

La depresión en personas que asisten a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos

Depression in people attending the Community of Alcoholics Anonymous

Luz María Samaniego-Namicela¹, Edmundo Guillermo Samaniego-Namicela², Nathalie Guillermina Samaniego-Namicela³, Luis Guillermo Samaniego-Namicela⁴.

¹ Magíster en Salud Pública con énfasis en gestión de los servicios de salud. Directora técnica médica del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Quito-Sur. Quito – Ecuador. luzmariasec@yahoo.es

² Médico General. Docente del Instituto Superior Tecnológico Libertad. Quito – Ecuador. egsamaniego@itslibertad.edu.ec

³ Odontóloga. Directora médica del Hospital Básico de Zumba distrito 19D03 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Zamora Chinchipe - Ecuador.

⁴ Médico General. Médico ocupacional de la unidad de seguridad, salud y riesgo del trabajo de la Universidad Técnica de Machala. Machala - Ecuador.

Resumen: El presente estudio establece una relación entre personas con depresión y que padecen o han padecido de alcoholismo crónico, que asisten a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos (A.A) en la Ciudad de Loja – Ecuador, para lo cual se realizó un estudio nivel descriptivo, retrospectivo y transversal en personas que se encuentran asistiendo a A.A a las que se les aplicó la Historia Clínica para diagnosticar patologías psiquiátricas, la Escala de Hamilton para conocer el nivel de depresión y el Test de AUDIT para el nivel de dependencia de consumo de alcohol. Los resultados obtenidos en las historias clínicas reflejaron que el 78,3% de los individuos padecen depresión (CIE10: F33), con la Escala de Hamilton se demostró que el 72% padece depresión muy severa (CIE10: F33.2) y con el Test de AUDIT se obtuvo que el 57% presentan un alto nivel de dependencia de consumo de alcohol (CIE10: F10.2). Con los datos de las historias clínicas y Escala de Hamilton se constató que la depresión severa es la principal patología psiquiátrica en personas que padecen o han padecido alcoholismo crónico y con los datos del Test de AUDIT se determinó el alto nivel de dependencia de consumo de alcohol, estableciendo una relación entre el nivel de depresión y el nivel de dependencia de consumo de alcohol, como dato importante en este estudio se conoció que en las personas con alcoholismo crónico y depresión severa existe propensión a la ideación autolítica.

Palabras Clave: Depresión, Alcoholismo, Comunidad Terapéutica.

Abstract: This study establishes a relationship between people with depression and who suffer or have suffered from chronic alcoholism who attend the Community of Alcoholics Anonymous (AA) in the City of Loja - Ecuador, for which a descriptive, retrospective and level study was conducted cross section in people who are attending AA to whom the Clinical History was applied to diagnose psychiatric pathologies, the Hamilton Scale to know the level of depression and the AUDIT Test for the level of alcohol consumption dependence. The results obtained in the medical records showed that 78.3% of individuals suffer from depression (ICD10: F33), with the Hamilton Scale it was shown that 72% suffer from very severe depression (ICD10: F33.2) and with AUDIT test was obtained that 57% have a high level of dependence on alcohol consumption (ICD10: F10.2). With the

data of the medical records and Hamilton scale, it was found that severe depression is the main psychiatric pathology in people who suffer or have suffered chronic alcoholism and with the data of the AUDIT Test the high level of dependence on alcohol consumption was determined, establishing a relationship between the level of depression and the level of dependence on alcohol consumption, as an important fact in this study it was known that in people with chronic alcoholism and severe depression there is a propensity for autolytic ideation.

Keywords: Depression, Alcoholism, Therapeutic Community.

Introducción

El evento psicopatológico de la depresión y el alcoholismo enmarca un amplio proceso degenerativo de los diversos campos de desarrollo personal del individuo, pues la depresión es una condición que afecta a la psicología del ser humano, y altera la percepción de los fenómenos del entorno que exponen al ser humano a despersonalizarse y ejercer actitudes indebidas con sus pares sociales y consigo mismo, llegando incluso a tener ideas de autolisis. Esta condición se exacerba cuando el paciente depresivo tiene dependencia patológica de sustancias psicoactivas como fármacos, sustancias nocivas de consumo legal y sustancias ilegales. En este contexto se centra este estudio sobre el consumo de alcohol, siendo este un elemento nocivo que, comparado con fármacos o sustancias ilegales, es de muy fácil acceso para las personas sin restricción de edad, raza, sexo, situación económica y que no requiere la supervisión de personal de salud o mayores de edad. Aunque en varios países se prohíbe su venta y consumo a menores de edad la realidad, principalmente en países en vías de desarrollo, es que la venta y el consumo de alcohol tienen un carácter cultural e, incluso dentro del núcleo familiar, se acepta el consumo de alcohol como una actitud de integración y el bebedor no crónico como una persona alegre y sociable (Arévalo, Arteaga, Aguilar y Elizondo, 2001).

Es así, que la finalidad del presente estudio está dirigida a establecer la relación que existe entre la depresión y el consumo crónico de alcohol, dados los alarmantes datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), donde el suicidio ocupa el tercer lugar en muertes violentas con 1.219 hechos entre 953 hombres y 266 mujeres, lo que alerta sobre la necesidad de poner especial atención a factores sobre el alcoholismo, ya que puede causar una recaída en pacientes con depresión. Los síntomas depresivos del alcohol son mayores cuando una persona deja de beber primero, por lo que los alcohólicos en recuperación, con un historial de depresión, deben ser monitorizados cuidadosamente durante las primeras etapas de la abstinencia pues esta etapa de recuperación puede incitar conductas suicidas (INEC, 2016).

La importancia de conocer sobre este tópico biológico, social y cultural es lo que llevó a los autores a realizar esta investigación, enmarcada en la descripción y exploración del evento psicopatológico de la depresión severa y su relación con el consumo crónico de alcohol, para afirmar la existencia de una relación lineal positiva fuerte entre las variables. Lo que se conoce dentro de este contexto patológico de manera específica es que la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión, presentan que el consumo de cigarrillos está relacionado con síntomas depresivos en estudiantes adolescentes (Campo et al., 2007). En un estudio similar se indica la relación entre el consumo de alcohol y la

depresión, en donde demuestra que el 98.3% de los jóvenes que reportó consumir alcohol presentó algún nivel de depresión (Hernández, Cotaza y Lobo, 2013).

El síndrome depresivo es un estadio patológico que se caracteriza por alteraciones en la conducta del individuo, lo que desemboca en diversos episodios anormales dentro del accionar del ser humano, tales como ansiedad y baja autoestima. Esto puede provocar actitudes que alteran funciones orgánicas, como inapetencia, insomnio, adinamia; inclusive pueden provocar eventos autolíticos si estas alteraciones de conducta no son corregidas a tiempo (Arévalo, Arteaga, Aguilar y Elizondo, 2001). La depresión es una psicopatología que se acompaña de sintomatología patognomónica, la cual puede estar determinada por sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío, sentimientos de desesperanza y/o pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia, irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba. Incluso puede haber pérdida del interés en las relaciones sexuales, adinamia y falta de energía, dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones, insomnio, despertar muy temprano o dormir demasiado, comer excesivamente o perder el apetito, aparición de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento (Institutos Nacionales de la Salud, 2016).

El diagnóstico de depresión se fundamenta en los criterios diagnósticos generales para episodio depresivo según CIE10:

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual. (Universidad Complutense de Madrid, 2013)

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo, y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800.000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población en el mundo. Las cifras indican que un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en las Américas son alrededor de 63.000. Entre el 60% y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben. Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por

los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. El porcentaje del presupuesto sanitario destinado a salud mental en la región es inferior al 2% y de este, el 67% se gasta en los hospitales psiquiátricos. El 76,5% de los países de América Latina y el Caribe informaron que cuentan con un plan nacional de salud mental. En el Ecuador, durante el año 2016, según cifras del INEC hubo 1.219 suicidios (OMS, 2004).

Como ya se ha planteado antes, el alcoholismo puede generar depresión, y hasta suicidio. Es una enfermedad provocada por el excesivo consumo de alcohol etílico en volumen y frecuencia, lo que afecta la fisiología, provocando lesiones a nivel de los órganos del aparato digestivo, principalmente, y causando daños a nivel neurológico en primera instancia. Identificado como dependencia del consumo de alcohol, la identificación de dicha patología no solo se enmarca en el campo médico, sino también en el campo sociocultural, ya que el alcohol es una sustancia nociva a la que tiene acceso un gran porcentaje de la población sin importar edad, sexo, raza ni situación económica (Alvarado, 2004).

Más allá del contexto patológico que causa el consumo del alcohol, es necesario conocer que dentro de la sociedad la ingesta de alcohol está relacionada como un medio de integración y mejor forma de socialización, aspectos que en el conjunto de la comunidad detectan la ingestión de bebida como un patrón normal que crea armonía para relacionarse mejor con otras personas, y la no consideración de este como desviación social o tachar al individuo no bebedor como antipático. Inclusive, la negación y el rechazo a la práctica de ingesta de alcohol en situaciones emocionales positivas o negativas, es acusada como antisocial en varias sociedades, pues una vez establecida la conducta de bebedor social esta puede desembocar, como en muchos de los casos, en el estadio patológico conocido como alcoholismo, en el que ya no solamente se encuentra inmerso el individuo, también abarca problemas en sus actividades académicas y/o laborales, llegando al extremo de la deserción o de la expulsión del mismo. Esto se debe al hecho de que el alcohol produce conductas anormales que transgreden las ordenanzas donde el individuo desempeña funciones académicas o laborales. Además, es necesario conocer que el alcoholismo es una enfermedad que aborda a todo el conjunto familiar, ya que el comportamiento del alcohólico desencadena en desórdenes del núcleo familiar, como violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer (Hernández D. 2003).

Los síntomas de la depresión en los alcohólicos se reducen, en gran medida, a las tres o cuatro semanas después de interrumpir el consumo de alcohol. El abuso del alcohol puede provocar depresión y aumentar la impulsividad; de manera que el mayor riesgo que presenta una persona deprimida luego de consumir alcohol es la conducta suicida, pues es más recurrente que la dependencia al alcohol venga de la depresión. Es así como, para establecer la terapéutica y el orden en teoría, es necesario atender primero la depresión y luego la dependencia al alcohol. Sin embargo, en la práctica todo cambia y se ha planteado que el abuso de alcohol, mientras se está deprimido, puede aumentar el riesgo de suicidio. Así que la teoría puede costar la vida de una persona, por lo mismo es más importante atender la dependencia al alcohol en primera instancia, y luego atender terapéutica y farmacológicamente los ciclos de depresión (Nathan, Wallace, Zweben y Horvath, 2018).

Para establecer la conducta de bebedor crónico de una persona, se siguen pautas clínicas fundamentadas en los criterios diagnósticos de trastorno por uso de alcohol. Esta persona mantiene un patrón problemático de uso de alcohol que clínicamente altera en forma significativa o produce estrés manifestado por, al menos dos, de los siguientes hechos, en un periodo de 12 meses:

- A menudo usa alcohol en una mayor cantidad o durante un periodo más largo del que la persona se había propuesto.
- Deseo persistente de usar alcohol o uno o más intentos fracasados por reducir el consumo o controlarlo.
- Usa una cantidad significativa de tiempo destinada a actividades relacionadas con conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- Craving o fuerte deseo o urgencia por beber alcohol.
- Uso recurrente del alcohol resultando en falla de cumplir con obligaciones en el trabajo, colegio o en la casa.
- Continúa usando alcohol a pesar de presentar persistentes problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol.
- Importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas abandonadas o reducidas por el uso de alcohol.
- Uso recurrente de alcohol en situaciones físicamente peligrosas.
- Persistencia del consumo pese a conocer los riesgos que el alcohol produce en la propia salud física y/o psicológica.
- Tolerancia: marcada necesidad por aumentar la cantidad de alcohol consumida para conseguir embriaguez o el efecto deseado, o disminución del efecto al mantener la misma cantidad.
- Privación: el paciente presenta síntomas característicos de privación.
- Alcohol o sustancias cercanas (benzodiacepinas, etc.) son usadas para reducir o evitar los síntomas de privación (Seijas, 2014).

Según la OMS, el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad, lo cual representa el 3.2% (1.8 millones) de todas las muertes del mundo. América Latina fue la única región donde el alcohol tuvo el primer lugar como factor de riesgo. Su consumo en las Américas es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial. El valor promedio de consumo per cápita de alcohol, ponderado por población en las Américas es de 8.7 litros, lo cual está muy por encima de la media global de 6.2 litros de consumo per cápita. En el Ecuador, según el estudio de la OMS, cerca de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol. Este consumo, por edad registró que el 2.5% de la población entre 12 y 18 años consumen algún tipo de licor. De las 912.576 personas encuestadas mayores de 12 años, que afirmaron consumir alcohol, el 89.7% corresponden a hombres y el 10.3% a mujeres. Del total de los encuestados entre hombres y mujeres, el 41.8% consume alcohol semanalmente, mientras que el 79.2% de las personas prefieren solo tomarse una cerveza (OMS, 2004).

Metodología

Diseño

Para el desarrollo del presente estudio de nivel descriptivo, retrospectivo y transversal se

utilizó el método deductivo. La aplicación de los instrumentos de recolección de datos se efectuó por parte de los autores, que es el personal capacitado en el área de la salud, y por su afiliación y experiencia laboral y académica poseen habilidad en la planificación, gestión y dirección de proyectos en salud pública.

Población

Población: 128 personas que asisten a las reuniones de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos en la ciudad de Loja

Muestra: 60 personas que asisten a reuniones en los grupos de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos en la Ciudad de Loja.

Criterios de inclusión: personas que han asistido a los grupos de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos en la Ciudad de Loja durante los últimos 30 días, de manera continua.

Criterios de exclusión: personas que asisten a los grupos de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos en la Ciudad de Loja de manera irregular o que han asistido un periodo menor a 30 días.

Entorno

Área de estudio y localización: lugar de reunión de los grupos de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos, en la Ciudad de Loja.

Instrumentos de recolección de datos

Para obtener la información para el presente estudio, en primera instancia se aplicó la historia clínica, basándonos en los protocolos de pautas diagnósticas para establecer la existencia de psicopatologías en los individuos alcohólicos.

Escala de Hamilton: se aplica para diagnóstico de nivel de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido, en donde se debe determinar si en los últimos 15 o 30 días han presentado episodios depresivos de acuerdo con el siguiente rango:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23 (12). (Purriños, (s.f))

Test de AUDIT: aplicado para identificar a las personas con un patrón de consumo de alcohol de riesgo; ha sido diseñado particularmente para los clínicos y para una diversidad de recursos terapéuticos.

El Nivel de Riesgo Intervención Puntuación del AUDIT está dividido en 4 zonas.

- Zona I: Educación sobre el alcohol (0-7 puntos)
- Zona II: Consejo simple (8-15 puntos) 43
- Zona III: Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada (16-19 puntos)
- Zona IV: Derivación al especialista para diagnóstico y tratamiento (20-40 puntos) (Becoña & Cortez, 2010)

Para el proceso de recolección de datos directamente a las personas, se procedió a pedir el permiso respectivo a los miembros del Comité Provincial de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos en la Ciudad de Loja, así como también el consentimiento informado a cada una de las personas que se les aplicaron los test, guardando absoluta

reserva de sus identidades como precepto principal de A.A.

Análisis estadístico

Para el efecto, se utilizó el paquete estadístico de software MathLab, en el cual se ingresaron los datos y se sometieron a análisis con un nivel de significación del 5% y un intervalo de confianza del 95%, lo que permitió evidenciar en la variable de depresión, de acuerdo con el intervalo de confianza, que la mayoría de los individuos se encuentran en el rango de 2,72 a 3,5 de la escala, considerado como depresión severa. De la misma forma se empleó el Coeficiente de Correlación de Pearson para conocer el grado de asociación entre variables. Fue así como se analizaron los datos a través del software, obteniendo una correlación (r de Pearson) de 0,8384, lo que demuestra que la dependencia es positiva, de modo que las dos variables se relacionan de manera directamente proporcional.

Resultados

En primera instancia se clasificó a los individuos de acuerdo al grupo etario y género, encontrándose que el alcoholismo crónico se manifiesta en mayor número en varones adultos jóvenes (Tabla 1), es así que se realizó la historia clínica a cada individuo en donde se encontró que el 83,3% de individuos tiene rasgos clínicos psicopatológicos de los cuales el 78,3% se identificó como depresión seguido por ansiedad y tensión emocional (Tabla 2). Tomando en cuenta este importante dato se determinó dar a conocer cuál es el nivel de depresión en el que se encuentran los individuos en estudio por lo que posteriormente se aplicó la Escala de Hamilton para depresión con la cual se pudo demostrar que es un grupo de personas con depresión de las cuales el 72% mostraron un estadio de depresión muy severa (Tabla 3).

Tabla 1. Grupo etario y género

Género	Masculino	Femenino	Total
Grupo etario (años)			
Adolescencia (13 a19)	2	0	2
Primera adultez (20 a 29)	5	2	7
Adulto joven (30 a 44)	21	9	30
Aduldez media (45 a 59)	13	5	18
Aduldez mayor (60 a 74)	3	0	3
Senectud (más de 74)	0	0	0
Total	44	16	60

Fuente: Instrumento aplicado

Elaborado por: Los autores

Tabla 2. Personas a las que se aplicó la historia clínica para patologías psiquiátricas.

Depresión	Ansiedad	Tensión Emocional	Ninguno	Total
47	2	1	10	60
78,33%	3,33%	1,67%	16,67%	100%

Fuente: Instrumento aplicado

Elaborado por: Los autores

Tabla 3. Personas a las que se aplicó la Escala de Hamilton para nivel de depresión.

Nivel de depresión	Nro. de personas	%
No deprimido	10	17%
Depresión ligera	2	3%
Depresión moderada	2	3%
Depresión severa	3	5%
Depresión muy severa	43	72%
Total	60	100%

Fuente: Instrumento aplicado

Elaborado por: Los autores

En torno a la dependencia de consumo de alcohol a través de la aplicación del Test de AUDIT, se encuentra que el 25% son individuos no dependientes de consumo de alcohol, el 75% corresponde a las Zonas de riesgo II, III, y IV que son los individuos con dependencia de consumo de alcohol con niveles de gravedad, siendo el 57% (Zona IV) el porcentaje más alto de individuos con alto riesgo de dependencia de consumo de alcohol y que requieren intervención especializada (Tabla 4).

Tabla 4. Personas a las que se aplicó el Test de AUDIT para nivel de dependencia de consumo de alcohol.

Nivel de dependencia de consumo de alcohol	Nro. de personas	%
Educación sobre el alcohol	15	25%
Consejo simple	8	13%
Consejo simple más terapia breve y monitorización continua	3	5%
Derivación al especialista	34	57%
Total	60	100%

Fuente: Instrumento aplicado

Elaborado por: Los autores

Dentro del estudio de la patología depresiva en la presente investigación se procedió a desglosar cada uno de los ítems de la escala de Hamilton para depresión, con el fin de conocer frente a qué tendencia depresiva se está. El resultado es la evidencia de un fenómeno importante, el cual refleja que el 88,3% de individuos alcohólicos con depresión muy severa, obtuvo un puntaje alto en el ítem que interroga la existencia de ideación autolítica (Tabla 5).

Tabla 5. Ítems de la Escala de Hamilton con mayor puntaje.

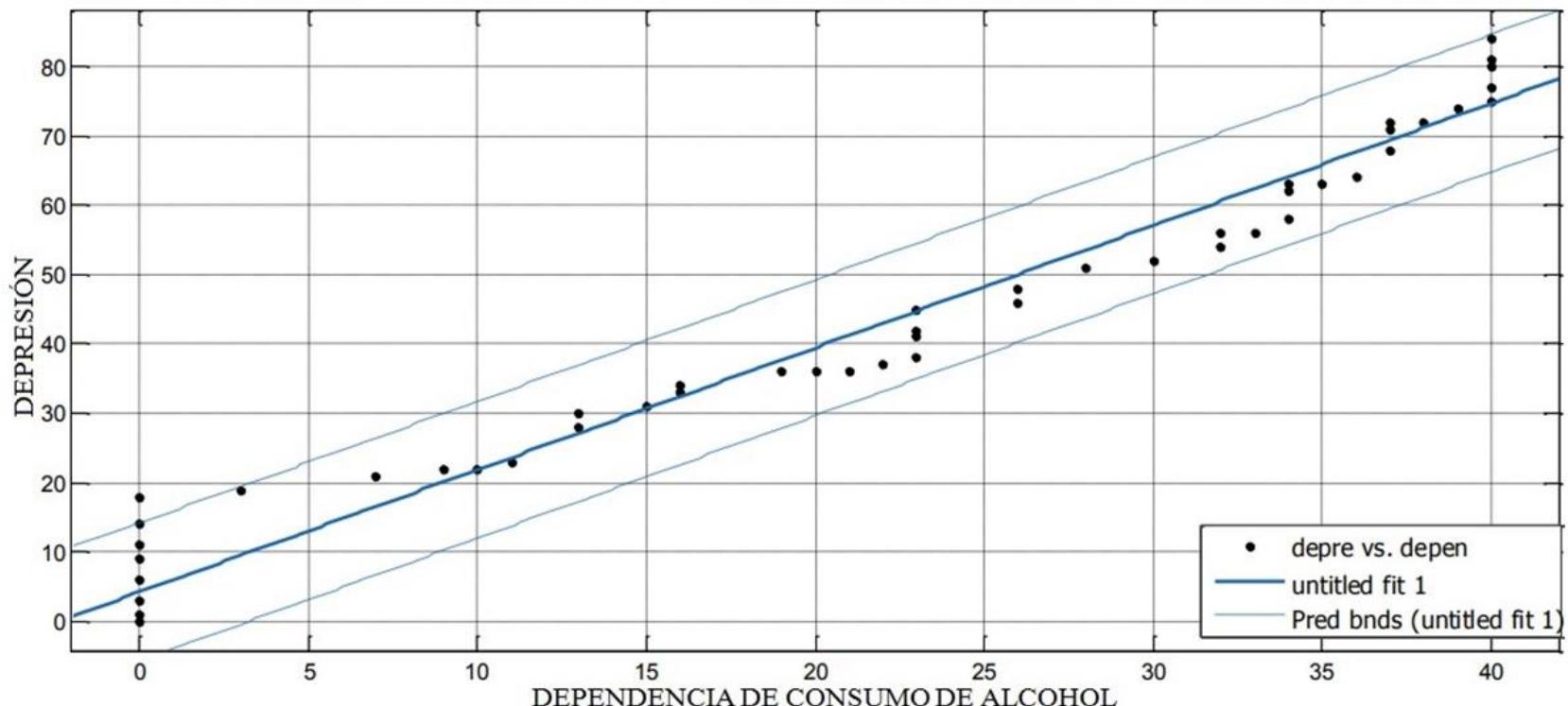
Ítems de la Escala de Hamilton	Nro. de personas	%
Ideación autolítica	53	88,3%
Hipocondría	52	86,6%
Insomnio tardío	52	86,6%
Dolores generalizados	52	86,6%
Síntomas somáticos psíquicos	52	86,6%
Agitación psicomotora	51	85,0%
Inapetencia	51	85,0%
Síntomas somáticos diurnos/nocturnos	51	85,0%
Falta de concentración	50	83, 3%
Insomnio intermedio	50	83, 3%
Tristeza	49	81,6%
Insomnio precoz	49	81, 6%
Culpabilidad	48	80,0%
Adinamia	48	80,0%
Irritabilidad	48	80,0%
Síntomas somáticos generales	48	80,0%
Confusión y debilidad	48	80,0%
Ideaciones subjetivas	46	76, 6%
Paranoia	46	76, 6%
Inapetencia sexual	30	50,0%
Pérdida de peso	28	46,6%

Fuente: Instrumento aplicado

Elaborado por: Los autores

Una vez determinado que las personas en estudio padecen de depresión severa y un alto nivel de dependencia de consumo de alcohol, se realizó un análisis del Coeficiente de Correlación de Pearson que resultó de 0,8384, siendo una correlación directa.

Figura 1: Correlación entre las variables depresión y dependencia de consumo de alcohol



Fuente: Instrumento aplicado

Elaborado por: Los autores

Discusión

Lo planteado en el estudio de Gómez, Gutiérrez y Londoño (2013), realizado en pacientes adolescentes, es que el rango de sus edades comprendió los 12 a 17 años, a los que les aplicó el cuestionario CDS para depresión y el DUSI -R abreviado para determinar el consumo de sustancias psicoactivas y de los resultados obtenidos. Se estableció que hay una correlación positiva entre las dos variables, lo que coincide con la investigación de Campo y colaboradores (2007), que menciona que la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica fue 39,5% y la prevalencia de consumo abusivo de alcohol fue 5,7%. En este sentido se encontró una asociación entre síntomas depresivos con consumo abusivo de alcohol.

Una vez establecidos los lineamientos de depresión, consumo de alcohol e ideación autolítica dentro de esta investigación, es irrefutable la teoría de que el nivel de depresión y el consumo de alcohol tienen gran probabilidad de desembocar en eventos de autodestrucción, e incluso eventos autolíticos, coincidiendo con la investigación de Wagner, González, Sánchez, García y Gallo (2012), en donde señalan que los trastornos depresivos también han sido vinculados con la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio, aunque poco se conoce acerca de su peso específico en comparación con otros factores. Estudios similares realizados en poblaciones que mantienen al patrón de depresión y consumo de sustancias psicoactivas aportan información sumamente valiosa, no solo para la atención del suicidio, sino también para obtener un entendimiento más completo de los trastornos depresivos, en donde destaca que más del 40% de las personas con un intento de suicidio padecían algún trastorno de ansiedad, el 28% tenía algún trastorno de control de los impulsos, el 18.6% tenía algún trastorno depresivo y el 16% tenía algún trastorno por uso y adicción a sustancias, principalmente alcohol.

En un estudio similar realizado por Llusco y Vargas (2013), se señala que el estado de depresión en una persona con altos niveles de alcoholemia pueden llevar a un desenlace fatal, donde los intentos de suicidio son frecuentes, sobre todo cuando se encuentran en fases depresivas por el uso de alcohol, o cuando racionalizan que esta enfermedad ha transformado su entorno familiar y social, coincidiendo con el presente estudio específicamente en el ítem del test de Hamilton donde textualmente indica: “Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida”, en donde existen puntajes altos deducibles como ideación autolítica en los individuos.

Conclusiones

El alcoholismo y la depresión son eventos patológicos dinámicos con sinergismo en torno a su proceso de curación y cronicidad, ya que mantienen una relación directamente proporcional. La psicopatología que se presentó con mayor frecuencia en los individuos alcohólicos es la depresión, de los cuales un gran porcentaje presenta depresión muy severa acompañada de un alto nivel de dependencia de consumo de alcohol, requiriendo ser tratados con terapia multidisciplinaria, abordando la depresión y el alcoholismo de manera integral, donde se incluye el entorno familiar y social del individuo, tomando como punto cardinal de la terapéutica curativa el tratamiento de la depresión, a partir de los resultados que arrojaron que la principal aseveración de depresión severa relacionada con alcoholismo crónico fue la ideación autolítica.

Referencias

- Alvarado, S. (2004). *Adicciones*. Obtenido de Adicciones: <http://www.adicciones.org/index.html>
- Arévalo, A., Arteaga, H., Aguilar, M., & Elizondo, G. (2001). Alcoholismo. *Revista Paceá de Medicina Familiar*, 71, 72.
- Becoña, E., & Cortéz, M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. En E. Becoña, & C. Maité. (pág. 125). Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.
- Campo, A., Dallos, C., González, S., Rodríguez, D., Sánchez, Z., & Martínez, L. (2007). Consumo de cigarrillo y síntomas depresivos en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Sociedad Argentina de Pediatría*, 13, 14. Obtenido de Scielo: https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2007/arch07_1/v105n1a04.pdf
- Gómez, D., Gutiérrez, M., & Londoño, S. (27 de Febrero de 2013). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a05.pdf>
- Hernández, B., Cotaza, L., & Lobo da Costa, M. (24 de Enero de 2013). *Scielo*. Obtenido de Scielo: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000300006&lng=pt&nrm=iso&tlang=es
- Hernández, D. (2003). La influencia del alcohol en la sociedad. *Euskomedia*, 182, 183, 184.
- INEC. (Diciembre de 2016). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografía/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf
- Institutos Nacionales de la Salud. (Diciembre de 2016). *National Institute of Mental Health*. Obtenido de National Institute of Mental Health: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp/index.shtml>
- Llusco, H., & Vargas, T. (2013). *Revistas Bolivianas*. Obtenido de Revistas Bolivianas: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v35/v35_a09.pdf
- Nathan, P., Wallace, J., Zweben, J., & Horvath, T. (2018). *American Psychological Association*. Obtenido de American Psychological Association: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol>
- OMS. (8 de Septiembre de 2004). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Purriños, H. M. ((s.f.)). *ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS)*. Obtenido de ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS): <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
- Seijas, D. (2014). Adicciones y depresión en la salud del hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 80 - 83.
- Universidad Complutense de Madrid. (20 de Octubre de 2013). *Guía de Referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empírico*. Obtenido de Guía de Referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empírico: <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/trastornos/DEPRESION/cie.php>
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C., & Gallo, J. (Febrero de 2012). *Scielo*.

Obtenido de Scielo:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002