



**Universidad Autónoma de  
San Luis Potosí  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Salud Pública**



**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL EN  
ESTUDIANTES DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE UNA  
UNIVERSIDAD PÚBLICA**

**Tesis**

**Para obtener el Grado de Maestra en Salud Pública**

**PRESENTA:**

**LSP. BÁRBARA MEDINA GUTIÉRREZ**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**MEGP. Gustavo Ibarra Hurtado**



**Universidad Autónoma de  
San Luis Potosí  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Salud Pública**



**Sintomatología depresiva asociada al consumo de alcohol en estudiantes del  
Centro de Ciencias de la Salud de una universidad pública**

**Tesis**

Para obtener el Grado de Maestra en Salud Pública

**Presenta:**

LSP. Bárbara Medina Gutiérrez

**Director de Tesis:**

Una firma manuscrita en tinta azul que parece ser "Gustavo Ibarra Hurtado".

---

MEGP. Gustavo Ibarra Hurtado



**Universidad Autónoma de  
San Luis Potosí  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Salud Pública**



**Sintomatología depresiva asociada al consumo de alcohol en estudiantes del  
Centro de Ciencias de la Salud de una universidad pública**

**Tesis**

Para obtener el Grado de Maestra en Salud Pública

**Presenta:**

LSP. Bárbara Medina Gutiérrez

**Sinodales**

MEGP. Gustavo Ibarra Hurtado

Firma

ME. Ma. Lourdes Hernández  
Blanco

Firma

MSP. Ma. Guadalupe Guerrero  
Rosales

Firma

San Luis potosí, S.L.P.

Septiembre 2014

## RESUMEN

**Objetivo:** Asociar la sintomatología depresiva y el consumo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud de una universidad pública.

**Metodología:** Estudio transversal con una muestra de 359 estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud, calculada con la fórmula para poblaciones finitas, y seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional a la cantidad de alumnos por carrera. Se les aplicó la Escala de Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Los datos obtenidos fueron procesados y analizados en el programa estadístico SPSS versión 20, mediante frecuencias simples y porcentajes, chi- cuadrada.

**Resultados:** No encontró asociación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en los estudiantes, sin embargo, en las mujeres y alumnos (as) de Enfermería se identificó asociación entre ambos trastornos. **Conclusión:** Los resultados obtenidos dan la pauta para futuras investigaciones donde se incluyan otras variables que pudieran ayudar a explicar cómo se comportan estos trastornos en los jóvenes universitarios, tomando en cuenta las características propias de cada carrera y la perspectiva de género.

Palabras clave: sintomatología depresiva, consumo de alcohol, estudiantes universitarios.

## ABSTRACT

**Objective:** Associate depressive symptomatology and alcohol consumption among students of the Center for Health Sciences at a public university. **Methods:** Cross-sectional study with a sample of 359 students of the Center for Health Sciences, calculated with the formula for finite populations, and selected through a stratified random sampling with proportional to the number of students by race allocation. Were administered the Scale Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) questionnaire and identification disorders due to alcohol consumption (AUDIT). The data were processed and analyzed in SPSS version 20, using simple frequencies and percentages, chi-square and binary logistic regression. **Results:** No association found between depressive symptoms and binge drinking among students, however, women and children (as) Nursing association between the two conditions was identified. **Conclusion:** Our results provide the pattern for future research where other variables that could help explain how these disorders behave included university students, taking into account the specific characteristics of each race and gender.

Keywords: depressive symptoms, alcohol use, college students.

## ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Abstract	ii
Índice	iii
Índice de tablas	iv
Índice de gráficas	vi
INTRODUCCIÓN	
I. JUSTIFICACIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Depresión	7
2.2. Consumo de alcohol	26
2.3. Depresión y Consumo de alcohol	41
III. HIPÓTESIS	46
IV. OBJETIVOS	47
V. METODOLOGÍA	48
VI. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES	55
VII. RESULTADOS	57
VIII. DISCUSIÓN	79
IX. CONCLUSIONES	83
X. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES	84
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	85
XII. ANEXOS	96

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Página
1	Definición de variables dependiente e independiente.	50
2	VARIABLES sociodemográficas y académicas de los estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	57
3	Distribución porcentual de los síntomas de afecto negativo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	66
4	Distribución porcentual de los síntomas de afecto positivo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	66
5	Distribución porcentual de los síntomas en las relaciones interpersonales en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	67
6	Distribución porcentual de los síntomas de actividad física retardada y somatización en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	67
7	Tabla de contingencia de los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	78
8	$\chi^2$ de independencia para la medición de la asociación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	78
9	Tabla de contingencia de los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en mujeres estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	79
10	$\chi^2$ de independencia para la medición de la asociación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en mujeres estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	79
11	Tabla de contingencia de los síntomas depresivos y el consumo	80

excesivo de alcohol en estudiantes de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud.

12 Chi<sup>2</sup> de independencia para la medición de la asociación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en estudiantes De Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud. 80

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica		Página
1	Distribución porcentual de la presencia de síntomas depresivos en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	59
2	Distribución porcentual de los síntomas depresivos por sexo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	60
3	Distribución porcentual de los síntomas depresivos por carrera en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	60
4	Distribución porcentual de la severidad de los síntomas depresivos en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	61
5	Distribución porcentual de la severidad de los síntomas depresivos por sexo en alumnos del Centro de Ciencias de la Salud.	62
6	Distribución porcentual de la severidad de los síntomas depresivos por carrera en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	63
7	Distribución porcentual del consumo excesivo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	64
8	Distribución porcentual del consumo excesivo de alcohol por sexo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	64
9	Distribución porcentual del consumo excesivo de alcohol por Carrera en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	65
10	Distribución porcentual del nivel de consumo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	66
11	Distribución porcentual del nivel de consumo de alcohol por Sexo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	66
12	Distribución porcentual del nivel de consumo de alcohol por Carrera en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.	67

## INTRODUCCIÓN

La salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. <sup>(1)</sup>

Un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales. <sup>(2)</sup>

La depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, el retraso mental, el autismo en la infancia y la demencia son ejemplos de trastornos mentales. <sup>(2)</sup>

La depresión se caracteriza por una tristeza y una pérdida de interés constantes, que se acompañan de síntomas psíquicos, comportamentales y físicos, y a nivel mundial está clasificada como la causa más importante de discapacidad,<sup>(3)</sup> y 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. <sup>(4)</sup>

El consumo de sustancias, específicamente hablando del alcohol, es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Causa 2,5 millones de muertes cada año, y daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. <sup>(5)</sup>

Los pacientes con alguna alteración mental tienen un riesgo aumentado de desarrollar drogodependencias, detectándose una mayor prevalencia de

alcoholismo y otras drogodependencias, entre los pacientes esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos, comparados a la población general. <sup>(6)</sup>

Existen grupos de personas que son más vulnerables, entre ellos se encuentran los adolescentes y jóvenes, en quienes aparecen otras formas de conducta y se expresan como problemas de relaciones familiares, sexuales, escolares, de trabajo; muchas veces se canalizan hacia hábitos inadecuados como las adicciones. <sup>(7)</sup>

El contexto universitario puede desempeñar un rol en la generación de salud o enfermedad de sus estudiantes, imponiendo tareas, exigencias y desafíos propios de un sistema educativo muy diferente, sería entonces esperable la emergencia de mayores problemas de salud y/o trastornos mentales en universitarios. <sup>(8)</sup>

Los estudiantes de las áreas biomédicas pueden ser considerados una población de alto riesgo para éste problema ya que reúnen una serie de características sociodemográficas identificadas como factores de riesgo para el consumo: generalmente se encuentran entre los 20 y los 29 años, son estudiantes de nivel superior, viven en área urbana y desempeñan labores estresantes en el área clínico-asistencial. <sup>(9)</sup>

Debido a ello, se realizó el presente estudio de tipo analítico y alcance relacional, para conocer asociación entre la sintomatología depresiva y el de consumo de alcohol en estudiantes de una universidad pública pertenecientes al área de Ciencias de la Salud; para lo cual se utilizaron la Escala de Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test o AUDIT) recomendada por la OMS.

Lo anterior con la finalidad de sustentar la generación de programas dirigidos a la población escolar universitaria, que promuevan las acciones de prevención, detección, tratamiento y rehabilitación pertinentes, para ayudar a la población estudiantil a evitar y/o combatir la aparición de dichos trastornos.

## I. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental se define como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”,<sup>(1)</sup> que está relacionada con una amplia gama de actividades, tales como, la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas por algún trastorno.<sup>(10)</sup>

Un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales.<sup>(2)</sup>

Los trastornos mentales figuran entre los factores de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, dando lugar a traumatismos no intencionales o intencionales, tales como suicidios, homicidios, accidentes de vehículo de motor, entre otros.<sup>(11)</sup>

La depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, el retraso mental, el autismo en la infancia y la demencia son ejemplos de trastornos mentales.<sup>(2)</sup>

### **Depresión**

La depresión se caracteriza por una tristeza y una pérdida de interés constantes, que se acompañan de síntomas psíquicos, comportamentales y físicos, y a nivel mundial está clasificada como la causa más importante de discapacidad<sup>(3)</sup>

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas,<sup>(4)</sup> y se conoce que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este

número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés.<sup>(12)</sup> 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.<sup>(4)</sup>

En México, la depresión es la primera causa de atención psiquiátrica, y según la encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica (ENEP),<sup>(13)</sup> señala que una de cada cinco personas presenta al menos un trastorno mental en su vida, 13.9% de los encuestados refirió haber padecido algún trastorno mental durante el año previo a la encuesta; además se identificó que los días de actividad perdidos por depresión son 2.5 veces más que los días de actividad perdidos por enfermedades crónicas; así mismo, los trastornos afectivos son más frecuentes en mujeres, mientras que los trastornos por abuso de sustancias son más frecuentes en hombres.<sup>(13)</sup>

En el país, la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis, ya que las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas.<sup>(14)</sup> Además, las personas con depresión presentan mayores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias,<sup>(15)</sup> además presenta una alta comorbilidad con otras patologías mentales, como los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias adictivas.<sup>(16)</sup>

## **Consumo de Alcohol**

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Causa 2,5 millones de

muerdes cada año, y daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. <sup>(5)</sup>

El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa; además, está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores y el absentismo laboral. <sup>(5)</sup>

En México el consumo de alcohol es presentado en tres prevalencias de consumo, por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2011) <sup>(17)</sup>, en la cual se identificó un incremento significativo desde el año 2002 al 2011, ya que la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3% , la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que pasó de 19.2% a 31.6%, en la población general de 12 a 65 años de edad. <sup>(17)</sup>

La prevalencia mayor en el consumo de alcohol corresponde a los hombres (21.4%), en tanto que 13.9% de las mujeres ha consumido alcohol, <sup>(18)</sup> sin embargo, estas cifras también muestran un incremento para ambos géneros, ya que la prevalencia alguna vez en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%, entre el 2002 al 2011. <sup>(17)</sup>

En el grupo de 20 a 29 años, 60% de los hombres consumen bebidas alcohólicas, al menos una vez al mes, cinco o más copas, mientras que poco más de 20% de las mujeres refieren el mismo consumo. <sup>(18)</sup>

La forma de consumo de alcohol típica en la población mexicana es de grandes cantidades (5 copas o más para hombres y 4 copas o más para mujeres) por ocasión de consumo. <sup>(17)</sup> Casi 27 millones (26 millones 828 mil 893) de personas de entre 12 y 65 años beben con este patrón; indicando que aunque no beben con

regularidad (entre menos de una vez al mes) cuando lo hacen, ingieren grandes cantidades, sin embargo se identificó un aumento significativo en el patrón de consumo de dependencia (4.1% a 6.2%) entre los años 2002 al 2011, en hombres de 8.3% a 10.8%, y triplicándose en las mujeres (0.6% a 1.8%): <sup>(17)</sup> lo que evidentemente genera inmediatos riesgos para su salud, su seguridad y la de otros. <sup>(19)</sup>

El 12.6% de los adultos de Aguascalientes (24.5% de los hombres, 2.8% de las mujeres) reportó haber consumido cinco copas o más en una sola ocasión al menos una vez en el mes, lo que se ha definido como evento de intoxicación con alcohol y refleja un hábito alcohólico intenso. <sup>(20)</sup>

Según la Encuesta Nacional de Adicciones, en Aguascalientes, el 55.5% del total de la población estudiantil había consumido alcohol alguna vez en la vida y por sexo el 62.5% de los hombres y el 48.4% de las mujeres. <sup>(20)</sup>

Todas las cifras mencionadas, muestran la magnitud de los problemas de manera separada, cabe mencionar que se encuentran estrechamente relacionados, ya que los trastornos mentales usualmente preceden a los del abuso de sustancias, señalando que: 1) entre el principio de la patología mental y el de un trastorno por el uso de sustancias hay un intervalo, en promedio, de 5 años; 2) la aparición de trastornos psiquiátricos predice que se inicie el abuso de sustancias y, 3) las personas cuyos trastornos mentales se inician durante la infancia y la adolescencia corren un mayor riesgo de usarlas. <sup>(21)</sup>

En los años recientes, se ha prestado atención a la comorbilidad que hay entre el uso y abuso de sustancias, y los trastornos psiquiátricos; debido a que a lo largo de la vida esta comorbilidad tiende a ser crónica en ambos tipos de trastornos, las personas afectadas muestran mayor deterioro y riesgo suicida; además de que se puede prevenir el desarrollo de la comorbilidad entre las personas que presenten solo trastornos mentales o por el uso de sustancias. <sup>(21)</sup>

Los pacientes con alguna alteración mental tienen un riesgo aumentado de desarrollar drogodependencias, detectándose una mayor prevalencia de alcoholismo y otras drogodependencias, entre los pacientes esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos, comparados a la población general. <sup>(6)</sup>

Existen grupos de personas que son más vulnerables, entre ellos se encuentran los adolescentes y jóvenes, en quienes aparecen otras formas de conducta y se expresan como problemas de relaciones familiares, sexuales, escolares, de trabajo; muchas veces se canalizan hacia hábitos inadecuados como las adicciones. <sup>(7)</sup>

Si adicionamos a esto, a que el joven universitario se encuentra en una etapa del ciclo vital compleja, asociada a la resolución de tareas no comparables con otras épocas de la vida, en que la conjunción de características individuales y contextuales pueden facilitar estas conductas de riesgo; aunado a que el contexto universitario puede desempeñar un rol en la generación de salud o enfermedad de sus estudiantes, imponiendo tareas, exigencias y desafíos propios de un sistema educativo muy diferente, sería entonces esperable la emergencia de mayores problemas de salud y/o trastornos mentales en universitarios,<sup>(8)</sup> de los cuales, la depresión es uno de los trastornos que se presenta más comúnmente en esta población.

La depresión es mayor en la población estudiantil que en la general, y que en ese primer grupo predominan las mujeres y los estudiantes de licenciaturas “difíciles”; <sup>(7)</sup> además, repercute en el desarrollo profesional y académico. Se asocia a deshonestidad académica, elevado cinismo, disminución de actitudes humanitarias y el abuso de sustancias como el alcohol. <sup>(22)</sup>

Esta comorbilidad entre depresión, consumo de alcohol distorsiona el cuadro diagnóstico, interfiere con el cumplimiento del tratamiento y aumenta el riesgo de conducta suicida o violenta en los estudiantes. <sup>(22)</sup> por lo que es posible que la presencia de dichos trastornos, siga siendo aún, un gran problema de salud a nivel social, ya que no solo afecta al individuo que los padece, sino, a su familia, amigos, la institución educativa a la que pertenece, además de los costos directos, que involucran alguna intervención, y los costos indirectos o intangibles (dolor, sufrimiento, incertidumbre). <sup>(23)</sup>

Debido a ello, se realizó el presente estudio para identificar la asociación existente entre los síntomas depresivos y el consumo de alcohol; para de este modo, sustentar la priorización de dicho problema dentro de las políticas públicas de salud y de la comunidad universitaria, que deriven en la formulación de programas de prevención y tratamiento para estos trastornos, tomando en cuenta las determinantes sociales y escolares que caracterizan a esta población.

Con base en la anterior problemática surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre la sintomatología depresiva y el consumo de alcohol en Estudiantes del área de Ciencias de la Salud de una universidad pública?

## II. MARCO TEORICO

### 2.1. DEPRESION

#### Antecedentes

La semiología de los trastornos afectivos siempre ha sido considerada el “pariente pobre” de la psicopatología descriptiva, y, en consecuencia, durante el siglo XIX no tuvo el mismo desarrollo ni alcanzó la misma riqueza descriptiva de la psicopatología de la percepción o el pensamiento. <sup>(24)</sup> Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XIX creció el interés por la afectividad, como demuestran los trabajos de Brentano, Janet y Freud. La “naturaleza elusiva de los sentimientos” dificulta la definición de los componentes vivenciales y conductuales de términos como “sentimientos”, “emociones”, “pasiones”, “humor”, “afecto”. Los esfuerzos realizados para denominar estos fenómenos crearon un “palimpsesto terminológico” formado por una colección de términos clásicos redefinidos (manía, melancolía o distimia). <sup>(24)</sup>

Si vamos aún más atrás en el tiempo, En la antigua Mesopotamia existen textos médicos donde se describen actitudes depresivas donde un individuo llora constantemente, expresando de muy distintas maneras su deseo de no vivir más, de buscar la muerte, como puede ser, por ejemplo, el no comer o, finalmente, la tristeza rumiante del depresivo. Para el tratamiento de estos casos usaban algunas plantas, como por ejemplo la llamada “azallû”, el dato interesante consiste en que esta planta ha sido filológicamente identificada con el 'haschich', es decir un estupefaciente con notorias cualidades obnubilatorias del sensorio y por ende disolutorio de tensiones y angustias. Cabe mencionar que en esos tiempos, la melancolía no era considerada como enfermedad pero este estado, y según Sorano, el príncipe de los médicos (médico romano) se evidenciaba más frecuentemente en la senilidad; <sup>(25)</sup> aunque, Areteo de Capadocia, fundador de la

doctrina ecléctica, sostenía la idea de que la melancolía aparecía en la juventud; mientras que Celso, llamado el Hipócrates latino, expresaba que la melancolía era más frecuente en los varones, sobre todo en la edad madura, y rara en la mujer.<sup>(25)</sup>

La melancolía es conocida desde la antigüedad, y ha sido escrito en diversos escritos, tales como el de Homero al narrar la poca fortuna de Belerofonte, "blanco del odio de los dioses"(...), "con el corazón devorado por la pena y esquivando las huellas de los hombres", le dio carta de ciudadanía en el canto VI de la *Ilíada*.<sup>(25)</sup> En el *Corpus Hippocraticum*, por ejemplo, "Se describen los distintos tipos constitucionales, el tipo flemático o pituitoso, el bilioso, el sanguíneo y el melancólico o atrabiliario. El término atrabiliario deriva de *atrabilis* (del latín *atra*: negro), o sea la bilis negra, aunque en los diccionarios modernos la definan como "La cólera negra y acre". Hipócrates define a la melancolía como un temor o distimia que se prolonga durante largo tiempo y que, supuestamente, se debe a la alteración del cerebro por la bilis negra, uno de los humores determinantes del temperamento y de la salud."<sup>(25)</sup>

Los rasgos fundamentales de esta descripción clínica eran los siguientes: la melancolía era una forma de locura crónica, no febril, en la que el paciente se mostraba anormalmente temeroso, triste, cansado de la vida, misántropo y que con frecuencia se acompañaba de alguna idea delirante circunscrita.<sup>(26)</sup> Los hipocráticos describieron también síntomas de perturbaciones gastrointestinales asociados y, de entre ellos, progresivamente, se destacó el estreñimiento. También se mencionaban, de forma menos constante, las ideas suicidas y el riesgo de suicidio.<sup>(26)</sup>

De los rasgos característicos básicos de la melancolía clásica, se fue desgajando una categoría independiente. El conjunto de síntomas conocido como hipocondríaco (la flatulencia, problemas digestivos, diversos dolores y molestias

asociados a ellos) tomó cada vez mayor independencia frente a los cuadros donde predominaba el ánimo triste o el miedo. Así, según un esquema ya sugerido por Rufo de Efeso y retomado por Galeno, las melancolías eran tres, a saber: melancolía flatulenta, melancolía gaseosa y melancolía hipocondría. Esta distinción se mantuvo al menos hasta el siglo XVII.<sup>(26)</sup>

En la era medieval, el médico se encontraba tironeado por la influencia religiosa por un lado y el sentimiento práctico que le llegaba de los médicos o de las numerosas escuelas médicas de la antigüedad, y estaba en boga, entre los siglos IX y XV, una aseveración que aconsejaba a los médicos: "Nunca, a sabiendas, tengas trato con alguien que esté a punto de morir o padezca de un mal incurable", lo que generó que durante el medievo los dementes, muchos de los cuales tendrían evidentes signos de depresión, deambulaban, vagando, por los campos y las ciudades y eran objeto de burlas y agresiones: encadenados a postes durante el día, se los aislaba en oscuras y húmedas celdas en la noche o durante la mayor parte del año.<sup>(25)</sup>

Fue durante esa época también que se crearon hospitales especiales, donde se internaban a los "Dementes"; por otro lado, el Papado, a través de obispos e inquisidores, condenaba a la hoguera a los dementes y a los neuróticos, mientras que, a los que se les tenía "Piedad", y con la finalidad eliminar a los demonios: se los azotaba, se les administraba purgantes drásticos, se los sometía a ayuno total, mientras el conjuro y el exorcismo ponían un tétrico fondo a estos suplicios, ya que en esa época se les atribuían las enfermedades a los demonios.<sup>(25)</sup>

En el Renacimiento, Paracelso rechaza la idea general de que las enfermedades mentales eran provocadas por espíritus o demonios y declara que su origen no era espiritual. Mientras que Robert Burton, en 1621, en su libro titulado *The Anatomy of Melancholy*, señalaba que la baja condición social y la poca actividad eran

causas de melancolía que se acentuaba con el paso del tiempo, como resultado de la acción de la bilis negra sobre el cuerpo, en particular sobre el cerebro. <sup>(25)</sup>

En la Era Moderna, surge el libro de Nicholas Robinson (1697-1775) *titulado A New System of the Spleen, Vapours, and Hypochondriac Melancholy* (1729), retoma la clasificación de los temperamentos en sanguíneo, pletórico, colérico y melancólico. <sup>(25)</sup> William Cullen (1712-1790) de Edimburgo, escribe sobre la depresión aunque no se ocupa de los tipos de la misma, tal como la que ocurre en los ancianos. Anne Charles Lorry, un alienista de la segunda mitad del siglo XVIII, que publicó una obra titulada *Melancolía y las enfermedades melancólicas*, sostenía que era consecuencia de un temperamento especial, de una base nerviosa congénita: se nace melancólico, no se vuelve melancólico. <sup>(25)</sup>

A inicios del siglo XIX existe la creencia de que la pasión, emociones fuertes como el amor, el odio, la ambición o los celos, precipitan cuadros melancólicos, generando que Jean Etienne Esquirol (1772-1840) remplazará el concepto de la melancolía por la lipemania (concepciones delirantes con fondo de tristeza) y la monomanía (donde indicaban perfectamente el delirio sobre un objeto pero donde dominaba una base de alegría) <sup>(25)</sup>. Paralelamente, los estudios clínicos continúan y se separan la melancolía de otras formas particulares como la hipocondría, a la que Falret, Morel y Guislain describen como enfermedad mental particular. <sup>(25)</sup>

La psiquiatría alemana contó con dos grandes representantes: W. Griessinger (1817-1869), iniciador de la neuropsiquiatría, y E. Kraepelin (1856-1926). <sup>(25)</sup> El primero de ellos observó que en el anciano depresivo las facultades mentales claudican solamente en los casos severos; en los leves retornan cuando el paciente mejora. <sup>(25)</sup> Kraepelin sostenía que la melancolía era una temprana etapa de la demencia senil, aunque ponía en dudas que una severa depresión degenerara en demencia; <sup>(25)</sup> y entre 1909 y 1915, Kraepelin describe cuatro grandes formas de PMD: a) los estados maníacos, b) los “estados fundamentales

del humor”, emergentes entre los accesos maníacos y depresivos, c) los estados depresivos o melancólicos y d) los estados mixtos. <sup>(26)</sup>

Los estudios de Harnilton (1959) y de Roth (1972) le confirieron a la depresión una estructura bimodal: a nivel neurótico y a nivel psicótico. <sup>(25)</sup> Por esa misma época, Leonhard (1959), Perris (1966) y Angst (1969) desdoblaron a las depresiones endógenas de Kraepelin en unipoles y bipolares. <sup>(25)</sup>

En 1972, Feighner et al. establecieron una clasificación entre primarias y secundarias. Ese primer intento de identificar comorbilidades que propendían a la depresión permitió, posteriormente, separar las que ocasionaban la hipocolesterolemia en los ancianos, con elevado grado de suicidios, y la más frecuente que causa la anemia. <sup>(25)</sup>

Un cambio importante introduciría una nueva clasificación, el DSM III, la cual divide a las depresiones en dos tipos fundamentales: perturbaciones afectivas depresivas (unipolares o bipolares) y alteraciones de adaptación (cuadros de estrés psicosocial). <sup>(25)</sup> Sin embargo, los cuadros “mixtos” (de ansiedad y depresión) o los cuadros donde intervengan factores de personalidad o aquellos donde se han propuestos mecanismos “neuróticos” en su génesis, constituyen una de los principales áreas de debate respecto de los límites y relaciones de los trastornos afectivos. En ninguna de las dos clasificaciones internacionales actuales (DSM-IV o CIE-10), se encuentra un diagnóstico posible de “depresión neurótica”. Sin embargo, en ambas nos encontramos con el diagnóstico de distimia, cuadro que, a la hora de conceptualizarse, presenta algunas diferencias. <sup>(26)</sup>

## **Definición de depresión**

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica. <sup>(12) (13) (27)</sup>

## **Clasificación**

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV por sus siglas en inglés) establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas. <sup>(28)</sup> No todas las personas que padecen depresión experimentan todos los síntomas, algunos solo padecen unos pocos. La gravedad y duración de estos varía mucho de una persona a otra. Algunos de estos síntomas son: estado de ánimo triste y vacío o enojo fácil y malhumor, casi todo el tiempo; pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban como estar con familiares, amigos o parejas (dificultad para sentir cariño por los seres queridos); pérdida o aumento importantes de apetito y peso; insomnio; incapacidad de quedarse quieto o lentitud observada por los demás; disminución de energía, fatiga; sentimientos de culpa o inutilidad; dificultad para concentrarse; pensamientos de muerte o ideas suicidas. <sup>(28)</sup>

Esta forma de clasificar a la depresión implica considerar que no toda tristeza o variación del ánimo es anormal, sino que experimentar tristeza, ganas de llorar, desgano o perder momentáneamente el interés en las actividades que siempre hemos disfrutado constituyen modalidades propias de lo cotidiano. Sin embargo, estas mismas sensaciones pueden ser también parte de una enfermedad llamada depresión. Cuando ello sucede, ya no se trata de la tristeza o del “bajón” que es parte de la vida, sino de un conjunto de síntomas que conforman una verdadera

enfermedad que interfiere con la vida cotidiana, causando dolor no solo a quien la padece sino también a su familia y amigos sus vínculos sociales. <sup>(28)</sup>

El DSM IV clasifica la depresión como un trastorno del estado de ánimo y lo agrupa de la siguiente manera: <sup>(29)</sup>

### **Episodios afectivos**

- Episodio depresivo mayor
- Episodio maníaco
- Episodio mixto
- Episodio hipomaníaco

### **Trastornos depresivos**

- F3x.x Trastorno depresivo mayor [296.xx]
- F34.1 Trastorno distímico [300.4]
- F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

### **Trastornos bipolares**

- F3x.x Trastorno bipolar I [296.xx]
- F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]
- F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]
- F31.9 Trastorno bipolar no especificado [296.80]

### **Otros trastornos del estado de ánimo**

- F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (*indicar enfermedad médica*) [293.83]

### **324 Trastornos del estado de ánimo**

- F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias [29x.xx]

- F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado [296.90]

### **Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente**

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total (para un episodio depresivo mayor; para un episodio maníaco; para un episodio mixto)

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

### **Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes**

- Especificaciones de curso (con o sin recuperación interepisódica completa)
- Con patrón estacional
- Con ciclos rápidos

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE- 10), agrupa la depresión dentro de los trastornos del humor (afectivos), sin embargo, tiene una clasificación diferente, y a cada enfermedad le ha sido asignado un código, de los cuales algunos forman parte de la clasificación del DSM IV. <sup>(30)</sup>

### **F30-39 Trastornos del humor (afectivos)**

- F30 Episodio maníaco.
- F30.0 Hipomanía.
- F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.
- F30.2 Manía con síntomas psicóticos.
- F30.8 Otros episodios maníacos.
- F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

### **F31 Trastorno bipolar**

- F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco.
- F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.
- F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.
- F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
- F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
- F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
- F31.8 Otros trastornos bipolares.
- F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

### **F32 Episodios depresivos**

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

### **F33 Trastorno depresivo recurrente**

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

#### **F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes**

- F34.0 Ciclotimia.
- F34.1 Distimia.
- F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

#### **F38 Otros trastornos del humor (afectivos)**

- F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.
- F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.
- F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

#### **Efectos de la depresión**

Los efectos de una depresión pueden ser devastadores para su portador, así como para aquellos que lo rodean. La gravedad de los efectos va en consideración del tipo de depresión, la personalidad del depresivo y de los factores que desencadenaron el cuadro. <sup>(31)</sup> Se pueden presentar alteraciones y comorbilidades, tales como:

El sistema inmunológico <sup>(31)</sup>: La relación de la depresión con las funciones inmunológicas, muestra una predominancia de hallazgos heterogéneos para muchos de los parámetros inmunológicos, pues existen otras variables que

influyen como son: el sexo, la edad, estado ambulatorio y la severidad de los síntomas depresivos.<sup>(32)</sup> Los principales hallazgos son el aumento en la secreción de proteínas, citoquinas proinflamatorias y enzimas, así como alteraciones en la proliferación linfocítica.<sup>(32)</sup>

Enfermedades orgánicas: Disturbios digestivos; úlceras (estómago y duodeno), disritmia cardíaca; problemas hepáticos; disfunciones intestinales; manifestaciones cancerígenas; estados degenerativos graves; infecciones; alergias; compromiso del metabolismo en general, agravamiento de problemas ya existentes;<sup>(31)</sup> considerándola como factor independiente de riesgo cardiovascular, empeora el control del diabético y/o hipertenso, se presenta en personas con VIH/SIDA, cáncer y, en conjunto, produce una merma en la calidad de vida de los sujeto.<sup>(33)</sup>

Síndromes dolorosos: La depresión se asocia frecuentemente a aquellos síndromes donde el dolor es síntoma dominante y persistente (artritis reumatoidea, dolor neuropático). El dolor y las molestias erráticas son síntomas frecuentes del trastorno depresivo, apareciendo, en mayor o menor intensidad, en el 60% de los pacientes. Dolor y depresión tienen una clara relación clínico-epidemiológica y como se sabe actualmente también neurofisiológica.<sup>(33)</sup>

Otros trastornos mentales: La comorbilidad entre distintos trastornos mentales es frecuente y produce mayor morbimortalidad que los trastornos por separado. La depresión se asocia con la presencia de ansiedad, bipolaridad, esquizofrenia, Alzheimer, el suicidio y el consumo de sustancias como el alcohol y drogas ilegales.<sup>(33)</sup>

## **Diagnóstico de la depresión**

Según datos de la “Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo”, se deben realizar acciones de detección temprana, tomando en cuenta los siguientes factores de riesgo:<sup>(13)</sup>

- Historia familiar de depresión.
- Pérdida significativa reciente.
- Enfermedad crónica.
- Eventos altamente estresantes.
- Violencia doméstica.
- Cambios significativos del estilo de vida.
- Embarazo en mujeres con antecedente de depresión.
- Insomnio: El insomnio es una queja frecuente en el primer nivel de atención relacionado con la depresión, pero es poco investigado.

Si el paciente responde a una o ambas de las siguientes preguntas de escrutinio afirmativamente, se deberán investigar los síntomas PSICACES y los criterios de la CIE-10: <sup>(13)</sup>

¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba?

¿Se ha sentido triste o desesperanzado?

¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?

Síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión PSICACES: <sup>(13)</sup>

**Psicomotricidad disminuida**

**Sueño alterado**

**Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute)**

**Concentración disminuida**

**Apetito y peso (disminución o aumento)**

**Culpa y autorreproche**

Energía Disminuida, fatiga.

Suicidio (pensamientos)

Criterios diagnósticos generales del episodio depresivo según CIE-10: <sup>(12)</sup>

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas “Somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos.
  - 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 por 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

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10: <sup>(12)</sup>

- A. Criterios generales para episodio depresivo:
  - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
  - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- 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.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome Somático

Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. <sup>(12)</sup>

Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. <sup>(12)</sup>

Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. <sup>(12)</sup>

La CIE-10 utiliza la lista de los síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas. <sup>(12)</sup>

El DSM-IV utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer. <sup>(12)</sup>

La depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida, siendo ésta el resultado de la confluencia de un gran número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la simple ideación pasajera hasta el suicidio consumado. Las variables que intervienen en la producción de la conducta suicida son muchas, e incluyen

factores biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales. <sup>(12)</sup>

Uno de los principales problemas que surgen al interpretar los hallazgos de los estudios acerca de la conducta suicida es su baja representatividad, ya que el suicidio es una conducta infrecuente. <sup>(12)</sup>

La guía NICE recoge la importancia de la gravedad del episodio depresivo mayor como factor de riesgo de suicidio, señalando otros autores la importancia de la desesperanza. <sup>(12)</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Existen una serie de condiciones médicas asociadas con el diagnóstico de depresión que deben ser identificadas y manejadas adecuadamente como parte del tratamiento de la depresión: <sup>(34)</sup>

- Hipotiroidismo.
- Malignidad.
- Enfermedad de Parkinson.
- Demencia
- Secuelas de un accidente vascular cerebral.
- Endocrinopatías
- Cushing
- Insuficiencia adrenal
- Hiperparatiroidismo
- Infecciones
- Hepatitis
- Mononucleosis
- Influenza

- Enfermedades crónicas
- Falla cardiaca
- Diabetes
- Lupus eritematoso sistémico
- Artritis reumatoide
- Alcoholismo y uso de drogas ilegales.
- Fibromialgia.
- Síndrome de Fatiga Crónica.
- Deficiencia de folatos o vitamina B12.
- Desordenes del sueño.

De igual manera es de vital importancia facilitar un uso racional de los medicamentos como posibles agravantes o desencadenantes de la depresión, a continuación se enlistan algunas asociaciones claramente identificadas con el diagnóstico de depresión: <sup>(34)</sup>

- Analgésicos opioides
- Antihipertensivos (metildopa, betabloqueadores)
- Esteroides
- Estimulantes (durante periodos de abstinencia)
- Agentes quimioterapéuticos (Vincristina, vinblastino)
- Levodopa.
- AINES.
- Agentes para reducir el colesterol.

<b>Instrumentos más utilizados para el diagnóstico de la Depresión</b>				
<b>Test</b>	<b>No. de ítems</b>	<b>Duración (min)</b>	<b>Diagnóstico de Depresión</b>	<b>Características</b>
CES-D Center for	21	15-20	Puntajes No depresión 0-15	Escala autoaplicable

Epidemiologic Studies- Depression Scale.			Ligera --- Media --- Grave ----	Centrada en el estado de ánimo en la última semana. Adecuada para la población general. Buena consistencia y especificidad.
SCID Structured Clinical Interview for DSM-III-R.	>200	30-120	No depresión --- Ligera --- Media --- Grave ----	Entrevista estructurada. Mide síntomas presentes o ausentes en episodios actuales o pasados. Exige entrenamiento para su aplicación, validez moderada.
DIS Diagnostic Interview Schedule	>200	30-120	No depresión --- Ligera --- Media --- Grave ----	Entrevista estructurada. Mide síntomas presentes o ausentes en episodios actuales o pasados. Exige entrenamiento para su aplicación, validez moderada.

CIDI Composite International Diagnostic Interview	>200	30-120	No depresión --- Ligera --- Media --- Grave ----	Entrevista estructurada. Mide síntomas presentes o ausentes en episodios actuales o pasados. Exige entrenamiento para su aplicación, validez moderada.
HDRS Hamilton Rating Scale for Depression	17 + 4	20	No depresión 0-6 Ligera 7-17 Media 18-24 Grave 25-52	Escala heteroaplicada Mide la gravedad de los síntomas en los últimos 7 días. Alta fiabilidad, buena sensibilidad. Poco usada en población no clínica.
BDI I y II Beck Depression Inventory.	21	15-20	No depresión 0-9 Ligera 10-18 Media 19-29 Grave 30-63	Escala autoaplicable Mide la gravedad de los síntomas en los últimos 7 días. Buena discriminación.
ZSDS Zung Self-	20	10-15	No depresión 20- 35	Escala autoaplicable

Rating Depression Scale			Ligera 36-51 Media 52-67 Grave 68-100	Mide la duración de los síntomas en la última semana. Buena validez.
MADRS Montgomery Asberg depression Rating Scale	10	5-10	No depresión 0-6 Ligera 7-19 Media 20-34 Grave 35-60	Escala Heteroaplicable Mide los síntomas presentes en la última semana.

Fuentes: GPC sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto (España) 2007;<sup>(12)</sup> Evaluación de la depresión (España) 2005. <sup>(35)</sup>

## 2.2. CONSUMO DE ALCOHOL

### Antecedentes

Hay pruebas evidentes del consumo de sustancias embriagantes durante el Paleolítico, pero se desconoce los hábitos de consumo y la frecuencia y finalidades de la intoxicación. Es de suponer que los objetivos eran prácticos, tanto mágico-religiosos como militares, festivos o sanitarios. <sup>(36)</sup>

En el Neolítico y por lo que toca a la península, nace la primera toxicomanía relacionada con un producto alcohólico similar a la cerveza, obtenido de la fermentación de la cebada. <sup>(36)</sup>

Los griegos introdujeron el cultivo de la vid, pero fue el Imperio Romano el que extendió su cultivo por las proximidades de Tarragona y el Bajo Guadalquivir, aunque el vino se reservaba casi exclusivamente a los colonos de origen y ciudadanía romana. La mayor parte de la producción se dirigía por vía marítima a Roma, donde se puede encontrar una de las primeras manifestaciones de

toxicomanía de masas, basada en el uso del vino tanto por sus efectos lúdicos como por su aplicabilidad en la refinada gastronomía imperial. <sup>(36)</sup>

El alcohol, del árabe Alkuhi (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que, desafortunadamente, pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables. <sup>(37)</sup>

En tiempos de Felipe II comienza a hablarse del valor terapéutico y alimenticio del vino y en textos de la época se menciona claramente la abstinencia habitual de la sociedad. <sup>(36)</sup>

A partir de la mitad del siglo XVIII se empieza a modificar la situación y a emplearse como bebida embriagante. A principios del siglo XIX cuando se produce la inflexión y de una situación de abstinencia se pasa a unas pautas de consumo generalizadas y expansivas. <sup>(36)</sup>

En la década de los 60's con el despegue económico, la emigración rural y la creación de grandes áreas metropolitanas se provoca una intensa desorganización social con problemas de desarraigo, anomía y alienación, que exigen en el seno de un sistema político autoritario, vías de escape alternativas, la más importante de las cuales fue el alcohol. <sup>(36)</sup>

Entre 1959 y 1981 casi se duplica la cantidad de alcohol puro consumida por habitante y año. La incorporación de la mujer al alcoholismo es responsable de la parte más importante de estos incrementos.

Los padres y abuelos aprendieron a tomar alcohol en el seno de la familia. Era un consumo moderado, ligado a la comida o sólo a determinadas celebraciones, que, a veces, se producía en plena infancia.

Lo nuevo es la forma en que se socializan los jóvenes y adolescentes en el consumo de alcohol, fuera del ambiente familiar. <sup>(36)</sup>

### **Definición de Alcohol**

El proceso por el que se obtiene el alcohol, componente básico de las bebidas alcohólicas, es la fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono, proceso conocido como «fermentación alcohólica». Este proceso se lleva a cabo por la transformación del azúcar en etanol mediante la actuación de unas levaduras sobre ciertos frutos o granos, como la uva, la manzana, la cebada o el arroz. <sup>(38)</sup>

Se utiliza la palabra «alcohol» cuando nos referimos al alcohol etílico o etanol (CH<sub>3</sub>-CH<sub>2</sub>-OH); líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter. <sup>(38)</sup>

### **Definición y clasificación de las Bebidas Alcohólicas**

Se entiende por bebida alcohólica aquella bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen. <sup>(38)</sup>

Existen dos *tipos de bebidas alcohólicas*: las fermentadas y las destiladas. Las **bebidas fermentadas** son las procedentes de frutas o de cereales que, por acción de ciertas sustancias microscópicas (levaduras), el azúcar que contienen se convierte en alcohol. Las bebidas fermentadas más comunes son el vino, la cerveza y la sidra. <sup>(38)</sup>

Las **bebidas destiladas** se consiguen eliminando mediante calor, a través de la destilación, una parte del agua contenida en las bebidas fermentadas; entre las más conocidas se encuentran el brandy, whisky, ron y vodka. <sup>(38)</sup>

## **Clasificación del Consumo**

La Organización mundial de la salud en su publicación denominada *Glosario de términos de alcohol y drogas*, sugiere modificar el término **adicción** que se define como el “consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio”, por el de **dependencia**, término que aplicado a la dependencia al alcohol se define como “la necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal, en consecuencia”. <sup>(39)</sup>

El término **dependencia al alcohol** es sinónimo de **alcoholismo**, mismo que según la OMS se define como el “consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas”. <sup>(39)</sup>

De acuerdo a lo anterior concluimos que el término adecuado es el de **síndrome de dependencia al alcohol**, mismo que se define como “conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia”. <sup>(39)</sup>

**Conforme a la CIE-10** (ICD-10), debe diagnosticarse un síndrome de dependencia si se han experimentado tres o más de los criterios mencionados en el plazo de un año <sup>(8)</sup>

### **Clasificación Clínica del Consumo de Alcohol**

La clasificación desde el punto de vista clínico no depende de la cantidad o frecuencia de la bebida sino de las manifestaciones clínicas que el alcohol ocasiona en el individuo, manejándose criterios para: <sup>(38)</sup>

- Bebedor no problemático.
- Consumo problemático.
- Consumo perjudicial.

**Bebedor no problemático**, es el que cumple los 10 criterios que a continuación se detallan: <sup>(38)</sup>

1. Ser mayor de 18 años.
2. Si es mujer, no estar embarazada ni en periodo de lactancia.
3. Estado nutricional adecuado.
4. Bebidas ingeridas aprobadas por las autoridades sanitarias.
5. No presentar embriaguez atípica.
6. Consumo de alcohol sin consecuencias negativas para uno mismo ni para otros.
7. No presentar problemas familiares o laborales debidos al consumo.
8. No depender del alcohol para sentirse más alegre o para poderse comunicar más fácilmente.
9. No presentar patologías que se agraven o descompensen con el alcohol.
10. No embriagarse.

Se denomina **consumo problemático** cuando el bebedor ha padecido o padece algún problema relacionado con el alcohol, como haber conducido bajo sus efectos o presentar complicaciones médicas, familiares o conductuales.

Se considera **consumo perjudicial**, el realizado por una persona que, independientemente de la cantidad consumida de alcohol, presenta problemas físicos o psicológicos como consecuencia del mismo,<sup>(38)</sup> y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres.<sup>(40) (41)</sup>

El **consumo de riesgo** es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones.<sup>(38)</sup>

No obstante, CUALQUIER CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES SE CONSIDERA UN CONSUMO DE RIESGO.<sup>(40)</sup>

El **consumo excesivo episódico o circunstancial** (también llamado *binge drinking*), que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión.<sup>(40) (41)</sup>

## **Alcoholismo y sociedad**

Una gran variedad de problemas relacionados con el alcohol pueden tener repercusiones devastadoras en las personas y sus familias; además, pueden afectar gravemente a la vida comunitaria.<sup>(43)</sup>

Se vincula mundialmente con el 30 % de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30 % de las

admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis. También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos. En este medio se relaciona con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y entre el 20 y el 25 % de las muertes por accidentes. (37)

Los problemas ocasionados por el alcohol pueden ir más allá del bebedor y producir efectos sobre quienes lo rodean en aspectos como violencia familiar, conflictos maritales, problemas económicos, abuso de menores, admisiones en salas de emergencia, comportamiento violento, lesiones y fatalidades en automovilistas y peatones cuando se conduce en estado de ebriedad.

El consumo de alcohol también está asociado con comportamientos de alto riesgo, incluyendo sexo no seguro y uso de otras sustancias psicoactivas. Los trastornos por el uso de alcohol, con altos índices en la Región de las Américas, conllevan un alto grado de comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias, como dependencia de la nicotina y enfermedades de transmisión sexual. Los estudios más recientes sugieren una asociación entre consumo de alcohol y VIH/SIDA. (40)

### **Alcoholismo y violencia**

Los mecanismos que relacionan el alcohol y la violencia interpersonal son múltiples. (43)

- El consumo nocivo de alcohol afecta directamente a las funciones físicas y cognitivas. Los bebedores tienen menos autocontrol y capacidad de procesar la información que reciben, por lo que es más probable que recurran a la violencia en las confrontaciones, y el hecho de que también sean menos capaces de reconocer los signos de alarma en situaciones potencialmente violentas los convierte en objetivos fáciles para los agresores. (43)

- La creencia individual y social de que el alcohol es causa de comportamientos agresivos pueden inducir a usarlo como preparación a la participación en actos violentos o como disculpa por haberlos cometido. <sup>(43)</sup>
- La dependencia del alcohol puede suponer que las personas no cumplan sus obligaciones de cuidado de otras personas o que coaccionen a familiares para que les den dinero con el que comprar alcohol o cubrir los gastos que su consumo lleva aparejados. <sup>(44)</sup>
- Ser víctima o testigo de actos violentos puede conducir al consumo nocivo de alcohol como forma de afrontarlos o de «automedicarse». <sup>(43)</sup>
- Que los establecimientos en los que se consume alcohol, además de ser incómodos, estén atestados y mal gestionados contribuye a que se den más casos de violencia entre los bebedores. <sup>(43)</sup>
- El alcohol y la violencia pueden estar relacionados a través de factores comunes (como el trastorno de personalidad antisocial) que incrementan el riesgo de consumir grandes cantidades de alcohol y el de tener comportamientos violentos. <sup>(43)</sup>
- La exposición intrauterina al alcohol, que provoca el conocido como «síndrome fetal debido al alcohol» o los «efectos del alcohol en el feto», se asocia en los lactantes a un mayor riesgo de sufrir malos tratos y de que, años después, tengan comportamientos violentos del tipo de actos delictivos, agresiones sexuales o suicidio. <sup>(43)</sup>

### **Alcoholismo y conducción vehicular**

El consumo de alcohol entre las personas que conducen vehículos es muy frecuente, el alcohol deteriora la capacidad de conducir vehículos de forma directamente proporcional a su concentración en sangre, de forma que el deterioro

ocasionado por alcoholemias más elevadas incrementa sensiblemente la susceptibilidad a sufrir un accidente y las lesiones asociadas. <sup>(38)</sup>

La probabilidad de fallecimiento es cinco veces mayor entre los conductores y peatones que presentan una alcoholemia superior a 0,5 g/l, de forma que el consumo de alcohol está implicado en el 30-50% de los accidentes mortales, en el 20-40% de los accidentes con víctimas no mortales y en el 10-30% de los accidentes con daños materiales exclusivamente. <sup>(38)</sup>

La conducción con 0.5 g/l de etanol en sangre supone casi el doble de probabilidad de sufrir un accidente de circulación respecto a la conducción sin ingestión de alcohol, aumentando dicha probabilidad progresivamente a partir de esta concentración; así con 0.8 g/l el riesgo es casi cinco veces mayor que el que presentan los que no han bebido alcohol. <sup>(38)</sup>

Concentración de alcohol en sangre g/l	Concentración de alcohol en aire espirado mg/l	Signos y síntomas clínicos	Afectación en la conducción vehicular
<0.3	<0.15	Desinhibición, euforia leve.	No se demuestra alteración o es muy leve
0,3-0,5	0.15-0.25	Borrachera leve. Logorrea, locuacidad, inyección conjuntival. Euforia. Afectación leve del rendimiento psicomotor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectación leve del rendimiento psicomotor.</li> <li>• Reducción percepción luces y distancias.</li> <li>• Disminución campo visual (efecto túnel).</li> </ul>

0.5-1	0.25-0.5	Borrachera moderada. Deterioro moderado del rendimiento psicomotor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro moderado del rendimiento psicomotor.</li> <li>• Alteración coordinación manual.</li> <li>• Deterioro percepción luz roja.</li> <li>• Aumento del tiempo de reacción.</li> <li>• Impulsividad y agresividad al volante.</li> </ul>
1-2	0.5-1.0	Borrachera intensa. Sedación, ataxia, disartria, diplopia, nistagmus, deterioro mental y físico, agresividad, excesiva euforia. Taquicardia, taquipnea, trastornos vasomotores. Náuseas, vómitos. Deterioro grave del rendimiento psicomotor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro grave del rendimiento psicomotor.</li> <li>• Conducción temeraria por poca apreciación del riesgo.</li> <li>• Reducción de la agudeza visual.</li> <li>• Falta de coordinación de movimientos.</li> </ul>

2-3	1.0-1.5	Borrachera muy intensa. Ataxia, sedación, confusión, vértigo, diplopia. Náuseas, vómitos. Deterioro muy grave del rendimiento psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro muy grave del rendimiento psicomotor.</li> <li>• Visión muy borrosa.</li> <li>• Incoordinación grave.</li> </ul>
3-5	1.5-2.5	Coma sin signos de focalidad, hipotermia, hipotonía, hipoglucemia, midriasis bilateral poco reactiva, abolición de reflejos osteotendinosos. Bradicardia, hipotensión y depresión respiratoria. Imposibilidad de conducir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coma</li> <li>• Imposibilidad de conducir</li> </ul>
> 5	> 2,5	Muerte	Muerte

*Fuente: Informe sobre alcohol. Ministerio de Sanidad y consumo (España) 2007.*

(38)

### **Alcohol y publicidad**

La publicidad es uno de los factores que inciden en el consumo de cualquier producto, promocionándolo, dándolo a conocer, haciéndolo atractivo y apetecible, ejerciendo además una gran influencia social en la adopción de ciertos estilos de vida, y valores; y esta es también la estrategia de que se sirve la industria de bebidas alcohólicas para promover su consumo. <sup>(38)</sup>

Se introducen cargas emocionales buscando la empatía y la identificación de los espectadores con los protagonistas del anuncio y, aprovechando que el consumo de alcohol es una conducta normalizada y arraigada en nuestra sociedad, que se identifica con lo cotidiano, con el ocio y la diversión, convierte a las bebidas alcohólicas en un elemento recurrente para guionistas y productores tanto de series de ficción como de magazines y realities.<sup>(38)</sup>

La publicidad de bebidas alcohólicas contribuye, pues, a instaurar una imagen de normalidad del consumo entre adolescentes y jóvenes, disminuyendo la percepción que estos tienen del riesgo asociado al consumo de alcohol.<sup>(38)</sup>

### **Evaluación y diagnóstico del alcoholismo**

La historia clínica y los instrumentos de evaluación del consumo de alcohol aportan la información necesaria para la realización de una adecuada evaluación y el establecimiento de un diagnóstico certero.

El Instituto Español de Investigación sobre Bebidas Alcohólicas (INESIBA) propone una serie de signos de alarma que podrían alertar sobre consumo de alcohol:<sup>(38)</sup>

- Aspecto físico: cansancio, indiferencia como expresión de falta de energía, pasividad, señales físicas como ojeras, ojos enrojecidos, etc.
- Proceso de aprendizaje: dificultades en la concentración, irregularidad en la asistencia a clase, ritmo de estudio desigual con alteración del aprendizaje, pasividad para resolver problemas.
- Comportamiento: cambios bruscos de humor, postura de resignación y falta de participación, frecuente tendencia al consumismo, incapacidad para tomar decisiones, inhibición de culpas y responsabilidades, rehuir conflictos,

sentimientos de debilidad compensados por una falsa apariencia de fuerza, rechazo de ofertas de ayuda, comportamiento agresivo, infracciones del reglamento escolar, estados depresivos.

- Relación con los demás: escasas relaciones con los demás, inhibiciones en el trato con los del otro sexo, mal comportamiento con sus compañeros, cambio frecuente de relaciones, tensiones en las relaciones con los padres, educadores y superiores, falta de comunicación sobre las dificultades e inquietudes personales, comportamiento sistemático de oposición. <sup>(38)</sup>

Diversos test de detección y cuestionarios diagnósticos son eficaces en la detección y diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso del alcohol <sup>(44)</sup>

Aun siendo herramientas muy útiles para la detección de consumos de riesgo y del alcoholismo, cuando tengan finalidad diagnóstica deben emplearse siempre en el transcurso de una entrevista estructurada y nunca pueden sustituir a la anamnesis y exploración clínica. Pueden utilizarse para: <sup>(44)</sup>

1. Detección o screening de casos. Ayudan a identificar los sujetos que cumplen criterios diagnósticos de abuso o dependencia al alcohol y requieren una evaluación adicional para definir el diagnóstico final.
2. Diagnóstico. Cuantifican la presencia y, en su caso, la gravedad de los síntomas que constituyen la dependencia.
3. Evaluación de la gravedad e intensidad de la dependencia, evaluación del craving.
4. Evaluación de la motivación.

### Instrumentos más útiles para la detección de trastornos por uso de alcohol

Test	No. de ítems	Duración (min)	Diagnóstico de dependencia	Características
AUDIT	10	1-2	$\geq 2$	Consumo en año anterior. Detecta consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. Sensibilidad 80%, especificidad 90%
CAGE	4	1	$\geq 2$	Diseñado para detección de alcoholismo. No incluye cantidad, frecuencia, ni tiempo. Sensibilidad 65-95%, especificidad 40-95%
CBA	22	2-4	$\geq 5$	Consumo en 2 últimos años. Detección de alcoholismo
Cuestionario abreviado 5p	5	1	$\geq 3$	Diseñado para detección de bebedores de riesgo. Combina 2 ítems 5 p del AUDIT y 3 del CAGE
MALT	34	20-30	$\geq 11$	MALT-O + MALT-S. Problemas de alcoholismo en pacientes con alto

				grado de negación. Sensibilidad 100%, especificidad 82%
MAST	25	5-10	$\geq 5$	No se refiere a ningún tiempo concreto. Sensibilidad 86-99%, especificidad 85-95%
SMAST	13	4-7	$\geq 3$	Versión abreviada del MAST. Elimina síntomas físicos
TWEAK	5	1-2	$\geq 2$	Gestantes y mujeres en edad fértil (15-44 años). Sensibilidad 70%, especificidad 75%
ISCA	3	2	$\geq 28$ varones $\geq 17$ mujeres	Desarrollo reciente. Atención Pri- $\geq 17$ mujeres maria Patrón semanal regular e irregular

*Fuente: Informe sobre alcohol. Ministerio de Sanidad y consumo (España) 2007.*

(38)

### 3. DEPRESION Y CONSUMO DE ALCOHOL

En años recientes se ha prestado atención a la comorbilidad que hay entre el uso y abuso de sustancias, y los trastornos psiquiátricos. La importancia de esto se debe a diversos factores, tales como: 1) a lo largo de la vida, este tipo de comorbilidad tiende a ser crónico en ambos tipos de trastornos; 2) las personas afectadas muestran mayor deterioro y mayor riesgo suicida, en comparación con las personas que solo tienen una de estas patologías; 3) al prevenir el desarrollo de la comorbilidad entre las personas que presentan solo trastornos mentales o solo por el uso de sustancias se producirán efectos importantes en la prevención secundaria. <sup>(21)</sup>

Existen grupos de personas que son más vulnerables, entre ellos se encuentran los adolescentes y jóvenes, en quienes aparecen otras formas de conducta y se expresan como problemas de relaciones familiares, sexuales, escolares, de trabajo; muchas veces se canalizan hacia hábitos inadecuados como las adicciones. <sup>(7)</sup>

El nuevo tipo de estudiante ya no pertenece sólo a los segmentos de mejor rendimiento académico de la educación media, no proviene de sistemas educativos aventajados, y pertenece a grupos sociales más vulnerables condición que estaría asociada a un mayor riesgo de presentar trastornos de salud mental para adultos y adolescentes latinoamericanos. <sup>(8)</sup> Además el contexto universitario puede desempeñar un rol en la generación de salud o enfermedad de sus estudiantes, imponiendo tareas, exigencias y desafíos propios de un sistema educativo muy diferente, sería entonces esperable la emergencia de mayores problemas de salud y/o trastornos mentales en universitarios. <sup>(8)</sup>

La prevalencia de la depresión presenta una prevalencia mayor en comparación con la población en general, <sup>(45)(8)</sup> lo que ha derivado en la medición de dicho trastorno en diferentes universidades, tales como el estudio realizado en Chile,

donde se cuantificó la incidencia psicopatológica y antecedentes de conducta suicida en universitarios que consultan a un servicio de salud estudiantil, obteniéndose que los trastornos del ánimo afectan al 22.8% de los estudiantes, correspondiendo a diagnósticos de depresión mayor episodio único (7,0%), trastornos del ánimo en estudio (5,2%) y distimia (4,8%).<sup>(8)</sup> En cuanto a los trastornos debidos a consumo de sustancias se asocia con la variable “género”, de manera los hombres presentaron casi 3 veces mayor riesgo frente a las mujeres de presentar trastorno por consumo de sustancia.<sup>(8)</sup>

En Lima-Perú (2007), se midieron los niveles de depresión en estudiantes universitarios, encontrándose que del total de los participantes 9.7% presentaron depresión leve, 2.8% depresión moderada y 0.5% depresión severa.<sup>(7)</sup> Mientras que en el mismo país en el año 2010, en una universidad privada se midió la prevalencia de depresión en estudiantes del área de ciencias de la salud, obteniéndose una mayor prevalencia en dicha población, ya que del total de la población 31.2% presentó síntomas depresivos, siendo mayor en los estudiantes de medicina (33,6%) y los de las otras carreras de la facultad presentaron una prevalencia de 26,5% ( $p>0,05$ ).<sup>(46)</sup> Coincidiendo con lo obtenido en otros estudios realizados en Medellín (Colombia),<sup>(47)</sup> Lima (Perú)<sup>(48)</sup> y Cali (Colombia)<sup>(49)</sup> donde mostraron una prevalencia de síntomas depresivos de 30,3; 29,6 y 36,5% respectivamente.

Los estudiantes de las áreas de las ciencias de la salud, presentan altas prevalencias de depresión en comparación con la en otras áreas o carreras. En España<sup>(50)</sup> se realizó un estudio entre estudiantes distintas aéreas, en donde se identificó que el área de las ciencias de la salud, fue la segunda con mayor prevalencia de depresión, seguida por el área de Ciencias jurídicas y de la empresa con 61.5% y 61.4% respectivamente; cifras un poco mayores a las encontradas en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima-Perú,

donde los estudiantes de la carrera de medicina presentaron una prevalencia de algún nivel de depresión de 38.7%.<sup>(51)</sup>

En cuanto al consumo de alcohol, también se presentan cifras preocupantes ya que es un problema de aspecto global, que ha tenido un incremento en la prevalencia de consumo a través de los años<sup>(17)</sup>; ya que la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3% , la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que pasó de 19.2% a 31.6%, en la población general de 12 a 65 años de edad.<sup>(17)</sup> Y según un estudio realizado en la Ciudad de México, mediante la aplicación de una encuesta en los hogares, se identificó que el alcohol se usa 8.6 veces más que cualquier otra droga; 18.6% de los usuarios de alcohol (casi una quinta parte) presentan problemas por su manera de beber, y 7.5% desarrollaron dependencia.<sup>(21)</sup> Mientras que en Aguascalientes, según la Comisión Nacional Contra las Adicciones, el 12.6% de los adultos (24.5% de los hombres, 2.8% de las mujeres) reportó haber consumido cinco copas o más en una sola ocasión al menos una vez en el mes, lo que se ha definido como evento de intoxicación con alcohol y refleja un hábito alcohólico intenso.<sup>(20)</sup>

El análisis por regiones realizado por la ENA 2011, permite observar de manera más amplia el panorama referente al consumo de alcohol, ya que según datos reportados en la región Centro (Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro, Guanajuato) el consumo alguna vez en la vida (76.9%) y en el último año (57%) es superior al promedio nacional. Mientras que la región Sur (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas, Tabasco) se encuentran las prevalencias más bajas (59% y 37.3%, respectivamente).<sup>(17)</sup>

Esta situación no es exenta en la población estudiantil, ya que el ingreso y permanencia a la Universidad presenta un cambio en el estilo de vida, además de que está sometido a la resolución de tareas no comparables con otras etapas de

la vida; además de comienzan a experimentar un grado diferente de libertad e independencia, colocándonos en una situación vulnerable para la aparición de trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

En la universidad de Cali (Colombia, 2006) <sup>(53)</sup> se realizó un estudio para evaluar el consumo de drogas en la población estudiantil, identificándose que el alcohol es la droga más utilizada, el 97,4% lo había tomado al menos una vez en su vida, y de éstos, el 74,5% hasta el momento del estudio aún mantenía el consumo. En ese mismo país, en otro estudio se identificó que el alcohol se encontró que es la primera sustancia psicoactiva que consumieron los estudiantes en la vida, con un 85 %; respecto al uso de alcohol hasta la embriaguez se encontró que el 33,3 % nunca se había embriagado. El 31,1 % se había embriagado al menos una vez en la vida, en el último año el 27,2 %, y en el último mes, 8,3 %. El 71,9 % de los estudiantes que se habían embriagado se encontraba entre los 24 y 28 años y el 81 % eran hombres. <sup>(9)</sup>

En un estudio realizado en México (2008) <sup>(54)</sup>, a estudiantes de primer ingreso de la Universidad Nacional Autónoma de México, se observó que 1 de cada cinco estudiantes presentó consumo de riesgo de alcohol (CRDA) mediante la aplicación del Instrumento de Identificación de Trastornos relacionados con el consumo de alcohol (AUDIT), estimándose que el riesgo de sufrir el CRDA durante el último año fue casi tres veces mayor en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, diversos estudios muestran prevalencias mayores en el consumo de alcohol, como el realizado en Colombia (2011) en universitarios, donde presentó una prevalencia mayor de consumo (85%), de los cuales, 65.5% presentó nivel de consumo de bajo riesgo o abstinencia, el 28,2% se ubicó en bajo riesgo, y tan solo el 1,5% de los estudiantes encuestados se deben remitir a un especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento; <sup>(55)</sup> mientras que en la Universidad de Alicante (España, 2006), la prevalencia fue de 98.5% (en alguna ocasión a lo largo de toda su vida). <sup>(55)</sup>

La depresión está asociada con el consumo de sustancias, entre ellas el alcohol (56) (57) (58) Aunque la depresión puede empujar al joven hacia las sustancias psicoactivas, también puede darse la situación inversa, esto es, que el consumo de alcohol y drogas arrastre al joven a la enfermedad depresiva. (59)

Cabe mencionar, que a pesar de la evidencia existente en relación a la presencia de depresión y su relación con el consumo de riesgo de alcohol, es necesario, identificar el comportamiento de dichas patologías en los diferentes contextos sociales, especialmente en la población estudiantil universitaria, ya que la mayoría de los estudios se enfocan a estudiar estos trastornos de manera separada, y dejando de lado otros posibles factores influyentes en la presencia y asociación de estas enfermedades.

### **III. HIPOTESIS**

#### **3.1. Hipótesis de trabajo (Hi):**

Hi: Existe asociación entre la sintomatología depresiva y el consumo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud de una universidad pública.

#### **3.2. Hipótesis nulas (Ho):**

Ho: No existe asociación entre la sintomatología depresiva y el consumo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud de una universidad pública.

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Asociar la sintomatología depresiva y el consumo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud de una universidad pública.

### **4.2. Objetivos Específicos**

1. Describir el perfil socio-demográfico y académico de la muestra de estudio.
2. Determinar la presencia o ausencia de síntomas depresivos y su severidad, en los estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.
3. Identificar el consumo de alcohol y sus niveles en los estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.
4. Relacionar la presencia de síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en los estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.

## **V. METODOLOGÍA**

### **5.1. Tipo, diseño, enfoque y alcance de la investigación**

Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo analítico, temporalidad transversal, prospectivo y alcance correlacional.

### **5.2. Lugar y tiempo**

- Centro de Ciencias de la Salud de una universidad pública.
- Semestre Enero-Agosto 2014.

### **5.3. Población**

Se incluyeron 2332 estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud de una universidad pública que cursan las carreras de:

- Lic. en Cultura Física y Deporte.
- Lic. en Enfermería.
- Lic. en Nutrición.
- Lic. en Optometría.
- Lic. en Salud Pública.
- Lic. en Terapia Física.
- Médico Cirujano.
- Médico Estomatólogo.

### **5.4. Muestra**

367 estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud, calculada con la fórmula para poblaciones finitas, ajustada con el índice de corrección al 10%.

## **5.5. Tipo de muestreo**

Muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional a la cantidad de alumnos por carrera.

Tasa de no respuesta: 8 estudiantes, dejando el tamaño de la muestra en 359 alumnos.

## **5.6. Criterios de Selección**

### **5.6.1. Criterios de Inclusión**

- Hombres y mujeres mayores de 18 años inscritos en alguna carrera del Centro de Ciencias de la Salud.
- Se encuentren cursando alguna carrera del Centro de Ciencias de la salud.
- Acepten de manera voluntaria participar en la investigación.

### **5.6.2. Criterios de Exclusión**

- Estudiantes del Centro de Ciencias de la salud que al momento de la recolección de datos no se presenten a clases o no deseen participar en la investigación.
- Estudiantes que estén bajo tratamiento farmacológico, que se sospeche puedan causar sintomatología depresiva y/o estén bajo algún tipo de tratamiento para el manejo del consumo de alcohol.

### **5.6.3. Criterios de Eliminación**

- Estudiantes que antes de terminar la investigación decidan de forma voluntaria ya no formar parte del estudio.
- Estudiantes que contesten el instrumento de manera incompleta.

## 5.7. Variables de estudio

Variable dependiente: Consumo de alcohol.

Variable independiente: Sintomatología depresiva

**Tabla 1. Definición de variables dependiente e independiente.**

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Variable descriptiva	Variable metodológica	Escala de medición
Depresión	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ánimo deprimido.</li> <li>• Culpa/minusvalía.</li> <li>• Desesperanza.</li> <li>• Retardo psicomotor.</li> <li>• Pérdida del apetito.</li> <li>• Alteraciones del sueño.</li> </ul>	Categórica	Independiente	Ordinal
Consumo de alcohol	Clasificación de la Ingesta de bebidas alcohólicas, en base a la frecuencia y cantidad de consumo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de riesgo.</li> <li>• Consumo perjudicial.</li> <li>• Dependencia.</li> </ul>	Categórica	Dependiente	Ordinal

Para ver la operacionalización completa de todas las variables consultar anexo 1.

## **5.8. Instrumentos**

### **Medición de la depresión**

Se utilizó la Escala de Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D) la cual, fue desarrollada para su uso en estudios epidemiológicos en población general. La selección de ítems se realizó a partir de diversas fuentes (Escala de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Raskin, etc.), y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático.

Es un cuestionario de 20 ítems, que representan 4 dimensiones de la depresión afecto positivo (ítems 4, 8, 12, 16), afecto negativo (ítems 3, 6, 9, 10, 14, 17 y 18), relaciones interpersonales (ítems 16 y 19) y actividad física retardada y somatización (ítems 1, 2, 5, 7, 11, 13, 20); tiene cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem. Ha sido traducido y validado por Soler J y cols (1997).

La forma de aplicación es autoadministrada, debiendo seleccionar el alumno la respuesta que mejor refleje su situación en la semana previa. Los ítems están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos que lo están en sentido positivo, con el fin de controlar el sesgo de respuesta. El paciente cuantifica la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos.

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 0 a 3 para los de sentido negativo, y de 3 a 0 para los de sentido positivo (ítem 4, 8, 12, 16); el rango de puntuación es de 0 – 60 puntos. El punto de corte usualmente utilizado es  $\geq 16$ .

El CES-D no es una escala destinada a la evaluación de la severidad de cuadros depresivos ni una herramienta diagnóstica, sino un instrumento de screening orientado a la detección de casos, con rendimientos similares a los de otras

escalas de este tipo (Escala de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck).

La consistencia interna de la escala es de 0.85 de alfa de Cronbach en muestras poblacionales; similar a la confiabilidad ( $\alpha$  0.83) obtenida en un estudio realizado en estudiantes de nivel medio superior y superior en el estado de México, <sup>(60)</sup> y en una población universitaria en el estado de Durango ( $\alpha$  0.89) <sup>(61)</sup>

Utilizando como punto de corte el valor de  $\geq 16$ , una sensibilidad del 60 % y una especificidad del 83,4 % (anexo 2). Las puntuaciones para medir la severidad de los síntomas depresivos son los siguientes:

- Menos de 16 No se indica depresión
- 16 - 20 Se indica depresión leve
- 21-25 Se indica depresión moderada
- 26 ó mayor Se indica depresión severa

### **Medición del consumo de alcohol**

Se utilizó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test o AUDIT) recomendada por la OMS. El AUDIT consta de 10 preguntas sobre consecuencias de beber junto con preguntas sobre cantidad y frecuencia de consumo. Las tres primeras se refieren al consumo de riesgo de alcohol, las preguntas 4 a 6 son sobre síntomas de dependencia y las preguntas 7 a 10 sobre consumo perjudicial de alcohol. Cada pregunta puntúa de 0 a 4, y la suma final permite identificar, en función del punto de corte, tanto los consumos de riesgo como la dependencia alcohólica. El tiempo de ejecución es de aproximadamente 5 minutos para realizar y contabilizar las preguntas.

Utilizando el punto de corte de 8, el AUDIT es una prueba sensible (51-97%) para detectar consumo de riesgo, perjudicial o dependencia de alcohol, y puede ser

utilizada sola o ser encajada en estudios mas amplios del riesgo para la salud o de formas de vida. Su sensibilidad es de 90%, la especificidad es del 78 al 96%; y coeficiente de confiabilidad de la escala completa del AUDIT de 0.81 <sup>(62)</sup>

El AUDIT se puede utilizar en ambos géneros. El daño producido por el alcohol es en general directamente proporcional al nivel de consumo y no existe por lo tanto un nivel exento de riesgo (anexo 3).

Las puntuaciones para medir el nivel de consumo de alcohol son los siguientes:

- De 0 a 7: Consumo de alcohol sin riesgo.
- De 8 a 15: Consumo de riesgo de alcohol.
- De 16 a 19: Consumo perjudicial de alcohol.
- De 20 y más: Probable dependencia de alcohol.

A los instrumentos se le agregaron los siguientes items de tipo socio-demográficos y académicas (anexo 4):

- Edad
- Género
- Estado civil
- Semestre
- Licenciatura
- Turno
- ¿Qué actividades realiza? (Para identificar si estudia o estudia y trabaja)
- ¿Tiene hijos(as)?
- ¿Cuántos?

## **5.9. Procedimientos**

Para la autorización de la aplicación de los instrumentos, se realizó la solicitud por escrito al decano del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, quien brindó el acceso a las listas y aulas de los alumnos pertenecientes a las 8 carreras. Para la obtención de las listas de asistencia se acudió con cada jefe de departamento de cada licenciatura.

Posteriormente se solicitó el acceso a los profesores que imparten clases a los estudiantes y se hizo una presentación breve del proyecto, sus objetivos y las cuestiones éticas que involucró la participación en el mismo. También, se dieron las instrucciones necesarias para dar respuesta a cada cuestionario y se proporcionó la carta de consentimiento informado para que fuera firmada por los alumnos para asentar su participación voluntaria, previa a la entrega de los instrumentos.

## **5.10. Análisis estadístico**

La información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos se capturó en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS© versión 20. Los datos se analizaron mediante medidas de tendencia central, dispersión y posición, frecuencias simples y porcentajes, para obtener la estadística descriptiva; chi cuadrada de independencia para la estadística inferencial.

## VI. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

En este estudio se atendieron principios éticos contenidos en la Ley General de Salud en materia de investigación <sup>(63)</sup> cumpliendo con los artículos 14, 16, 17, 20, 21 y 22 que se encuentran dentro del capítulo primero el cual trata los aspectos éticos de la investigación en seres humanos el cual se encuentra en el título segundo del reglamento, los cuales señalan lo siguiente:

**Artículo 14.** Se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación Ética y se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización del titular de la institución de atención a la salud, en este caso del Centro de Ciencias de la Salud.

**Artículo 16.** Se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**Artículo 17.** Esta es una investigación considerada como con riesgo mínimo dado que la investigación se basará en la aplicación de encuestas.

**Artículos 20, 21 y 22.** Para obtener el consentimiento informado se dió una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación así como de la metodología a seguir, se hizo saber que tienen la libertad para retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio. La seguridad de que no se identificó al sujeto y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; se mencionó que si existieran gastos, éstos serían absorbidos por el presupuesto de la investigación. Para garantizar la protección frente a riesgos laborales o emocionales derivados de las respuestas dadas en las encuestas, y buscando garantizar la confidencialidad de los participantes, el llenado de las encuestas se realizó en forma voluntaria y anónima. No se incluyeron preguntas ni se pidieron datos que pudieran señalar o

denotar al individuo participante en la encuesta. Todas las encuestas se conservaron bajo absoluta confidencialidad para salvaguardar dicha información.

Así mismo, la presente investigación está basada en los lineamientos en la declaración de Helsinky, <sup>(64)</sup>

De la misma manera la investigación se sometió a la evaluación de los siguientes Comités:

- Comité académico de la Maestría en Salud Pública el 23 de Agosto del año 2013 registrado bajo la clave GVII 12-2013.
- Comité de Ética de la Facultad de Enfermería el 6 de Noviembre del 2013 registrado con la clave CEIFE-2013-071.

Se consideró la entrega de los resultados individuales, en caso de que cada alumno quisiera conocerlos.

No se presentaron conflictos de interés reales, potenciales o evidentes entre los interesados en realizar la presente investigación.

Así mismo, se han respetado los derechos de autoría y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que le son conferidos a la responsable de la investigación y autora principal: LPS. Bárbara Medina Gutiérrez y Director de Tesis MEGP. Gustavo Ibarra Hurtado (anexo 7).

## VII. RESULTADOS

En el presente apartado se muestran los hallazgos obtenidos a partir del procesamiento de los datos obtenidos de la participación de los estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud, los cuales se agrupan en los siguientes apartados:

### APARTADO 1. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO Y ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Los 365 alumnos pertenecientes a las diferentes carreras de Centro de Ciencias de la Salud presentaron una edad promedio de  $21.01 \pm 1.96$  años con una moda de 20, siendo mayoritariamente mujeres y solteros (as). En cuanto al semestre, en los primeros, segundos y séptimos se presentó la mayor participación; mientras que las carreras de Médico Cirujano, Enfermería y Médico Estomatólogo agruparon al 66.8% de los participantes, lo que es proporcional al tipo de afijación que se realizó en la selección de la muestra, ya que éstas carreras son las que tiene la mayor cantidad de alumnos del Centro de Ciencias de la Salud. En relación al turno, casi 5 de cada diez alumnos acuden a clases por la mañana, mientras que la principal actividad es únicamente estudiar. Por otro lado, una pequeña proporción de los alumnos refirió tener 1 solo hijo(a).

**Tabla 2. Variables sociodemográficas y académicas de los estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
18 a 21 años	227	63.2
22 a 25 años	125	34.8
26 a 29 años	6	1.7
30 a 33 años	1	0.3
<b>Sexo</b>		

Masculino	143	39.8
Femenino	216	60.2
<b>Estado Civil</b>		
Soltero(a)	332	92.5
Casado(a)	21	5.8
Unión Libre	4	1.1
Divorciado	2	0.6
<b>Semestre</b>		
Primero	38	10.6
Segundo	55	15.3
Tercero	27	7.5
Cuarto	43	12.0
Quinto	34	9.5
Sexto	41	11.4
Séptimo	44	12.3
Octavo	54	15.0
Noveno	13	3.6
Decimo	10	2.8
<b>Carrera</b>		
Médico Cirujano	102	28.4
Enfermería	77	21.4
Médico Estomatólogo	61	17.0
Nutrición	45	12.5
Terapia Física	21	5.8
Cultura Física y Deporte	21	5.8
Salud Pública	17	4.7
Optometría	15	4.2
<b>Turno</b>		
Matutino	160	44.6
Vespertino	140	39
Mixto	59	16.4
<b>Actividades</b>		
Solo estudia	273	76

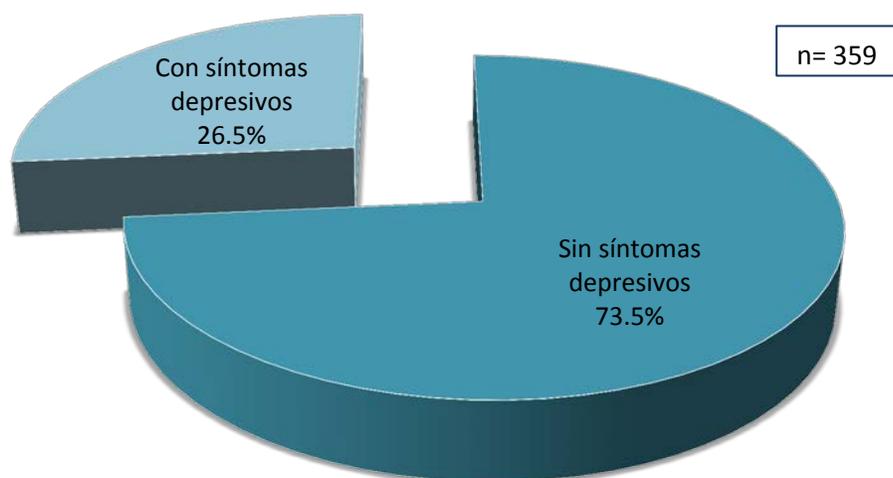
Estudia y trabaja	86	24
<b>Hijos(as)</b>		
No	338	94.2
Si	21	5.8
<b>No. de hijos(as)</b>		
0	338	94.2
1	18	5.0
2	3	0.8

Fuente: Directa

## APARTADO 2. DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA O AUSENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y SU SEVERIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

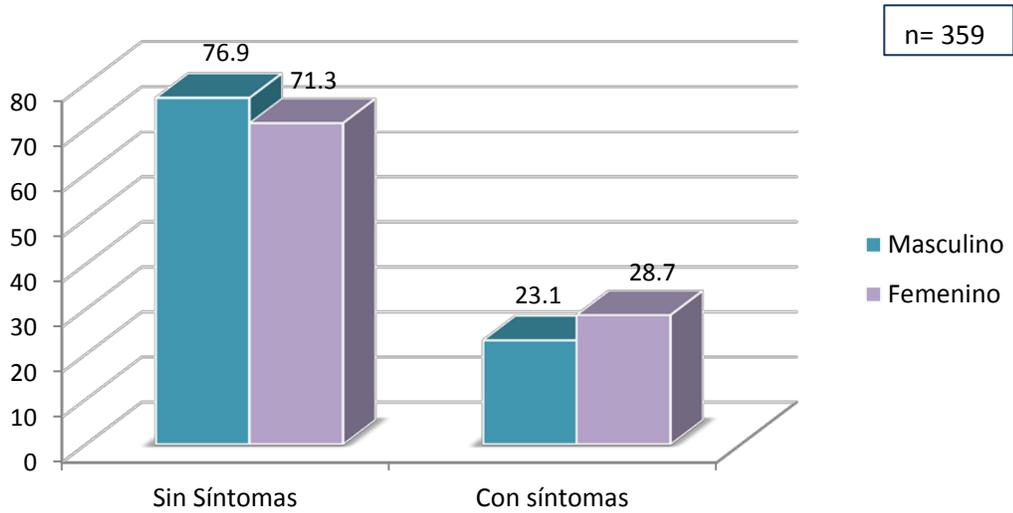
Los síntomas depresivos estuvieron presentes en poco más de la cuarta parte de los estudiantes (Gráfica 1), siendo mayor el porcentaje de mujeres quienes tienen estos síntomas en comparación con los hombres (Gráfica 2).

**Gráfica 1. Distribución porcentual de la presencia de síntomas depresivos en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

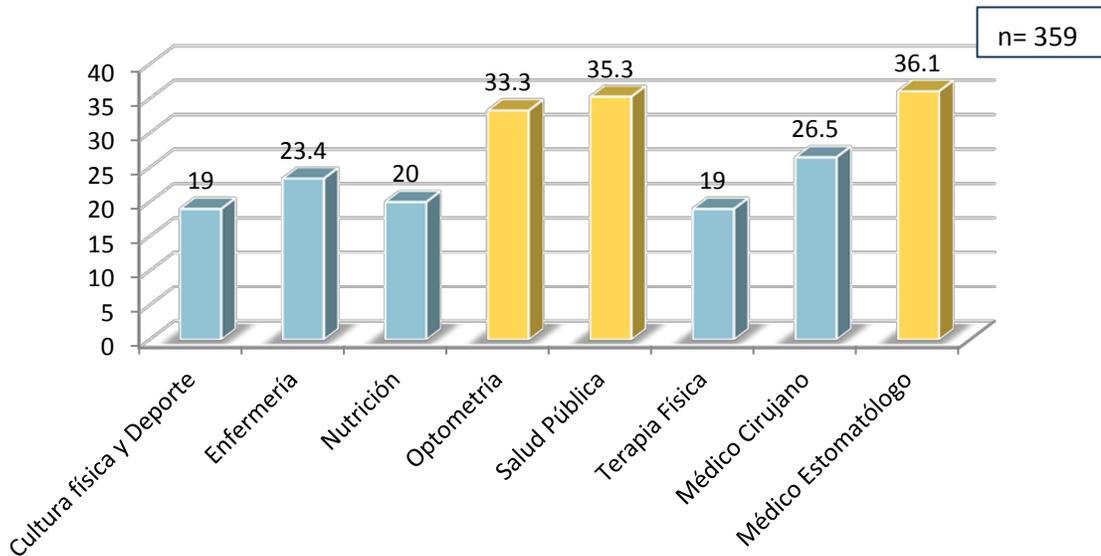
**Gráfico 2. Distribución porcentual de los síntomas depresivos por sexo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

Haciendo un comparativo entre los porcentajes de síntomas depresivos en base al total de alumnos por carrera, en primer lugar se encuentra Estomatología, seguido por Salud Pública y en tercer lugar Optometría (Gráfica 3).

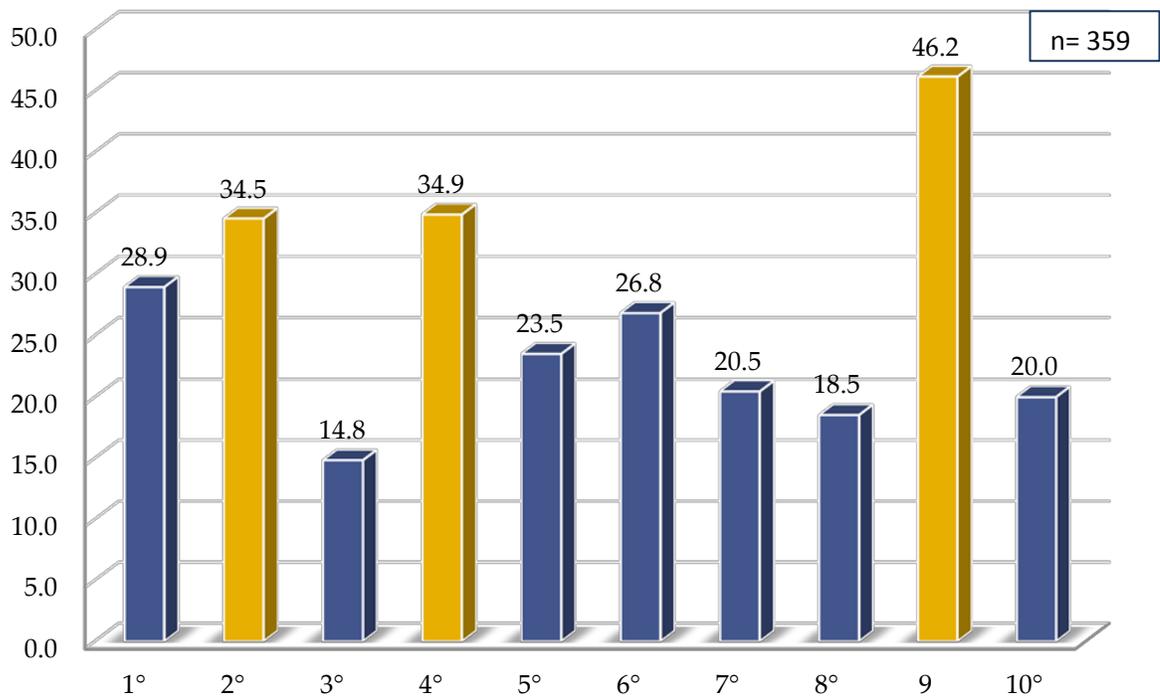
**Gráfica 3. Distribución porcentual de los síntomas depresivos por carrera en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

Mientras que, analizando la presencia de síntomas depresivos por semestre se observa que noveno presenta casi el doble de alumnos con síntomas depresivos en comparación con otros semestres como decimo, octavo y quinto semestre (Gráfica 4).

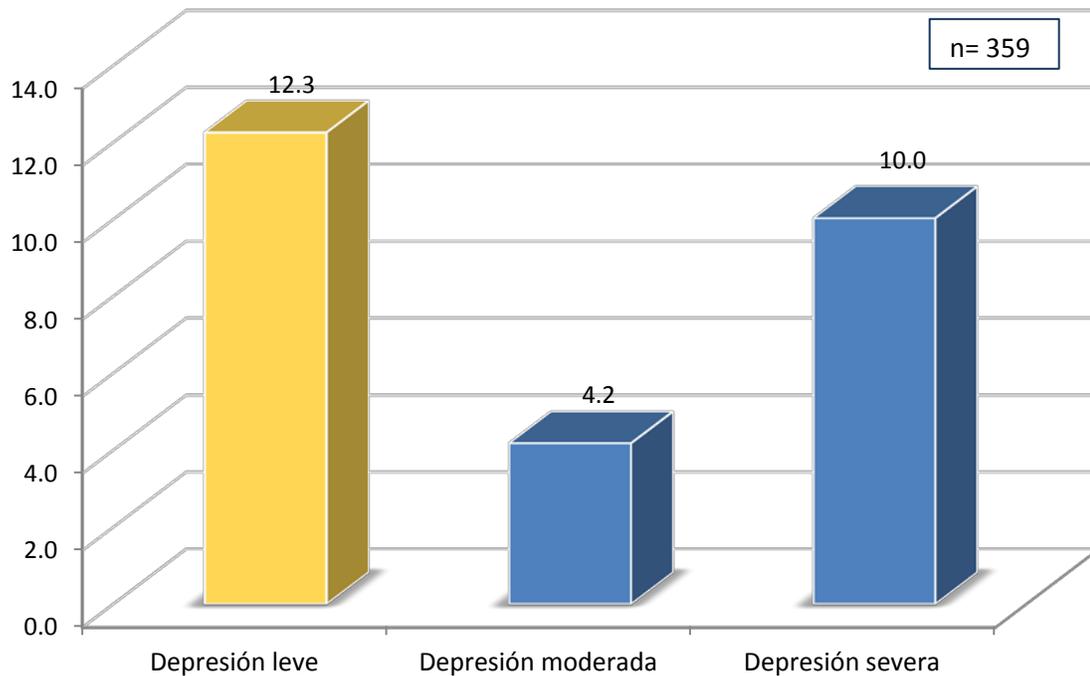
**Gráfica 4. Distribución porcentual de los síntomas depresivos por semestre en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud**



Fuente: Directa

En cuanto a la severidad, la mayoría de los estudiantes presentaron síntomas leves, seguidos de quienes presentaron síntomas severos y por último de quienes tuvieron síntomas moderados (Gráfica 5).

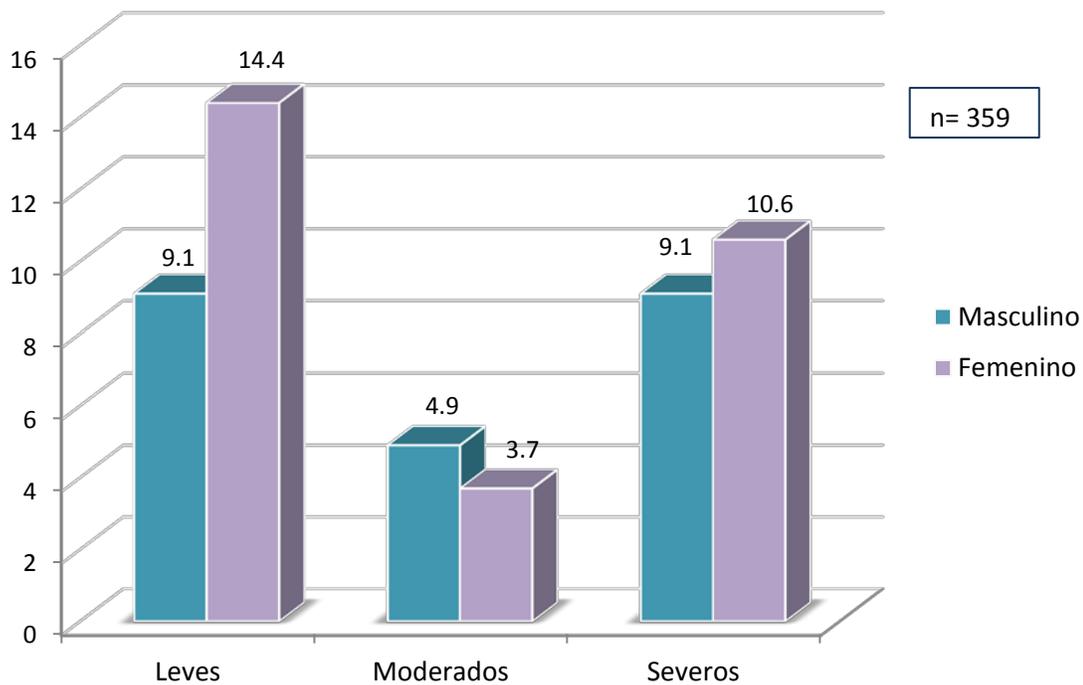
**Gráfica 5. Distribución porcentual de la severidad de los síntomas depresivos en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

En cuanto a la comparación de la severidad de los síntomas por sexo, se observa que una cuarta parte de las mujeres presentan síntomas leves o severos (Gráfica 6).

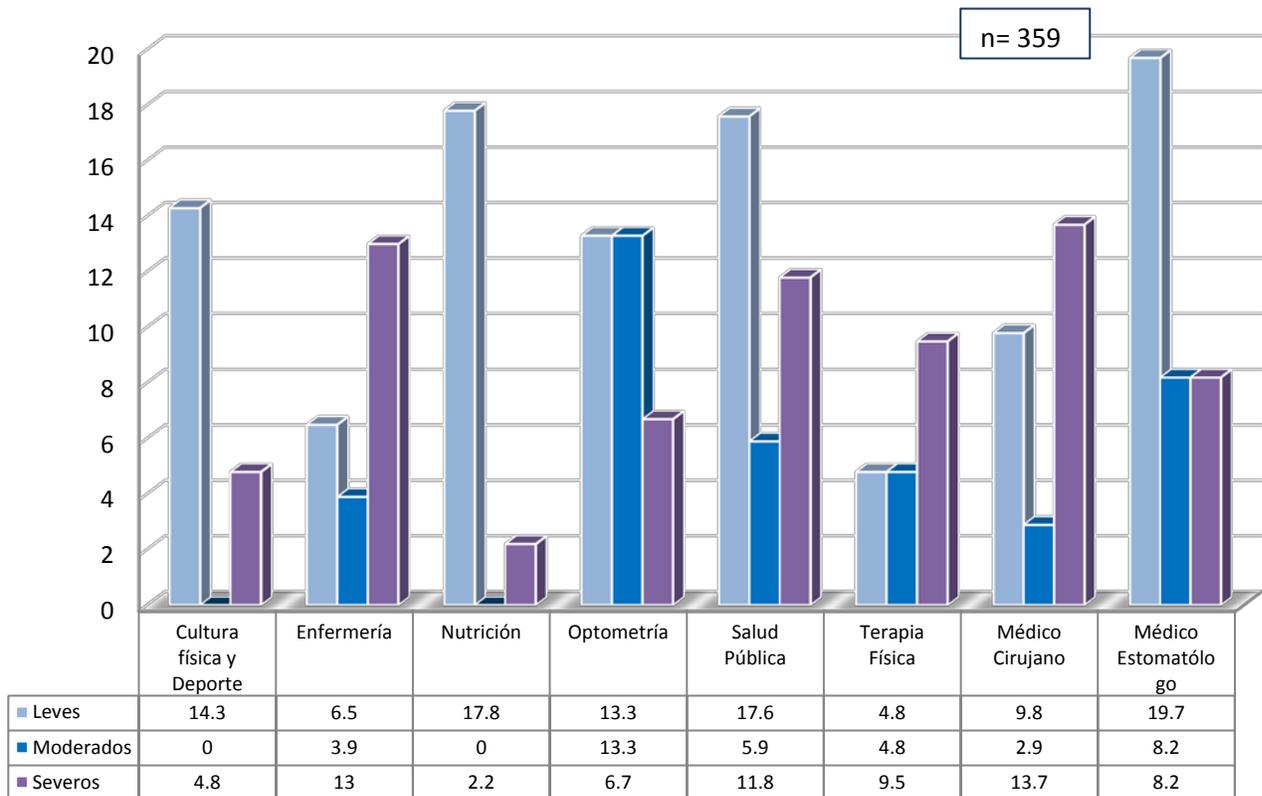
**Gráfica 6. Distribución porcentual de la severidad de los síntomas depresivos por sexo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

En cuanto a la severidad por carrera, se identificó que Estomatología presenta el mayor porcentaje de síntomas leves, Optometría presentó mayor porcentaje de síntomas moderados y Médico cirujano fue la carrera con mayor prevalencia de síntomas severos (Gráfica 7).

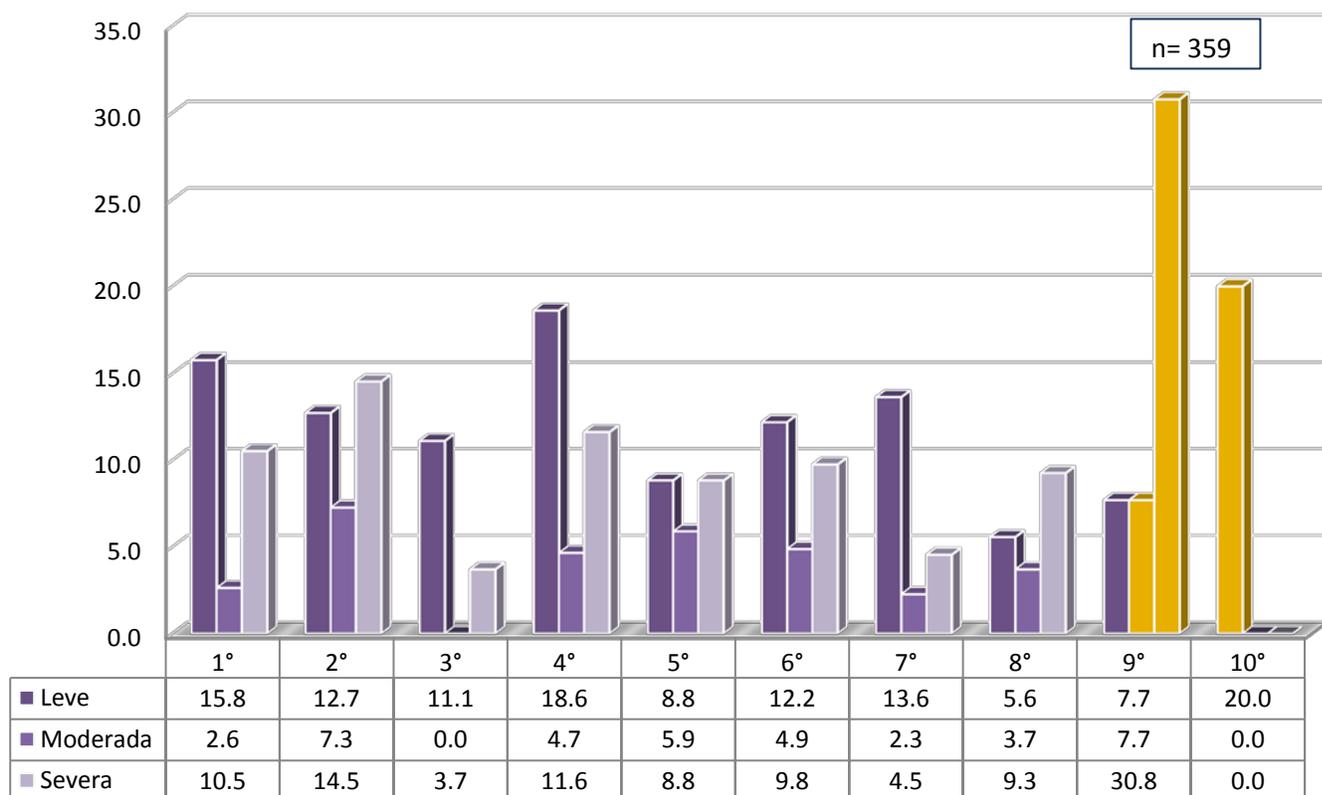
**Gráfica 7. Distribución porcentual de la severidad de los síntomas depresivos por carrera en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

Mientras que la severidad de los síntomas depresivos por semestre, se identificó que la mayoría de los alumnos con síntomas leves corresponden a decimo, mientras que quienes presentan síntomas moderados y severos en noveno semestre (Gráfica 8).

**Gráfica 8. Distribución porcentual de la severidad de los síntomas depresivos por semestre en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

Los principales síntomas depresivos identificados en la dimensión afecto negativo fue la tristeza (Tabla 3); en la dimensión afecto positivo se presentó mayormente el optimismo hacia el futuro (Tabla 4); en la dimensión de relaciones interpersonales los alumnos refirieron mayormente que han sentido que la gente no era amistosa con ellos (Tabla 5); y en cuanto a la dimensión de actividad física retardada y somatización la falta de concentración fue lo más frecuente (Tabla 6).

**Tabla 3. Distribución porcentual de los síntomas de afecto negativo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**

AFECTO NEGATIVO	n	%
3. Sentía que no podía quitarme la tristeza	150	41.8
6. Me sentía deprimido(a).	129	35.9
9. Pensé que mi vida había sido un fracaso.	55	15.3
10. Me sentía con miedo.	147	40.9
14. Me sentí solo(a).	144	40.1
17. Pasé ratos llorando.	96	26.7
18. Me sentí triste.	170	47.4

Fuente: Directa

**Tabla 4. Distribución porcentual de los síntomas de afecto positivo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**

AFECTO POSITIVO	n	%
4. Sentía que yo era tan bueno(a) como cualquiera otra persona.	209	58.2
8. Me sentía optimista sobre el futuro.	227	63.2
12. Estaba contento(a).	201	55.0
16. Disfruté de la vida.	159	44.3

Fuente: Directa

**Tabla 5. Distribución porcentual de los síntomas en las relaciones interpersonales en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**

RELACIONES INTERPERSONALES	n	%
15. La gente no era amistosa	118	32.9
19. Sentía que no le caía bien a la gente	116	32.3

Fuente: Directa

**Tabla 6. Distribución porcentual de los síntomas de actividad física retardada y somatización en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**

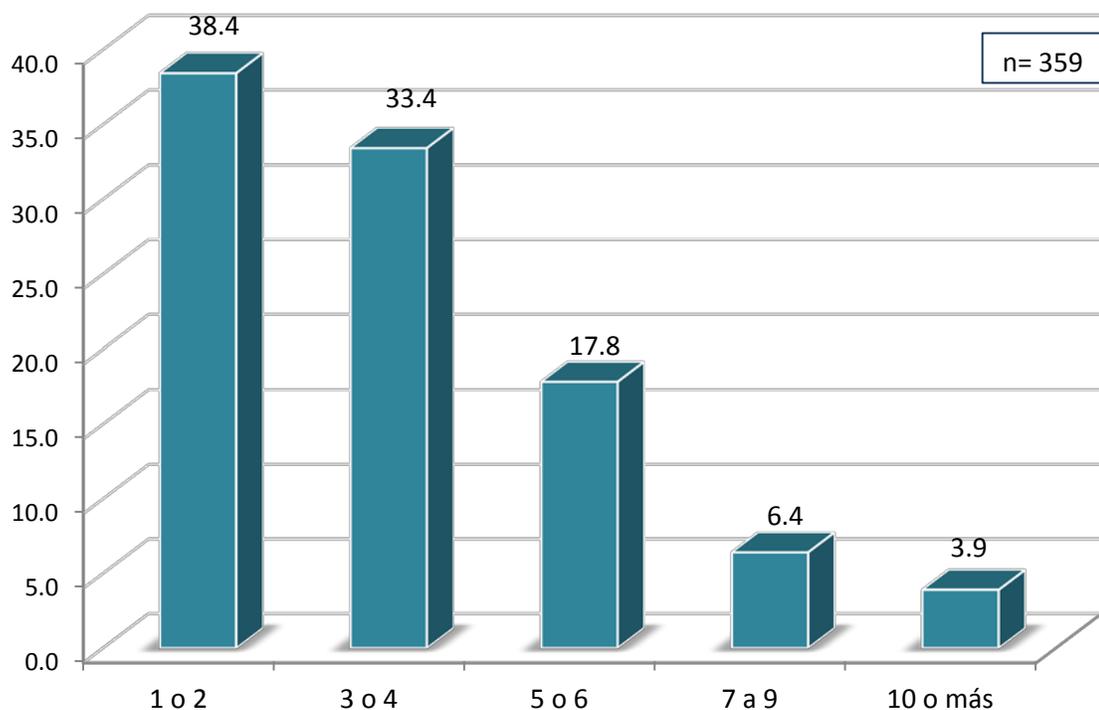
ACTIVIDAD FÍSICA RETARDADA Y SOMATIZACIÓN	n	%
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	150	41.8
2. No me sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.	121	33.7
5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo.	278	77.4
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	209	58.2
11. Mi sueño era inquieto.	186	51.8
13. Hablé menos de lo usual.	173	48.2
20. No tenía ganas de hacer nada.	213	59.3

Fuente: Directa

### APARTADO 3. IDENTIFICACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SUS NIVELES EN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Se identificó que la mayoría de los alumnos consumen entre 1 o 2 bebidas en un día de consumo normal, aunque más de la cuarta parte de los alumnos bebe en grandes cantidades (4 o más copas) (Gráfica 9)

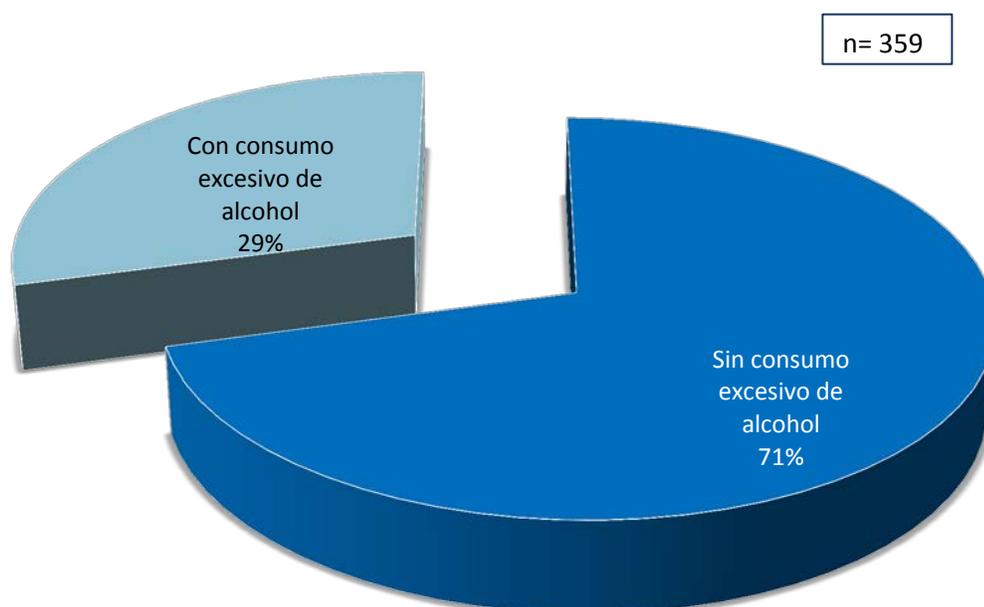
**Gráfica 9. Distribución porcentual del número de bebidas alcohólicas que toman en un día de consumo normal os estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

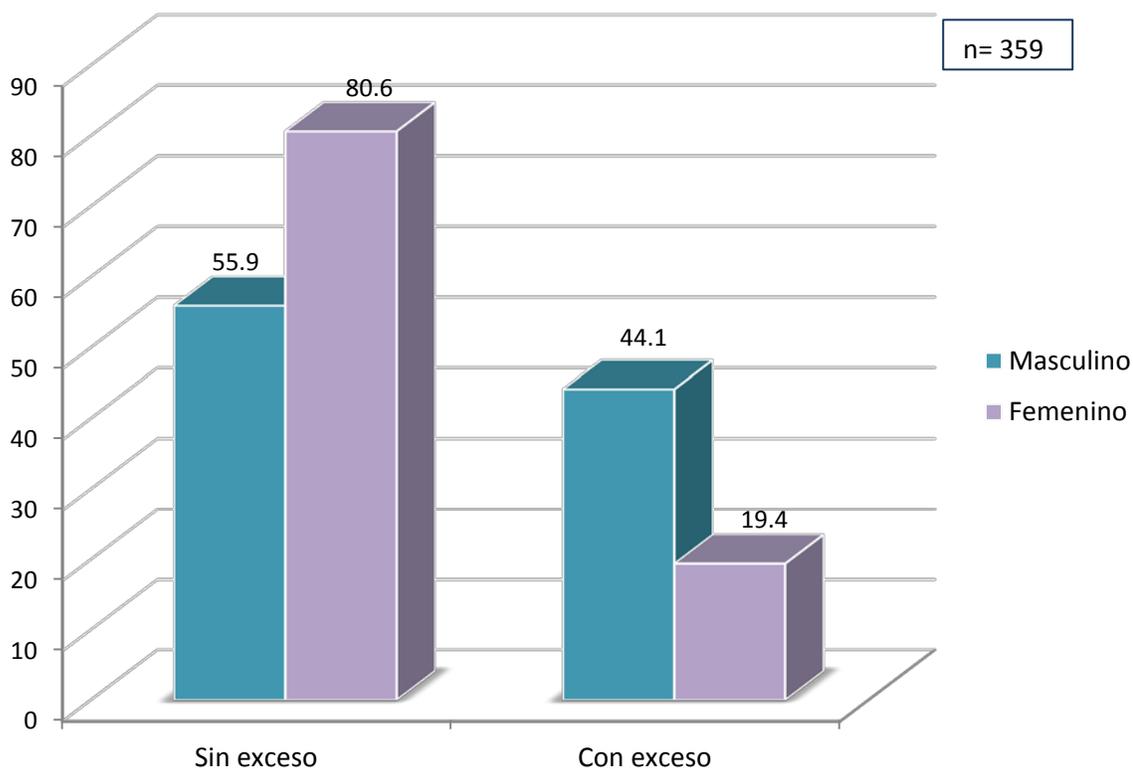
El consumo de alcohol se midió en cuanto su presencia en un nivel excesivo, el cual se observó en más de la tercera parte de los alumnos (Gráfica 10), y en casi la mitad de los hombres (Gráfica 11).

**Gráfica 10. Distribución porcentual del consumo excesivo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

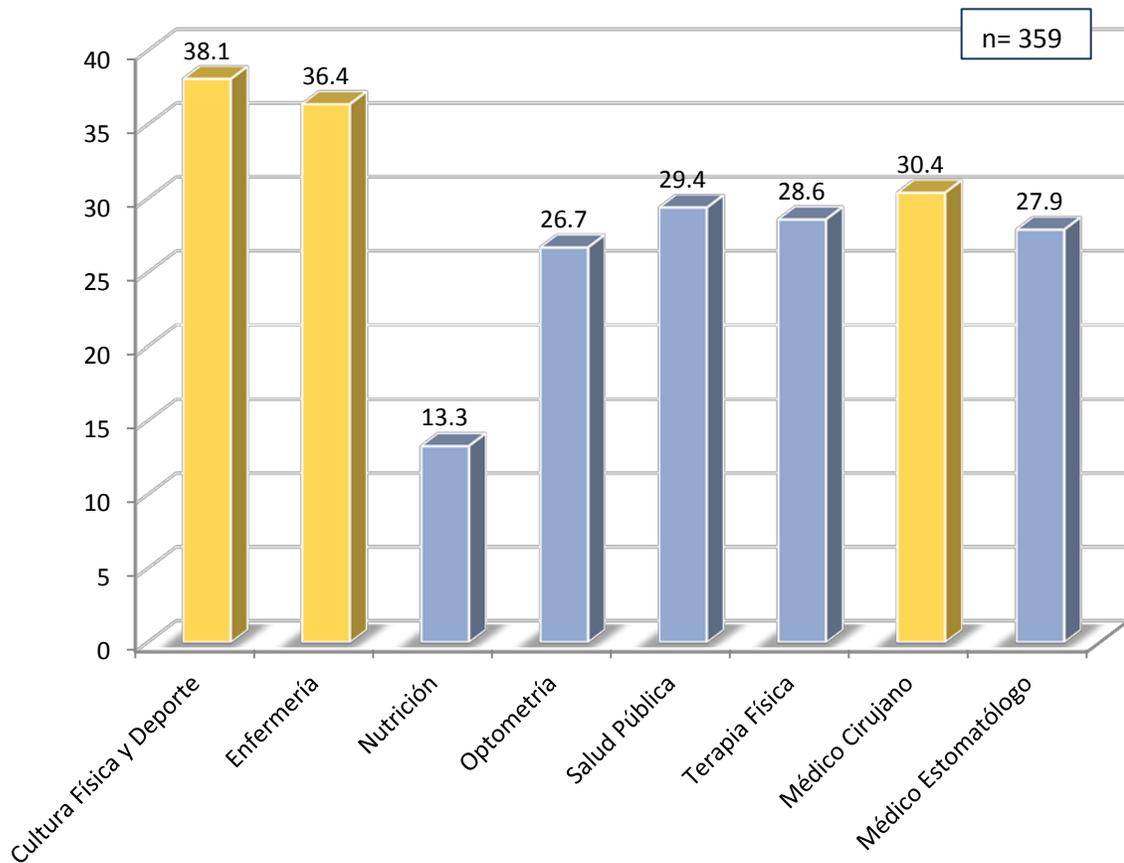
**Gráfica 11. Distribución porcentual del consumo excesivo de alcohol por sexo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

Observando el consumo excesivo de alcohol por carrera, en primer lugar se encuentra la carrera de Cultura Física y Deporte, seguido por Enfermería y en tercer lugar Medicina (Gráfica 12).

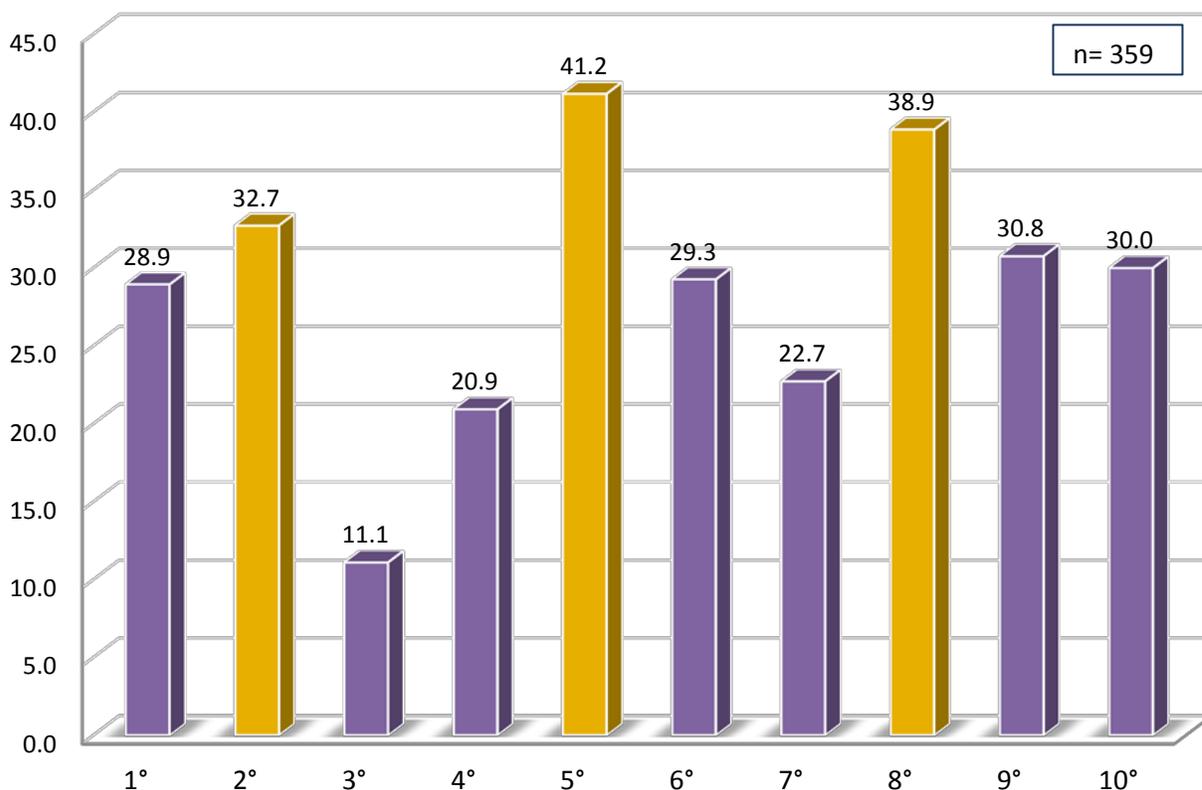
**Gráfica 12. Distribución porcentual del consumo excesivo de alcohol por carrera en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

En cuanto al consumo excesivo por semestre, se identificó que el quinto grado presenta una mayor cantidad de alumnos que presentan este patrón de consumo, seguidos de octavo y segundo semestre (Gráfica 13).

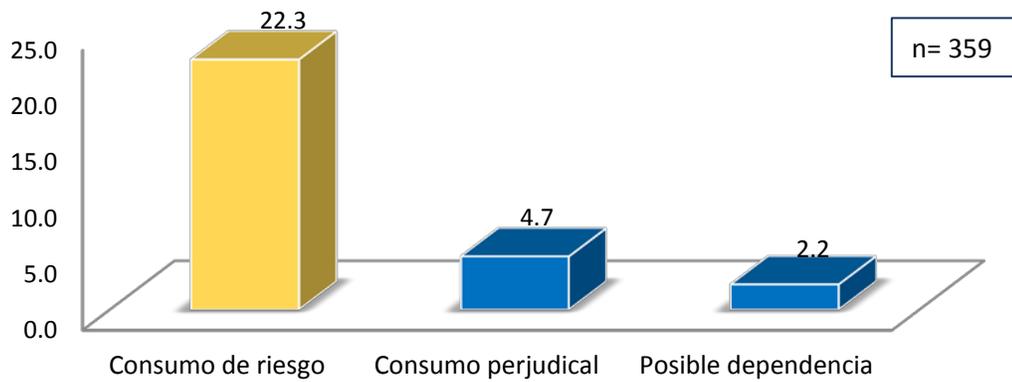
**Gráfica 13. Distribución porcentual del consumo excesivo de alcohol por semestre en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

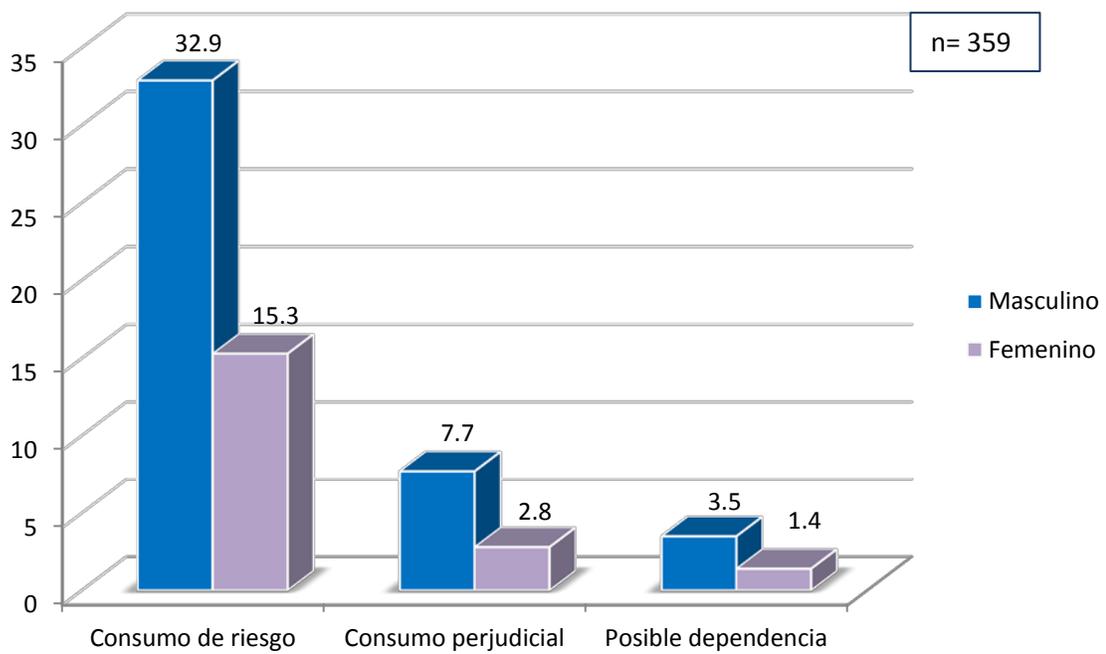
En cuanto al nivel de consumo de alcohol, se identificó que aproximadamente 2 de cada 10 alumnos que presentan un consumo excesivo lo hacen en un nivel riesgoso (Gráfica 14), observándose mayoritariamente en los hombres (Gráfica 15).

**Gráfica 14. Distribución porcentual del nivel de consumo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

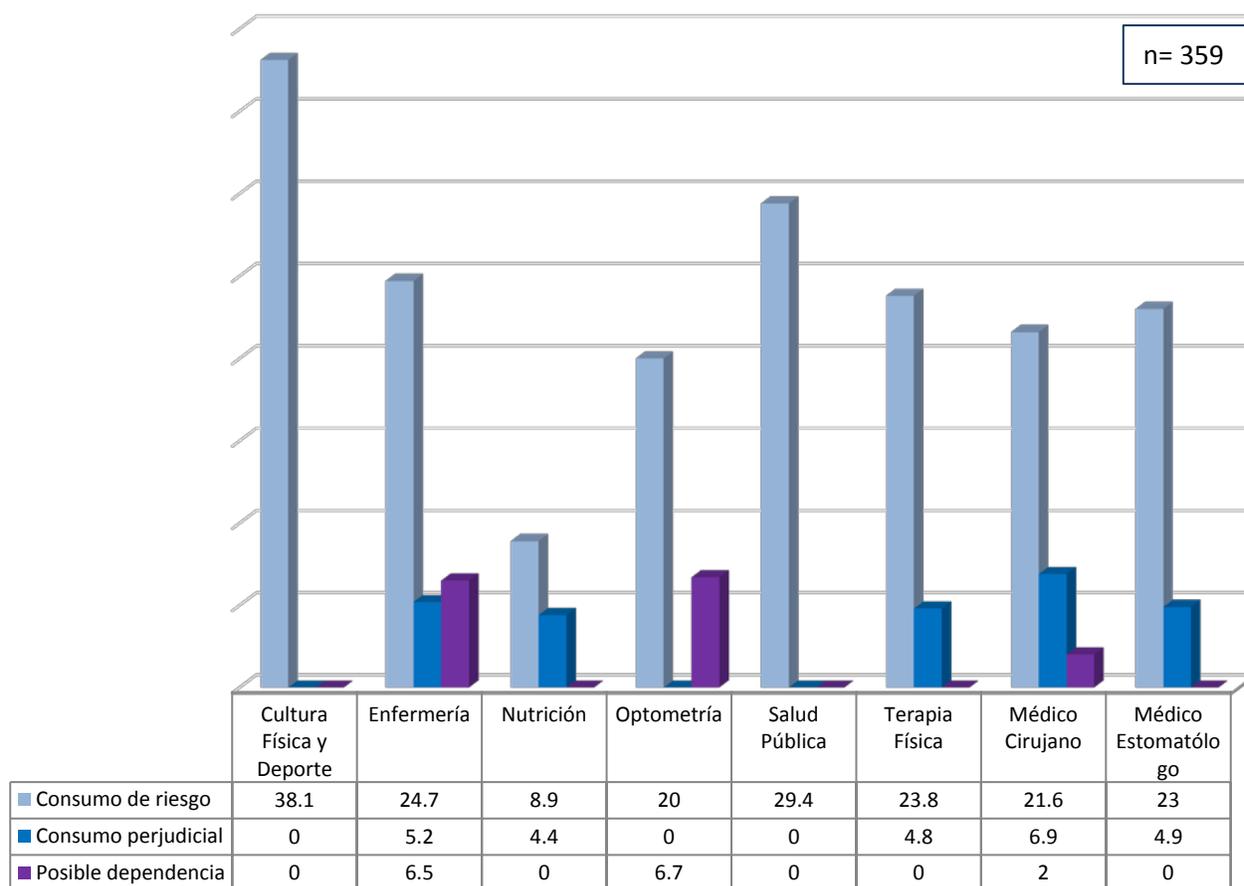
**Gráfica 15. Distribución porcentual del nivel de consumo de alcohol por sexo en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

Se observó que el nivel de consumo de alcohol en relación al número de alumnos por carrera, el mayor porcentaje de consumo de riesgo se presenta en Cultura Física y Deporte, el mayor porcentaje de consumo perjudicial en Medicina, mientras Optometría presentó mayor porcentaje de posible dependencia (Gráfica 16).

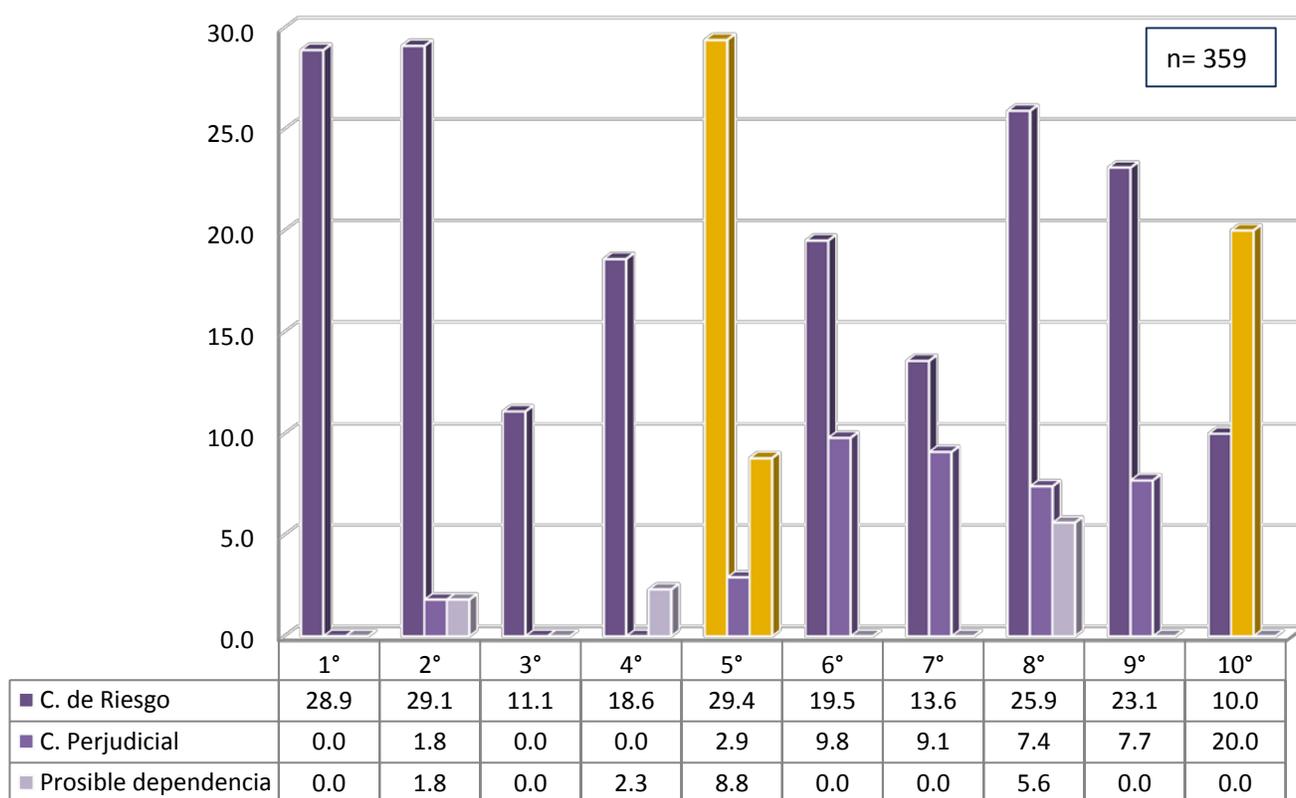
**Gráfica 16. Distribución porcentual del nivel de consumo de alcohol por carrera en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

Mientras que el nivel de consumo por carrera, se identificó que el en quinto semestre se presenta una mayor cantidad de alumnos que tienen un consumo de riesgo y posible dependencia, y en décimo grado está presente el consumo perjudicial (Gráfico 17).

**Gráfica 17. Distribución porcentual del nivel de consumo de alcohol por semestre en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**



Fuente: Directa

APARTADO 4. RELACIÓN DE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Se midió la relación entre las variables de estudio, observándose un valor de  $p > 0.05$ , por lo que se acepta la hipótesis nula, lo que indica que la presencia de síntomas depresivos no se asocia con el consumo excesivo de alcohol en los estudiantes.

**Tabla 7. Tabla de contingencia de los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**

Síntomas depresivos	Consumo excesivo de alcohol				Total	
	No		Si			
	N	%	N	%	N	%
No	190	52.9	74	20.6	264	73.5
Si	64	17.8	31	8.6	95	26.5
Total	254	70.8	105	29.2	359	100

Fuente: Directa

**Tabla 8. Chi<sup>2</sup> de independencia para la medición de la asociación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**

	χ <sup>2</sup>	gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	0.715*	1	0.398
N Total	359		

\* 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

Fuente: Directa

Cabe mencionar, que al medir la relación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol diferenciado por las variables sociodemográficas, se identificaron diferencias en el sexo y carrera, mostrándose una asociación entre dichas variables en las mujeres (Tablas 8 y 9), y en la carrera de Enfermería (Tablas 10 y 11).

**Tabla 9. Tabla de contingencia de los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en mujeres estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**

Síntomas depresivos	Consumo excesivo de alcohol				Total	
	No		Si			
	N	%	N	%	N	%
No	130	60.2	24	11.1	154	71.3
Si	44	20.4	18	8.3	62	28.7
Total	174	80.6	42	19.4	216	100

Fuente: Directa

**Tabla 10. Chi<sup>2</sup> de independencia para la medición de la asociación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en mujeres estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.**

	χ <sup>2</sup>	gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	5.104	1	0.024
N Total	216		

\* 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

Fuente: Directa

**Tabla 11. Tabla de contingencia de los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en estudiantes de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud.**

Síntomas depresivos	Consumo excesivo de alcohol				Total	
	No		Si			
	N	%	N	%	N	%
No	42	54.5	17	22.1	59	76.6
Si	7	9.1	11	14.3	18	23.4
Total	49	63.6	28	36.4	77	100

Fuente: Directa

**Tabla 12. Chi<sup>2</sup> de independencia para la medición de la asociación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en estudiantes de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud.**

	X <sup>2</sup>	gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	6.217	1	0.013
N Total	77		

\* 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

Fuente: Directa

## VIII. DISCUSIÓN

La sintomatología depresiva se identificó en 26% de los estudiantes Centro de Ciencias de la Salud, siendo ligeramente menor a los encontrados en un estudio realizado en Perú, donde participaron 869 estudiantes de área de la salud, donde se observó que 31.2% de los estudiantes tenían síntomas depresivos. <sup>(46)</sup> Sin embargo, la prevalencia en el presente estudio es casi el doble a la encontrada en otra investigación realizada en la misma institución educativa y en el mismo Centro, en donde únicamente participaron estudiante de las carreras de Medicina, Enfermería, Nutrición y Estomatología y se midieron los síntomas depresivos mediante la escala de Zung donde se observó que el 13.5% de los alumnos presentaban depresión. <sup>(65)</sup>

Así mismo, la presencia de síntomas depresivos por sexo fue mayor en mujeres (28.7%) en relación a los hombres (23.1%), situación que también fue identificada en un estudio realizado en Perú donde participaron 15,684 estudiantes, en los cuales se observó que la presencia de síntomas depresivos fue mayor en mujeres con 19.5% en comparación con los hombres, de los cuales solo 8% tuvieron síntomas de depresión; <sup>(7)</sup> así como en el estudio realizado en el mismo Centro donde la depresión fue predominante en las mujeres. Lo que puede ser explicado por diferentes causas como el manejo de las emociones, alteraciones hormonales que pueden afectar la química del cerebro que ayuda al control del estado del ánimo, el contexto social que las rodea e incluso antecedentes heredo-familiares. <sup>(66)</sup>

Las carrera que presentó una mayor carga de síntomas depresivos fue Estomatología (36.1%), situación que es diferente a la identificada en un estudio realizado en Perú, donde participaron estudiantes del área de salud y se identificó una mayor prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de Medicina (33.6%), <sup>(46)</sup> y en otros estudios, donde también se midió la presencia de

depresión. <sup>(47-49)</sup> Lo que nos pone a meditar sobre cuáles serían las posibles causas de dichas diferencias, ya que se esperaría que las carreras con una mayor carga de tipo asistencial presenten una mayor prevalencia debido a las actividades que realizan requieren toma de decisiones precisas, el estar en constante contacto con personas que tienen problemas graves de salud, situaciones estresantes como el manejo de urgencias. Sin embargo, existen diversas causas que podría ayudar a comprender la presencia de mayor prevalencia de síntomas depresivos en los Estomatólogos, como pueden ser ciertas características en la enseñanza de la profesión que se relacionan con un manejo inadecuado de estresores, haciéndolos más propensos a la depresión. Otros factores serían la necesidad de perfección, resolver completamente los problemas dentales de los pacientes y la percepción de un menor estatus que otros profesionales. <sup>(67)</sup>

En cuanto a la severidad de los síntomas en los estudiantes fue predominante la depresión leve con 12.3%, cifras que están por debajo a las encontradas en un estudio realizado en México, donde se midieron los síntomas depresivos en 506 estudiantes universitarios, encontrando que los síntomas de depresión leve se presentaron en el 21.1%,<sup>(68)</sup> cabe destacar que en ese mismo estudio las prevalencias de los síntomas moderados y severos (2.8% y 0.8% respectivamente) fueron menores a lo identificado en el presente estudio, ya que los síntomas moderados se observaron en 4.2% de los participantes, y los síntomas severos en el 10%.

En cuanto al consumo en exceso de alcohol, el 29% de los alumnos presenta este nivel, indicando un mayor porcentaje a lo encontrado en un estudio realizado en la UNAM en 2008, donde participaron 24 921 estudiantes y se observó que 1 de cada 5 estudiantes presentó consumo de riesgo de alcohol. <sup>(53)</sup> Cabe destacar que en otra investigación realizada en la misma institución educativa donde se realizó el presente estudio y participaron 858 estudiantes de toda la universidad, se

identificó que aproximadamente el 50% de la muestra presenta consumo excesivo, superando lo identificado en nuestro estudio. <sup>(69)</sup>

Del total de los estudiantes que presentaron un consumo excesivo de alcohol, 44.1% correspondieron al sexo masculino, situación que ha sido identificada en el estudio realizado la UNAM, a quienes se les aplicó el AUDIT para la medición en el consumo y tomando como referencia el mismo punto de cohorte ( $\geq 8$ ) que en nuestra investigación, observándose el consumo excesivo en el 17.3% de los hombres. <sup>(53)</sup>

En cuanto al nivel de consumo de alcohol, se identificó del total de los estudiantes 22.3% tienen un consumo de riesgoso de alcohol, siendo esta cifra ligeramente menor a la encontrada en un estudio realizado en Cartagena donde participaron 1031 estudiantes, a quienes se les aplicó el AUDIT para medir el consumo de alcohol, identificándose que 29% presentó un patrón de consumo riesgoso, seguido de 3.2% que tienen consumo perjudicial y 1.9% con posible dependencia <sup>(70)</sup>, porcentajes menores a los identificados en nuestro estudio, ya que en los participantes se observó 4.7% consumo perjudicial y 2.2% posible dependencia.

No encontró asociación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol, lo que se diferencia con lo encontrado en un estudio realizado en la ciudad de México, donde participaron estudiantes de nivel medio superior y superior, en quienes se identificó la presencia de síntomas depresivos mayores en quienes presentan consumo de alcohol. <sup>(57)</sup>

Cabe mencionar que se identificó asociación entre la sintomatología depresiva y el consumo de alcohol en el sexo femenino, situación que se asemeja a lo encontrado en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (México), donde la depresión se relaciona al consumo de alcohol y es considerado como una variable que aumenta 4.9 más el riesgo de que presenten depresión en comparación con las mujeres que no consumen alcohol <sup>(71)</sup>. También

se identificó que en la carrera de Enfermería existe asociación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol, resultado que posiblemente se deba a que la mayoría de los estudiantes de dicha carrera sean mujeres y al aumento en los niveles de consumo de alcohol que se ha venido presentando en los últimos años en este sexo.

Otros factores que podrían explicar dichos hallazgos podrían ser, además del sexo, el rendimiento académico, sentimientos de dudas e impotencias, el involucrarse sentimentalmente con los usuarios, sobre carga académica y dificultades en las relaciones con los docentes. <sup>(72)</sup>

## **X. CONCLUSIONES**

Aunque de manera global no se encontró una asociación entre los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol en los estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud, es importante tomar en cuenta los hallazgos que se muestran en la investigación, tal es el caso de la relación existente en dichos trastornos en el sexo femenino y estudiantes de la carrera de Enfermería, lo que da la pauta para futuras investigaciones donde se incluyan otras variables que pudieran ayudar a explicar cómo se comportan estos trastornos en los jóvenes universitarios, ya que como hemos visto, diferenciados por el sexo, las prevalencias son distintas, en hombres es mayor el consumo de alcohol que en mujeres, mientras que mayor cantidad de mujeres presentan síntomas depresivos en comparación con los hombres; sin embargo, sería importante saber cómo influye la carga académica y las características propias de cada carrera. Además, emprender la formulación de estrategias preventivas en los jóvenes que tengan una mayor vulnerabilidad debido al sexo o a la carrera que estudian.

## X. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

Es necesario para la disminución de la prevalencia de síntomas depresivos y el consumo excesivo de sustancias en los estudiantes el trabajo integral e interdisciplinario entre las autoridades universitarias, que permitan hacer las evaluaciones pertinentes para la identificación oportuna de estos trastornos, así como, proporcionar las intervenciones necesarias para el manejo preventivo y/o correctivo y dar el seguimiento que permita evaluar la efectividad de las intervenciones.

Para prevenir la presencia de dichos trastornos en los estudiantes, es recomendable se realicen las intervenciones educativas en salud que permitan el fortalecimiento de las habilidades psicosociales de los alumnos, para potenciar sus capacidades, destrezas y habilidades personales y sociales como asertividad, autoestima, toma de decisiones, resolución de conflictos y resiliencia que les permitan afrontar las presiones del ambiente escolar universitario.

Para lo anterior, es necesario tomar en cuenta las características de cada carrera, ya que es posible que las diferencias entre las prácticas y carga escolar de cada licenciatura, marque las pautas para la elaboración de estrategias más adecuadas para el abordaje con los alumnos; otro aspecto importante a considerar para la elaboración de estrategias de prevención y/o tratamiento, es la perspectiva de género, ya que el resultados, experiencias y riesgos de presentar de los síntomas depresivos y el consumo excesivo de alcohol, es diferente entre hombres y mujeres; para ello es necesario realizar un análisis de género,<sup>(73)</sup> ya que es un instrumento clave para la incorporación de la perspectiva de género en las los programas de salud, así como para el seguimiento y la evaluación de sus efectos diferenciales.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud mental? Preguntas y respuestas en línea. [en línea]. 2007 [Fecha de Mayo 2013]; Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>.
2. Organización Mundial de la Salud. ¿Cuáles son los primeros signos de los trastornos mentales? Preguntas y respuestas en línea. [en línea]. 2006 [Fecha de Mayo 2013]; Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/38/es/>.
3. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud mental. Datos y cifras. [Fecha de Mayo 2013]; Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index1.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index1.html).
4. Organización Mundial de la Salud. La depresión. Centro de prensa. Nota descriptiva No. 369. [en línea]. Octubre de 2012 [Fecha de Mayo 2013]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>.
5. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. Centro de prensa. Nota descriptiva No. 349. [en línea] Febrero 2011 [Fecha de acceso Mayo 2013] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>.
6. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Revista Adicciones. [en línea]. 2002 [Fecha de acceso Mayo 2013]; 14 supl 1 Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/casas.14.pdf>
7. Riveros Q. M, Hernández H, Rivera José, Niveles de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. Revista de investigación de Psicología. [en línea]. 2007 [Fecha de acceso Mayo 2013]; 10 (1) Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1609-74752007000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1609-74752007000100005&script=sci_arttext)
8. Micin S, Bagladi V. Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. Revista Terapia Psicológica [en línea]. 2011

- [Fecha de acceso Mayo 2013]; 29 (1) Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78518428006>
9. Urrego D. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Especialidades Médicas, Bogotá 2001. Rev. salud pública. [en línea]. 2002. [Fecha de acceso Junio 2013]; 4 (1) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n1/v4n1a04.pdf>
  10. Organización Mundial de la Salud. Salud mental. Temas de Salud. [en línea]. 2013 [Fecha de acceso Mayo 2013]; Disponible en: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/topics/mental_health/es/index.html)
  11. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud mental. Datos y cifras. [Fecha de Mayo 2013]; Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index4.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index4.html).
  12. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2006/06. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_424\\_Dep\\_Adult\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_resum.pdf)
  13. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. México, Secretaria de Salud. [en línea]. 2009 [Fecha de acceso Mayo 2012]; Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161\\_GPC\\_TRASTORNO\\_DEPRESIVO/Imss\\_161ER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf)
  14. Lara MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. Salud Mental [en línea]. 2007. [Fecha de acceso Junio 2013];30 (5) disponible en: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3005/sm300504.pdf>
  15. World Federation for Mental Health. Mental health and chronic physical illnesses. The need for continued and integrated care. USA: World Federation

- for Mental Health. [en línea]. 2010. [Fecha de acceso Junio 2013] disponible en: <http://www.wfmh.org/2010DOCS/WMHDAY2010.pdf>.
16. Berenzon S, Lara M. A, Robles R, Medina-Mora M. E. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud pública de México [en línea]. 2013. [Fecha de acceso Junio 2013]: 55 (1) disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2013/vol%2055%20no.1%20Enero%20Febrero/8accion.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20no.1%20Enero%20Febrero/8accion.pdf).
  17. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-TaMayo C, Alvear-Sevilla C, Guisa-Cruz V. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. México DF, México: INPRFM; 2012. [Fecha de acceso Mayo 2013] Disponible en: [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx).
  18. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [en línea] 2006. ([echa de acceso Mayo 2013] Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
  19. Comisión Nacional contra las Adicciones. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012. [en línea] 2011. [Fecha de acceso Mayo 2013] Disponible en: <http://www.insp.mx/tabaco/Datoscontenido/Alcoholismo.pdf>
  20. Comisión Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados por entidad federativa, Aguascalientes. [en línea] 2008. [Fecha de acceso mayo 2012] Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08\\_AGS.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_AGS.pdf)
  21. Caraveo-Andagua J. J, Bermudez E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. Revista Salud Mental [en línea]. 2002 [fecha de acceso mayo 2012]; No. 2 Disponible en:

- [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Comorbilidad/Articulos/Trastornos\\_psiquiAtricos\\_y\\_abuso.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Comorbilidad/Articulos/Trastornos_psiquiAtricos_y_abuso.pdf)
22. Barradas Alarcón M. E, Guzmán Ibáñez M. L, Robles Olvera V. J, López Vázquez R, Depresión y Consumo de Alcohol en Estudiantes del ITV. Academia Journals [en línea]. 2010 [fecha de acceso mayo 2013]; Disponible en: <http://chiapas.academiajournals.com/downloads/CHIS%20SALUD.pdf.pdf>
  23. Palma M. Economía de la salud mental. Residente. [en línea]. 2010 [fecha de acceso mayo 2012]; 5 (1) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr101c.pdf>
  24. Luque R, Berrios G. E. Historia de los trastornos afectivos. Rev. Colomb. Psiquiat. [en línea] 2011. [Fecha de acceso Junio 2013]; 40 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40s1/v40s1a09.pdf>
  25. Pégola F. Breve historia de la depresión. Médicos y Medicina en la Historia. [en línea] 2001-2002. [Fecha de acceso Junio 2013]; 1 (1) Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/Portada/Revista01/Breve.pdf>
  26. Covo J. V. El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. Psiquiatría. [en línea] 2005. [Fecha de acceso Junio 2013]; 9 (4) Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/283/26/>
  27. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2007/09. Disponible en: [http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/759\\_avalia07-09res.pdf](http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/759_avalia07-09res.pdf)
  28. Korman G. P, Sarudansky M. Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. Subjetividad y procesos

- cognitivos. [en línea] 2011. [Fecha de acceso Junio 2013]; 15 (1) Disponible en: [cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n1/enfera.html](http://cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n1/enfera.html).
29. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV [en línea]. España. MASSON, S.A. [Fecha de acceso junio 2013] Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
30. Psicología y Coaching [en línea] España: Sant Cugat del Vallés; c2006 [Fecha de acceso Junio 2013]. Disponible en: [http://psicoarea.org/cie\\_10.htm#32](http://psicoarea.org/cie_10.htm#32)
31. Claro I. Depresión: causas, consecuencias y tratamiento. [en línea]. Brasil: El Clarín. S/A [Fecha de acceso Junio 2013]. Disponible en: <http://www.espiritismo.cc/Descargas/libros/depresion.pdf>
32. Navas C, Zapata D. Aspectos inmunológicos en la depresión. Rev Venez Oncol [en línea]. 2009. [Fecha de acceso Junio 2013]; 21 (4) Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v21n4/art10.pdf>
33. Manzanera-Escarti R. Tratamiento de la depresión en comorbilidad y en situaciones complicadas. SEMERGEN [en línea]. 2009. [Fecha de acceso Junio 2013]; 35 supl 1 Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13190900&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=40&ty=131&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v35nSupl.1a13190900pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13190900&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=131&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v35nSupl.1a13190900pdf001.pdf)
34. Departamento de Farmaco-epidemiología. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica. Tratamiento de Depresión. [en línea]. Costa Rica. 2006. Disponible en: [http://www.cochrane.ihcai.org/programa\\_seguridad\\_paciente\\_costa\\_rica/pdfs/26\\_Tratamiento-de-Depresion.pdf](http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/26_Tratamiento-de-Depresion.pdf)
35. Vazquéz C, Hernán-Gomez L, Hervás G, Nieto M. Evaluación de la depresión. Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicopatológicos [en línea]. 2005. [Fecha de acceso Junio 2013]. Disponible en:

[http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/2006-Evaldepre.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2006-Evaldepre.pdf)

36. Gabanxto, K. Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. Osasunaz. [en línea] 2001. [Fecha de acceso junio 2013]; No. 4 URL disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/04/04139158.pdf>
37. García E, Lima G, Aldana L, Cassanova P, Feliciano V. Alcoholismo y sociedad, tendencias culturales. Revista cubana Médica Militar. [en línea] 2004. [Fecha de acceso junio 2013]; No. 33 URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33\\_3\\_04/mil07304.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_3_04/mil07304.htm).
38. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre alcohol. [en línea] 2007. [Fecha de acceso junio 2013]; Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>
39. Glosario de términos de alcohol y drogas. Organización Mundial de la Salud. [en línea] 1994; [Fecha de acceso junio 2013]; URL disponible en: <http://www.msc.es/alcoholJovenes/docs/terminosAlcohol2.pdf>.
40. Monteiro Maristela G. Alcohol y atención primaria de la salud. Organización Panamericana de la Salud [en línea] 2008. [Fecha de acceso junio 2013]; URL disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf)
41. Rosón Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. Galicia Clínica. [en línea] 2008. [Fecha de acceso junio 2013]; No. 1 URL disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/1/27.pdf>
42. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. [en línea] 2010. [Fecha de acceso junio 2013]; URL disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf)

43. Organización Mundial de la Salud. Violencia interpersonal y alcohol. [en línea] 2007. [Fecha de acceso junio 2013]; URL disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/factsheets/pb\\_violencealcohol\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol_es.pdf)
44. Ochoa Mangado E, Madoz-Gúrpide A, Vicente N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia del alcohol. Medicina y seguridad del trabajo. [en línea] 2009. [Fecha de acceso Junio 2013]; URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original1.pdf>
45. Cabrera N, Alvarez M, Marin A. Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. Rev Elec de Psicología de Iztacala [en línea]. 2011. [Fecha de acceso Junio 2013]; 14 (4) Disponible en: [https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&ved=0CEMQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Frepipi%2Farticle%2Fdownload%2F28911%2F26864&ei=y7PdUezoD8qiyAH\\_roAQ&usg=AFQjCNFoR-uizpB7gzfuoe4pg6pSMvyHuA&sig2=AUWwXOKsDHq95MYlvylu1g&bvm=bv.48705608,d.aWM](https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&ved=0CEMQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Frepipi%2Farticle%2Fdownload%2F28911%2F26864&ei=y7PdUezoD8qiyAH_roAQ&usg=AFQjCNFoR-uizpB7gzfuoe4pg6pSMvyHuA&sig2=AUWwXOKsDHq95MYlvylu1g&bvm=bv.48705608,d.aWM)
46. Pereyra-Elias R et. al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la Salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010. Rev Peru Med Exp Salud Publica [en línea]. 2010. [Fecha de acceso Junio 2013]; 27 (4) Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n4/a05v27n4.pdf>
47. Gaviria S, Rodríguez M. A, Álvarez. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. Rev. Chil. Neuropsiquiatr. [en línea]. 2002. [Fecha de acceso Junio 2013]; 40 (1) Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000100005&script=sci_arttext)
48. Perales A, Sogi C, Morales R. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. Anales de la Facultad de Medicina. [en línea]. 2003. [Fecha de acceso Junio 2013]; 64 (4)

Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v64\\_n4/enPDF/salud.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v64_n4/enPDF/salud.pdf)

49. Miranda C, Gutierrez J. L, Bernal F, Escobar A. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. [en línea]. 2000. [Fecha de acceso Junio 2013]; 29 (3) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v29n3/v29n3a05.pdf>
50. Balanza S, Morales I, Guerrero J. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clínica y Salud*. [en línea]. 2009. [Fecha de acceso Junio 2013]; 20 (2) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180613879006>
51. Rosas M, Yampufé M, Lopez M, Carlos G, Sotil A. Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *An Fac med*. [en línea]. 2011. [Fecha de acceso Junio 2013]; 72 (3) Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n3/a05v72n3.pdf>
52. Caceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ, Psychol. Bogotá (Colombia)*. [en línea]. 2006. [Fecha de acceso Junio 2013]; 5 (3) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a08.pdf>
53. Martinez A. et al. Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental*. [en línea]. 2008. [Fecha de acceso Junio 2013]; 31 Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n4/v31n4a4.pdf>
54. Molina L, Agudelo A, Giraldo M, Sánchez L. Factores de contexto asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista CES Salud Pública*. [en línea]. 2011. [Fecha de acceso Junio 2013]; 2 (2) Disponible en: [https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdiagonalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3818031.pdf&ei=7e\\_dUZimlcKDYwGXqYHQBw&usg=AFQjCN](https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdiagonalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3818031.pdf&ei=7e_dUZimlcKDYwGXqYHQBw&usg=AFQjCN)

GeFKfdt3NTxMLdHRtjK2I2kiwrKA&sig2=FoSZINYKr4rjSU8Jg9CJyA&bvm=bv.48705608,d.aWM

55. Garcia J. A, Lopez C, Quiles M. C. Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante. Salud y drogas. [en línea]. 2006. [Fecha de acceso Junio 2013]; 6 (2) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83960203>
56. Graham K, Massak A, Demers A, Rehm J. Does the Association Between Alcohol Consumption and Depression Depend on How They Are Measured?. Alcohol Clin Exp Res. [en línea]. 2007. [Fecha de acceso Junio 2013]; 31 (1) Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.2006.00274.x/pdf>
57. González-González A. et al. Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. Salud Mental. [en línea]. 2010. [Fecha de acceso Junio 2013]; 35 Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a8.pdf>
58. Gantiva Díaz C. A. Bello J, Venegas E, Sastoque Y. Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. Rev. Colomb. Psiquiat [en línea]. 2010. [Fecha de acceso Junio 2013] ; 39 (2) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a10.pdf>
59. Martínez Otero V. Sintomatología depresiva en universitarios: estudio de una muestra de alumnos de pedagogía. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [en línea]. 2010. [Fecha de acceso Junio 2013]; 13 (4) Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/22579>
60. González-Forteza C. et. al. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. Salud Mental. [en línea]. 2011. [Fecha de acceso junio 2013]; 34 (1) disponible en: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3401/sm340153.pdf>

61. Terronez-González A. et. al. Propiedades psicométricas de la CES-D/IS en población universitaria de la ciudad de Durango, México. *Salud Mental*. [en línea]. 2012. [Fecha de acceso junio 2013]; 35 (4) disponible en: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3504/sm3504305.pdf?PHPSESSID=85589d4de21b91b177b0bd8dc8311fee>
62. Villamil V, Valencia M, Medina-Mora M. E, Juárez F. Validación de la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia. *Rev Panam Salud Pública* [en línea]. 2009. [fecha de acceso junio 2013] 26 (4) disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a01.pdf>
63. Reglamento de la ley general de salud (Fecha de acceso mayo 2012) Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2292/63.pdf>
64. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c_es.pdf)
65. Terrones Saldivar M. C, et al. Prevalencia de depresión en estudiantes de algunas carreras del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. *Lux Médica* [en línea]. 2014 [fecha de acceso julio 2014] 26 Disponible en: <http://www.uaa.mx/direcciones/dgdv/editorial/docs/luxmedica26.pdf>
66. National Institute of Mental Health. Descubriendo la esperanza. Publicación de NIH Psicología [en línea]. 2011. [fecha de acceso julio 2014] No. SP 11-4479 Disponible en: [http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/women-depression\\_sp\\_in\\_08.10.2011.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/women-depression_sp_in_08.10.2011.pdf)
67. Rojas G, Misrachi C. Impacto del ejercicio profesional en la Salud Mental Odontólogo. *Revista Dental de Chile*. [en línea]. 2004. [fecha de acceso julio 2014] 24 (2) Disponible en: [http://www.revistadentaldechile.cl/temas\\_abril\\_2004/PDFS%20ABRIL\\_2004/Im](http://www.revistadentaldechile.cl/temas_abril_2004/PDFS%20ABRIL_2004/Im)

pacto%20del%20Ejercicio%20Profesional%20en%20la%20Salud%20Mental%  
20del%20Odontologo%20.pdf

68. González Ramírez M.T, Landero Hernández R, García-Campayo J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Publica* [en línea]. 2009. [fecha de acceso julio 2014] 25 (2) Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n2/v25n2a07.pdf>
69. Salazar M. L, Ávila O. P, Pérez J. L, Matínez K. L. Detección temprana de jóvenes universitarios en riesgo por su consumo de alcohol. *Investigación y Ciencia* [en línea]. 2010. [fecha de acceso julio 2014] 50 Disponible en: <http://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revista50/Articulo%206.pdf>
70. Arrieta Vergara K, V. Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena, 2008. *Rev. Salud pública* [en línea]. 2008. [fecha de acceso julio 2014] 11 (6) Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n6/v11n6a04.pdf>
71. Natera Rey G, Juárez García F, Medina-Mora Icaza M. A, Tiburcio Sainz M. L. Depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología* [en línea]. 2007. [fecha de acceso julio 2014] 24 (2) Disponible en: [http://www.rincondepaco.com.mx/rincon/Inicio/Curri/Articulos/2007A\\_5.pdf](http://www.rincondepaco.com.mx/rincon/Inicio/Curri/Articulos/2007A_5.pdf)
72. Galaz-Sanchés M. G, Olivas-Peñuñuti M. R, Luzania-Soto M, J. Factores de riesgo y niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Sonora. *Bolm Clin Infant Edo Son* [en línea]. 2012. [fecha de acceso julio 2014] 24 (2) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2012/bis122b.pdf>
73. Organización Panamericana de la Salud. Género y salud: una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género. [en línea]. 2007 [Fecha de acceso Julio 2014]; Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf>

## 9. ANEXOS

### Anexo 1

#### Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIÓN	ÍTEMS	ÍNDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el momento del nacimiento hasta hoy.	Edad en años cumplidos al momento de la recolección	Cronológica	Edad cumplida en años	Años cumplidos	Razón
Género	Condición orgánica, (masculina o femenino)	Género del participante	Masculino Femenino	Género	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de	Estado civil	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo	Estado civil	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo	Nominal

	familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes					
Semestre	Duración de tiempo del orden de seis meses consecutivos	Periodo de tiempo en que el estudiante se encuentra en relación a la duración de la carrera	Cronológica	Semestre que cursa actualmente	1° Semestre 2° Semestre 3° Semestre 4° Semestre 5° Semestre 6° Semestre 7° Semestre 8° Semestre 9° Semestre 10° Semestre	Ordinal
Licenciatura/ Carrera	Grado académico de	Especialización en una profesión	Lic. en Cultura Física	Carrera	Lic. en Cultura Física y Deporte.	Nominal

técnica	la educación superior cuyo antecedente obligatorio es el bachillerato o equivalente, y que capacita para el ejercicio de una profesión.	especifica elegida por el estudiante	y Deporte. Lic. en Enfermería. Lic. en Nutrición. Lic. en Optometría. Lic. en Salud Pública. Lic. en Terapia Física. Médico Cirujano. Médico Estomatólogo.		Lic. en Enfermería. Lic. en Nutrición. Lic. en Optometría. Lic. en Salud Pública. Lic. en Terapia Física. Médico Cirujano. Médico Estomatólogo.	
Turno	Momento o lapso de tiempo en el que se realiza una actividad.	Horario en el que los estudiantes acuden a tomar las clases correspondientes a la licenciatura	Matutino Vespertino Otro	Turno en el que cursa la carrera	Matutino Vespertino Otro, especifique cual	Nominal

		que cursan.				
Consumo de alcohol	Hábito de consumo de alcohol	Habito de consumo de alcohol en los estudiantes identificado mediante la aplicación del Instrumentos “Identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol”	Patrón de consumo de riesgo Patrón de consumo perjudicial Dependencia	Consta de 10 ítems	0-7 puntos: Bajo riesgo 8-15 puntos: Consumo de riesgo 16 puntos o más: Dependencia	Ordinal
Depresión	Alteración patológica del estado de ánimo del humor en el que predominan	Medición de la alteración del estado de ánimo mediante la aplicación de la “Escala de Depresión del	Escala tipo likert. va de 0 a 60, con una mayor puntuación indicando	20 reactivos representan seis áreas: ánimo deprimido, culpa/minusvalía, desesperanza, retardo	Punto de corte se encuentra en 16 considerándose a partir de éste sintomatología clínicamente significativa.	Ordinal

	<p>los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia a las exigencias de la vida).</p>	<p>Centro de Estudios Epidemiológicos”.</p>	<p>mayor número y frecuencia de síntomas depresivos</p>	<p>psicomotor, pérdida del apetito y alteraciones del sueño</p>		
--	--	---	---	---	--	--

## Anexo 2

### Escala de Depresión del Centro de estudios epidemiológicos

**Instrucciones:** lea las siguientes frases que describen como usted se podría haber sentido, y seleccione con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada (últimos 7 días): raramente o ninguna vez; alguna o poca vez; ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderada; o la mayor parte o todo el tiempo.

Preguntas	Raramente o ninguna vez (Menos de 1 día)	Alguna o pocas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderada (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.				
2. No me sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.				
3. Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mí familia o amigos.				
4. Sentía que yo era tan bueno(a) como cualquiera otra persona.				
5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo.				
6. Me sentía deprimido(a).				

7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8. Me sentía optimista sobre el futuro.				
9. Pensé que mi vida había sido un fracaso.				
10. Me sentía con miedo.				
11. Mi sueño era inquieto.				
12. Estaba contento(a).				
13. Hablé menos de lo usual.				
14. Me sentí solo(a).				
15. La gente no era amistosa.				
16. Disfruté de la vida.				
17. Pasé ratos llorando.				
18. Me sentí triste.				
19. Sentía que no le caía bien a la gente.				
20. No tenía ganas de hacer nada.				

### Anexo 3

#### Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: Versión para su auto-administración

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste marcando con una "X" el recuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta. Sus respuestas serán confidenciales por lo que le pedimos responda de manera honesta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (por ejemplo cerveza, tequila, vodka, whisky, ron, brandi).	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele tomar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia consume 6 ó más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted	Nunca	Menos de una vez	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a

porque había bebido?		al mes			diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año

## Anexo 4

### Variables socio demográficas

1. Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_ 2. Género:  M  F
3. Estado civil:  
 Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Unión Libre  Viudo(a)
4. Semestre que cursa actualmente:  
 1er. Sem  2do. Sem  3er. Sem  4° Sem  
 5° Sem  6°. Sem  7°. Sem  8°. Sem  
 9°. Sem  10° Sem
5. Carrera:  
 Lic. en Cultura Física y Deporte  Lic. en Enfermería  Lic. en Nutrición  
 Lic. en Optometría  Lic. en Salud Pública  Lic. en Terapia Física.  
 Médico Cirujano  Médico Estomatólogo
6. Turno en que cursa la carrera:  Matutino  Vespertino
7. Actividades que realiza:  Solo estudia  Estudia y trabaja
8. ¿Tiene hijos?  No  Si, ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

**Anexo 5**  
**Consentimiento informado**

**No. Folio:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **del 2013**

Por medio de la presente hago constar que ACEPTO participar en el proyecto de investigación: Depresión asociada al Consumo de Riesgo de Alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud de una universidad pública; el cual tiene como objetivo Asociar la depresión y consumo de riesgo de alcohol en estudiantes del Centro de Ciencias de la Salud.

Aprobado por el Comité de ética e investigación de la Maestría en Salud Pública con el número \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ del 2013.

Para lo cual, se me ha informado que la PARTICIPACIÓN consiste en proporcionar datos socio demográficos, algunos relacionados con el consumo de alcohol y otros para la identificación de sintomatología depresiva; los cuales serán manejados bajo los criterios de confidencialidad para garantizar la protección frente a riesgos laborales, educativos o emocionales derivados de las respuestas dadas en las encuestas.

Así mismo, se me ha asegurado que los procedimientos a los que seré sometido, NO IMPLICAN RIESGO ALGUNO y que podre retirarme del estudio en cualquier momento, sin temor a represalias. Además el investigador responsable se ha comprometido a proporcionarme la información que le solicite con respecto a la investigación si lo considero necesario, así como a mantener mi anonimato al momento de presentar o publicar los resultados de dicho proyecto.

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

LPS Bárbara Medina Gutiérrez  
Investigadora responsable  
Alumna de la Maestría en Salud Pública de la UASLP  
Niño Artillero #130, Zona Universitaria. CP 78240  
Tel: (01) 444-8-26-23-24