



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

***NIVEL DE DEPRESIÓN EN HOMBRES DEPENDIENTES
AL ALCOHOL DE CINCO GRUPOS DE ALCOHÓLICOS
ANÓNIMOS DE URUAPAN, MICHOACÁN.***

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Cindy Saraf Villegas Mendoza

Asesora: Lic. Perla Lizbeth Uribe Carmona

Uruapan, Michoacán. A 18 de junio de 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	8
Objetivos.....	13
Pregunta de investigación.....	14
Hipótesis.....	15
Operacionalización de las variables.....	16
Justificación.....	17
Marco de referencia.....	19

Capítulo 1. Depresión.

1.1 Definición de depresión.....	24
1.2 Criterios según el DSM-IV.....	28
1.3 Criterios de la CIE-10.....	31
1.3.1 Síntomas físicos.....	31
1.3.2 Síntomas psicológicos.....	32
1.3.3 Síntomas cognitivos y conductuales.....	32
1.4 Factores que influyen en la depresión	33
1.4.1 Factores biológicos.....	33
1.4.2 Factores psicológicos.....	39
1.4.3 Factores ambientales.....	53

1.5 Consecuencias.....	56
1.6 Tratamiento.....	59

Capítulo 2. Alcoholismo.

2.1 Definición de alcoholismo.....	62
2.2 Sintomatología.....	65
2.3 Clasificación del alcoholismo.....	70
2.4 Fases del alcoholismo.....	71
2.5 Factores que facilitan o precipitan el alcoholismo.....	73
2.5.1 Biológico.....	73
2.5.2 Psicológico.....	76
2.5.3 Socioculturales.....	81
2.6 Consecuencias del abuso del alcohol.....	84

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica.....	92
3.1.1 Enfoque cuantitativo.....	93
3.1.2 Diseño no experimental.....	93
3.1.3 Tipo de estudio transversal.....	94
3.1.4 Alcance descriptivo.....	95
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	96
3.2 Población.....	98
3.3 Descripción del proceso de investigación.....	99

3.4 Análisis e interpretación de resultados.....	102
Conclusiones.....	115
Bibliografía.....	118
Hemerografía.....	123
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se aborda el tema de la depresión, ya que es una enfermedad que va en aumento entre la población actual, por eso se requiere conocer mucho más sobre este fenómeno, lo cual abarca sus causas biológicas, psicológicas y sociales, así como las diversas consecuencias. De manera concreta, se analiza el nivel de depresión en los hombres dependientes al alcohol que asisten al grupo de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Antecedentes

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) “la depresión tiene un amplio intervalo de personas adultas que la padecen, el riesgo de la depresión mayor a lo largo de la vida está entre el 5 y el 12% para los hombres. La prevalencia en adultos ha variado entre el 2 y 3% para los hombres, además que no tiene relación con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil”. (López-Ibor; 2003: 416).

Según Pinel (2006: 509), hay una “alta incidencia de los trastornos afectivos en la sociedad industrializada occidental, alrededor del 6% de la población sufre un trastorno afectivo unipolar en algún momento de su vida”.

De lo anterior se deduce que la depresión se está presentando cada vez con mayor frecuencia en la población masculina adulta durante su vida, afectando a mayor

cantidad de hombres en la sociedad industrializada y poniendo en riesgo la calidad de vida del individuo en todas las áreas de su actividad, como la biológica, psicológica, social y productiva, entre otras.

Por otro lado, Lara (citado por Cacho; 2004: 62), de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) “señala que a nivel mundial al menos 13% de hombres tienen o han tenido depresión grave en algún momento de sus vidas... y síntomas depresivos, 8.5% de los hombres muestran indicios de depresión severa... Según el documento Salud México 2002, de la Secretaría de Salud, durante ese año en zonas rurales la prevalencia fue de 3.5% en hombres”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, citada por Cacho; 2004: 61) considera a la depresión como uno de los padecimientos más importantes y discapacitantes del mundo. Actualmente se presenta en el 4% de la población a nivel mundial y es probable que alcance hasta un 6%... En nuestro país, según la última encuesta 2003 sobre salud mental del Instituto Nacional de Psiquiatría, existen más de 10 millones de personas con algún tipo de depresión”.

A partir de la información anterior, se resume que a nivel mundial y particularmente en México, existe la evidencia de depresión grave o síntomas depresivos en hombres; este fenómeno se observa también en zonas rurales, manifestándose diversos tipos de depresión. Además de ello, la Organización Mundial de la Salud indica que la depresión va a ir en aumento a nivel mundial.

Reiteradamente, la depresión es una patología que se asocia al alcoholismo, con un efecto altamente negativo sobre la evolución de los pacientes alcohólicos, ya que aumenta las recaídas de su enfermedad y ensombrece el pronóstico de la misma. “Alrededor de una tercera parte de los individuos que padecen algún trastorno depresivo también cumplen criterios para dependencia de alcohol. Se estima que los individuos que cumplen criterios para dependencia al alcohol tienen 2.3 veces mayor riesgo de cumplir criterios para depresión. En alrededor de la mitad de los casos, la depresión ocurrió antes del abuso de alcohol y, cuando esto ocurre, el riesgo de desarrollar abuso o dependencia se incrementa 4.1 veces en los hombres y 3.7 veces en las mujeres. En estudios realizados en escenarios clínicos, la prevalencia de comorbilidad es aún más alta y oscila entre 25.7 y 67%” (Del Bosque; 2012: 166).

Según Guardia y Sudupe (citados por Ciro y Gutiérrez; 2012: s/p), “el consumo excesivo y continuado de bebidas alcohólicas induce estados depresivos graves pero transitorios en cualquier persona que no tenga antecedentes de depresión, sin embargo, cuando la depresión se suma al consumo y al abuso, el riesgo de dependencia alcohólica es mayor, así, la adicción que presenta un componente depresivo recidivante puede ser entendida a modo de estado de afectación global de la vida psíquica, haciendo énfasis en la esfera afectiva, pues los síntomas incluyen: tristeza patológica, irritabilidad, decaimiento e impotencia frente a las exigencias vitales”.

Analizando la información anterior, se deduce que hay riesgo de desarrollar alcoholismo si se tiene depresión con anterioridad, y que también cuando se tiene

dependencia al alcohol existe mayor riesgo de padecer depresión o de mantener síntomas depresivos, de modo que estos padecimientos están mutuamente relacionados. En los alcohólicos, en particular, se reduce la posibilidad de un mejor pronóstico de recuperación del alcoholismo, ya que la depresión agrava los síntomas de abstinencia e intoxicación.

De tal manera el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (López-Ibor; 2003: 249) indica que “el consumo de alcohol tiene una prevalencia elevada en la mayoría de los países de Occidente”... también hace referencia a que “un estudio nacional llevado a cabo en 1996, indicó que alrededor del 70% de los hombres y del 60% de las mujeres consumen alcohol, cifras que varían con la edad”.

El informe sobre la salud en el mundo 2002 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que 4% de la carga de morbilidad y 3.2% de la mortalidad mundial son atribuidos al alcohol, que representa el principal riesgo de salud en los países en desarrollo con baja mortalidad y el tercero en los países desarrollados.

Igualmente la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2008) afirma que la ingestión de alcohol está relacionada directa o indirectamente con cinco de las diez principales causas de defunción en México; pues es causante de múltiples enfermedades, por lo cual se ha convertido en uno de los principales problemas emergentes de salud pública en este país.

Tomando la información anterior como referencia, se comunica que el consumo de alcohol en los países de occidente va en aumento, la problemática se observa de

forma elevada en la población masculina, lo cual acarrea graves riesgos de salud, convirtiéndose en los principales problemas urgentes de salud pública en México.

Las investigaciones que se han realizado con anterioridad respecto a este tema y que sirven como referencia para la presente investigación, son:

Una indagación sobre la influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México, realizada por García Blancas (2002), en la cual, lo que se pretendía encontrar era la relación entre: sintomatología depresiva, entorno familiar y consumo de drogas. Entre los resultados obtenidos en la investigación destaca, en cuanto a las características generales de los sujetos, que la población más afectada hacia el consumo de drogas son los hombres adolescentes; al analizar el consumo de drogas y la sintomatología depresiva, se encontró que a mayor depresión, es mayor el riesgo hacia el consumo, de tal manera que se presenta un nivel de depresión menor en los no usuarios hombres y mujeres, en comparación con los usuarios.

En cuanto al género, se obtuvo que la presencia de sintomatología depresiva es mayor en las mujeres que en los hombres en los tres tipos de usuarios, lo que indica que en las mujeres es más factible reconocer la tendencia a presentar sintomatología depresiva. Se encontró un índice significativamente mayor de problemas emocionales (sentirse solos, con miedo, pensar que son fracasados, con problemas de sueño y concentración), los jóvenes que experimentan con drogas tienen en conjunto, más síntomas asociados con la depresión que aquellos que no usan sustancias.

Los aspectos del ambiente familiar que se encontraron relacionados con el consumo de drogas fueron la hostilidad y el rechazo hacia los hijos, la comunicación inadecuada y la falta de apoyo por parte de los padres. La autora llegó a la conclusión que el uso, abuso o dependencia a drogas es mayor en aquellos hombres y mujeres adolescentes con un nivel de depresión mayor y que además, tienen un ambiente familiar no satisfactorio.

Por otra parte, en la ciudad de Ibagué, Colombia, Ciro y Gutiérrez (2012) realizaron una investigación para conocer la prevalencia de síntomas ansiosos depresivos en Alcohólicos Anónimos. La indagación fue cuantitativa descriptiva, su objetivo fue encontrar la prevalencia de síntomas ansioso-depresivos en 30 personas del grupo de Alcohólicos Anónimos, a través de la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmong y Snaith (1983). Se encontró en la investigación que el 13.3% de las personas en proceso de rehabilitación del consumo de alcohol, presentaron síntomas de ansiedad y el 6.7% son casos probables, de la misma manera los casos probables de depresión fueron del 10%, la depresión afectiva no se presentó en los entrevistados; la probabilidad de manifestar al mismo tiempo síntomas de depresión y ansiedad es de 6.7%. Se reafirmó la efectividad del programa para generar habilidades de control de los síntomas ansioso-depresivos derivados del consumo de alcohol y del síndrome de abstinencia.

Otra investigación se llevó a cabo en Veracruz, México, con estudiantes de la carrera de Ingeniería Química del Instituto Tecnológico de Veracruz (ITV), en

vinculación con la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana, por Barradas y cols. (2010) para conocer la Depresión y Consumo de Alcohol, por medio de la Escala Nacional de Adicciones (ENA) y el Test Multifásico de la Personalidad (MMPI-A). El análisis de datos se llevó a cabo por medio del programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS- Statistical Package for the Social Sciences para Windows, en la versión 17.0) obteniendo los siguientes resultados: el porcentaje de mujeres y hombres que consume alcohol fue significativamente mayor en comparación de los que no consumen. El consumo crece en mayor proporción entre los hombres, ya que los adolescentes de 12 a 17 años con mayor riesgo y con la oportunidad de utilizar drogas, las consumen en mayor proporción, abusando de ellas con un rango de edad de 17 a 23 años y una edad media de 18.82.

Asimismo, en la variable de depresión se obtuvo que entre las mujeres que tienen tendencia a la depresión, todas consumen alcohol. De los hombres, como de las mujeres que obtuvieron depresión, toman solamente el 12.5%, las mujeres con depresión no toman. El índice de consumo de alcohol en hombres y mujeres, no se relaciona con el de la presencia de depresión, es decir, con o sin depresión, el adolescente concibe motivos para tomar. También, del total de hombres sin depresión, 87.5% consumen alcohol y 12.5% no lo consumen, así se concluye que la depresión no es una causa para consumir alcohol, si bien podría considerarse como una consecuencia, ya que el riesgo de padecer depresión es tres veces mayor en hombres que abusan del alcohol, mientras que en las mujeres, el riesgo a tener depresión es cuatro veces mayor. En suma, el estudiante de nuevo ingreso ya trae consigo una fuerte problemática con el consumo de alcohol.

Planteamiento del problema

Tanto la depresión como el alcoholismo son dos fenómenos que están presentes actualmente en la sociedad y en la cultura mexicana particularmente, en donde se alienta la ingesta de alcohol, ya que se le percibe como agradable y está presente en las reuniones, por su bajo costo y su accesibilidad. Las estadísticas señalan que a mayor disponibilidad de alcohol, más problemas tiene la sociedad como consecuencia de su consumo.

Según “la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 121 millones de personas en todo el mundo presentan depresión, la cual es un trastorno del estado de ánimo crónico o recurrente que afecta la habilidad para enfrentarse a la vida cotidiana y es una de las principales causas de discapacidad laboral, asociándose con suicidios, homicidios, comportamientos agresivos y consumo de drogas... que provoca estados depresivos mientras se mantiene el abuso de estas sustancias, además que el consumo de drogas es una conducta autodestructiva que va a traer consecuencias físicas, psicológicas y sociales. La depresión en la actualidad inicia de manera temprana y frecuentemente coexiste con trastornos de comportamiento autodestructivo como el abuso de drogas. Aunque se reconoce la relevancia de la depresión como un problema de salud mental en el mundo y en México, es necesario intensificar los esfuerzos para que la población pueda ser atendida oportunamente” (Rivera; 2013: 116).

Los dependientes del alcohol pueden tener síntomas depresivos en mayor o menor grado o duración, la presencia de estos síntomas no quiere decir que tengan el trastorno de depresión, sino que son consecuencia de la intoxicación o abstinencia del alcohol; Regier y cols. (citados por Rubio; 2001: 274) realizaron el estudio Epidemiological Catchment Área (ECA), a partir del cual se encontraron “antecedentes de comorbilidad psiquiátrica en el 36.6% y de trastorno afectivo en el 13.4% de los pacientes alcohólicos, alcanzando una tasa casi dos veces mayor a la prevalencia esperada en la población general para cada uno de los trastornos. También la prevalencia durante la vida para el diagnóstico de alcoholismo, en la población general era del 13.5%, y llegaba al 21.8% entre los que tenían antecedentes de trastorno afectivo, en los hombres el trastorno de alcoholismo antecede al de depresión en el 78% de los casos”.

Por lo anterior, es de suma importancia conocer el nivel de depresión de los alcohólicos, para que se analice si la depresión puede ser factor de recaída al alcoholismo o agravar el curso de la enfermedad y con eso, el pronóstico de recuperación de los alcohólicos se afecte.

“Para los hombres, existe alta prevalencia de la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). En el país existen 9.3% hombres con abuso/dependencia al alcohol en poblaciones urbanas y 10.5% en poblaciones rurales. En la Ciudad de México, Caraveo y cols. (1999) documentaron que tan solo 20% de las personas con un trastorno de depresión mayor no buscaban algún tipo de atención especializada” (Medina; 2003: 2-3).

Actualmente, siguen siendo los hombres quienes más beben, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer cuando se considera a la población urbana y una diferencia considerablemente mayor de 3.2 hombres por cada mujer en las comunidades rurales; 30% de la población adolescente entre 12 y 17 años de edad son bebedores. La diferencia entre sexos es menor que en la población adulta con 1.39 hombres por cada mujer en comunidades urbanas y 1.9 hombres por cada mujer en las rurales. En contraste “los desórdenes depresivos durante la juventud ocurren con frecuencia pudiendo ser crónicos y recurrentes, la cual puede continuar en la edad adulta. En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) a niños y adolescentes de 6 a 17 años, se encontró, que más del 6% de ellos, habían padecido algún trastorno depresivo en los últimos 6 meses... La depresión en los jóvenes, con frecuencia se presenta con otros trastornos, por lo general ansiedad o abuso de sustancias tóxicas” (Acosta y cols.; 2011: 21).

De la información anterior se sintetiza que existe mayor riesgo en la población masculina para el desarrollo de enfermedades como la depresión, por abuso y dependencia de sustancias como el alcohol, la adicción a este compuesto químico se presenta a más temprana edad y la mayoría de las veces se correlaciona con el trastorno depresivo el cual sin tratamiento puede ser crónico y recurrente, prolongándose a otras etapas de la vida como la edad adulta.

“La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el

primero en países en desarrollo. En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios DSM-IV, un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida, con una mediana de edad de inicio de 24 años” (Benjet; 2004: 418).

El patrón de consumo de bebidas alcohólicas predominante en México es el de ingesta intermitente y en grandes cantidades (bebedores sociales o de fin de semana). Con un mayor consumo entre los hombres, después de los 18 años y hasta los 50 años, mantienen sus niveles de consumo, para disminuir después de los 50 años, tanto en poblaciones rurales como urbanas. La adolescencia y la adultez temprana, según Papalia y cols. (2010), se han asociado a la vulnerabilidad del inicio de los trastornos depresivos, cuya incidencia aumenta de manera gradual entre las edades de 15 y 22 años.

Por lo anterior se informa que la depresión es una enfermedad de suma importancia a nivel mundial, ya que actualmente ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia, relacionándose con los problemas de abuso de sustancias como el alcohol; este asunto tiene un carácter predominante en México, donde existe ingesta por ocasión en grandes cantidades de consumo, con mayor proporción en los hombres de los 18 a 50 años.

Chinchilla (2008), señala una prevalencia de trastornos afectivos tanto en adultos como en la población juvenil en la segunda parte del siglo XX, por lo cual se

asocia la depresión con el consumo de sustancias del 20% al 30%. Además de que si no se trata correctamente, el consumo de sustancias puede traer como consecuencia la gravedad de la depresión clínica, con mayor duración del episodio depresivo mayor, frecuencia de tentativas suicidas, peor respuesta al tratamiento y un negativo pronóstico de recuperación.

Los factores de riesgo que contribuyen a la depresión incluyen ansiedad, temor al contacto social, eventos estresantes de la vida, enfermedades crónicas, consumo de alcohol y drogas, actividad sexual y tener un padre con una historia de depresión. La prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia. “En 2004, 9% de los jóvenes de entre 12 y 17 años habían experimentado por lo menos un episodio de depresión mayor, y solamente cerca de 40% de ellos había recibido tratamiento” (SANHSA, citada por Papalia y cols.; 2010: 369).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México, en el periodo 2001-2002 (referida por Medina; 2003), informa que el 2% de la población mexicana, lo cual representa dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. El 64% de aquellos con inicio temprano y 41% con inicio en la edad adulta, dijeron haber tenido uno o más episodios de depresión subsiguientes. Existe una probabilidad 1.8 veces mayor para la gente que se deprime en una edad temprana que para los que se deprimen en la adultez. El 29% de personas con un episodio de depresión alguna vez en la vida ha consultado a algún tipo de profesional por su depresión. Se encontró también que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano, se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno.

La Organización Mundial de la Salud, según Chinchilla (2008), menciona que en quince años, la depresión va a estar en el segundo lugar como la enfermedad que afecta la calidad de vida del individuo a nivel mundial, mientras que en la población general suceden de 500 a 1000 nuevos casos de depresión por cada 100,000 habitantes.

Objetivos

En el presente apartado se exponen las finalidades que permitieron conservar el carácter científico del estudio y optimizar los recursos disponibles.

Objetivo general

Analizar el nivel de depresión en los hombres dependientes al alcohol que asisten al grupo de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el término depresión.
2. Describir los factores precipitantes de la depresión.
3. Definir el vocablo alcoholismo.
4. Conocer los factores que influyen en el abuso y dependencia del alcohol.
5. Conformar la muestra de la investigación con los miembros de Alcohólicos Anónimos que deseen participar voluntariamente.

6. Medir el nivel de depresión en hombres de los grupos de Alcohólicos Anónimos por medio del Inventario de Depresión de Aron Beck.
7. Interpretar los resultados que arroje el Inventario de Depresión para analizarlos posteriormente.

Pregunta de investigación

En la actualidad, la depresión es un grave problema de salud pública a nivel mundial y nacional; en México se aprecia su aparición en edades cada vez más tempranas y trae múltiples consecuencias de salud, como el riesgo de padecer la enfermedad del alcoholismo. La depresión se ha posicionado en el cuarto lugar mundial de enfermedades mentales y emocionales graves, adicionalmente, es una enfermedad crónica y recurrente, que disminuye la calidad de vida.

Particularmente, en los alcohólicos la depresión hace que tengan un pronóstico desalentador de su recuperación, interfiriendo en los programas de tratamiento y empeorando los síntomas de abstinencia e intoxicación.

Por lo antes expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de depresión en hombres que asisten a los grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Hipótesis

A continuación se plantearan las hipótesis que guiaron la presente investigación, la cuales de acuerdo con Hernández y cols. (2010), representan una guía para la investigación, ya que dan posibles respuestas o explicaciones al fenómeno investigado.

También Olivé y Pérez expresan que las hipótesis son “ideas tentativas para explicar un hecho o resolver un problema”. Además explican que se definen como “juicio tentativo que se forma de las cosas o sucesos por indicios y observaciones” (2006: 49).

Hipótesis de trabajo

Existe depresión grave en hombres de los cinco grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe depresión grave en hombres de los cinco grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

La variable depresión se midió con el instrumento denominado Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II) creado por Aron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (2009).

Tiene una alta confiabilidad en poblaciones clínicas, mostradas mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0.92, y en poblaciones no clínicas con un coeficiente alfa de 0.93, su coeficiente alfa promedio es de 0.86; además tiene validez de constructo y contenido, ya que se reformularon y agregaron nuevos ítems para medir depresión con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales cuarta edición (DSM-IV, López-Ibor; 2003) y que estuviera más completa la evaluación con una correlación de 0.93 ($p < 0.001$), entre el Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) e Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición el (BDI-II) y una puntuación promedio de 2.96 para el BDI-II, en los factores: Depresión Cognitivo-Afectiva y Depresión Somática, tienen un promedio de 0.99 ($p < 0.001$) y 0.98 ($p < 0.001$) respectivamente.

Se tomó como persona dependiente al alcohol a los sujetos que asisten a cinco grupos de Alcohólicos Anónimos y con una edad de los 31 hasta los 80 años.

Justificación

La depresión se encuentra definida como una enfermedad grave de salud pública en el mundo y en México. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica comunica que el 9.2% de la población general ha tenido un trastorno depresivo durante su vida. Se estimó también que la tasa de prevalencia de la depresión en México fue de 4.8% en la población de 18 a 65 años.

“Una multitud de estudios en diversos países informa acerca de la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud, tanto físicos como emocionales, entre los que se incluyen enfermedades del corazón; diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutrición, enfermedad de Parkinson, síndrome de intestino irritable, trastorno de ansiedad, suicidio e ideación suicida y complicaciones en el tratamiento de cáncer, entre otros” (Wagner; 2012: 5).

Por lo anterior, se sintetiza que la presencia de depresión puede traer como consecuencia diversas enfermedades físicas y emocionales, por esa razón se medirá el nivel de depresión en los alcohólicos, para constatar cuantitativamente si la depresión está presente en el alcoholismo.

“El tratamiento de los trastornos depresivos en el nivel primario de atención a la salud es posible y conveniente. La evaluación de diversas intervenciones muestra que estas son efectivas para disminuir la depresión y la discapacidad asociada a ella, así como de relativo bajo costo” (Wagner; 2012: 8).

La depresión ha manifestado comorbilidad con el alcoholismo, ya que hay mayor probabilidad de presentar un problema con el abuso de sustancias a consecuencia de tener un trastorno depresivo, además, los alcohólicos también pueden padecer depresión debido a los síntomas de abstinencia e intoxicación.

Por lo tanto, ha sido esencial investigar el nivel de depresión de los hombres dependientes al alcohol, ya que la depresión y el alcoholismo son dos enfermedades que se presentan con mayor frecuencia y que están mutuamente correlacionadas. La depresión afecta el curso de la enfermedad de los alcohólicos, esto es, se agrava la enfermedad del alcoholismo si aumenta el diagnóstico de depresión, provocando así peor pronóstico de recuperación.

Esta investigación sobre el nivel de depresión en los alcohólicos es de suma importancia, ya que tanto el alcoholismo como la depresión están afectando gravemente a la sociedad y esta circunstancia va en aumento, por eso es de notable interés investigar este fenómeno, para crear conciencia en la sociedad sobre tales enfermedades.

Entre los beneficios que va a traer este estudio a la población en general, está el aporte de conocimiento sobre estos temas, concientizarla sobre la gravedad de la enfermedad del trastorno depresivo, las consecuencias que ocasiona como el abuso de sustancias, en específico el alcohol, así como tener más elementos para enfrentar esas problemáticas, identificando la relación entre depresión y alcoholismo.

El estudio permitirá a los psicólogos conocer si las personas alcohólicas están deprimidas, para enfocar el tratamiento en la depresión y realizar así una mejor actuación, desarrollando nuevas y mejores estrategias de intervención en la rehabilitación del alcoholismo.

La psicología en general se va a beneficiar con la realización del presente trabajo, porque va a contribuir a la comprensión de esta problemática aportando información científica, válida y confiable acerca del nivel de depresión en dependientes al alcohol, además de facilitar el desarrollo de futuras investigaciones que se interesen en estos temas.

Marco de referencia

Alcohólicos Anónimos es una organización no gubernamental de hombres y mujeres, que se encuentra en todo el mundo y que tiene como misión lograr la sobriedad de los individuos que tienen dependencia al alcohol, por medio de la práctica de los doce pasos en la vida diaria y el apoyo mutuo de hombres y mujeres alcohólicos, quienes comparten sus experiencias con el alcohol para recuperarse de esta adicción.

La fundación de Alcohólicos Anónimos tuvo su origen en Akron, E.U.A., en 1935, cuando el neoyorquino Bill W. y el doctor Bob se unieron para compartir sus experiencias respecto al alcohol, descubriendo que esto los ayudaba a mantenerse sobrios, de esa manera se dedicaron a ayudar a otros alcohólicos a permanecer abstemios. El movimiento fue creciendo durante cuatro años, aunque no tenía nombre,

organización ni literatura, hasta la publicación en 1939 del libro Alcohólicos Anónimos, del cual la fraternidad derivó su nombre y atrajo la atención nacional e internacional. Se abrió una oficina de servicio en la ciudad de Nueva York para proporcionar información acerca de Alcohólicos Anónimos.

El primer grupo de Alcohólicos Anónimos en México se fundó el 25 de septiembre de 1946, mientras que el 9 de diciembre de 1969 fue creada la Central Mexicana de Servicios Generales, A.C., ubicada en calle Huatabampo No. 18, Col. Roma Sur, México, D.F. Apartado Postal 29-70, C. P. 06000.

Su misión es lograr la sobriedad y hacer que otros alcohólicos la logren por medio de la trasmisión de su experiencia, fortaleza y esperanza. El único requisito para ser miembro del grupo de querer dejar de consumir alcohol, enfrentándose a la problemática abiertamente con otros alcohólicos.

La asistencia al grupo es de manera voluntaria, ya que la presencia en las juntas que se llevan a cabo es libre: puede acudir cualquier persona que le interese conocer Alcohólicos Anónimos, con la única recomendación de no comentar lo hablado durante la junta. Los miembros del grupo relatan su experiencia con el alcohol, dependiendo del tema del día, que se extrae de la literatura de Alcohólicos Anónimos, con el objetivo de mantener la sobriedad en el momento presente.

El programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos consiste en la aplicación de doce pasos que se basan generalmente en admitirse impotente ante la adicción del alcohol, creer que un ser superior les puede devolver la salud poniendo sus vidas en

sus manos, por medio de la realización de un examen moral, admitiendo ante ellos mismos y los demás sus errores, reparándolos directamente en la medida de lo posible y llevando el mensaje de recuperación a otros alcohólicos.

Las agrupaciones de Alcohólicos Anónimos, en donde se llevó a cabo la realización de la presente investigación, fueron “Gran Parada”, “Huertas”, “Morelos” el “Colorín” y “Niños Héroe”, todos de la Ciudad de Uruapan, Michoacán. La muestra fue hombres dependientes al alcohol que asisten a las sesiones de Alcohólicos Anónimos de 8:30 a 10: 00 p.m. para compartir sus experiencias de vida con respecto al alcohol y el modo en que ha afectado sus vidas, de tal manera que reconocen que tienen una enfermedad de la cual no tienen control, y que necesitan apoyarse de sus compañeros que han tenido los mismos problemas, para así lograr una vida sin alcohol.

Primeramente se solicitó la participación del grupo de “La Quinta Tradición de Alcohólicos Anónimos”, ubicado en la calle Gran Parada 12, Col. La Magdalena, el cual sesiona de lunes a sábado de 8:00 a 9: 30 p.m., el lugar es un local que tiene sillas, un estrado donde dan su testimonio los integrantes del grupo sobre su experiencia con el alcohol o bien, dan su interpretación del programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos y de lo que la sobriedad ha significado en su vida, también cuenta con escritorio. Los integrantes del grupo son doce hombres con un rango de edad de los 30 a los 60 años.

Además se acudió al grupo de Huertas del Cupatitzio, que está situado en calle Acapulco 20, Col. Morelos que sesiona de lunes a sábado de 8: 30 a 10: 00 p. m. El sitio es un local con sillas y un estrado para dar testimonios, cuenta con escritorio y un cuarto para preparar café y té. Las personas que asisten a este grupo son doce hombres y mujeres de 24 a 60 años.

También se recurrió al Grupo Uruapan localizado en Morelos 21, altos, Col. Centro, que sesiona de Lunes A Sábado de 8: 30 a 10: 00, p.m., el lugar tiene escaleras y es un espacio donde hay sillas, un escritorio y un estrado donde los asistentes dan sus testimonios sobre el alcohol; también cuentan con un espacio en la parte de atrás donde tienen café, té y pan. Los hombres que asisten al grupo son alrededor de doce integrantes con un rango de edad de los 30 a los 60 años.

Igualmente, se asistió al grupo Providencia, ubicado en la calle Perú 447, Col. El Colorín, que sesiona de lunes a sábado 7: 30 a 9: 00 p.m., es un local que tiene sillas, las cuales ponen en círculo y dan sus experiencias sobre el tema a tratar en el día. Los integrantes que asisten son alrededor de doce, entre los cuales se encuentran hombres y mujeres de los 40 a los 70 años.

Finalmente, se solicitó la participación del grupo Bill W., ubicado en Niños Héroes #70, que sesiona de lunes a sábado de 3:00 a 4: 30 p.m., el lugar es un local que cuenta con un escritorio, sillas y un estrado donde dan testimonios. El grupo tiene alrededor de 10 integrantes hombres, de entre los 40 y los 78 años.

CAPÍTULO 1

DEPRESIÓN

En el presente capítulo se aborda el tema de la depresión como una enfermedad multicausal: se explica cómo se desarrolla dicha enfermedad, qué caracteriza al trastorno depresivo, así como los tipos de depresión que existen. De igual manera, se abordan los factores predisponentes y precipitantes que hacen más vulnerable al hombre a desarrollar la enfermedad.

“La mayoría de los autores comparten la idea de que la depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo, el cual es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos, si bien sentirse deprimido no es un síntoma suficiente para confirmar la existencia de una depresión, ya que, como señala Vázquez, la depresión como síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos” (citado por Palmero y cols.; 2002: 577); de aquí la importancia de diferenciar el trastorno depresivo unipolar como tal, de la emoción de tristeza y de un estado de ánimo de melancolía.

1.1 Definición de depresión

La depresión es un trastorno con muy alta incidencia y prevalencia en la población general, pues millones de personas padecen este trastorno en todo el mundo, por eso es un tema de relevancia en la salud pública.

El trastorno depresivo se suele confundir con tristeza y melancolía por eso es necesario diferenciarlo de la tristeza Palmero y cols. (2002), que es una emoción básica experimentada cuando hay una pérdida pasada, presente; temporal o permanente de algo o alguien. Tiene una capacidad adaptativa, también connotaciones sociales que fomentan la conducta de ayuda o conducta altruista de cohesión. Además “tiene connotaciones personales, ya que, siendo la emoción más reflexiva que existe, permite que una persona haga introspección, realice un análisis personal acerca de su situación, su futuro y su vida en general” (Palmero y cols.; 2002: 359). En este sentido, “la conducta motora y expresiva de la tristeza consiste en la orientación hacia abajo de las comisuras de la boca, que son la consecuencia de una relativa pérdida del tono muscular facial, apatía motora y abandono conductual dirigidas a recuperar un equilibrio que se ha visto amenazado por el estímulo que desencadena la emoción” (Palmero y cols.; 2002: 360-361).

De acuerdo con Goleman (2009), la tristeza produce una caída de la energía y el entusiasmo por las actividades de la vida, sobre todo por las diversiones y los placeres. Este aislamiento introspectivo crea la oportunidad de llorar una pérdida o esperanza frustrada, de comprender las consecuencias que tendrá en la vida y mientras se recupera la energía, planear un nuevo comienzo.

Los autores anteriores diferencian la tristeza de la depresión, definiendo a la primera como una emoción básica adaptativa, que tiene la función de recuperar el equilibrio perdido del organismo, y fines sociales al propiciar la cohesión y la conducta de ayuda de los demás. Además de que la tristeza fisiológicamente presenta una

pérdida de energía que se refleja en el rostro, el cuerpo y la conducta, habiendo apatía motriz, lo cual facilita la reflexión de la situación que ocasionó la pérdida, analizándola y dando la oportunidad de llorarla y realizar introspección, mientras se recupera la energía para así comenzar de nuevo. Es diferente a la depresión, aunque la tristeza profunda es un síntoma que forma parte del trastorno afectivo llamado depresión, pero no es lo mismo, ya que la depresión no es adaptativa, porque aquí existen cogniciones distorsionadas y autoesquemas negativos desadaptados del sí mismo, el futuro y de los demás; y estos se meditan una y otra vez sin buscar ningún tipo de solución, además de que afecta a todos los aspectos de la vida del individuo.

Por otro lado, la diferencia con respecto a la melancolía es que esta es un estado de ánimo de abatimiento, que se caracteriza por poseer una mayor duración, tiene menor intensidad, y no tiene por qué existir un objeto que lo motive; es de carácter global, no intencional, e influye principalmente en la cognición; en cambio, la depresión es un trastorno afectivo que va más allá de un estado de ánimo de abatimiento, una enfermedad que presenta diferentes síntomas, entre ellos el estado de ánimo deprimido, que persiste dos semanas o más y en el que existe pérdida de interés por actividades, personas y situaciones que anteriormente eran placenteras para la persona que se encuentra deprimida; trastornos de sueño y apetito, ya sea aumento o disminución; problemas de concentración y pensamientos de muerte, puede existir también intentos de suicidio. El trastorno depresivo afecta todas las áreas de actividad del individuo y le provoca malestar general a nivel fisiológico, cognitivo, psicológico, emocional y social (Palmero y cols.; 2002).

Sin embargo según Fernández, Díaz y Domínguez (2001), cuando la tristeza se agudiza, su naturaleza se torna persistente, se convierte en una reacción excesiva a los acontecimientos y/o se presenta sin causa justificada, lo cual daría paso a la depresión, que es un trastorno afectivo.

Beck (citado por Sarason y Sarason; 2005), define la depresión como una tríada cognitiva, que es la tendencia del individuo a realizar la observación de sí mismo, del entorno y del futuro, de modo negativo. Cree que la gente se deprime a causa de sus conjuntos cognoscitivos negativos, en donde es posible que los episodios depresivos sean precipitados por un evento externo, pero incluso en ese caso, la evaluación del evento por el individuo y la forma en que piensa sobre él, en vez del evento mismo, puede ser lo que produce la depresión; también cree que la gente deprimida suele compararse con los demás, lo que hace disminuir aún más su propia estimación. Cada encuentro con otra persona se convierte en una oportunidad para hacer una autoevaluación negativa.

Hammen y Krantz (citados por Sarason y Sarason; 2005) realizaron un estudio con estudiantes que obtuvieron puntuaciones altas o bajas en el inventario Beck sobre Depresión, en donde se les dieron una serie de historias con varias opciones de respuestas a elegir. Posterior a esto se analizaron sus respuestas y encontraron que contenían deformaciones del pensamiento que, según Beck, son típicas de la gente deprimida. Los estudiantes que sufrían de depresión eligieron respuestas más desalentadas y deformadas que los estudiantes no deprimidos. La idea de Beck,

respecto de que el exceso de generalización, o sea, restarle importancia a lo positivo y dársela a lo negativo, son características de la gente deprimida.

De esta forma, la depresión puede ser definida como un tipo de alteración del estado de ánimo que consiste en la disminución de la pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, por lo menos durante dos semanas y donde existe malestar general en el área biopsicosocial del individuo.

1.2 Criterios según el DSM-IV

De acuerdo con López-Ibor (2003) el trastorno depresivo mayor tiene los siguientes criterios para su diagnóstico: entre los tipos de depresión unipolar, se encuentran el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico.

Trastorno depresivo mayor:

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor, que es un periodo de al menos dos semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, y al menos cuatro síntomas como cambios en el apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotriz, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas.

- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco (López-Ibor; 2003).

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el periodo post-parto.

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente: en remisión parcial, en remisión total, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el postparto.

Por otro lado López-Ibor (2003) menciona que el trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. A lo largo del período de dos años, los intervalos libres de síntomas no son superiores a dos meses.

Los criterios para su diagnóstico son:

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe de ser de al menos de un año.
- B. Presencia mientras está deprimido, de dos de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia o una enfermedad médica (López-Ibor; 2003).

1.3 Criterios de la CIE-10

Para facilitar su comprensión y por asunto práctico de esta investigación se dividirán los síntomas que aparecen en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10) en físicos, psicológicos, cognitivos y conductuales.

1.3.1 Síntomas físicos.

Incluyen las circunstancias fisiológicas del sujeto, como:

- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
- Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo: despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, insomnio medio y tardío con un acortamiento del número total de horas de sueño.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

1.3.2 Síntomas psicológicos.

Abarcan los aspectos concernientes a los procesos mentales:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de la reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales que habitualmente producen respuesta emocional.
- Pérdida marcada de la libido.

1.3.3 Síntomas cognitivos y conductuales.

Entre los principales, se encuentran:

- Pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Presencia objetiva de inhibiciones psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).

1.4 Factores que influyen en la depresión.

Existen una serie de factores predisponentes y precipitantes que pueden provocar la susceptibilidad a tener una depresión. Los factores predisponentes son aquellos que aumentan la probabilidad de aparición de una enfermedad, mientras que los factores precipitantes son aquellos que se encuentran en el ambiente y que aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad. La causa de la depresión ha sido investigada desde muchos puntos de vista teóricos, en la actualidad se acepta que hay distintas causas que ocasionan la depresión y a continuación se explicarán.

1.4.1 Factores biológicos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) informa que los familiares de primer grado de individuos que presentan trastorno depresivo mayor, tienen mayor probabilidad de riesgo de presentar un trastorno del estado de ánimo (López-Ibor; 2003).

“La mejor evidencia de que los genes tienen algo que ver con los trastornos del estado de ánimo, provienen de los estudios de gemelos, en los que examinamos la frecuencia con la que presentan el trastorno los gemelos idénticos (con genes equivalentes) en comparación con los gemelos fraternos, que comparten solamente 50% de los genes (como todos los parientes de primer grado)... Un número de estudios recientes de gemelos sugieren que los trastornos del estado de ánimo son hereditarios

(por ejemplo, McGuffin y Katz, 1989; McGuffin y colaboradores, 2003; Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves... En el estudio de McGuffin y colaboradores, (2003) se muestra que un gemelo idéntico tiene de dos a tres veces más probabilidades de presentar un trastorno del estado de ánimo que un gemelo fraterno, si el primer gemelo tiene un trastorno del estado de ánimo” (Barlow y Durand; 2007: 228).

“Los investigadores han encontrado genes específicos relacionados con la depresión. El gen 5-HTT ayuda a controlar la serotonina, un neurotransmisor que influye en el estado de ánimo. En un estudio longitudinal que se llevó a cabo con 847 personas nacidas en un solo año en Dunedin, Nueva Zelanda, quienes tenían dos versiones cortas de este gen eran más propensas a deprimirse que quienes tenían dos versiones largas” (Capsi y cols.; citados por Papalia y cols.; 2010: 345). En el mismo orden de ideas, “una forma corta de otro gen, SERT-s, que también controla la serotonina, está asociada con el agrandamiento del pulvinar, una región del cerebro involucrada en las emociones negativas” (Young y cols., citados por Papalia y cols.; 2010: 345).

Siguiendo con la información anterior, se expresa que los factores genéticos se constituyen como predisponentes para el desarrollo de la depresión, esto quiere decir que existe mayor probabilidad de riesgo a padecer algún trastorno depresivo si se tiene familiares de primer grado que tienen el trastorno, ya que los genes tienen influencia en el desarrollo de la depresión.

Por otro lado Sarason y Sarason (2005) informan que la depresión puede ser precipitada por problemas en la transmisión neural, por no contar con una cantidad suficiente de ciertos trasmisores químicos nerviosos llamados catecolaminas, que están asociados con las emociones; particularmente, en la depresión existe baja intensidad de la norepinefrina en los impulsos nerviosos que viajan de una neurona a otra, cruzando una región de contacto interneuronal llamada sinapsis, cada neurotransmisor actúa de manera distinta en diferentes regiones del cerebro.

Además, “se ha encontrado en pacientes depresivos una falta de balance en la comunicación de los neurotransmisores, particularmente en tres ellos: la serotonina, la norepinefrina y la dopamina” (De la Garza; 2007: 15).

“Los investigadores dan cuenta de la asociación de bajos niveles de serotonina en la etología de los trastornos del estado de ánimo, pero solamente en relación con otros neurotransmisores, incluida la norepinefrina y la dopamina (por ejemplo, Goodwin y Jamison, 1990; Spont, 1992)” (citados por Barlow y Durand; 2007: 229). Barlow y Durand (2007) expresan que cuando los niveles de serotonina se encuentran bajos, se ocasiona el desequilibrio de otros neurotransmisores como la norepinefrina, generando depresión.

También se ha descubierto “la prueba de supresión de la dexametasona (PSI) que se basa en el hecho de que una sustancia química, llamada dexametasona suprime la producción de la hormona cortisol en la corteza del cerebro. Generalmente el efecto dura alrededor de 24 horas, pero en las personas deprimidas su duración es

menor. Se ha sugerido que la gente que presenta menor supresión puede tener una predisposición biológica a la depresión” (Carroll, citado por Carver y Sheier; 2010: 186).

Analizando las indagaciones anteriores, se deduce que los neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina, entre otros que se encargan de llevar impulsos nerviosos en el cerebro de una neurona a otras, influyen en la precipitación de la depresión al haber desequilibrio en estos.

Varias investigaciones realizadas reconocen que “el nivel de las hormonas del estrés se eleva en los pacientes con depresión, los individuos que experimentan a largo plazo niveles elevados de hormonas de la tensión como el cortisol eliminan la neurogénesis en el hipocampo” (McEwen, citado por Barlow y Durand; 2007: 230). Se infiere a partir de la información presentada, que las hormonas del estrés como el cortisol, que se liberan constantemente en el cerebro, son un factor de riesgo biológico para la aparición o recurrencia de la depresión, por la incapacidad para la regeneración de las neuronas, ya que las hormonas del estrés inhiben esta función tan importante del hipocampo.

Otra causa de la depresión (Guardia y Sudupe, citados por Ciro y Gutiérrez; 2012), es el abuso de alcohol: se ha encontrado que el etanol puede producir depresiones muy graves, a consecuencia de los síntomas de intoxicación y abstinencia, presentándose en estas dos ocasiones, de modo que agrava los síntomas depresivos y de abuso de alcohol. También la persona deprimida puede usar o abusar

del alcohol para calmar los síntomas propios del trastorno depresivo como estado de ánimo depresivo, irritable y el sentimiento de culpa, o los síntomas fisiológicos como falta o aumento de sueño, que a veces en lugar de mejorar, con el tiempo empeoran a consecuencia de la intoxicación y abstinencia de alcohol.

En el estudio de diagnóstico AUDADIS-IV (Sociedad Española de Toxicomanías; 2006) para evaluar diagnósticos como depresión mayor y trastorno por abuso y dependencia de alcohol del DSM-IV, fue posible hacer la diferenciación de cuando el trastorno depresivo mayor aparece aisladamente o a consecuencia de la intoxicación o abstinencia de alcohol; considerando como referencia el cuestionario sobre calidad de vida SF-12, se muestra que existe un alta correlación entre el trastorno afectivo de depresión mayor y el empeoramiento de los síntomas de abstinencia e intoxicación por alcohol, así como malestar en las diferentes áreas de actividad del individuo.

De esta manera se deriva que el abuso del alcohol puede provocar depresión por los efectos fisiológicos de la sustancia en el sistema nervioso, empeorando los síntomas y signos si ya se tiene depresión, a consecuencia de la intoxicación y abstinencia de alcohol, de manera que existe alta correlación entre estos dos trastornos: dependencia de alcohol y depresión.

“La psiconeuroinmunología estudia las relaciones existentes entre los procesos psicológicos y el sistema inmune. Básicamente se sostiene que los procesos psicológicos, especialmente los emocionales, están íntimamente interrelacionados con

los mecanismos nerviosos, endocrinos o inmunológicos, y lo que es más relevante, su capacidad para explicar cómo el estrés y el estado afectivo puede alterar las respuestas inmunes celulares y humorales” (Ader, Cohen y Felten, citados por Palmero y cols.; 2002: 523).

En el mismo sentido, “la muerte de una persona querida ha sido estudiada en relación a sus efectos sobre el sistema inmune, observándose cómo, durante el período de duelo se produce una marcada inmunodepresión en el cónyuge (Irwin, Daniels, Bloom, Smith y Weiner, citados por Palmero y cols.; 2002: 531-532); “además, se ha comprobado también un significativo incremento de la morbilidad y mortalidad en los viudos meses después del fallecimiento de su pareja” (Kaprio, Koskenvuo y Rita, referidos por Palmero y cols.; 2002: 532). “De igual modo, las situaciones de separación y divorcio se ha demostrado que provocan inmunodepresión” (Kiecolt-Glaser y cols., citados por Palmero y cols.; 2002: 532).

Lo anterior explica que la depresión puede afectar el sistema inmunitario, que protege de múltiples enfermedades, así aumenta la posibilidad de muerte en la persona por el debilitamiento de las defensas del sistema inmune, propiciando la vulnerabilidad ante la enfermedad física.

1.4.2 Factores psicológicos

Entre los factores psicológicos que se abordarán como precipitantes de la depresión, están la autoestima, la calidad del pensamiento, siendo factor de riesgo las

cogniciones negativas; la impotencia aprendida, las atribuciones, así como los estilos de afrontamiento, el estrés y el aislamiento social.

a) Autoestima

De acuerdo con Branden (2011), la autoestima es la experiencia de ser competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida y de ser digno de la felicidad; tiene dos componentes que constituyen una autoestima sana: 1) La eficacia personal (confiar en la capacidad del sí mismo); 2) el respeto por uno mismo (la confianza en el derecho a ser feliz).

Asimismo, Branden (2011) comenta que la autoestima cuando es baja, disminuye la resiliencia frente a las adversidades de la vida, la gente se hunde frente a los infortunios que se lograrían disipar si se tuviera la autoestima saludable, que se caracteriza por la capacidad de aceptar los cambios de la vida, por la flexibilidad y la confianza en superar la adversidad. Las personas con baja autoestima tienden a sentirse más influidos por el deseo de evitar el dolor, que por el de experimentar la alegría; lo negativo tiene más poder que lo positivo, nada de lo que logran les parece suficiente y se crea un fuerte sentimiento de impotencia ante la vida.

Tomando al autor anterior, la autoestima es un factor importante que influye en el desarrollo de la depresión, porque cuando una persona no tiene confianza en sí misma y en su capacidad de enfrentarse a los desafíos de la vida, ni se cree digno de la felicidad, le crea ciertas expectativas negativas, sintiéndose no merecedor e

insatisfecho con lo que es, tiene y logra; percibe los acontecimientos desde una perspectiva negativa y esto influye en sus acciones y en las decisiones que toma en la vida, lo que lo hace más vulnerable ante la depresión.

De la misma manera Bucay define la autoestima como “quererse, valorarse, reconocerse y ocuparse de sí mismo”. Y afirma que “hay en el mundo personas, cosas y hechos muy importantes, pero ninguna más importante para mí que yo mismo, porque nos guste o no nos guste, cada uno de nosotros es el centro del mundo en el que vive” (2010: 146,159).

La autoestima es importante para ser capaz y consciente de las propias necesidades y poder ser responsable de ellas, creyendo que se es capaz de satisfacerlas y de autosustentarse al quererse, valorarse y ocuparse de sí mismo y no estar buscando la aprobación del exterior. Si no se está satisfecho con el autoconcepto del yo y se valora, reconoce y quiere a sí mismo, puede ser un factor de vulnerabilidad de presentar depresión.

b) Calidad de pensamiento

Por otra parte, el modelo cognitivo propone que “las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones” (Beck y Ellis, citados por Beck; 1995: 32).

A partir de su infancia, las personas desarrollan creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo, que son consideradas en la mente como verdades absolutas que se activan por las situaciones de la vida que se ven a través de esta creencia, aunque sea completamente falsa, además de centrarse selectivamente en la información que confirma esa creencia errónea. Estas creencias son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación, que a su vez estos pensamientos inciden sobre las emociones y la conducta que a menudo lleva respuestas fisiológicas. (Beck y Ellis, citados por Beck; 1995).

Los pensamientos son involuntarios y con frecuencia se tienen ideas erróneas de la realidad, estas ideas, al repetirse muchas veces, se convierten en creencias que hacen que el sujeto actúe de acuerdo con ellas. La amplificación de las creencias negativas funcionará como una profecía de autocumplimiento, la gente deprimida tiende a ver de manera negativa al sí mismo, a los otros y al entorno; “entre los pensamientos depresivos más frecuentes son: Yo soy una persona inferior a otras, me va mal en la escuela, no sirvo, nadie me quiere, mis amigos me rechazan porque soy desagradable, quisiera morirme” (De la Garza; 2007: 37- 41).

Asimismo, por lo dicho por los autores anteriores se sintetiza que la percepción negativa de los acontecimientos provoca sentimientos como culpa, tristeza o ira, que a su vez llevan a la conducta depresiva, ya que las personas con depresión tienen

creencias erróneas acerca de sí mismos, los demás y su entorno, que tienden a generalizar a todos los aspectos de su vida, viéndolo todo por medio de esas creencias falsas.

“Burns describe los siguientes diez tipos de distorsiones que comúnmente ocurren en el pensamiento de personas deprimidas: Pensamiento polarizado (todo o nada) por ejemplo, un mínimo error que no permita lograr la perfección significa un fracaso total, sobregeneralización: ver un hecho negativo como una instancia que confirma un patrón de fracaso sin fin, filtro mental: detenerse exclusivamente en un detalle negativo hasta que la negatividad tiñe toda la experiencia, descalificación de lo positivo, sacar conclusiones apresuradas, magnificar o minimizar, razonamiento emocional, afirmaciones acerca del deber, establecer rótulos equivocados: usar denominaciones negativas para referirse a un error, en lugar de describir lo que ocurrió, personalización: verse a sí mismo como la causa de un hecho externo sin ser el principal responsable” (citado por Carver y cols; 2004: 286-287)

Las distorsiones de pensamiento mencionadas por el autor citado, producen depresión al ver la realidad de manera errónea y desproporcionada, exageradamente negativa, generalizando los pensamientos o creencias negativas a todos los aspectos de la vida del individuo de su percepción acerca de sí mismo, los demás y las situaciones que le suceden, interpretándolas bajo estas creencias que le crean sentimientos desagradables como sentirse triste o impotente y bajando su motivación para actuar, de manera que si son frecuentes estos pensamientos, crea la vulnerabilidad a la depresión.

También De la Garza (2007) indica que algunos mecanismos de afrontamiento aumentan el riesgo de depresión, como la rumiación negativa. Los rumiadores son los que consideran repetidamente las adversidades que les pasan, es decir, piensan reiteradamente en aquello que les preocupa con el fin de resolverlo y enfrentarlo. Los sujetos depresivos tienen conductas pasivas o de evitación ante situaciones de estrés, y esto los lleva a mayor depresión, ya que tratan de enfrentarlo mentalmente dando vuelta una y otra vez sobre esos pensamientos. Los rumiadores que son pesimistas, tienen una estructura de pensamiento con una pauta explicativa negativa, es así como la cadena de pesimismo y rumiación conduce a la depresión.

Siguiendo lo que asevera el autor, se afirma que si las personas repiten en su mente una y otra vez aquello que les preocupa, pensamientos negativos y estresantes acerca de problemas actuales o pasados de su vida, y se concentran en estar recordándolos sin darles solución, la consecuencia es que se tornan vulnerables a desarrollar depresión o si la tienen, a que se agrave.

c) Desamparo aprendido

El desamparo aprendido en humanos, de acuerdo con Seligman provoca depresión, ya que “la gente deprimida piensa que no tiene control sobre lo que le rodea y, por lo tanto, soporta con pasividad los problemas que en realidad tienen solución, pues cree habitualmente que no tiene otra alternativa” (Sarason y Sarason; 2005: 284). Hiroto (citado por Sarason y Sarason; 2005: 284) expuso a tres grupos de personas a

un sonido fuerte que era desagradable, el primer grupo podía detener el ruido oprimiendo un botón; en el segundo grupo el sonido continuaba hasta que se detenía solamente, sin que los participantes tuvieran ningún tipo de control sobre el sonido, el tercer grupo no recibió ningún ruido. Al evaluar a los tres grupos en la segunda etapa del experimento, donde el ruido ahora se podía interrumpir por medio de una palanca, el grupo que había tenido control sobre el ruido en la primera etapa del experimento y el grupo que no había tenido ningún ruido, aprendieron rápidamente a interrumpirlo, jalando la palanca, pero el grupo que no había tenido control sobre el ruido en la primera parte del experimento, se quedó soportándolo pasivamente.

Con base en estos autores, se deduce que el desamparo aprendido puede ser una causa de la depresión, ya que las personas depresivas se vuelven pasivas al no creerse capaces de afrontar la situación por ellas mismas, no creen en que tienen el control de la situación para generar satisfacción, sino que piensan que las circunstancias tienen el control, piensan y sienten que ellos no pueden hacer nada para cambiarlas, generándoles depresión al sentirse indefensos e impotentes.

“Las expectativas pueden tener efectos importantes sobre las acciones y los sentimientos de la gente. Las expectativas desfavorables pueden ocasionar que el individuo deje de esforzarse en las cosas de las que siente dudas y le impide la posibilidad de tener éxito. La convicción de que no tendrá éxito da lugar a un patrón de baja motivación y menor esfuerzo o desamparo aprendido” (Carver y cols; 2004: 385).

Lo citado por los autores, explica que las expectativas o lo que se espera de las situaciones, personas y de sí mismo, influye en la manera de actuar del individuo y cuando son desfavorables o negativas, ocasionan baja motivación al realizar una actividad y como existe muy poco esfuerzo, las expectativas se cumplen reforzando su creencia de que no se puede, así el individuo se siente impotente hacia lo acontecimientos y se da por vencido antes de emprender la acción, haciéndose vulnerable a la depresión.

El desamparo aprendido descrito por Seligman (citado por Palmero y cols.; 2002: 306), se refiere a “la percepción subjetiva de la ausencia de contingencia entre las respuestas emitidas entre una situación y sus consecuencias, cuando un sujeto se ha expuesto con anterioridad a una experiencia aversiva incontrolable que interfiere con el aprendizaje de escape y evitación... La exposición a acontecimientos incontrolables produce indefensión debido al desarrollo de la creencia de que no se puede influir sobre la aparición futura de acontecimientos aversivos”. Esta situación, a su vez, “provoca tres grupos de déficit principales: 1) motivacionales (apatía o inactividad), 2) cognitivos (la expectativa de incontrolabilidad dificulta el aprendizaje posterior: controlabilidad) y emocionales (cuando el sujeto aprende que no puede controlar el trauma, el miedo disminuye y se sustituye por la depresión)” (Ferrándiz y Seligman, citados por Palmero y cols.; 2002: 307).

De la misma manera, se asevera que la falta de relación entre las acciones y las respuestas emitidas, ocasiona impotencia ante el control de los acontecimientos, ante situaciones semejantes en el futuro por la apatía, expectativas de falta de control

y de falta de influencia que tiene sobre los acontecimientos, e influencia en los sentimientos que ocasiona la expectativa de ausencia de control como: impotencia, miedo, tristeza y si se prolonga esta situación, puede ser causa de depresión.

d) Atribuciones

“Posteriormente, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) reformularon su teoría incorporando las atribuciones causales para explicar el inicio y mantenimiento de trastornos afectivos como la depresión, sosteniendo que quienes han sido expuestos a acontecimientos incontrolables, desarrollan una incapacidad para cambiar su conducta, al esperar que los acontecimientos futuros sean igualmente incontrolables” (Miller y Seligman, citados por Palmero y cols.; 2002: 307).

De igual manera, “se supone que tras la estimulación ambiental, acontece una valoración primaria relativa a sus consecuencias agradables o desagradables. Este proceso induce una primera emoción, que es analizada sobre la base de sus consecuencias, en función de dicha atribución de causalidad emerge la emoción más elaborada, que ulteriormente ejercerá un papel motivacional sobre la conducta” (Palmero y cols.; 2002: 313).

Siguiendo la idea anterior, se examina la importancia de las atribuciones, es decir, cómo la manera en la que el individuo se explica lo que le pasa en la vida influye en la depresión, ya que como comunican los autores, esta interpretación propicia las emociones y conductas posteriores; y contribuyen en que tanta motivación se tiene

para enfrentar los acontecimientos con pesimismo u optimismo, que aumenta la energía para actuar o la disminuye. Quienes han tenido situaciones de la vida en las cuales sintieron y atribuyeron al exterior la controlabilidad de ellas, no hacen nada por actuar de diferente manera, porque esperan que siempre vaya ser igual, que no tienen control de lo que les acontece y manifiestan una actitud de derrota ante los acontecimientos, propiciando el desarrollo o agravamiento de la depresión.

Para entender la repercusión de los procesos atribucionales en la ocurrencia de la depresión, es conveniente establecer las dimensiones en las que ocurren las consecuencias de la atribución. Weiner (citado por Palmero y cols.; 2002: 313) “propuso tres dimensiones de causalidad para explicar un resultado 1) lugar (locus) de causalidad interno-externo, 2) controlabilidad, y 3) estabilidad”. La dimensión interno-externo, hace referencia a la asignación de causalidad a la propia persona que realiza las conductas o a otras personas y circunstancias ajenas al individuo. La controlabilidad, a qué tanto control tiene el individuo sobre la situación, si las causas están bajo el control personal o factores externos; y la estabilidad, si las causas son permanentes o pueden cambiar (Palmero y cols.; 2002).

Relacionando lo que mencionan los autores con la depresión, se examina que la persona tiende atribuir la causa de los acontecimientos negativos que le suceden a su propia persona, culpándose a ella misma; y los acontecimientos positivos los imputa a circunstancias ajenas a su persona. El individuo deprimido tiene la creencia que los acontecimientos estresantes y negativos van a permanecer de forma a lo largo del tiempo y eso lo lleva a sentirse impotente, desesperado, aumentando la gravedad de

la depresión. Alguien que tiene el trastorno depresivo tiende a generalizar los acontecimientos negativos, esto quiere decir que si tuvo un problema en un área de su vida, lo traslada a otras, haciendo explicaciones universales a sus fracasos, piensa que como fracasó en esa área, también sucederá en otras.

f) Estrés.

Selye (citado por Palmero y cols.; 2002: 424), define el estrés como “la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia... Especifica que el estrés trata de un proceso que es adaptativo en origen, que pone en marcha una serie de mecanismos de emergencia necesarios para la supervivencia, y que solamente bajo determinadas condiciones sus consecuencias se tornan negativas”.

Para la Organización Mundial de la Salud, “el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción... Además otro concepto del estrés lo menciona como proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda” (citado por Palmero y cols.; 2002: 424).

El estrés es un proceso motivacional psicológico complejo, que implica actividades tanto emocionales (la respuesta hormonal a un estresor, en especial el

cortisol, tiene la tendencia a inhibir el hipocampo y a excitar la amígdala) como motivacionales, ya que modula la activación del organismo y toda una serie de procesos relacionados con ella, como la atención, la alerta o la propia conducta motriz, mediante la activación del sistema nervioso autónomo, las secreciones hormonales y el propio cerebro (Palmero y cols.; 2002).

Se concluye de lo que expresan los autores sobre el estrés, que es un proceso psicológico, en el que están implicadas respuestas fisiológicas, emocionales y motivacionales para dar una respuesta inmediata al medio que produjo el cambio, y recuperar de nuevo la homeostasis o equilibrio del organismo. Lo anterior se logra liberando ciertas hormonas como el cortisol, activando el sistema nervioso autónomo, segregando ciertos neurotransmisores en el cerebro como adrenalina y noradrenalina, aumentando la activación emocional y si se prolonga este estado, puede traer efectos negativos como la depresión.

“Los sucesos estresantes (Brown, 1989, Brown, Harris y Hepworth, 1994; Kendler y colaboradores 1999b; Mazure, 1998) se relacionan con la depresión. En una muestra aleatoria de la población llevada a cabo en varios estudios, se encontró la relación entre sucesos de estrés grave y el inicio del trastorno depresivo. Si ya es recurrente el trastorno depresivo, se pronostica peor respuesta al tratamiento y mayor probabilidad de experimentar nuevos episodios depresivos (Monroe, Kupfer y Frank, Monroe, Roberts, Kupfer y Frank, citados por Barlow y Durand; 2007: 232).

Refiriendo a los autores anteriores, se infiere que el estrés y la depresión están relacionados, ya que si se prolonga la activación del organismo por largo tiempo ante estresores o acontecimientos estresantes, trae desequilibrios de los neurotransmisores del cerebro y altera ciertos sistemas del organismo, como el nervioso autónomo y el endocrino, además, disminuye la motivación produciendo falta de interés, percepción negativa de la vida, irritabilidad, impaciencia lo que deriva inclusive en la enfermedad de la depresión.

g) Aislamiento Social.

Se mencionará a continuación la relación que existe entre el aislamiento social y la depresión, como factor precipitante para desarrollar esta enfermedad.

Si bien Goleman (2009) menciona que los estudios llevados a cabo durante dos décadas, y que incluyen a más de treinta y siete mil personas, muestran que el aislamiento social (la noción de que no se tiene con quién compartir los sentimientos íntimos o mantener un contacto estrecho) duplican las posibilidades de enfermedad o muerte, el aislamiento mismo, según concluyó un informe publicado en Science en 1987, es tan significativo para los índices de mortalidad como los hábitos de fumar, la presión sanguínea elevada, el colesterol alto, la obesidad y la falta de ejercicio físico. En efecto, el hábito de fumar aumenta el riesgo de mortalidad en un factor de

solamente 1.6, mientras el aislamiento social lo hace en un factor de 2.0, convirtiéndolo en un riesgo mayor para la salud.

También expresa Goleman (2009: 213) que “el aislamiento es más duro entre los hombres que entre las mujeres. Los hombres aislados tuvieron de dos a tres veces más probabilidades de morir que los que tenían fuertes vínculos sociales... La diferencia entre hombres y mujeres en el impacto del aislamiento puede deberse a que las relaciones de las mujeres suelen ser emocionalmente más estrechas que las de los hombres; algunos vínculos sociales en el caso de una mujer pueden ser más reconfortantes que el mismo número reducido de amistades en el caso de un hombre”.

Analizando lo que afirma el autor anterior, se entiende que el aislamiento social está relacionado con una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad por el sentimiento de no contar con alguien o relaciones con clima emocional positivo, siendo más vulnerables los hombres que las mujeres, ya que las relaciones de los hombres tienden ser menos profundas. Por eso la depresión está relacionada al aislamiento social, al sentirse triste y sin motivación, por la idea de no tener relaciones positivas estrechas que hacen que los problemas no tengan tanto impacto en la persona.

“Una vez que la persona se ha deprimido, según cree Lewinsohn, la depresión se mantiene debido a que la demás gente piensa que es desagradable estar con una persona deprimida, entonces, las personas que la conocen suelen evitarla tanto como sea posible, disminuyendo así la tasa de reforzamiento e intensificando aún más la depresión” (Lewinsohn y cols., citados por Sarason y Sarason; 2005: 278).

Coyne (citado por Sarason y Sarason; 2005: 278) “puso a prueba la predicción de que la gente deprimida hace que los demás se sientan incómodos. Hizo que 45 personas normales sostuvieran una conversación telefónica con un paciente deprimido, un paciente no deprimido y un control normal. A todos los que participaron en el experimento se les dijo que era un estudio sobre el proceso de establecer una relación. Después de la conversación, los participantes llenaron un cuestionario sobre su estado de ánimo, su percepción de la otra persona y su deseo de interactuar nuevamente con ella. Comparándolos con la gente que habló con pacientes no deprimidos o con miembros del grupo control, los que hablaron con las personas deprimidas se describieron a sí mismos como significativamente más deprimidos, angustiados y hostiles después de la conversación. Los que tuvieron contacto con el grupo deprimido también tuvieron menos deseos de ver o de interactuar nuevamente con la persona, en comparación con los que hablaron con los individuos de uno de los otros grupos. Cuando se les pidió a los participantes que describieran la clase de persona que estaba en el otro extremo de la línea, la comparación de las descripciones mostró que los pacientes deprimidos daban la impresión de estar más deprimidos que los miembros de los otros dos grupos, y de hacer menos esfuerzo por presentar una imagen socialmente deseable”.

Igualmente por lo que aseveran los autores anteriores, se infiere la influencia que tiene el hecho de que la persona deprimida se sienta que no cuenta con alguien, para deprimirse aún más, reforzando sus síntomas, ya que la gente tiende a alejarse de ella porque la percibe como desagradable mientras que la persona deprimida contagia su estado de ánimo, al no sentir la motivación de interactuar con la gente ni

empatizar con ella. Esto forma un círculo vicioso de que la persona deprimida se aísla y la gente que está a su alrededor no quiere permanecer con ella, aislándola más y agravando la depresión.

1.4.3 Factores ambientales.

En este apartado se explicara cómo influye el ambiente cultural y social en el desarrollo de la depresión y sus causas, ya que el individuo influye en su medio social a través de la interacción con él y de igual forma, el medio social influye sobre el individuo y sus conductas. Lev Vygotsky (referido por Barlow y Durand; 2007), en su teoría sociocultural, enfatiza esta relación individuo-ambiente, que es un proceso activo y colaborativo, donde el individuo logra internalizar las formas de pensar y conductas de su sociedad por medio de la convivencia social. La cultura incluye las tradiciones, el modo en que perciben las personas su ambiente social, normas, roles, valores, lenguaje entre otras.

“Los factores sociales y culturales contribuyen a la aparición o mantenimiento de la depresión, entre las que se encuentra la insatisfacción marital... Bruce y Kim (1992) recopilaron datos de 695 mujeres y 530 hombres y los volvieron a entrevistar un año después. Durante este periodo, un gran número de participantes se separó o se divorció del cónyuge, aunque la mayoría informó una estabilidad matrimonial. Aproximadamente, 21% de las mujeres que informaron de una ruptura marital durante el estudio experimentaron una depresión grave, en una tasa tres veces más elevada que la de las mujeres que permanecieron casadas. Cerca de 17% de los hombres que

informaron un rompimiento marital, desarrollaron una depresión grave, en una tasa nueve veces más elevada que la de los hombres que permanecieron casados. Sin embargo, cuando los investigadores consideraron solamente a los participantes que no tenían un historial de depresión grave, 14% de los hombres que se separaron o se divorciaron durante el periodo experimentaron una depresión grave, fenómeno que se presentó con 5% de las mujeres. En otras palabras, solamente los hombres enfrentaron un riesgo mayor de desarrollar un trastorno del estado de ánimo por primera vez, inmediatamente después del rompimiento marital” (Barlow y Durand; 2007: 236).

Los factores ambientales, según De la Garza (2007), en especial los sucesos de vida estresantes acumulados, pueden iniciar un episodio depresivo, en especial en hombres que tienen una vulnerabilidad genética; la falta de apoyo social expresada en críticas y la hostilidad, pueden también ocasionar depresión. Las adversidades psicosociales como la falta de apoyo social, son importantes si son intensas y persisten en el tiempo para producir trastornos afectivos.

Mencionando el estudio anterior, se analiza el hecho de interés de que los hombres presentan mayor vulnerabilidad ante la depresión después del rompimiento con la pareja, agravándola si ya la manifiestan, también tienen mucha influencia en el desarrollo de los trastornos de ánimo, los conflictos interpersonales, incluyendo el de pareja: a mayor hostilidad y menor apoyo social positivo prolongado por parte de familiares y amigos, existe mayor riesgo a desarrollar el trastorno depresivo.

Para Lazarus y Folkman (citados por Palmero y cols.; 2002: 425), “las características del entorno o estímulos generadores de estrés, se han considerado como acontecimientos que implican cambios en las rutinas de la vida cotidiana de las personas, rompiendo sus automatismos y generando nuevas condiciones y necesidades, ante las cuales la persona tiene que valorar su forma de responder. Así, los cambios actúan como estresores con efectos tanto negativos como positivos, dependiendo de cómo sean percibidos estos cambios como negativos o no deseados, o como positivos o deseados por la persona. Entre los cuales se encuentran los cambios mayores o estresores únicos, los cambios menores y estresores cotidianos.

Siguiendo con los mismos autores, las principales fuentes desencadenantes de estrés son: cambios en la vida conyugal, paternidad, relaciones interpersonales, ámbito laboral, situaciones ambientales, ámbito económico, cuestiones legales, el propio desarrollo biológico, enfermedades somáticas entre otros tipos de estrés social y cultural, o los cambios mayores, que son eventos estresantes prolongados como los desastres naturales y la violencia.

Analizando la información anterior, se comunica que los eventos estresantes como el divorcio o la separación, los cambios de la vida en los diferentes ámbitos de la vida y los eventos sumamente estresantes, como los desastres naturales, pueden ser la fuente por la cual se desencadene la depresión; al ser prolongado y someter al organismo a fuerte estrés por consecuencia de estos, favoreciendo la aparición de la depresión. Entre más prolongado y percibido como negativo por la persona, sea el cambio generador de estrés, habrá mayor vulnerabilidad ante la enfermedad de la depresión o se provocará que se agrave, si ya la tiene el individuo.

1.5 Consecuencias

“Varios estudios han demostrado la influencia de la tristeza y su patología, la depresión, en el sistema inmune. Los factores vitales importantes como eventos relacionados con pérdidas, desempleo, estrés académico, divorcio y separación, han sido identificados como factores que favorecen una disminución de la inmunocompetencia y la aparición de trastornos relacionados con esta como el cáncer o la evolución clínica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)” (Ibáñez, Green y Hedge, citados por Palmero y cols.; 2002: 531).

“Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. La evaluación y afrontamiento que el individuo hace de las situaciones de estrés, inducen marcados cambios fisiológicos en los ejes hipofisario-adrenal y neurovegetativo que afectan al sistema inmune” (Bayés, citado por Palmero y cols.; 2002: 532). En consecuencia, “estos efectos no constituyen un factor patógeno concreto en sí mismo, sino que contribuyen a un aumento inespecífico de la vulnerabilidad de los organismos ante cualquier agente patógeno con el que entre en contacto eventualmente fruto de la inmunodepresión que inducen” (Ader, Folten, Cohen y Borrás, citados por Palmero y cols.; 2002: 532).

De manera que por lo mencionado por dichos autores, se enfatiza el importante papel de la tristeza y la depresión sobre la salud general de los sujetos. La gente deprimida tiene una conducta de indefensión ante los problemas que le causan estrés,

teniendo mayor vulnerabilidad ante las enfermedades porque su sistema inmune se debilita a consecuencia de la depresión.

Como una consecuencia grave de la depresión, “el riesgo de cometer suicidio aumenta de manera considerable y en algunos casos se logra, se relaciona con la baja actividad de la serotonina, un químico regulador de los estados de ánimo y los impulsos de la corteza prefrontal, la sede del juicio, la planeación y la inhibición” (Harvard Medical School, citada por Papalia y cols.; 2010: 635).

De esta manera, “aunque algunas personas intentan esconder cuidadosamente sus planes, casi todas dan señales de advertencia: hablar de la muerte o del suicidio, regalar sus bienes más preciados, abusar de las drogas o el alcohol, y mostrar cambios en el estado de ánimo como ira, tristeza, aburrimiento o apatía inusuales. Las personas que están a punto de suicidarse descuidan su apariencia y duermen o comen mucho más o mucho menos de lo habitual, mostrando signos de depresión” (American College of Emergency Physicians, Harvard Medical School, citadas por Papalia y cols.; 2010: 635).

Como expresan las autoras anteriores, se infiere que la depresión tiene múltiples consecuencias, una de las más graves que mencionan es el suicidio y el abuso de drogas, como el alcohol, utilizándolo como un medio para calmar los síntomas depresivos; por este motivo es importante hablar sobre el alcoholismo como consecuencia de presentar depresión, la gente que tiene un trastorno depresivo es mucho más vulnerable a abusar del alcohol y puede desarrollar dependencia.

“En una encuesta sobre el consumo de sustancias entre adolescentes para atenuar el estrés (Chassin, Pillow, Curran, Molina y Barrera, 1993) se comparó un grupo de adolescentes con progenitores alcohólicos y otro cuyos progenitores no presentaban ese problema. Los adolescentes tenían un promedio de edad de 12.7 años. Los investigadores descubrieron lo siguiente: el mero hecho de tener un progenitor con dependencia del alcohol era un factor que ayudaba a predecir quien ingeriría alcohol y otras drogas. Pero también descubrieron que los hijos que mostraban afecto negativo (sentirse solos, llorar mucho o estar tensos) tenían mayor probabilidad que otros a recurrir a las drogas. Comprobaron además que lo hacían a fin de enfrentar sentimientos desagradables” (citado por Barlow y Durand; 2007: 412).

Con la investigación anteriormente citada, se demuestra que la depresión es factor de riesgo para presentar trastorno por abuso de sustancias como el alcohol y dependencia a esta sustancia, con el fin de evitar los síntomas de depresión, sobre todo los del estado de ánimo como la tristeza, falta de placer e interés de las actividades que antes se disfrutaban.

1.6 Tratamiento

Así, Barlow y Durand (2007) mencionan que existen tres tipos básicos de medicamentos farmacológicos que funcionan para tratar la depresión y son utilizados ampliamente, estos son: los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de monoaminoxidasa (MAO) y los inhibidores de la recaptura de la serotonina o inhibidores de la 5HTA, que actúan en el cerebro bloqueando la reabsorción de ciertos

neurotransmisores para lograr el equilibrio de la sinapsis en la actividad neurotransmisora.

También los autores informan que el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno depresivo es el método cognitivo-conductual de Aron T. Beck, que involucra el identificar y alterar los estilos de pensamiento negativo, relacionados con la depresión y reemplazarlos por creencias y actitudes más positivas, agregando estilos de afrontamiento más adaptativos.

Además, Barlow y Durand (2007: 245) señalan que la psicoterapia interpersonal es eficaz para tratar la depresión, ya que “se concentra en que el individuo resuelva sus problemas de las relaciones sociales existentes y aprenda a formar nuevas relaciones interpersonales importantes, proporcionándole diversas habilidades sociales que puede aplicar en su vida diaria”.

Igualmente, se concluye que tanto el tratamiento farmacológico como el psicológico de cambio de pensamientos que resultan ineficaces para la salud mental y emocional, y la terapia interpersonal que se enfoca en proporcionar herramientas para fomentar las habilidades sociales y proteger de esta manera la aparición de nuevos episodios depresivos, son utilizados como medios de intervención para tratar la depresión, pero se menciona que para la mayor eficacia en el tratamiento, hay que combinar medicamento y psicoterapia, logrando un pronóstico mejor de la depresión.

CAPÍTULO 2

ALCOHOLISMO

Las adicciones se encuentran entre los diez problemas de salud mental más importantes en México; el alcoholismo ocupa el segundo lugar, por lo tanto se trata de un problema contemporáneo prioritario de salud pública.

“Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), (2002) más de tres millones de mexicanos son dependientes del alcohol y otros trece millones tienen problemas serios al beberlo. El alcohol es la segunda droga de mayor consumo en México, con cada vez mayor aceptación entre los jóvenes; de acuerdo con un estudio realizado en el Distrito Federal, 52% de los estudiantes de secundaria beben de 1 a 3 veces a la semana. Ante ello, se prevé que el impacto social, económico y de salud, sea mayor en los próximos años” (Díaz; 2005: 21).

“En el año 2001, el 70% de los fallecimientos en accidentes automovilísticos se relacionaron con el abuso del alcohol en el Distrito Federal y 45% a nivel nacional de acuerdo con el Consejo Nacional contra las Adicciones(CONADIC)” (Díaz; 2005: 22). Asimismo, “desde septiembre del 2003, la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) del Distrito Federal implementó el operativo conduce sin alcohol, mejor conocido como el alcoholímetro, para evitar que la gente conduzca después de haber bebido en exceso y prevenir accidentes ocasionados por esta causa”. De acuerdo con “la Secretaría de la Seguridad Pública (SSP), a partir de la implementación del alcoholímetro, se ha

observado una reducción del 60% en la incidencia de muertes por accidentes de tránsito” (Aguilar, citado por García; 2005: 22).

Por lo que en este capítulo se aborda el alcoholismo como una enfermedad y se diferencia el uso de alcohol del abuso de esta sustancia, asimismo, se explicará cuando se vuelve patológico al manifestarse el síndrome de dependencia al alcohol. Además, se hablará de cómo identificar la enfermedad del alcoholismo por medio de los criterios diagnósticos del abuso del alcohol, así como los factores predisponentes y precipitantes que ponen en riesgo a desarrollar la enfermedad del alcoholismo, de acuerdo con la triada epidemiológica del alcoholismo: agente, ambiente y huésped, hablando del alcoholismo como un fenómeno multicausal.

1.1 Definición de alcoholismo

El alcoholismo es definido por la Organización Mundial de la Salud (citado por Krauskopf; 2007: 145) como “una enfermedad psíquica y física derivada de la ingestión de alcohol, caracterizándose por respuestas conductuales de compulsión a tomar alcohol de una forma continuada o periódica, generada por la dependencia a la sustancia del alcohol y que tiene consecuencias económicas, familiares y sociales”.

De acuerdo con Ancira (2002), el alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva, cuya evolución abarca daños físicos y psicológicos, además que se caracteriza por un consumo excesivo y sin control de alcohol.

Lawson (1999) define el alcoholismo como una enfermedad crónica, caracterizada por la imposibilidad de un individuo de controlar su consumo, que altera el estado de ánimo, ese consumo descontrolado crea dependencia química al alcohol y causa disfunciones en todas las facetas de la vida.

Concluyendo, con base en las definiciones de los autores anteriores sobre el alcoholismo, se resume que es una enfermedad física y psicológica que se presenta de manera crónica y progresiva, habiendo dependencia a la sustancia mencionada, y trayendo diversas consecuencias a la vida del individuo que es dependiente a esta sustancia y a su entorno más cercano.

Para una mejor comprensión, se explicará la diferencia que existe entre consumo, abuso y dependencia de una sustancia, específicamente en relación al alcohol, debido a los fines de la presente investigación.

Lorenzo (2003), explica que el consumo del alcohol no tiene ninguna complicación médica, ni social, simplemente se utiliza ocasionalmente y no existe tolerancia ni dependencia. El consumo moderado de alcohol no es perjudicial para la mayor parte de las personas sanas e incluso podría tener efectos beneficiosos.

Fernández (2003) afirma que el abuso se caracteriza por un consumo desadaptativo y recurrente de alcohol, que trae como consecuencias el incumplimiento de las obligaciones de la actividad escolar y el rendimiento laboral por la intoxicación; el sujeto puede beber en situaciones peligrosas, le puede causar problemas legales;

si bien continúa bebiendo a pesar de que sabe los problemas sociales que ello le acarrea, no existe dependencia de alcohol.

Además, el autor informa que la intoxicación aguda es un estado transitorio consecutivo a la ingestión de alcohol, que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas; se manifiesta cuando la cantidad de alcohol que se ingiere sobrepasa la capacidad del hígado para degradar el etanol.

De la misma manera, se indica que la dependencia al alcohol constituye un trastorno grave implica dependencia fisiológica, que se evidencia por la tolerancia y por la abstinencia, también se presenta un patrón patológico de uso compulsivo que provoca un deterioro de la actividad social y laboral. El síndrome de abstinencia incluye síntomas de agitación o nerviosismo, temblor, náusea y vómitos, confusión, trastornos de la memoria, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas, ideas delirantes, irritabilidad, taquicardia, insomnio y pesadillas; se manifiesta después de la interrupción del consumo de alcohol prolongado y en grandes cantidades. A menudo se observa tolerancia, lo que obliga a consumir dosis más elevadas para tener los mismos efectos.

Según lo mencionado por los autores anteriores, se deduce que el consumo de alcohol es cuando se ingiere la sustancia moderadamente sin tener consecuencias biopsicosociales; en el abuso, a diferencia del consumo, el sujeto tiene consecuencias en las diversas facetas de la vida a causa del alcohol que no les toma importancia, sin

existir dependencia fisiológica; además el abuso lo puede llevar a la intoxicación del cuerpo, que es un estado que se presenta después de ingerir en exceso el alcohol, de tal manera que el hígado no puede degradar las moléculas de etanol, teniendo el sujeto diversos síntomas a nivel fisiológico y psicológico; finalmente, la dependencia fisiológica al alcohol que es cuando el sujeto presenta síntomas de tolerancia y abstinencia a la sustancia, con deterioro en las diferentes áreas de la vida del individuo, como la social y laboral.

1.2 Sintomatología

De acuerdo con López-Ibor (2003), se mencionan los siguientes criterios para intoxicación por alcohol, abuso de alcohol, abstinencia de alcohol, síndrome de dependencia o alcoholismo.

1) Intoxicación por alcohol:

- A. Ingestión reciente de alcohol.
- B. Cambios psicológicos de comportamiento, desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno o más de los siguiente síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

- (1) Lenguaje farfullante.
- (2) Incoordinación.
- (3) Marcha inestable.
- (4) Nistagmo (movimiento involuntario e incontrolable de los ojos).
- (5) Deterioro de la atención o de la memoria.
- (6) Estupor o coma.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2) Abuso de alcohol:

A. Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por uno (o más) de los ítems siguientes, durante un período de 12 meses:

- (1) Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre, relacionados con el consumo del alcohol; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alcohol; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
- (2) Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos del alcohol).
- (3) Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol).

(4) Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de alcohol.

3) Abstinencia de alcohol:

A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

(1) Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones).

(2) Temblor distal de las manos.

(3) Insomnio.

(4) Náuseas o vómitos.

(5) Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones.

(6) Agitación psicomotriz.

(7) Ansiedad.

(8) Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. Es necesario especificar si el sujeto presenta alteraciones perceptivas.

4) Dependencia del alcohol:

Conlleva un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) La necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- (b) El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de alcohol).
- (b) Se toma el alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(3) El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.

- (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol o en la recuperación sus efectos.
- (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol.
- (7) Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Pueden aplicarse las siguientes especificaciones al diagnóstico de dependencia del alcohol:

0: Remisión total temprana/remisión parcial temprana.

0: Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida.

2: En terapia con sustancias agonistas.

1: En entorno controlado.

4: Leve/moderado/grave.

1.3 Clasificación del alcoholismo

De acuerdo con Fernández (2003), los individuos se clasifican por la manera de consumir alcohol, en cuatro tipos: abstemio, bebedor moderado, bebedor excesivo (prealcohólico), alcohólico (síndrome de dependencia al alcohol).

- Alguien que es abstemio no bebe alcohol o lo hace ocasionalmente ingiriendo cantidades muy pequeñas sin intoxicarse.
- El bebedor moderado es el que toma por motivos sociales (en fiestas y reuniones) consumiendo cantidades moderadas de alcohol y conoce sus límites, lo hace por gusto, nunca bebe solo y rara vez se intoxica.
- El bebedor excesivo o prealcohólico es un individuo que sobrepasa los límites en cuanto cantidad, frecuencia y consecuencias, generando problemas familiares, laborales y sociales.
- El alcohólico presenta características clínicas de imposibilidad de detenerse una vez que empieza a beber, y la incapacidad de abstenerse de beber.

Jellinek (citado por Rodríguez; 2001) sociólogo y biómetra, en sus estudios mencionó los variados aspectos de la enfermedad de dependencia al alcohol y los clasificó en bebedor enfermo psíquico, bebedor alcoholizado, bebedor alcoholómano, bebedor excesivo regular y bebedor episódico.

- El bebedor enfermo psíquico es aquel que experimenta el alcohol como una experiencia de reducción de la exaltación de síntomas, con un modo de beber regular e irregular, esta fase se caracteriza con el alivio de estados

emocionales displacenteros, que produce un incremento de la tolerancia y de la cantidad de bebida consumida para conseguir los mismos efectos iniciales.

- El bebedor alcoholizado es continuo, aparece de forma progresiva y lenta, está caracterizado por un incremento de las necesidades de alcohol.
- El bebedor alcoholómano tiene una etiología psicológica y vivencia el alcohol como evasión de la realidad.
- El bebedor excesivo regular tiene una etiología sociocultural para pertenecer a un grupo socio cultural continuando el abuso del alcohol.

1.4 Fases del alcoholismo

Jelinek (citado por Rodríguez; 2001) clasificó el alcoholismo como una enfermedad progresiva que evolucionaba en etapas fácilmente identificables:

- 1) Fase prealcohólica. El consumo de alcohol en esta fase está asociado con el alivio de estados emocionales displacenteros, progresivamente se produce un aumento de la tolerancia, con un incremento de la cantidad de bebida consumida para conseguir los mismos efectos iniciales.
- 2) Fase prodrómica. Aparece de forma progresiva y lenta, está caracterizada por un incremento de las necesidades de alcohol.

- 3) Fase crucial. Se produce pérdida de control o incapacidad de interrupción del consumo una vez iniciado, aparecen mecanismos defensivos de autoengaño, así como problemas en las facetas fisiológica, psicológica, sociofamiliar y laboral, centrándose sus conductas en el alcohol.

- 4) Fase crónica. Presenta el alcohólico un síndrome de abstinencia y tolerancia al alcohol.

A partir de lo que asevera el autor anterior, de las fases para desarrollar la enfermedad del alcoholismo se resume el proceso de la enfermedad en que se toma el alcohol como una sustancia para calmar estados emocionales desagradables como tristeza, ansiedad, o como modo de afrontamiento de alguna situación, progresando con el tiempo la necesidad de mayor cantidad de alcohol para sentir los mismos efectos de desinhibición del sistema nervioso; genera pérdida de control, es decir, no puede dejar de consumir la sustancia y crea un estado de tolerancia en el cuerpo, con problemas diversos por su dependencia a la sustancia adictiva en las áreas psicológica, social y laboral.

1.5 Factores que facilitan o precipitan el alcoholismo

El alcoholismo es un fenómeno multicausal, esto quiere decir que influyen varios factores en su consumo, abuso y dependencia, entre los cuales se encuentran los genéticos, psicológicos, sociales y culturales. Para esto existen varios modelos que explican los factores precipitantes y predisponentes, que se detallan a continuación.

1.5.1 Biológico

El modelo médico se basa en el principio de que el abuso del alcohol es solamente el síntoma de algún trastorno del organismo que puede ser de origen genético, endocrino, cerebral o neurobioquímico. De acuerdo con el modelo, el abuso del alcohol da lugar a un conjunto de síntomas clínicos, etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento (Fernández; 2003).

La teoría genética expresa que existe una predisposición hacia el desarrollo del alcoholismo, debido a ciertas alteraciones genéticas, que pueden precipitar la susceptibilidad a los efectos tóxicos del etanol. De acuerdo con Goodwin (citado por Fernández; 2003) los hijos de alcohólicos tienen 23% más posibilidades de desarrollar alcoholismo que los hijos de sujetos no alcohólicos; la presencia de antecedentes de alcoholismo en la familia, principalmente en padres y hermanos, constituye un factor de riesgo para que alguien desarrolle el síndrome de dependencia del alcohol.

Las teorías endocrinológicas (Fernández; 2003), afirman que la ingestión de alcohol ocasiona un trastorno glandular que genera insuficiencia de la corteza adrenal para metabolizar el alcohol. El alcohol se metaboliza en su mayor parte (80%) en el

hígado, 10% se deshecha en el aliento y en la orina; la capacidad de metabolizar el alcohol en un individuo normal es de aproximadamente 160 a 180 gramos al día.

Finalmente, “las teorías neurobioquímicas plantean que beber en exceso provoca la inactivación de algunos de los sistemas enzimáticos que intervienen en el metabolismo del etanol, ocasionando que el alcohol se metabolice por otras vías en las que se producen ciertas sustancias que al reaccionar con aminas cerebrales, forman alcoides que tienen un efecto estimulante sobre los centros de gratificación del cerebro, provocando adicción y dependencia” (Fernández; 2003: 43).

Por medio del desarrollo de las técnicas de neuroimagen, se descubrió que la dopamina participa en la recompensa humana en general y en la adicción humana en particular, el experimento más reconocido fue el de Volkow y colaboradores (citados por Pinel; 2006) donde se utilizó tomografía por emisión de positrones (TEP) para determinar el grado en que la droga se unía a los transportadores de dopamina, se tuvo como resultado el incremento por efecto de la droga de los niveles extracelulares de dopamina, reforzando la conducta adictiva. “Además, los estudios de neuroimagen han demostrado que la función de la dopamina esta marcadamente disminuida en los adictos humanos, aumentando esta sustancia al exponerse a la droga en el núcleo *accumbrens* y en la vía dopaminérgica mesocorticolímbica” (Pinel; 2006: 438).

El sistema dopaminérgico mesotelencefálico tiene una función importante en la autoestimulación cerebral, específicamente las neuronas que se proyectan desde el área tegmental ventral al núcleo *accumbrens*, se han visto implicadas en los efectos

reforzantes de la estimulación cerebral, recompensas naturales placenteras como comida, agua y sexo, así como drogas adictivas. “Tanto la autoadministración de drogas adictivas en el núcleo *accumbrens*, como la experiencia de reforzadores naturales, resultaron asociados con niveles elevados de dopamina extracelular en el núcleo *accumbrens*” (Pinel; 2006: 435). Mientras que de acuerdo con Joseph, Datla y Young (citados por Pinel; 2006), la recompensa o la expectativa de recompensa hace que se libere de dopamina en el núcleo *accumbrens*.

De acuerdo con la teoría de dependencia física de la adicción, Pinel (2006) señala que existe un círculo de adicción donde la gente dependiente al alcohol, de manera física se observa impulsada a consumir de forma abusiva el alcohol para calmar los síntomas de abstinencia, esos efectos provocan un ansia intensa por el alcohol.

Se concluye de los autores anteriormente citados, que la vulnerabilidad al alcoholismo tiene diversas causas en el área biológica, desde la herencia de los genes de padres o familiares de primer grado, que tuvieron la enfermedad del alcoholismo; la metabolización del alcohol deficiente puede ocasionar también dependencia al ocasionar mayor niveles de alcohol en el organismo y que producen en el cerebro adicción, por el efecto de gratificación que ocasiona la sustancia del alcohol al unirse con los neurotransmisores como la dopamina, reforzando la conducta adictiva; otra causa puede ser para calmar los síntomas de abstinencia ocasionados por el alcohol.

1.5.2 Psicológico

El modelo psicológico menciona que el alcoholismo denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, como una forma de aliviar sentimientos de culpabilidad, tristeza, ansiedad y depresión. El consumo del alcohol para obtener alivio se refuerza a través de la repetición y su abuso se desarrolla como una respuesta habitual al malestar interno. Las bebidas alcohólicas han prevalecido por su efecto de alivio a la angustia, depresión, tristeza y por su efecto de inhibidor social (Fernández; 2003).

Igualmente, menciona Díaz (2007) que los mexicanos son sensitivos al entorno que les rodea, manifestando como rasgos de personalidad: dependencia, pasividad y entre los problemas comunes que se tiene, es el alcoholismo y los problemas de tipo afectivo como la depresión.

Así bien, Goleman (2009) menciona que los individuos alcohólicos utilizan el alcohol como un medio para enfrentar sentimientos de depresión; creyendo que han dado con la fórmula química para terminar con la depresión, toman el alcohol como un estabilizador emocional a corto plazo. También se afirma que dos caminos emocionales conducen al alcoholismo: uno ha sido la represión y ansiedad con baja secreción del neurotransmisor GABA, usando el alcohol como un relajante y reductor de la ansiedad; otro camino hacia el alcoholismo proviene de un índice alto de agitación, impulsividad y tedio, buscando constantemente de forma impulsiva el riesgo y la excitación, manifestando deficiencia en los neurotransmisores de serotonina y MAO, haciéndolos propensos al abuso del alcohol.

La teoría de Melanie Klein (citada por Usieto; 2003), habla acerca de que la adicción al alcohol es un sustituto de la mamá, que satisface en el niño la ansiedad, y que la falta de la progenitora pone al infante en contacto con la fantasía de la muerte, provocándole ansiedad. Menciona que la parte emocional en la que se ha desarrollado el adicto al alcohol, es con una madre insegura que abandona al niño y en el que el padre también está ausente, y que utilizan el alcohol para reducir esa necesidad de tranquilidad y disminuir el estrés.

La teoría de la reducción de la tensión propuesta por Conger (citado por Usieto; 2003) mantiene que el alcohol ha sido utilizado como un medio para reducir los estados de tensión y ansiedad, de manera que cada vez que alguien experimenta tensión por una situación en su vida, tiende a utilizar el alcohol para controlar el estrés social, principalmente.

Por su parte, el equipo de Hoffmann, Loper y Kammeier (citado por Usieto; 2003) utilizando el MMPI, concluye que la depresión y un ambiente conflictivo son los determinantes de un estado pre-alcohólico.

Mientras que de acuerdo con Joseph, Datla y Young (citados por Pinel; 2006), la recompensa o la expectativa de recompensa hace que se libere de dopamina en el núcleo *accumbens*.

De la misma manera, García (2010) comenta que ser hombre y tener una baja percepción del riesgo de consumo de drogas, así como ser joven, presentar resistencia a la autoridad, impulsividad y dificultades para demorar la gratificación, así como la necesidad de experimentar sensaciones novedosas, son factores de riesgo asociados al consumo de drogas.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), la personalidad se ha relacionado con el consumo de alcohol a través de la regulación afectivo-emocional de los efectos que el alcohol provoca; de este modo, generaría señales artificiales falsas de adaptación al entorno, reduciendo estados afectivos negativos como la depresión.

Así, Zuckerman (citado por Usieto; 2003) señala que el rasgo de personalidad de búsqueda de sensaciones, representa un factor de riesgo para empezar el consumo de drogas y este rasgo distingue a los consumidores de los no consumidores.

En otros estudios, Cox (citado por Usieto; 2003) asevera que los pre-alcohólicos sobre-enfatizan su propia masculinidad, además que muestran un bajo control de impulsos.

Mientras que Jessor y Jessor, así como Kandel (citado por Usieto; 2003), han mencionado que los factores de riesgo para el uso de sustancias adictivas, son la infravaloración de las instituciones, los puntos críticos hacia la sociedad y la tolerancia a la transgresión.

Se sintetiza de lo aludido por los autores citados anteriormente, que el alcohol es un medio utilizado por las personas dependientes para enfrentar sentimientos y estados de ánimo de culpabilidad, tristeza, ansiedad y depresión, consumiendo el alcohol para estabilizar el estado de ánimo a corto plazo, o como tranquilizante de rasgos de impulsividad y deseos de experimentar sensaciones novedosas.

Maslow (citado por García; 2010) refiere las siguientes necesidades psicológicas básicas: la seguridad, integridad, estabilidad, necesidad de amor y sentido de pertenencia, necesidad de estima y respeto a uno mismo y de la importancia de su satisfacción como factor de protección ante el consumo de drogas; ante ello, grupos de consumidores de drogas presentaron deficiencias en el grado de satisfacción de esas necesidades.

El modelo de prevención de recaídas (Marllat y Gordon, citados por Usieto; 2003) basado en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, acentuado principalmente en los procesos cognitivos de las conductas adictivas, menciona que en el abuso de drogas influyen las creencias y atribuciones que se le hacen al alcohol, así como el control percibido y de percepción de peligro de su autoeficacia, incrementando el riesgo potencial de recaída.

También mencionan Marllat y Gordon (citados por Usieto; 2003) que las expectativas desempeñan un papel principal en el abuso de alcohol, ya que el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos de la conducta adictiva, mientras ignora las consecuencias negativas a largo plazo, viendo disminuida su autoeficacia y

experimentando una sensación de desamparo, así como una tendencia a rendirse pasivamente ante la situación.

Además, la teoría del incentivo positivo de la adicción, expresa que “la adicción al alcohol se mantiene por el ansia de las propiedades de incentivo positivo que se sensibiliza con el contacto a la droga, haciendo que el hombre esté muy motivado a consumir alcohol y sostiene que la base de la adicción es el placer anticipado o necesidad del consumo del alcohol, es decir, del valor esperado de que el alcohol le va a producir sensaciones placenteras” (Pinel; 2006: 433).

Finalmente, se resume lo citado por los autores precedentes, que coinciden en la importancia de las expectativas o lo que se espera que produzca la sustancia del alcohol, para crear aceptación; si se espera que produzca efectos placenteros rápidos, es mayor la probabilidad que se abuse de la sustancia, si se utiliza como medio de satisfacción o se tiene la creencia que por medio de los efectos del alcohol se conseguirá satisfacer necesidades de seguridad, pertenencia a un grupo o estima.

1.5.3 Socioculturales

Asimismo, Fernández (2003) afirma que el Modelo Sociocultural menciona que el alcoholismo es una consecuencia del medio ambiente en que se mueve el individuo su cultura, tradiciones, costumbres y familia.

Igualmente, Esquivel (2010) informa que México es un país que propicia el abuso del alcohol, ya que es socialmente aceptado como un medio de convivencia y celebración, por lo que se encuentra presente en diversas celebraciones como cumpleaños, bodas, graduaciones, bautizos, apertura de negocios, triunfos deportivos y hasta en funerales. La sociedad aprueba el beber alcohol tanto por el éxito como por el fracaso. También los anuncios publicitarios presentan al alcohol como una sustancia atrayente que proporciona reconocimiento social, éxito, afecto, aceptación social, sentimientos de aprecio y estimación; de esta manera, los medios de comunicación propician el consumo de alcohol.

Así, Díaz (2007) hace la observación de que el mexicano tiene la necesidad profunda de tener amigos, por lo que le encanta socializar en el trabajo, la familia, las fiestas, celebraciones, reuniones de todo tipo, siempre queriendo compartir y comunicarse en una cultura afiliativa, dándole amplia importancia a vivir en familia o en un grupo social, destacando como valores esenciales los de ayuda y cooperación en las relaciones interpersonales.

Siguiendo con Usieto (2003), el autor asevera que los medios de comunicación (televisión, cine, Internet) promueven el abuso del alcohol presentándolo como una sustancia deseable, que da prestigio social y permite interactuar con mayor facilidad, que reduce el estrés social y proporciona un estado de bienestar físico y psicológico.

También refiere al contexto social más próximo al consumo de drogas, el cual tiene una influencia en el consumo y abuso de alcohol; dentro de estos, los principales son los amigos y la familia.

Además, el autor menciona que el reconocimiento social juega un papel muy importante en el reforzamiento de mantenimiento del abuso del alcohol, sobre todo durante la juventud, cuando el individuo se empieza a independizar de la familia y busca la integración de un grupo de iguales, realizando así conductas que son aprobadas por el grupo al cual desea pertenecer, de esta manera alcanza cierto status por las drogas que consume y su tolerancia a ellas, logrando la aprobación social.

Haciendo referencia a los autores citados con anterioridad, se concluye que el medio social en el que se desarrolla y convive el individuo, es muy importante para propiciar el abuso y dependencia al alcohol; si se tiene actitudes de aceptación al alcohol como medio de celebración, interacción social, siendo la cultura mexicana sumamente afiliativa. Esto quiere decir que le da mucha importancia a la convivencia y a la pertenencia al grupo ya sea de amigos, familia, cultura y tradiciones que invitan al abuso del alcohol. Además de que los medios de comunicación incitan al consumo y abuso del alcohol, presentándolo como una sustancia deseable, creando creencias y expectativas de que el alcohol produce tanto bienestar social como prestigio social.

Por otro lado, Black (2002) menciona a la familia como el elemento más importante en el comienzo y desarrollo del alcoholismo; ya que este núcleo se centra en la formación de la personalidad, en la importancia que adquiere la actitud y la

conducta de los padres respecto al alcohol y en cómo influyen las experiencias negativas como el divorcio, la pobreza, la desintegración familiar, que contribuyen a crear en el individuo insatisfacción.

Además, se comenta que la confianza y la fe son virtudes que a menudo hacen falta en un hogar con problemas de alcoholismo, ya que para que los hijos adquieran confianza, es necesario que puedan esperar que los padres les satisfagan necesidades físicas y emocionales y en las familias con un miembro alcohólico, los padres se encuentran ausentes mental o emocionalmente, preocupados por el alcoholismo.

Asimismo, en lo referente a la familia, García (2010), argumenta que el uso de sustancias como el alcohol, se relaciona con situaciones de conflicto en las relaciones paterno filiales como divorcio, separación, violencia doméstica, relaciones paterno-filiales distantes, baja cohesión familiar o ausencia de confianza entre padres e hijos.

También presenta la deserción escolar como otro factor de riesgo para el consumo de drogas, así como la accesibilidad y aceptación por parte de la sociedad al consumo de alcohol, específicamente del grupo de amigos.

Por lo tanto y por lo anteriormente mencionado por los autores, se admite que la familia influye en la dependencia y abuso del alcohol, ya que crea hábitos, valores, actitudes y conductas hacia el alcohol y que existen situaciones en la familia que crean

la vulnerabilidad a desarrollar la dependencia al alcohol como la falta de cohesión y comunicación familiar, así como violencia.

1.6 Consecuencias del abuso del alcohol

Las consecuencias del alcoholismo se dan en diferentes áreas de la vida del individuo: física, psicológica y social, por eso se separaran para una mejor comprensión de ellas.

a) Físicas

Fernández (2003) expresa que entre las consecuencias del alcoholismo en el cuerpo, se encuentran: el deterioro del tracto gastrointestinal, ya que debido a las náuseas y vómitos producidos por el alcohol, las paredes del estómago se ven erosionadas. También se ve afectada la asimilación de las vitaminas, que es casi imposible de realizarse, produciendo repercusiones a nivel nutricional, al igual que en el hígado. Aparecen afectados también el sistema cardiovascular y la sexualidad.

Igualmente, se hace referencia de que entre los daños de índole hepática, se encuentra el hígado graso, que se debe a que el alcohol induce el incremento del fosfato de glicerol, por el aumento de etanol, acumulándose los triglicéridos o ácidos grasos, por lo cual se deduce que los ácidos grasos que se acumulan son por el excesivo abuso del alcohol.

Otras consecuencias físicas del abuso del alcohol son la hepatitis alcohólica, la cirrosis hepática, la pancreatitis aguda, úlceras duodenales, la cardiopatía alcohólica, hipertensión arterial, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca o cáncer de hígado.

López-Ibor (2003) menciona que el trastorno sexual inducido por alcohol consiste en la alteración sexual clínicamente significativa, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales, el cual puede alterar el deseo y la excitación sexual, así como el orgasmo o producir dolor. La alteración puede explicarse en su totalidad por los efectos fisiológicos del alcohol.

También informa que el trastorno del sueño inducido por alcohol consiste en la alteración prominente del sueño (insomnio, hipersomnias, parasomnias, mixto) de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente y se considera debido a los efectos fisiológicos del alcohol, que coincide con estados de intoxicación o abstinencia.

Por lo mencionado con base en los autores citados, se deduce que el alcoholismo ocasiona diversas consecuencias físicas gastrointestinales, hepáticas, cardiovasculares, sexuales, trastornos del sueño como consecuencias de los estados de intoxicación y abstinencia.

b) Psicológicas

Con referencia a Fernández (2003), dentro de las consecuencias que produce el alcohol es el efecto directo en el sistema nervioso, produciendo a nivel psicológico consecuencias como un estado depresivo y un cambio del comportamiento del individuo, haciéndolo más hostil.

Por otro lado, Usieto (2003) hace referencia a que los trastornos depresivos con o sin ideación suicida, constituyen una identidad diagnóstica frecuentemente asociada al alcoholismo, como consecuencia de la función serotoninérgica.

Se informa en este apartado los trastornos inducidos por el alcohol, referidos del DSM-IV para su diagnóstico, son los siguientes:

El trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol se caracteriza por notable y persistente alteración del estado de ánimo, que puede ser depresivo o expansivo e irritable, el tipo de síntoma predominante puede indicarse utilizando los subtipos siguientes: con síntomas depresivos, con síntomas maníacos, con síntomas mixtos, considerándose provocado por los efectos fisiológicos directos del alcohol y no apareciendo solamente en el transcurso de *delirium*, provocando malestar clínicamente significativo con deterioro social y laboral de la actividad del individuo. Se establece el diagnóstico solamente si los síntomas son excesivos, comparados con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o de abstinencia.

El *delirium* inducido por sustancias, siendo una alteración de la conciencia que se acompaña de cambio de las funciones cognoscitivas, no explicándose por la

preexistencia o desarrollo de demencia; manifestándose por una disminución de la capacidad de atención al entorno, la capacidad para mantener la atención está deteriorada, alteración del lenguaje y de la percepción, presentándose interpretaciones erróneas, ilusiones o alucinaciones; la alteración se desarrolla en un breve espacio de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día, habiendo sido demostrado a través de la exploración física o por medio de las pruebas de laboratorio, de que la intoxicación o abstinencia de alcohol se estima etiológicamente relacionado con el delirium.

La demencia persistente inducida por alcohol, se caracteriza por déficits cognoscitivos múltiples como deterioro de la memoria, la capacidad para aprender o recordar, la alteración del lenguaje, deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motrices, fallo en el reconocimiento de objetos, la alteración de la actividad de ejecución, debiéndose a los efectos persistentes del abuso de alcohol, y provocando deterioro significativo en la actividad social y laboral del individuo, la cual no se diagnostica si los síntomas se presentan a continuación de la intoxicación o abstinencia de sustancias o si aparece exclusivamente en el transcurso de *delirium*, ese trastorno se denomina persistente, ya que permanece después de que el sujeto haya experimentado los efectos de la intoxicación o abstinencia de sustancias, tiene inicio insidioso y lenta progresión.

El trastorno amnésico persistente inducido por alcohol, se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros cognoscitivos significativos, la alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un *delirium* o una demencia, y persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación o

abstinencia del alcohol, así como su etiología está relacionada por los efectos del alcohol.

La característica esencial del trastorno psicótico inducido por alcohol es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos directos del alcohol, tiene que haber pruebas de dependencia, abuso, intoxicación o abstinencia en la historia clínica, la exploración física o hallazgos de laboratorio.

La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por alcohol es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos del alcohol, durante la intoxicación o abstinencia que puede incluir ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones. Solo debe establecerse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia de alcohol cuando los síntomas de ansiedad sean excesivos en comparación con los que habitualmente se asocian a la intoxicación o abstinencia de alcohol, o bien, cuando los síntomas de ansiedad son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Se resume que entre los trastornos psicológicos más frecuentes, se encuentran los del estado de ánimo como la depresión, el *delirium*, la demencia, el trastorno amnésico, los alcohólicos tienen síntomas o trastornos depresivos a consecuencia de los efectos del alcohol sobre el sistema nervioso y la dependencia fisiológica y psicológica a la sustancia.

c) Socioculturales

Entre las consecuencias del abuso de alcohol en el área sociocultural del individuo (CDI; 2008), se muestran las siguientes: delitos, violencia verbal, psicológica, económica, intrafamiliar, divorcio, accidentes, pobreza, abandono y actitudes machistas

Asimismo, Usieto (2003), informa que los delitos sociales están relacionados con el alcoholismo como robos, deudas, violencia sexual, física, psicológica y el homicidio, ya que inhibe las restricciones sociales porque afecta el juicio del individuo para tomar decisiones, actuando como depresor del Sistema Nervioso Central.

Mientras que Pina (2000) afirma que el conducir bajo los efectos de las bebidas alcohólicas, está tipificado como un delito en el código penal contra la seguridad de tráfico; ya que ocasiona múltiples accidentes diarios y ello porque el individuo que conduce el vehículo, se halla con disminución de sus facultades para conducir, tanto su capacidad de atención, como sus reflejos, que se vuelven lentos, dando lugar al desencadenamiento de trágicos accidentes donde la mayoría de las ocasiones se pierde la vida.

Por esa razón se ha implementado la medida de la valoración del alcohol presente en la sangre en la medicina legal, por medio del alcoholímetro. Las cifras de alcohol en sangre o alcoholemia es la mejor y más objetiva medida del grado de intoxicación por alcohol etílico que puede existir con los siguientes valores de escala:

Valores normales 20 a 30 mg. por dl. de sangre, síntomas de intoxicación alcohólica 50-70 mg. por dl. de sangre, síntomas depresión del S. N. C. por encima de niveles de intoxicación 100 mg. por dl. de sangre, coma alcohólico alrededor de 150 mg. por dl. de sangre. La muerte por alcoholemia se alcanza por cifras superiores a 400 mg. por dl. de sangre, para así evitar la mayor cantidad de accidentes por consecuencia del alcohol.

Por otro lado, Landwerlin asevera que la violencia domestica está estrechamente vinculada con el alcoholismo y al abuso de drogas, ya que el alcohol actúa como desinhibidor de las normas sociales. La violencia se refiere a todo daño de naturaleza física, psicológica, sexual incluyendo amenazas, coerción que se produce en el contexto familiar (Magro; 2005).

Igualmente García (citado por Usieto; 2003) refiere que también existen múltiples evidencias de la relación del alcohol y la violencia domestica producida por alguien que está bajo la influencia del alcohol.

Al respecto Whaley (2003: 22) aclara que la violencia doméstica se refiere a “todos aquellos actos u omisiones que atentan contra la integridad física, psicológica, sexual o social de los integrantes de una familia”, además que tiene que contener las siguientes características: que sea constante, intencional, implicando un acto de poder sobre alguien.

Además, Usieto (2003) refiere que en el ámbito laboral, el alcoholismo produce absentismo por parte del trabajador, aumenta los accidentes mortales y disminuye la

productividad del trabajador dependiente del alcohol. También las relaciones interpersonales en el trabajo tienden a ser conflictivas.

Por lo anteriormente mencionado por los autores de este apartado, se infiere que los efectos negativos más frecuentes van desde accidentes automovilísticos, delitos, violencia física, sexual, psicológica, intrafamiliar, económica y social, así como ausentismo laboral.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se describirá el proceso metodológico que se llevó durante la investigación de campo en la recolección de los datos y análisis de resultados obtenidos, también se mencionará el procedimiento estadístico empleado para el análisis de los datos, respondiendo así a la pregunta de investigación.

3.1 Descripción metodológica

Para realizar una investigación, que “es el conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno” (Hernández y cols.; 2010: 4), se necesita el método científico hipotético deductivo, que trata fundamentalmente de cómo se evalúa la información, generando y sustentando las hipótesis; por eso, en el presente apartado se expondrá la metodología utilizada para esta investigación sobre el nivel de depresión en hombres dependientes al alcohol, que asisten a grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán; teniendo en cuenta el enfoque, los instrumentos para la recolección de los datos, así como la población, con sus características específicas necesarias para los fines de la investigación, y el análisis de resultados obtenidos para, finalmente, exponer las conclusiones a las que se llegó.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

El enfoque utilizado para esta investigación es cuantitativo ya que según Hernández y cols. (2010), el enfoque cuantitativo es aquella orientación donde las variables se pueden medir numéricamente. Los datos son cuantificables, esto quiere decir que se pueden contar; la medición se basa en pruebas estandarizadas, confiables y válidas, para llevar a cabo un análisis estadístico.

También acerca del enfoque cuantitativo (Olive y Pérez; 2006: 175), se menciona que “busca medir y cuantificar los fenómenos, sus propiedades y relaciones, sean naturales o sociales, mediante estrategias metodológicas para tomar muestras, recabar datos, hacer estadísticas, aplicar herramientas matemáticas”.

Para los fines de esta investigación en particular, se utilizó el enfoque cuantitativo, ya que se inició con hipótesis formuladas y se recolectaron los datos numéricos a través de instrumentos estadísticos, objetivamente válidos y confiables.

3.1.2 Diseño no experimental

La presente investigación tiene un diseño no experimental, ya que de acuerdo con Hernández y cols. (2010), el diseño de investigación no experimental se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras.

Asimismo, Cozby (2005: 77) señala que en el “método no experimental las relaciones se estudian haciendo observaciones o medidas de las variables de interés; es decir, la conducta se observa tal como ocurre de forma natural”.

Siguiendo con lo que se menciona anteriormente, la investigación es no experimental porque la variable de alcoholismo ya existe en la muestra de los sujetos de Alcohólicos Anónimos; se mide el nivel de depresión que existe en ellos, que es la variable de interés para el estudio que pretende aumentar el conocimiento científico sobre el tema investigado.

3.1.3 Tipo de estudio transversal

La investigación es de tipo transversal, ya que según Coolican (2005), recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, teniendo una dimensión temporal.

Las ventajas que tiene el estudio transversal es que se puede obtener la información en un solo momento en el tiempo con rapidez, de modo que es poco costosa, además de que existe baja deserción de la muestra a la contestación de la prueba psicológica; de tal forma que solamente se realizó una aplicación en un solo momento de tiempo.

3.1.4 Alcance descriptivo

La presente investigación tiene un alcance descriptivo, ya que de acuerdo con Hernández y cols. (2010: 80), dichos estudios se realizan cuando se pretende “especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice”.

Siguiendo con Hernández y cols. (2010: 80), expresan que los estudios descriptivos tienen el objetivo de “medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren”, esto se efectúa en un momento específico, siendo de utilidad los datos obtenidos para describir el fenómeno de interés. También tiene el valor de mostrar cómo se encuentra el fenómeno de interés.

Además García Avilés (2002: 142), define a la investigación con alcance descriptivo como el hecho de “señalar la propiedad más importante de un objeto y a la vez, clasificar a ese objeto dentro determinada clase”. El valor de la investigación descriptiva es la posibilidad de determinar que cierto grupo tiene específicamente cierta propiedad en común.

Haciendo referencia a los autores anteriores para los fines de la presente investigación el alcance descriptivo es importante para medir el nivel de depresión en los Alcohólicos Anónimos de Uruapan, Michoacán, ya que se va a describir y analizar

cómo se está produciendo este fenómeno en la población específica de los alcohólicos y así, tener una visión amplia de la problemática.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para realizar la recolección de los datos, fue la aplicación de pruebas estandarizadas que según Hernández y cols. (2010), son los recursos para registrar la información sobre las variables estudiadas y planteadas en las hipótesis. Todo instrumento ha de tener confiabilidad, que es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes, también contiene validez, que es el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir, dando resultados objetivos.

El instrumento que se empleó para la medición fue el Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II) creado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Es uno de los instrumentos más eficaces para evaluar la depresión, por lo que está basado en los síntomas de depresión según los criterios del DSM-IV, enfatizando su severidad en pacientes diagnosticados: adolescentes y adultos a partir de los trece años y detectando la depresión en la población normal. Se ha establecido alta confiabilidad en poblaciones clínicas como en no clínicas, ya que el coeficiente alfa para los pacientes fue 0.92 y para los 120 estudiantes es de 0.93, teniendo un coeficiente alfa promedio de 0.86, tanto en la muestras de pacientes como en la de estudiantes. Todas las correlaciones ítem-total para los 21 ítems del BDI-II fueron significativamente superiores al nivel de 0.5 (test-unilateral) (one-tailed test), incluso

después de utilizarse un ajuste Bonferroni (alfa/21) para controlar la tasa de error por familiaridad en cada muestra.

También tiene validez contenido, ya que se reformularon y agregaron nuevos ítems para que evaluara de manera más completa los criterios de depresión del DSM-IV; y de constructo, por lo que se hicieron varios análisis administrándose primeramente el BDI-IA y el BDI-II a 191 pacientes externos de Kentucky y Nueva Jersey, teniendo como resultado la correlación entre el BDI-IA y el BDI-II de 0.93 ($p < 0.001$). Las puntuaciones promedio del BDI-IA y el BDI-II fueron 18.92 (DE=11.32) y 21.88 (DE=12.69), y la puntuación promedio del BDI-II fue 2.96 puntos superior a la del BDI-IA (t para muestras relacionadas (190) = 8.56, $p < 0.001$).

Los 21 grupos de enunciados del BDI-II se basaron en los síntomas depresivos que coinciden con el DSM-IV, los cuales fueron organizados por el grado de severidad del contenido del enunciado, dándoseles a cada uno un valor del cero al tres, en términos de severidad. Si el examinado realizó elecciones múltiples para un ítem, se utiliza la alternativa con el valor más alto, la puntuación máxima es 63. Se miden dos factores: la depresión Cognitivo-Afectiva y la depresión Somática altamente correlacionadas, el coseno promedio del primer factor fue 0.99 ($p < 0.001$) y del segundo fue 0.98 ($p < 0.001$), tanto para pacientes como para estudiantes.

El BDI-II es de fácil y rápida administración, se requieren de 5 a 10 minutos. El lugar donde se administra el test debe estar bien iluminado y tranquilo para facilitar la concentración en la lectura de los ítems. Se debe asegurar el administrador del test

que los examinados comprendan la prueba para su realización. Se le pide a los sujetos que respondan a los enunciados pensando en el periodo de dos semanas para que coincida con los criterios del DSM-IV para depresión mayor, el BDI-II se puede autoadministrar y aplicarse de manera oral.

3.2 Población

Coolican (2005: 25), menciona que “la población la constituyen todos los miembros existentes de un grupo, conocidos en términos más técnicos como casos. Dado que la población en sí normalmente será demasiado grande como para que sea posible investigar cada caso que hay en ella, normalmente se elige una muestra de la población, que sea representativa, para generalizar los resultados de la muestra a toda la población”.

Además, Cozby (2005: 143) afirma que “con una muestra adecuada podemos utilizar la información obtenida de los participantes que se incluyeron en ella para conocer con precisión las características de la población como un todo. La teoría estadística nos permite inferir como es la población, con base en los datos obtenidos en una muestra”.

Por lo tanto, la muestra es el “subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de esta” (Hernández y cols.; 2010: 173). La muestra fue no probabilística, ya que se realizó una selección informal, para obtener específicamente a las personas de interés para los fines de la investigación.

La muestra fue tomada de los grupos de Alcohólicos Anónimos de Gran Parada, Huertas, Morelos, el Colorín y Niños Héroe, quedando conformada por 63 hombres, cuyos rangos de edad oscilan entre los 31 a 80 años de edad, con un estado civil que incluye: solteros, casados y divorciados; de diversas ocupaciones, la mayoría oficios (comerciante, empleado, chofer, carpintero, pintor, albañil, entre otros), habiendo jubilados y dos profesionistas (abogado y agrónomo). Su nivel de estudios es de primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura, los cuales tienen un tiempo de asistencia al grupo de Alcohólicos Anónimos variable que va desde días hasta 32 años. A quienes se les aplicó la prueba del BDI-II (Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición).

3.3 Descripción del proceso de investigación

En el presente apartado se explica el proceso que se realizó para la elaboración del trabajo de investigación. Al comienzo se enunció la pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de depresión en hombres que asisten a los grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

El cuestionamiento se formuló a partir de la inquietud de conocer el grado de depresión en los alcohólicos, ya que la depresión hace que tengan un pronóstico desalentador de su recuperación, interfiriendo en los programas de tratamiento y empeorando los síntomas de abstinencia e intoxicación.

Ya que se planteó la pregunta de investigación y los objetivos, se empezó la búsqueda de información teórica que sustentó el planteamiento del problema, por lo cual se consultó a diversos autores que han analizado las variables de investigación: la depresión y el alcoholismo.

Al concluir la elaboración del marco teórico, se procedió a comenzar las aplicaciones del BDI-II, el instrumento para medir depresión en el grupo de Alcohólicos Anónimos de Uruapan, Michoacán, para ello se solicitó la participación a los integrantes del grupo de Alcohólicos Anónimos por medio del encargado de cada grupo, al cual se le explicaba el objetivo de la investigación; se concedió la autorización y se aplicó el instrumento de medición a los participantes, después de terminada la junta de trabajo del grupo; previo a esto se realizaba una breve presentación, en donde se explicaba a los participantes las instrucciones de la misma entregándoles el Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II), para que colocaran datos como su nombre, edad, sexo, ocupación, nivel de estudios y tiempo de asistencia al grupo de Alcohólicos Anónimos. El tiempo que se requirió para contestar la prueba fue de alrededor de 10 minutos.

Una vez respondidos los cuestionarios del BDI-II por los integrantes de los grupos de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de Uruapan, Michoacán, se procedió a calificar el instrumento.

Para realizar la puntuación del BDI-II se determinó mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems, valuado por medio de una escala de cuatro puntos, de 0

a 3. Utilizándose la elección de mayor cantidad cuando el que contesta la prueba hace diversas elecciones y considerando una puntuación máxima de 63 puntos.

Posteriormente se llevó a cabo el vaciado de datos en una hoja de Excel, para realizar la parte estadística y obtener la media general, y los porcentajes del nivel de depresión en los alcohólicos.

Se finalizó el proceso con el análisis de resultados, para determinar la información requerida para alcanzar los objetivos de la investigación y plantear las conclusiones pertinentes.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

A continuación se realizará el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la prueba aplicada BDI-II (Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición) a la muestra de los grupos de Alcohólicos Anónimos. Para una mejor comprensión de los resultados obtenidos, se organiza la información de la siguiente manera: primero se presentan los datos generales, posteriormente se muestran los datos por rango de depresión y se finaliza con un análisis del nivel de depresión por rangos de edad.

a) Análisis general de resultados

Para comenzar el análisis de resultados de la muestra conformada por 63 participantes, se realizó la aplicación del instrumento BDI-II (Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición) para saber el nivel de depresión de los alcohólicos. El análisis de datos se realizó por medio de las medidas de tendencia central.

En relación a la media, es definida como el promedio aritmético que es representativo para el conjunto de datos que se miden; se obtuvo un puntaje de 14.98, lo que demuestra que tienen un nivel leve de depresión clínica.

En cuanto a la mediana, que se entiende como el porcentaje ordenado medio, se obtuvo un valor de 12; por último, se obtuvo la moda, que es número que más se repite en un conjunto de datos, dicho valor es de 12.

Por último, en cuanto a las medidas de dispersión, se calculó la desviación estándar, que indica la tendencia en que varían todos los valores en un conjunto de datos con base en el valor central. Es de suma importancia esta medida, ya que da a conocer, a partir de una muestra, de qué manera se distribuyen los valores de una población. Así, el puntaje obtenido es de 12.29.

Dicha variable, según Luciani (2010), Diamond (2006) y Retamal (1999), consiste en un estado de ánimo deprimido y apático, gradual y permanente con síntomas característicos de la distimia como autoestima baja, irritabilidad y problemas interpersonales pequeños, que debilitan a la persona en su rendimiento diario, aunque pueden seguir realizando su actividad cotidiana.

Como ya se mencionó durante el marco teórico, la depresión leve se caracteriza por un estado de ánimo depresivo, manifestado habitualmente por el sujeto u observado por las demás personas durante al menos dos años; también puede tener dos síntomas de la enfermedad depresiva como son: baja autoestima, irritabilidad, problemas de sueño o apetito, entre otros que se expresan sin interrupción durante dos meses seguidos.

La depresión leve en los alcohólicos se puede deber a la reciente abstinencia del alcohol, ya que los síntomas de ello pueden producir síntomas de depresión, como agitación o nerviosismo, temblor, náuseas y vómitos; confusión, trastornos de la memoria, alucinaciones visuales, táctiles, auditivas, ideas delirantes, irritabilidad, taquicardia, insomnio y pesadillas. Existe un mayor riesgo de presentar una recaída

en el alcoholismo para calmar esos síntomas de abstinencia, que pueden resultar sumamente desagradables para la persona que se encuentra en tratamiento de la enfermedad del alcoholismo.

De acuerdo con lo mencionado por los autores en el marco teórico, la abstinencia de alcohol es un síndrome que se manifiesta al interrumpir o disminuir el consumo de alcohol de manera drástica, después de un consumo enorme y prolongado, teniendo diversos síntomas físicos como: insomnio, ansiedad, náuseas y vómito, temblores, aumento de las pulsaciones del corazón; que ocasionan malestar en diversas áreas de la vida como la social y laboral.

De la misma manera, se podría deducir que se pueden estar manteniendo los síntomas depresivos mientras no se traten los síntomas de abstinencia del alcohol, ya que estos pueden estar provocando los primeros. De modo que al manifestar los síntomas de abstinencia físicos y psicológicos como insomnio, náuseas, delirios, alucinaciones entre otros, pueden tener una repercusión en el estado de ánimo del individuo, mostrándose irritable, con tristeza profunda e impotente o sentir que no tiene ningún control sobre lo que le pasa y como consecuencia, puede mantener síntomas depresivos.

b) Análisis de resultados porcentuales por rangos de depresión

Resulta de sumo interés mostrar los porcentajes de la muestra de acuerdo con los rangos de depresión. En el nivel mínimo, con 52.38%, está la mayoría de la muestra

que de acuerdo con Beck (2009), están mínimamente deprimidos, esto significa que el grupo de hombres que se encuentran en este nivel, posee mayores recursos para superar la enfermedad del alcoholismo, ya que existe la posibilidad de que se encuentren tristes o melancólicos y, como se mencionó en el primer capítulo, la tristeza es una emoción básica adaptativa para mantener el equilibrio psicológico del individuo; permitiéndole que realice un análisis de su situación presente y pasada, pero serenamente, sin manifestar sentimientos de culpa excesivos.

Por su parte, la melancolía es un estado de ánimo abatido, con mayor duración y menor intensidad que la emoción de la tristeza, por lo cual el individuo puede continuar con su vida manejando adecuadamente la emoción de tristeza y el estado de melancolía, por medio del entrenamiento de aprendizaje que puede proporcionar un psicólogo como parte del tratamiento psicológico; como se mencionó en el capítulo de depresión, la principal terapia que se utiliza para el tratamiento del alcoholismo es la cognitivo conductual y la terapia interpersonal.

También existen factores que los protejan de cierta manera de que la enfermedad de la depresión se agrave como son: una sana autoestima con un adecuado autoconcepto, un esquema de pensamiento positivo con creencias de sí mismo, de su entorno y de su futuro, positivas, que les producen emociones y estados de ánimo satisfactorios que los impulsan a actuar; también es necesario tener un control interno, es decir, que ellos son capaces de modificar algunas situaciones y no se preocupan por lo que no pueden cambiar, sino que se enfocan en lo que sí tienen posibilidad de modificar.

Lo anterior los puede llevar a enfrentar de manera serena su enfermedad del alcoholismo, contar con mayores posibilidades de evitar recaídas y crear nuevas conductas y estilos de convivencia con su entorno social, que los lleven a tener mejores resultados satisfactorios para su vida, manejando de mejor manera el sentimiento de culpa y teniendo un pronóstico favorable.

Por otro lado, el 15.87% de los sujetos se encuentran levemente deprimidos, por lo que pueden manifestar una depresión como la distimia, con síntomas ligeros de depresión, como pueden: ser pensamientos negativos distorsionados, baja autoestima, pueden tener también problemas familiares a causa del alcoholismo, que les ocasionen depresión.

Además, el 11.11% de la muestra presenta un nivel de depresión moderada. Estos hombres presentan mayor intensificación de los síntomas de depresión leve, como pueden ser ataques de llanto ocasionales, su actividad general se muestra disminuida con falta de motivación, desgano y fatiga, que los lleva a tener diversos problemas en sus relaciones; puede haber dificultades de concentración, mostrar poca tolerancia ante las situaciones estresantes, bajando de manera considerable su capacidad de disfrute.

Finalmente, con un 20.63%, están los sujetos severamente deprimidos o con depresión grave. Ellos pueden tener mayor riesgo de recaer en el alcoholismo, ya que como se mencionó en el capítulo correspondiente, la depresión es un factor de riesgo

para desarrollar el alcoholismo, además que se puede ver afectada su vida en diversas facetas como la familiar, laboral, social.

Ya que el 20.63% está deprimido gravemente, se pondrá énfasis en que la depresión grave descrita en el marco teórico por los autores, es un estado persistente de humor o estado de ánimo deprimido que tiene una duración de, por lo menos, dos semanas y que se caracteriza por la pérdida de interés de las actividades que antes se disfrutaban y, al menos, cuatro síntomas como pérdida o aumento de peso significativo, insomnio o hipersomnia, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, entre otros.

También la depresión clínica grave, Preston (2004) y Luciani (2010), la definen como un estado amplio de desesperación, desilusión y sentimiento de inutilidad, doloroso y prolongado, que ocasiona problemas biológicos, psicológicos y sociales y puede estar relacionada con el abuso de sustancias. Habiendo una intensificación de los síntomas leves y moderados de la depresión, la actividad del individuo es mínima o nula, incluso hay pensamientos suicidas.

Como ya se mencionó, la depresión ocasiona que el sujeto tenga un pensamiento negativo distorsionado de sí mismo, de su entorno y del futuro, lo que aumenta estados de ánimo desagradables como la melancolía, ansiedad, estrés, culpabilidad; de la misma manera, puede ser que se aíslen de su entorno social porque tengan la idea que sin el alcohol no es lo mismo, que se la pasaban mejor cuando tomaban, o también que los problemas tengan una mayor influencia negativa sobre

ellos, siendo más vulnerables a las recaídas. Por lo anterior, se deduce que hay que tratar la depresión clínica grave para así disminuir los riesgos de recaídas al alcoholismo, que traen el agravamiento de los síntomas depresivos.

c) Análisis de resultados por rangos de edad

Debido a que el rango de edad de la muestra es muy amplio, se procede a realizar un análisis considerando dicha característica, de tal forma que se conformaron cinco grupos cuyos intervalos de edad son: 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71-80.

En el rango de 31-40 años se obtuvo una media de 22.58, que se ubica en el nivel moderado conforme al inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II); la mayoría se encuentra en el rango severo, con 47.06% de sujetos con depresión en intensidad grave o severa, siguiendo el nivel mínimo con un 35.29% de los individuos, mientras que un 11.76% de los casos de este rango de edad manifiesta depresión de nivel moderado y solamente el 5.88% tiene depresión leve.

Cabe destacar que posiblemente los hombres que forman parte del grupo con nivel severo de depresión, se debe a los cambios presentados durante esta etapa en el ámbito profesional, ya que están en la cúspide de sus facultades físicas y mentales pudiendo tener (según Levinson y Gould, citados por Coon; 2004) sentimientos de estrés, ansiedad y depresión por la presión de alcanzar las metas y objetivos planteados; según Cornachione (2006), también se presenta la oportunidad de

desarrollar y comprometerse con distintos roles como la paternidad, cónyuge y trabajador, dándosele importancia al reconocimiento externo y logro personal.

Risso (2004), menciona que la paternidad es vivida por el hombre con miedo y con mayor responsabilidad, por el estereotipo de que el varón debe ser el proveedor del hogar y por los ideales de éxito y logros económicos, dándole más importancia al éxito en el trabajo y la competencia laboral que a la paternidad. Sin embargo, asevera el mismo autor que el hombre cada vez trata de darle importancia a su parte emocional y al cuidado de los hijos.

Como se abordó en el marco teórico, los hombres que presentan niveles elevados de estrés por cierto tiempo, liberan cortisol en el cerebro, siendo más vulnerables a manifestar depresión, ya que se inhibe la regeneración celular en el hipocampo. También el estrés puede ser factor importante que vulnera al individuo para presentar depresión, mucho más si se relaciona con vulnerabilidad genética y falta de apoyo social.

Otro factor importante mencionado durante la presente investigación, es que el abuso de sustancias adictivas como el alcohol, que se utiliza para calmar síntomas del trastorno depresivo, agravan los síntomas a consecuencia de la intoxicación y abstinencia del alcohol.

Por otra parte, en el rango de edad de los 41-50 años, la media es de 14.5, que se encuentra en el grado de intensidad de depresión leve BDI-II (Inventario de

Depresión de Beck, Segunda Edición) de los cuales el 40% está en el nivel mínimo, el 30% muestra depresión leve, el 20% presenta depresión con intensidad moderada y nada más el 10% se encuentra en el nivel severo de depresión.

Es importante señalar que los hombres en este rango de edad de acuerdo con Erickson (citado por Groos; 2004), mantienen pesadas responsabilidades como producto de sus múltiples roles desempeñados en la sociedad, que tienen como fin aportar cuidado y apoyo tanto a generaciones más jóvenes como los hijos, como a los padres ancianos. Si no se adaptan a todos estos cambios de la adultez media, los puede llevar a una transición de crisis, donde se replantean los objetivos fijados y los logros alcanzados (Cornachione; 2006).

Por lo que al tener demasiado estrés por los diversos roles que desempeñan a esta edad, pueden tener mayor riesgo de una recaída en el alcoholismo, el modelo psicológico descrito en el sustento teórico asegura que el alcohol es utilizado como medio de alivio a sentimientos desagradables como la tristeza, ansiedad y depresión, y en los mexicanos las enfermedades del alcoholismo y la depresión son frecuentes entre la población, utilizando dicha sustancia como estabilizadora del estado de ánimo.

En la edad de los 51-60, años la media es de 12.5, que de acuerdo con el BDI-II (Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición) está en el nivel mínimo, de los cuales la mayor parte el 66.67% se encuentra en el nivel referido, continuando con los de nivel leve, que representan el 16.67% de la muestra con la presente edad; en el

nivel severo de depresión está 11.11% de la muestra y finalmente, el 5.56% se encuentra en grado moderado de depresión.

Durante este periodo de edad, los hombres se deben enfrentar a la jubilación, lo cual les puede ocasionar depresión por el cambio de actividades y el hecho de no ser parte del área laboral, existiendo incertidumbre profesional. Trede (citado por Groos; 2004), expresa que el adulto puede decidir bajar las horas de trabajo de manera voluntaria, con el fin de buscarse mayor satisfacción.

También se pueden producir cambio de roles debido a eventos como el divorcio, casarse nuevamente, retiro laboral, adaptación al gradual envejecimiento, la sensación de pérdida por los hijos adultos que se van de casa y la posible muerte de los padres (Groos; 2004).

Todo estos eventos pueden llevar a las personas a mantener un trastorno depresivo, también dependiendo de la interpretación que realicen sobre los acontecimientos que les suceden: si es negativa, pueden tener mayor vulnerabilidad a la depresión.

Continuando con el periodo de edad de 61-70, años la media es de 8, lo cual está en el nivel mínimo de depresión, y entre los participantes de la muestra de este rango de edad la mayoría se ubica en el nivel mínimo, con el 80% y el 20% se encuentra en el nivel severo.

El envejecimiento que se da durante este periodo de edad (Busse, Horn y Meer, citados por Papalia y cols.; 2010), se divide en primario, que es un proceso gradual e inevitable de deterioro físico, y el secundario, que es a consecuencia del estilo de vida que se mantiene a lo largo de los años; en ello influyen diversos factores como la alimentación, el ejercicio, el abuso de alcohol y la enfermedad.

Cabe destacar que posiblemente los hombres que forman parte del grupo que presenta nivel severo de depresión, se deba a la pérdida de las capacidades cognitivas y físicas, que además se ven agravadas por el tiempo de consumo que tuvieron anterior a este periodo.

Por otro lado, en el área de las relaciones sociales, Groos (2004), afirma que la convivencia con gente cercana en relaciones que generen apoyo emocional, genera bienestar a esta edad; la teoría de selectividad socioemocional (Carstensen y Turk-Charles, citados por Groos; 2004), alude que las relaciones interpersonales están alentadas por diversos objetivos importantes que se alcanzan por medio de la convivencia.

Y específicamente, en el grupo de alcohólicos pueden manifestar deterioro en sus relaciones debido a su enfermedad, aislándose de familiares y amigos y, por lo mencionado durante el sustento teórico, el aislamiento o el sentir que no se tiene a quien contar sentimientos íntimos y crear vínculos cercanos, puede disminuir la esperanza de vida, sobre todo en los hombres, que son más vulnerables en este aspecto ya que suelen tener menos vínculos cercanos.

Finalmente, los del rango de edad de los 71-80 años tienen una media de 1.66, la cual se ubica en el nivel mínimo en este grupo de edad, de acuerdo con el BDI-II (Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición). El 100% de la muestra está en el nivel mínimo de depresión.

Durante esta fase (Papalia y cols.; 2010), existen diversas pérdidas como la de la salud, por los diversos cambios físicos que se experimentan durante este período, entre los que se encuentran: disminución de la fuerza muscular, visión, audición, potencia sexual y el sueño profundo, pudiendo ser síntomas de depresión. Así como cambios cognoscitivos provenientes de la genética y la experiencia. Entre los factores más importantes causantes de depresión en la adultez tardía o vejez se incluyen la enfermedad o discapacidad crónica, el deterioro cognoscitivo y el divorcio, la separación o la viudez.

Del mismo modo Erickson (citado por Groos; 2004), en su teoría psicosocial, menciona que en esta etapa de desarrollo hay que resolver la meta de la integridad del yo y su contraste la desesperación, y se basa en encontrarle sentido a la vida y a las decisiones tomadas en el pasado, como experiencias valiosas de crecimiento psicológico y llegar así a la aceptación de lo sucedido y de la propia muerte, o perderse en la desesperación. Por lo que si los alcohólicos si no le encuentran algún sentido a lo vivido anteriormente con su enfermedad, pueden sentirse impotentes al no poder regresar el tiempo, y sentir desamparo, que los puede llevar a la depresión.

Durante el presente capítulo, se desarrolló de forma concisa y clara la metodología de investigación, incluyendo a la muestra poblacional a la que se le aplicó la prueba de la que se obtuvieron los resultados descritos, los cuales se analizaron e interpretaron. Se adquirió el conocimiento del nivel de depresión de la muestra con sus distintos subgrupos y se realizó el análisis de resultados, dándole una posible interpretación a los datos proporcionados por la prueba BDI-II (Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición) lo que será de utilidad para realizar las conclusiones de la presente investigación.

CONCLUSIONES

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta por varios síntomas y puede traer diversas consecuencias en las distintas áreas de actividad del individuo, provocándole malestar en los ámbitos: fisiológico, cognitivo, afectivo, social y laboral. También la depresión se puede agravar por otras enfermedades como el alcoholismo, por lo cual al comienzo del presente estudio se formuló la pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de depresión en hombres que asisten a los grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Para llegar a dar respuesta a la pregunta de investigación, se siguieron los objetivos planteados al inicio de la investigación, a los cuales se dio cumplimiento con la información teórica que mencionan diversos autores especialistas, en las dos variables que conforman la presente investigación. En lo que concierne a los objetivos de campo, estos son los resultados:

Existe depresión en los alcohólicos que asisten a los distintos grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán; la depresión tiene una media general de 14.98, la cual se ubica en el nivel leve, de acuerdo con los datos obtenidos por el instrumento.

El 52.38% de los sujetos de la muestra están mínimamente deprimidos, con 15.87% se encuentran los sujetos levemente deprimidos, el 11.11% de la muestra

presenta nivel de depresión moderada y finalmente, con un 20.63% se ubican los severamente deprimidos.

Beck (1995) asevera que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una visión de los acontecimientos y de la vida en general de forma negativa; la causa de esta son las distorsiones de pensamiento negativas que tiene el individuo, que no reflejan la realidad de manera objetiva, sino que ven nada más una parte de la situación, de forma magnificada e ilógica.

Asimismo, se encontraron diferencias en relación a los rangos de edad: en el de los 31 a los 40 años, la mayor parte de la muestra se ubica en el rango severo con 47.06%, es decir, manifiestan depresión grave; en el rango de los 41 a los 50 años, la media es de 14.5, lo que significa que poseen depresión leve, de los cuales el 40% está en el nivel mínimo; los de 51 a los 60 años presentaron una media de 12.5, lo cual quiere decir que en este rango de edad tienen depresión en nivel mínimo, el 66.67% de la muestra se localiza en dicho nivel; en relación al rango de los 61 a los 70 años, la media es de 8, localizándose en el rango mínimo de depresión para los hombres de este rango de edad, dado que el 80% de ellos se sitúan en el nivel mínimo de depresión; por último, el rango de los 71-79 años tienen una media de 1.66, la cual se ubica en el nivel mínimo, y también el 100% de la muestra está en el nivel mínimo de depresión.

Se concluye que se cumplieron los objetivos planteados en la presente investigación, de conocer acerca de la enfermedad de la depresión y del alcoholismo,

así como el de analizar el nivel de depresión de los asistentes al grupo de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán, que se desarrollaron durante el transcurso de la pertinente investigación teórica y de campo.

Por lo tanto, respondiendo a la pregunta de investigación en relación con el nivel de depresión en hombres que asisten a los grupos de Alcohólicos Anónimos, se demuestra con los resultados arrojados de la prueba, con una media de 14.98, que tienen depresión en nivel leve, por lo que se acepta la hipótesis nula, la cual afirma que no existe depresión grave en los hombres de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

BIBLIOGRAFÍA

- Ancira, Jorge. (2002)
Vivir o morir intoxicado.
Editorial Pax México. México, D. F.
- Barlow, David; Durand, Mark. (2007)
Psicopatología, un enfoque integral de la psicología anormal.
Editorial Thomson. México, D. F.
- Black, Claudia. (2002)
Eso no me sucederá, hijos adultos de alcohólicos.
Editorial Árbol. Colombia.
- Beck, Aaron T.; Brown, Gregory K.; Steer, Robert A. (2009)
Manual Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición BDI-II.
Editorial Paidós. Argentina.
- Beck, Judith S. (1995)
Terapia Cognitiva conceptos básicos y profundización.
Editorial Gedisa, Argentina.
- Branden, Nathaniel (2011).
Los seis pilares de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Bucay, Jorge. (2010)
El camino del encuentro.
Editorial Océano Expres. España.
- Carver, Charles S.; Scheier, Michael F. (2004)
Teorías de la personalidad.
Editorial Prentice Hall. México.
- Chinchilla Moreno, Alfonso. (2008)
La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos.
Editorial Médica Panamericana. España.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2008)
Informe general de la consulta sobre alcoholismo y pueblos indígenas.
CDI. México, D. F.
- Coolican, Hugh. (2005)
Métodos de investigación y estadística en psicología.
Editorial Manual Moderno. México.

- Coon, Dennis. (2004)
Psicología.
Editorial Thomson. México, D. F.
- Cornachione Larrínaga, María A. (2006)
Psicología del desarrollo: aspectos biológicos, psicológicos, y sociales.
Editorial Brujas. Argentina.
- Cozby, Paul C. (2005)
Métodos de investigación del comportamiento.
Editorial McGraw Hill. México.
- De la Garza, Fidel. (2007)
Depresión en la infancia y la adolescencia.
Editorial Trillas. México.
- Diamond, Jed. (2006)
El síndrome del hombre irritable: Gestione las cuatro causas de la depresión y la agresión.
Editorial Amat. Barcelona, España.
- Díaz Guerrero, Rogelio. (2007)
Psicología del Mexicano.
Editorial Trillas. México, D. F.
- Esquivel, Rosa. (2010)
La Alchoholescencia ¿adicción o moda?
Editorial Delfín. México, D. F.
- Fernández, Rafael. (2003)
Alcoholismo, visión integral.
Editorial Trillas. México, D.F.
- García Aurrecoechea, Raúl. (2010)
Depresión y consumo de drogas factores motivacionales.
Editorial Trillas. México.
- García Blancas, Alma Rosa. (2002)
Influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México.
Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- García Avilés, Alfredo. (2002)
Introducción a la metodología de la investigación científica.
Editorial Plaza y Valdés. México.

Goleman, Daniel. (2009)
La inteligencia emocional.
Editorial Vergara. México.

Gross, Richard. (2004)
Psicología la ciencia de la mente y la conducta.
Editorial Manual Moderno. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2010)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

Krauskopf, Dina. (2007)
Adolescencia y Educación.
Editorial EUNEDITORIAL. Costa Rica.

Lawson, Ted. (1999)
Para entender al alcohólico.
Editorial Panorama. México, D. F.

López-Ibor Aliño, Juan J. (dir) (2003)
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR.
Editorial MASSON. Barcelona, España.

Lorenzo, Pedro. (2003)
Drogodependencias, Farmacología, Patología, Psicología, Legislación.
Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.

Luciani, Joseph. (2010)
Cómo superar la ansiedad y la depresión: Qué hacer cuando su vida se descontrola.
Editorial Amat. España.

Magro Servet, Vicente. (2005)
Soluciones de la sociedad española ante la violencia que se ejerce sobre las mujeres.
Editorial Nueva Imprenta. Madrid, España.

Olivé, León; Pérez Ransanz, Ana Rosa. (2006)
Metodología de la investigación.
Editorial Santillana, México.

Palmero, Francesc; Fernández, Enrique; Chóliz, Mariano. (2002)
Psicología de la motivación y la emoción.
Editorial McGraw-Hill. Madrid.

Papalia, Diane E.; Wendkos Olds, Sally; Duskin Feldman, Ruth. (2010)
Desarrollo humano.
Editorial McGraw Hill. México, D. F.

Preston, John. (2004)
Cómo vencer la depresión.
Editorial Pax. México.

Pina Fuster, Román Román. (2000)
Embriaguez, Alcoholismo y Derecho Penal.
Editorial Bosh. Barcelona.

Pinel, John. (2006)
Biopsicología.
Editorial PEARSON. Madrid, España.

Retamal Pedro. (1999)
Depresión.
Editorial Universitaria. Chile.

Risso, Walter. (2004)
Intimidaciones Masculinas: lo que toda mujer debe saber acerca de los hombres.
Editorial Norma. Colombia.

Rodríguez, José. (2001)
Manual de estudios sobre el alcohol.
Editorial EDAF. Madrid.

Rubio, Gabriel. (2001)
Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.
Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.

Sarason, Irwin; Sarason, Bárbara. (2005)
Psicología anormal: los problemas de la conducta desadaptada.
Editorial Trillas. México, D. F.

Sociedad Española de Toxicomanías. (2006)
Tratado SET de Trastornos Adictivos.
Editorial Médica Panamericana. España.

Usieto, Esther. (2003)
Manual SET de alcoholismo.
Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.

Weimer, Richard C. (2003)
Estadística.
Compañía Editorial Continental. México.

Whaley Sánchez, Jesús Alfredo. (2003)
Violencia intrafamiliar, causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e
interaccionales.
Editorial Plaza y Valdés. México, D. F.

HEMEROGRAFÍA

Acosta-Hernández, M.E.; Mancilla-Percino, T.; Correa-Basurto, J.; Saavedra-Vélez, M.; Ramos-Morales, F.R.; Cruz-Sánchez, J.S.; Duran Niconoff, S. (2011)
“Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo.”
Arch. Neurocién. (Mex) Vol. 16, No. 1. Págs. 20-25.

Barradas Alarcón, María Esther; Fernández Mojica, Nohemí; Balderrama Trápaga, Jorge Arturo; Daberknow Hernández, Flor del Carmen; Luna Martínez Martha. (2010)
“Incidencia y nivel de depresión en estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana”.
Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo. ISSN 2007 - 2619. Número 10. Enero – Junio 2013.

Benjet, C. (2004)
“La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento.”
Salud Pública Méx., Vol. 46, no.5, septiembre-octubre. Págs. 417-424.

Cacho Carranza, Yureli. (2004)
“Depresión, cuando la vida pierde sentido”
Consumidor, No. 329 Julio. Págs. 61-65.

Ciro M.; Gutiérrez N. (2012)
“Prevalencia de síntomas ansiosos depresivos en un grupo de 30 personas vinculadas a los Alcohólicos Anónimos en la ciudad de Ibagué.”
Revista Psicología Científica.com, Vol. 15, octubre 2012.

Del Bosque Garza, Jesús. (2012)
“Hacia una mejor respuesta ante el problema del abuso de bebidas con alcohol: el papel del Sector Salud.”
Salud Mental, Vol. 35, No. 2 marzo-abril. Págs. 165-174.

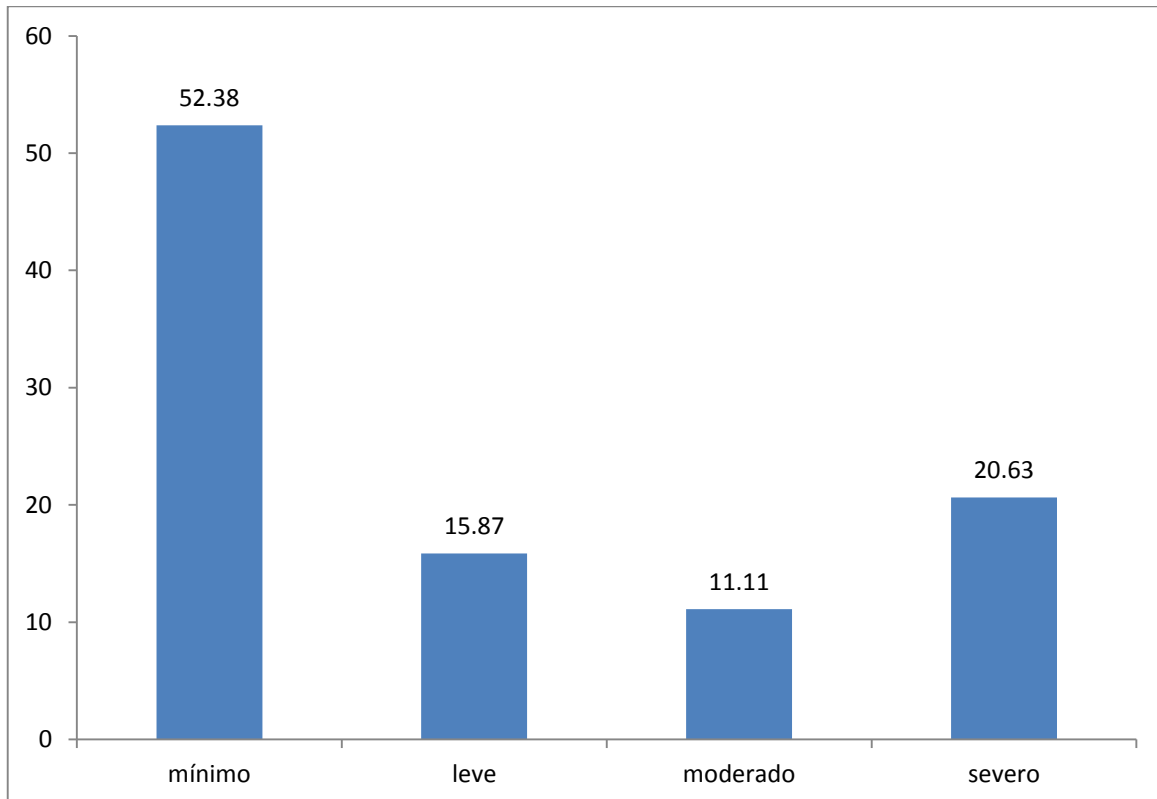
García Mateo, Miguel. (2005)
“¿Cómo consumimos?”
Consumidor, No. 343, septiembre. Págs. 16-26.

Medina Mora, Elena. (2003)
“Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México.”
Salud Mental, Vol. 26, No. 4. Págs. 2-16.

Rivera Heredia, María Elena. (2013)
“Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales.”
Salud Mental, Vol. 36, No. 2, marzo-abril. Págs. 115-122.

Wagner, F. (2012)
“Enfocando la depresión como problema de salud pública en México”
Salud Mental Vol. 35 No. 1 enero-febrero. Págs. 3-11.

**GRÁFICA GENERAL DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN ALCOHÓLICOS
ANÓNIMOS DE LA CIUDAD DE URUAPAN MICHOACAN**



ANEXO 2

GRÁFICA POR RANGOS DE EDAD

