la aplicación en las siguientes instituciones, se hiciera después de que los sujetos asistieran a la reunión de grupo, o antes si ellos lo permitían.

Una vez presente el sujeto, se le explicó los fines del estudio, se les habló de lo poco que ha sido estudiado el alcoholismo en mujeres, ya que se ha pensado que es una enfermedad de hombres. Igualmente se les informó que tendrían acceso a los resultados.

Después se les entregó una hoja con 20 reactivos, pidiéndoles que contestaran lo más sinceramente posible. También se les informó que los datos que se recabarán serían completamente confidenciales.

Esta forma de aplicación se llevó a cabo en varias sesiones hasta reunir el número de sujetos requeridos para este estudio.

3.9 Análisis estadístico

Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva. Ya que el objetivo de la investigación consiste en conocer cual es el nivel de depresión que experimentan las mujeres alcohólicas que pertenecen a instituciones de Alcohólicos Anónimos, y puesto que todas las mujeres entrevistadas son alcohólicas, se utilizó para medir la relación existente entre las variables (alcoholismo vs. niveles de depresión) lo siguiente:

1- Aplicando la escala para Auto-Medicación del Dr. Willian W. K. Zung, se obtuvieron para cada sujeto los puntajes brutos y los índices de depresión (SDS)

2.- Se ubicaron los valores de SDS, en los niveles de depresión señalados por el autor como impresiones clínicas equivalentes globales en la escala de Zung.

3.- Se calculó, para cada nivel de depresión, el porcentaje del número de frecuencias de dicho nivel respecto al total de sujetos y el porcentaje acumulado hasta cada nivel de depresión.

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1 Resultados

1.- Los valores de puntajes brutos e índices SDS que obtuvo cada uno de los sujetos se muestran en la tabla número 1.

2.- Los valores de frecuencia para cada nivel de depresión se muestran en la tabla número 2 y en el histograma de frecuencia de la gráfica número 1. Observando que en el nivel normal se encuentran dos personas; el nivel mínima o ligera presentó una frecuencia de dos; en el denominado moderada o marcada se localizaron dos personas, y en severa o extrema quedó ubicada el resto de la población, es decir, 24 personas.

Los porcentajes de frecuencia de cada nivel, respecto al total de sujetos, y el porcentaje acumulado se muestran en la tabla número 3 y en las gráficas 2 y 3, que representan respectivamente el polígono de frecuencias y la ojiva de dichos valores.

Como se observa en el histograma de frecuencias 24 de los 30 sujetos alcohólicos presentaron niveles severos de depresión . Esto es, según la tabla número 3, el 80% de los sujetos de la muestra.

En resumen podemos decir que de los 30 sujetos, 2 presentan un grado de depresión normal. y los otros 28 (93.3%) presentan un grado de depresión anormal; en 2 de estos últimos el nivel de depresión es mínima o ligera, en otros 2 sujetos el nivel de depresión es moderada o marcada, y en los 24 sujetos restantes el nivel de depresión es severo o extremo.

TABLA I

Resultados de puntajes brutos e índice SDS

SUJETO	EDAD	PUNTAJE NATURAL	VALOR DE SDS
01	20	32	40
02	20	40	50
03	26	43	53
04	21	43	53
05	21	51	64
06	24	52	65
07	27	56	70
08	22	56	70
09	23	57	71
10	25	58	73
11	24	58	73
12	30	58	73
13	28	58	73
14	25	59	74
15	25	59	74
16	22	59	74
17	26	60	75
18	21	60	75
19	30	61	76
20	29	61	76
21	27	61	76
22	24	62	78
23	23	64	80
24	26	64	80
25	28	65	81
26	29	65	81
27	27	66	83
28	28	69	86
29	27	70	88
30	28	73	91

Frecuencia de los niveles de depresión

NIVEL DE DEPRESION	INDICE S D S	FRECUENCIA
NORMAL	DEBAJO DE 50	2
MINIMA O LIGERA	DE 50 A 59	2
MODERADA O MARCADA	DE 60 A 69	2
SEVERA O EXTREMA	70 ó MAS	24
T O T A L		30

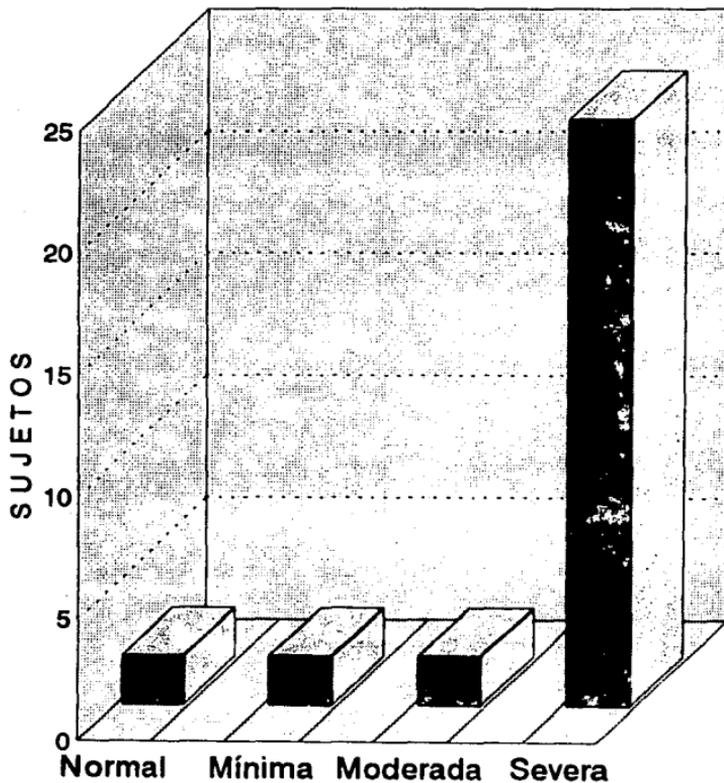
TABLA 3

**Porcentajes y porcentajes acumulados
de la frecuencia de los niveles de depresión**

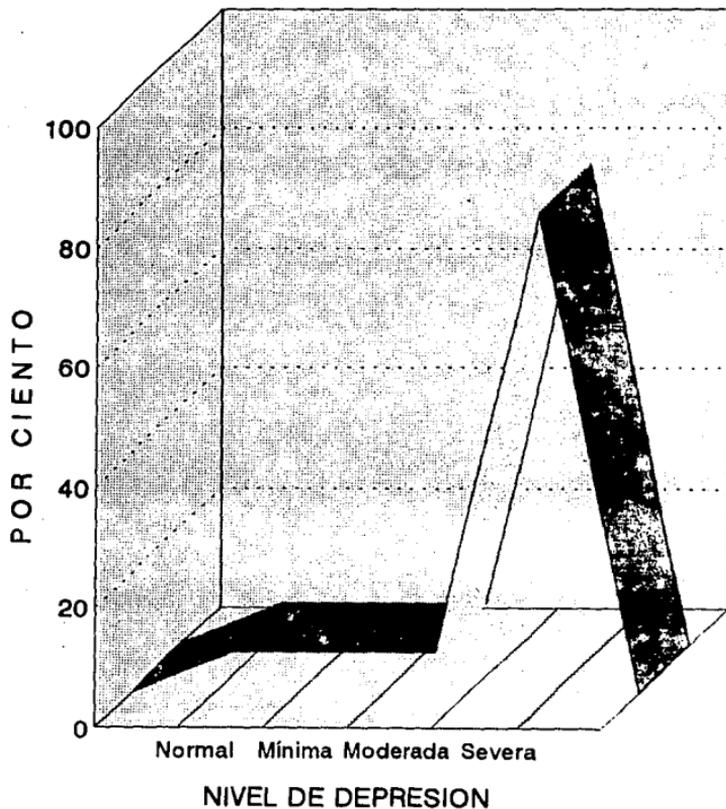
NIVEL DE DEPRESION	PORCENTAJES	PORCENTAJE ACUMULADO
NORMAL	6.7	6.7
MINIMA O LIGERA	6.7	13.3
MODERADA O MARCADA	6.7	20.0
SEVERA O EXTREMA	80.0	100.0
T O T A L	100.0	100.0

FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE DEPRESION

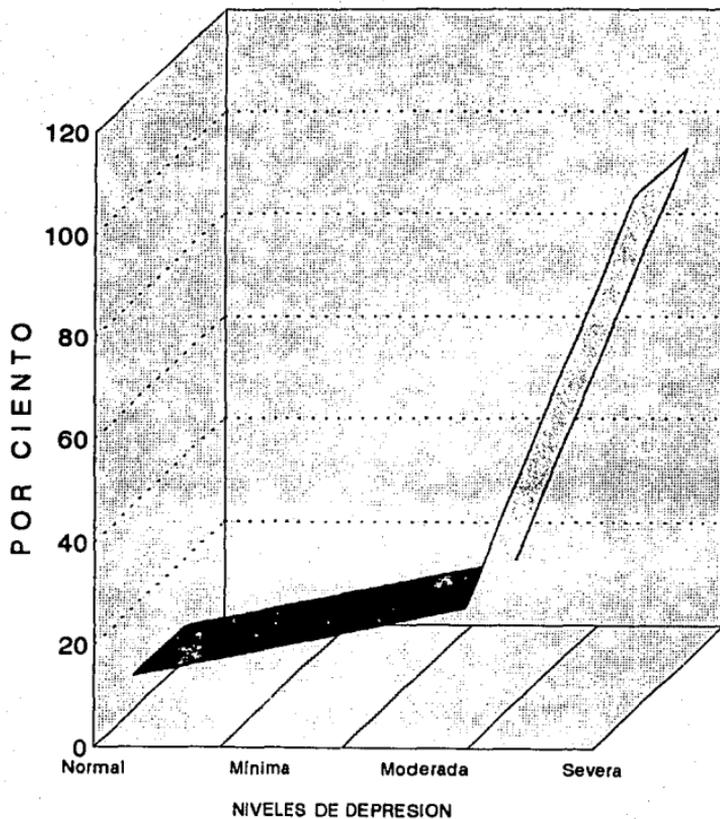
HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS



PORCENTAJES DE LOS NIVELES DE DEPRESION POLIGONO DE FRECUENCIAS



PORCENTAJES ACUMULADOS DE LOS NIVELES DE DEPRESION
OJIVA DE FRECUENCIAS



4.2 Interpretación y discusión de resultados

Como se observa en los resultados obtenidos, solamente dos de los sujetos de la muestra presentaron niveles normales de depresión, lo que significa que el 93.3% presentaron niveles de depresión que van de mínimo a severo, con lo que se logró el primero de los objetivos específicos de esta investigación, que consiste en determinar si existe depresión en mujeres alcohólicas de 20 a 30 años de edad.

El segundo objetivo específico, que pretende determinar cuál es el nivel de depresión en mujeres alcohólicas de 20 a 30 años de edad, encuentra su cumplimiento en los resultados que señalan que el 80% de los sujetos estudiados presentaron un nivel de depresión severo o extremo, el 6.7% un nivel de depresión moderado o marcado y otro 6.7% un nivel de depresión mínima o ligera.

Por lo anterior, damos respuesta a la interrogante de nuestro problema, diciendo que: la depresión es un rasgo común en las mujeres alcohólicas investigadas en esta muestra, aunque no en el 100%.

Esta información coincide con lo señalado por los siguientes investigadores, quienes consideran a la depresión como parte de la dependencia alcohólica. Winokur (1970) en su investigación destaca que la depresión en los alcohólicos es significativa. A su vez Winokur y Schuckit (1972) en su estudio con mujeres alcohólicas, encontraron que la depresión era

característica en estas mujeres, mostrando que en el 55% se encontró un diagnóstico de desorden afectivo evidenciado como depresión.

Shaw, Kenneth y Karasievich (1975), con sus respectivas investigaciones concluyen que los varones alcohólicos estudiados presentan un grado significativo de depresión.

Estudios más recientes (Zsielinski, 1978) presentan como evidente la depresión en varones alcohólicos.

Sin embargo, existen autores que señalan que la depresión no es característica del alcohólico, Mc. Cords (1960) afirmó no haber detectado depresión entre jóvenes que desarrollan dependencia alcohólica.

Por otra parte, Hamm (1975) en su estudio con alcohólicos, concluye que la depresión no es común entre estos sujetos. Keeler (1979) en su investigación concluye que sólo el 8.6% de 55 alcohólicos estudiados presentaron depresión.

Como se ha observado a lo largo de esta investigación, los estudios realizados sobre depresión en alcohólicos, se da mayormente entre varones. Aspecto que motivo la elaboración de esta investigación, ya que en el caso de mujeres alcohólicas son pocos los estudios realizados.

El concluir que la depresión es un rasgo común en la mujer alcohólica de la muestra estudiada, nos damos cuenta que aún cuando el ingerir bebidas alcohólicas (en reuniones, bares, en el hogar, etc.) aparentemente resulta

placentero, se vuelve poco a poco un problema que cada vez aqueja más a la mujer de hoy en día. Tal como lo menciona Fenichel (1966), "los efectos iniciales del alcohol se relacionan con periodos maniaco-depresivos; pero este efecto se hace cada vez más irregular y la depresión toma un carácter permanente".

Lo que al principio pudo haber sido tan sólo consuelo o gusto, termina usando el efecto del alcohol para satisfacer otras necesidades internas como son seguridad, valor y autoestima.

Como lo postuló Fenichel (1966) "la persona se hace dependiente del efecto del alcohol, y esta dependencia en cierto momento, se hace tan abrumadora como para anular cualquier otro interés", repercutiendo gravemente en las diversas áreas (laboral, social, familiar, etc.) donde se desenvuelve el sujeto.

4.3 Conclusiones

- 1.- No existe causa única que hable del porqué se da el alcoholismo, éste se origina a partir de una interacción compleja entre factores psicológicos, socioculturales y fisiológicos (orgánicos).**
- 2.- La depresión puede desarrollarse como una reacción mental comprensible a las consecuencias que los hábitos de beber le imponen al alcohólico.**
- 3.- La depresión es una consecuencia en los individuos que beben en exceso, a fin de aliviar sus tensiones emocionales y trastornos afectivos.**
- 4.- En la personalidad de los sujetos dependientes del alcohol, se aprecia una alta frecuencia en relación a la depresión.**
- 5.- La mayor parte (93.3%) de las mujeres alcohólicas de la muestra estudiada, presentan niveles de depresión, considerados como anormales.**
- 6.- El nivel de depresión de las mujeres alcohólicas de la muestra estudiada, va desde el mínimo o ligero, hasta el nivel severo o extremo, predominando éste en forma significativa (80%).**
- 7.- Los resultados obtenidos del estudio son contrarios a lo postulado por Mac. Cords (1960), Hamm (1979) y Keeler (1974), quienes afirmaron que la depresión no es un rasgo en los alcohólicos.**

8.- Los resultados obtenidos en el estudio coinciden con diversos autores como son Winokur (1970), Schuckit (1972), Karasievich (1975) y Donovan (1977) entre otros.

9.- A través de los resultados obtenidos en el estudio, se da respuesta a la interrogante planteada por el problema, diciendo que la depresión es un rasgo común en las mujeres alcohólicas investigadas en esta muestra.

10.- Con los resultados obtenidos en esta investigación, damos respuesta a la pregunta planteada, diciendo: la depresión es un rasgo común (aunque no al 100%) en las mujeres alcohólicas estudiadas en la muestra.

4.4 Sugerencias

A) La realización de estudios semejantes al presente, implicando muestras de mayor tamaño que abarquen otras edades de los sujetos.

B) La realización de estudios o censos sobre las características generales de la población de mujeres alcohólicas en México, que permitan en el futuro contar con datos suficientes para realizar estudios con muestras de mayor representatividad.

C) Se espera que la presente investigación sirva para la planeación en un nivel superado en cuanto a la homogeneidad de las variables de los sujetos.

D) La realización de estudios que permitan actualizar el material existente sobre el tema alcoholismo y depresión en mujeres y en México.

E) Estudiar poblaciones de mujeres alcohólicas que no pertenezcan al grupo de Alcohólicos Anónimos.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

- BALLES, N.** (1968) The personality of the alcoholics Harper and Row.
- BELLAK, L. y SMALL, L.** Psicoterapia breve y de emergencia Editorial Pax, México, 1977.
- BERNAL V., MARQUEZ A., NAVARRO B. y SELSOR, C.** Alcoholismo en México Editorial Nuestro Tiempo, México 1975.
- BERGERET, J.** Manual de psicología patológica Editorial Toray Massons, México, 1987.
- BOWMAN, P.** (1975) Measurement and interpretation of drinking behavior EE.UU.
- CAMPO, X.** El alcoholismo en México Editorial Editores Asociados, México, 1975.
- CRUZ, O.** El alcohol y el alcoholismo Editorial Publicaciones Cruz, México, 1980
- DE LA FUENTE, R.** Psicología médica Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1971.

- DONOVAN, O.** (1974) Perception of depression in self and other among male alcoholics. Psychol 30 142-146.
- FENICHEL, O.** Teoría psicoanalítica de las neurosis Editorial Paidós, Buenos Aires, 1966.
- FRAZIER, S. y CARR, A.** Introducción a la psicopatología Editorial El Atenero. Argentina 1973.
- GARZA F. y VEGA, A.** La juventud y el alcoholismo y las drogas Editorial Trillas, México, 1990
- GUERRA, A.** (1977) El alcoholismo en México Archivo del Fondo (73).
- HAMM, J.** (1979) The quantitative measurement of depression and anxiety in male alcoholics. Psychiatry 136.
- HERNANDEZ, J.** (1987) ¿Alcohólica yo? Fem, 57 (11) 28-29
- JELLINEK, E.** (1971) The disease concept of alcoholism. Highland Park.
- KENNETH B., y KARASIERVICH G.** (1975) Psychological test results of three stages of inpatient alcoholism treatment (30) 7.

KELLER M. (1979) On the loss-of control phenomenum in alcoholism (67)
153- 166.

----- (1977) Alcohol res. related disabilities World Health Organization
(32) pág. 15

LAZARE, G. (1966) Oral obsessive, and historical personality patterns Psychiat 14
624 - 633.

MAC KINNON, M. y MICHELS, R Psiquiatría clínica aplicada Editorial
Interamericana. México, 1973.

MAC NAMEE (1968) Experimental analysis of drinking patterns of alcoholics
Psychiat 124 1063-1069.

MADDEN, J. Alcoholismo y farmacodependencia Editorial Manual Moderno.
México

MARTORANO, R. (1974) Social perception in 4 alcoholics (35) 445-457.

MORRISON (1974) Bipolar affective disorders in alcoholism, Psuchiat 131 (10)

MULFORD, J. y CAHALAN (1973) Study of drinking behavior and attitudes
Next Brunswick (6)

NATHAN, P. y HARRIS, R. Psicopatología y sociedad Editorial Trillas. México. 1983.

NYLANDERE (1960) The family of the alcoholic Phronesis (19) 45-62.

NOYES, B. y KOLB Psiquiatría clínica moderna, La prensa médica mexicana México, 1971

NC. CORD, W. y NC. CORD J. (1960) Origins of alcoholism Stanford University.

PADILLA, P. (1985) Detección de trastornos mentales Salud mental, 3 (8) 66-72.

PITTMAN, J. Alcoholismo, un enfoque interdisciplinario Editorial Horme. Argentina, 1966.

ROBERT, N. y ORANGER, R. El alcoholismo en la juventud Editorial Pax. México, 1980.

SCHUCKIT, N. y KINKUR, G. (1972) A short term follow up of women alcoholics Disease of nerv 33(10) 672-678.

SERIE DE INFORMES TECNICOS (1970) Alcohol y alcoholismo en centroamérica.

SHAW W., DONLAY P., MORGANO D. y JAMCS A. (1973) Treatment of depression in alcoholics Psichiatry 132 (6).

SNYDER (1966) Inebriety, alcoholism and anomie Climard N.B. 189-212.

SOUZA , M. y MACHORRO, M. Alcoholismo Editorial Manual Moderno, México, 1978.

SPITZ, R. El primer año de vida del niño Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1965.

SULLIVAN, O. Concepción de la psiquiatría moderna Buenos Aires, 1972.

VAILLANT, G. (1980) Natural history of male psychological health Psychiat 137 (2).

VALLEJO, J. Psiquiatría clínica Editorial Científico-médica. España, 1971.

VELASCO, R. Alcoholismo Editorial Trillas. México, 1988.

----- Esa enfermedad llamada alcoholismo Editorial Trillas. México, 1981.

WALLACE, J. Alcoholismo como enfermedad Editorial Trilla. México, 1990.

WINOKUR, G. y SCHUCKIT (1972) A short term follow up women alcoholics, 33
(10) 672-678.

WOLPE, J. Psicoterapia por inhibición recíproca Editorial Brouwe, España 1970.

YATES, J. Terapia del comportamiento Editorial Trillas, México 1990.

ZSIELINSKI, J. (1978) Situational determinants of assertive behavior in
depressed alcoholics Psychiat 103-107.

ZUNG, W. y DURHAM (1965) Self rating depression scale. Psychiat(12)

ZUNG, W. (1965) A self rating depression scales in an outpatient clinic
Psychiat(13) 508-515

ANEXOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD _____

SEXO _____

FECHA _____

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos.	Nada o Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	La Mayoría de las Veces o Siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEO LLORAR	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
5. COMO IGUAL QUE ANTES	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
9. MI CORAZON LATE MAS RAPIDO DE LO ACOSTUMBRADO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
10. ME CANSO SIN MOTIVO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
13. ME ENCUENTRO INTRANQUIL Y NO PUEDO ESTARME QUIETO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
15. SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
16. TOMO LAS DECISIONES FACILMENTE	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
17. SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
19. SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SIN MI, SI ESTUVIESE MUERTO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
				PUNT.BRUTA
				INDICE SDA

Índice de SDS	Impresiones Clínicas Equivalentes Globales
De bajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice de SDS							
Punt. Índice Bruto SDS	Punt. Índice Bruto SDS	Punt. Índice Bruto SDS	Punt. Índice Bruto SDS	Punt. Índice Bruto SDS	Punt. Índice Bruto SDS	Punt. Índice Bruto SDS	Punt. Índice Bruto SDS
20	23	32	40	44	55	56	70
21	26	33	41	45	59	57	71
22	28	34	43	46	58	58	72
23	29	35	44	47	59	59	74
24	30	36	45	48	60	60	75
25	31	37	46	49	61	61	76
26	33	38	48	50	62	62	77
27	34	39	49	51	64	63	78
28	35	40	50	52	65	64	80
29	36	41	51	53	66	65	81
30	38	42	53	54	68	66	83
31	39	43	54	55	69	67	84
							86