

4030^{1/2}8167



**CARACTERISTICAS DEL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO EN
MUJERES ALCOHOLICAS QUE RECIBEN ORIENTACION
PSICOLOGICA A TRAVES DEL GRUPO DE APOYO RENACER DE
LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.**

**TANIA BELTRAN
LUIS MENDOZA MEZA
MONICA VARGAS**

**INFORME FINAL PRESENTADO AL COMITE DE INVESTIGACION
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON
BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2002**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

BIBLIOTECA

BA...

No INVENTARIO 4030867

PRECIO _____

FECHA 01-11-2008

CANJE _____

Nota de Aceptación

Cilars Sosa

Jurado

[Signature]

Jurado

Presidente del Jurado

Barranquilla, 1º. De abril del 2002

*A Dios y a mi familia por darme
sabiduría, fortaleza y perseverancia
para salir adelante en mi carrera
profesional.*

Luis.

Por sobre todo a Dios por permitirme realizarme como profesional, a mis padres y a toda mi familia por apoyarme moralmente para culminar con éxito mi carrera profesional.

Tania.

A toda mi familia por brindarme su apoyo moral y económicamente para salir adelante, y a todas aquellas personas que permitieron que este proyecto se hiciera realidad.

Mónica.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

- ❖ La Dra. Olga Ojeda Harms, Psicóloga y Directora del Programa de Psicorientación del grupo de apoyo RENACER de la ciudad de Barranquilla, por permitirnos realizar este estudio en los sujetos que asisten al grupo de apoyo a su cargo.

- ❖ A las mujeres que participaron como sujetos de la muestra de esta investigación, quienes incondicional y voluntariamente dieron su aporte a este estudio.

- ❖ A todos aquellos que asesoraron directa e indirectamente esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO.

	Pág.
INTRODUCCION	11
2. PREGUNTA PROBLEMA	16
3. JUSTIFICACION	17
4. OBJETIVOS.	23
4.1. OBJETIVOS GENERALES.	23
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.	23
5. MARCO TEORICO.	25
5.1. ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO.	29
5.1.1. Aproximación teórica de la depresión.	32
5.1.1.1. Modelo de distorsión cognitiva de Aaron Beck.	53
5.1.2. Causas de la depresión.	54
5.1.3. Conducta de la persona deprimida.	55
5.1.4. Síntomas característicos del estado de ánimo depresivo.	57
5.1.5. Los problemas reales del depresivo.	59
5.1.6. Tipos de trastornos del estado de ánimo	61
5.1.6.1. Distimia.	61
5.1.6.2. Depresión grave.	64
5.1.6.3. Trastornos depresivos secundarios.	67
5.1.7. Depresión en mujeres	70
5.1.8. Nuevos enfoques en el tratamiento de la depresión.	72
5.1.8.1. El enfoque procesal sistémico de la depresión.	72
5.1.9. Terapia y tratamiento de la depresión.	73
5.1.10. Diagnóstico de la depresión.	77
5.2. ALCOHOLISMO	78
5.2.1. Formas de desarrollo del alcoholismo.	79
5.2.2 Las consecuencias.	84
5.2.3. Efectos psicológicos en hijos de padres alcohólicos.	90



	Pág.
5.2.4. Concentración de alcohol en la sangre.	92
5.2.5. Causas de consumo del alcohol.	92
5.2.6. Efectos físicos.	94
5.2.7. Efectos psicológicos.	94
5.2.8. Daños del alcohol al organismo.	95
5.2.9. Predisposición al alcohol	96
5.2.10. Señales de peligro.	99
5.2.11. Recaídas en el alcohol	100
5.2.12. La mujer alcohólica.	103
5.2.12.1. Efectos del alcoholismo en la mujer	107
5.3. GRUPOS DE ORIENTACION PSICOLOGICA PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO	114
6. DEFINICION DE VARIABLES.	118
6.1. VARIABLE DE ESTUDIO.	118
6.1.1. Definición conceptual.	118
6.2. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE EN ESTUDIO.	118
7. CONTROL DE VARIABLES.	120
7.1. VARIABLES CONTROLADAS.	120
7.1.1. En los sujetos.	120
7.1.2. Instrumentos.	120
7.2. VARIABLES NO CONTROLADAS.	121
8. METODO	121
8.1. PARADIGMA	121
8.2. ENFOQUE METODOLOGICO	122
8.3. DISEÑO	122
8.4. POBLACIÓN	123
8.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS.	124
8.6. PROCEDIMIENTO	125
9. RESULTADOS.	132
10. CONCLUSIONES	147
11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES.	152
BIBLIOGRAFIA.	155

LISTA DE TABLAS.

	<i>Pág.</i>
Tabla 1. Índices de depresión.	119
Tabla 2. Análisis estadístico de los índices de depresión.	120
Tabla 3. Resultados Entrevista semi-estructurada en mujeres Alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del Grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.	122

LISTA DE ANEXOS.

	Pág.
Anexo A. Inventario de Depresión de Beck.	140
Anexo B. Guía entrevista Semi-estructurada	143

INTRODUCCION

El Estado de ánimo depresivo ha sido definido como aquel estado emocional que produce la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes se disfrutaba, progresa cada día afectando los pensamientos, sentimientos, salud física, y la forma de comportarse, más conocida como depresión.¹

El término depresión tiene muchos significados: la depresión puede manifestarse como un síntoma, un síndrome, o una entidad nosológica; y aunque existen múltiples interpretaciones acerca de las causas de la depresión, hay un acuerdo unánime al considerarla como un rasgo universal de la condición humana, que va desde la tristeza pasajera que puede apoderarse de cada uno de nosotros hasta un severo acceso de melancolía.

Robert y Lamontagne (1977) consideran que la depresión es un estado de tristeza patológica, acompañada de una marcada disminución del

¹VASQUEZ, Camelo y ZANS, Jesús. Trastornos del estado de ánimo. México: Mc Graw Hill, 1992. P. 280 .

sentimiento de valor personal y de una dolorosa consecuencia de disminución de la actividad mental, psicomotriz y orgánica". Concuerdan en que los síntomas son diversos y entre los principales se incluyen: llanto, cara de tristeza, pérdida de la estima de uno mismo, auto-acusación, auto-castigo, hipocondría, disminución del campo de conciencia, dificultades de concentración, pérdida de interés, escasez de conversación, pérdida de apetito, dolores diversos, etcétera.

La ciencia médica esta entendiendo cada vez mejor la depresión: La mayoría de los casos serios de depresión se deben a un desequilibrio de las sustancias químicas en el cerebro. Hay muchas cosas que pueden provocar dicho desequilibrio:²

- Perdida de un ser querido o de algo que se estime mucho.
- Tensión crónica o un evento que cause mucha tensión
- Enfermedad grave
- Reacciones a medicinas
- Alcoholismo, abuso de drogas, demencia (locura) y otros problemas de salud mental.

² Disponible en Internet: www.monografias.com/psicología/ La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión/ Jorge Luis Salinas Rodríguez. Marzo del 2002

La depresión puede afectar a todo el mundo, los dos sexos, todas las edades, ricos y pobres. El hecho de que una persona este triunfando en la vida no le protege contra las posibilidades de una depresión. Ni tampoco hay tipos especiales más propensos a la depresión que otros. Los artistas, las estrellas de cine, los políticos, gente con cargos públicos, actividades creativas y delicadas, celebridades, gente ambiciosa, son las personas que presentan más propensión a la depresión que otros. Pero estas personas son mas visibles que otros, y si la depresión se presenta en ellos, todo el mundo parece enterarse.

Las mujeres son tratadas por depresión dos o tres veces más frecuentemente que los hombres. Nuestra sociedad, de un modo tradicional, facilita que las mujeres admitan debilidades y problemas y busquen ayuda, mientras que insiste en que los hombres deben mantenerse estables y hacer buena cara al mal tiempo. Por desgracia, en nuestra cultura, a los hombres se les enseña a no admitir debilidad y no revelar sus sentimientos interiores. Es interesante notar que el numero de alcohólicos masculinos es superior al de las mujeres; y que el porcentaje de suicidios es tres veces más alto en los hombres que en las mujeres. Los hombres resuelven sus depresiones de modo distinto que las mujeres.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo general describir las características del estado de ánimo depresivo que presentan las mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.

Esta investigación fue realizada teniendo en cuenta los principios básicos de la teoría cognitiva de Aaron Beck, el cual concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto, existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los tres patrones cognitivos.³

El tipo de diseño utilizado en este estudio fue de tipo descriptivo, el cual permite describir un fenómeno o realidad tal y como se presenta, para lo cual se utilizó como instrumento de recolección de la información el Inventario de Depresión de Beck y una entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas con cada uno de los sujetos del estudio, los cuales fueron escogidos intencionalmente por los autores del estudio, muestra que correspondió al 44% de la población en estudio.

³ BECK, Aaron, *Terapia Cognitiva de la depresión*. España: Desclee. 1983. P.18

Los datos obtenidos a través de la aplicación del instrumento fueron tabulados estadísticamente e interpretados a través de los parámetros del Diseño descriptivo.

La integración de los resultados de ambos instrumentos, permitió a los autores de este estudio describir las características del estado de ánimo depresivo de las mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de apoyo Renacer.

Las conclusiones de este estudio serán presentadas a la coordinación del grupo de apoyo como una primera aproximación diagnóstica al tema de la depresión dentro del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión ha sido definida en este estudio como una enfermedad mental que afecta a personas de todas las edades. Produce la sensación de tristeza, decaimiento emocional y pérdida del interés en las cosas que antes se disfrutaban progresando cada día más y afectando los pensamientos, sentimientos, salud física y conductual de quienes la padecen.

Tal y como indica la Organización Mundial de la Salud, cerca del 10% de la población mayor de 15 años llega a presentar estados depresivos en alguna época de su vida, siendo la población femenina la mayor expuesta a este estado.

Teniendo en cuenta lo anterior, la pregunta problema de esta investigación es ¿Cuáles son las características del estado de ánimo depresivo que presentan las mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.?

3. JUSTIFICACION

La depresión es una enfermedad mental, cada vez más frecuente en las sociedades desarrolladas, que afecta a personas de todas las edades. No es grave sentirse decaído durante unos días o semanas, pero si la depresión persiste o se profundiza se debe acudir al médico.

Casi todas las personas se han sentido deprimidas de vez en cuando, pero sí puede seguir con sus ocupaciones y al cabo de un tiempo recuperan el placer de vivir es muy probable que no padezcan enfermedad mental alguna.

El Estado de ánimo depresivo es definido como aquel estado emocional que produce la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y que produce la sensación o pérdida del interés en las cosas que antes se disfrutaba, progresa cada día afectando los pensamientos, sentimientos, salud física, y la forma de comportarse, más conocida como depresión.⁴

⁴VASQUEZ. Op cit p. 280 .

La diferencia entre un decaimiento pasajero y el estado de ánimo conocido como depresión estriba en que, en este último caso, el enfermo no puede superar el desánimo, la dolencia se hace cada vez más profunda y, al cabo de un tiempo, disminuye su capacidad de desenvolverse en la vida diaria, tanto en el plano mental como en el de la funcionalidad.

El mayor peligro de la depresión es el deseo de quitarse la vida, y en los países industrializados es la causa de la mayoría de los suicidios.

La depresión es un fenómeno que afecta de manera creciente a una gran cantidad de personas en nuestros días. En el ámbito mundial, se señala en informes de la Organización Mundial de la Salud (2000) que la prevalencia del síndrome depresivo alcanza valores de 3 a 4 por ciento en la población general y que un 10% de la población mayor de 15 años llega a presentar estados depresivos en alguna época de su vida.

Si bien en la depresión suelen tenerse en cuenta los antecedentes familiares, se ha comprobado de modo estadístico que alrededor de un 25% de la población, con una mayor incidencia en las mujeres, sufre un decaimiento grave en algún momento de su vida que necesita asistencia médica, aunque las manifestaciones de la

enfermedad pueden no corresponderse con exactitud con los signos característicos de ésta.⁵

Muchas son las causas que pueden producir un estado de ánimo depresivo, entre ellas se pueden mencionar como relevantes la pérdida de un ser querido, la tensión crónica ante un evento o situación personal, una enfermedad grave, reacciones a algunas medicinas, adicción a las drogas, alcoholismo, entre otros.

Igualmente en algunas etapas de la vida, como pueden ser el final de la adolescencia, la menopausia femenina, la entrada en la madurez, la jubilación y en los años inmediatos a ésta, existe una mayor propensión a deprimirse.

La persona que padece una enfermedad de tipo depresivo, además de sentir una melancolía insuperable, presenta otras manifestaciones, tanto físicas como psíquicas, tales como la pérdida de energía y del apetito, tanto sexual como alimentario, insomnio y, en algunos casos, indigestiones, estreñimiento y dolores de cabeza.

Quienes padecen depresión corren el riesgo de sufrir trastornos psicológicos graves, cuyos síntomas pueden ser una disminución de

⁵ Tesis Anónima. Depresión Femenina. Marzo 2002. www.monografias.com/psicología

la capacidad de concentración, percepción negativa del medio exterior, sentimientos de culpabilidad, auto desprecio, delirios persecutorios, o alucinaciones y pensamientos de muerte o suicidio.

Sin embargo, la depresión también esta asociada a la presencia de enfermedades físicas y psicológicas en el individuo, tal es el caso de las adicciones a las drogas y otros estimulantes, que dentro de su avance en el organismo de un sujeto trae consigo la presencia de trastornos depresivos.

La depresión o estado de ánimo depresivo puede afectar a todo el mundo, a los dos sexos, a personas de todas las edades, no escatima religión, estrato, nivel cultural, condición socioeconómica. Sin embargo, uno de los principales factores de riesgos para la depresión es, sencillamente, ser mujer. Las mujeres son por lo menos dos veces más propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres, suelen dejarse afectar con mayor rapidez y facilidad que los hombres, tal y como lo demuestran algunas investigaciones realizadas.

Estudios realizados en mujeres depresivas de América Latina, concluyeron que las mujeres entre 25 y 45 años de edad, presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos en comparación a los

hombres, y muchos de estos síntomas están relacionados con factores como separaciones conyugales, problemas matrimoniales, relaciones con hijos adolescentes, responsabilidades en el trabajo, entre otros. Mientras que los hombres suelen presentar síntomas depresivos entre los 40 y 49 años de edad con respecto a las mujeres.

En Colombia son muy pocas las investigaciones de este tipo, así lo corroboró una profunda revisión bibliográfica al respecto, es por ello que a través de este estudio, los autores encontraron la oportunidad de adentrar en un campo en donde la psicología tiene grandes aportes, sobre todo en una población susceptible de este tipo de trastorno.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo principal describir las características del estado de ánimo depresivo en mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.

Es por ello, que para la Universidad Simón Bolívar, esta investigación se convierte en una oportunidad de crecimiento y desarrollo Institucional dentro de una población de la que hoy poco se conoce, utilizando para ello los aportes de la teoría cognitiva de Aaron Beck en

la identificación y descripción de las características del estado de ánimo depresivo en mujeres alcohólicas.

A nivel profesional, es para los investigadores una oportunidad para conocer a través de la investigación, aquellos aspectos relacionados con el estado de ánimo depresivo en una población femenina altamente afectada por la adicción al alcohol, lo cual incide notablemente en la estabilidad emocional y conductual de los individuos, problemática que compete a la ciencia de la psicología.

A nivel científico, contribuye a ampliar los aportes, la visión y los alcances de las teorías hasta hoy abordadas, tomando como principal modelo los principios básicos de la teoría cognitiva.

A nivel Personal, es para los autores del estudio, una experiencia que enriquece la formación profesional y personal adquirida teóricamente; genera conocimiento y expectativas acerca de la realidad conductual del ser humano que padece alteraciones en su estado de ánimo, la cual no están exentos de padecer.

4. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir las características del estado de ánimo depresivo que presentan las mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de Apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer el índice de depresión que presentan las mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.
- Describir los principales síntomas depresivos que presentan las mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla, tales como:
 - Síntomas afectivos.

- Síntomas motivacionales.
- Síntomas cognitivos.
- Síntomas conductuales
- Síntomas fisiológicos.

➤ Describir las principales causas que generan síntomas depresivos en las mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.

5. MARCO TEORICO

Dentro del carácter vergonzante que para la opinión pública tienen las enfermedades mentales, es quizá la depresión la que a fuerza de popularizarse, está siendo más tolerada socialmente. Cada vez es más conocida, por médicos, por psicólogos y por los propios pacientes, con lo que se va evitando su confusión con otro tipo de dolencias.

Popularmente ya se distingue entre tener un mal día, con la moral baja, o incluso una semana de acontecimientos desafortunados que te hagan estar triste y desganado, generando así alteraciones depresivas del estado de ánimo.

El aumento de la esperanza de vida hace que cada vez sean más las personas que han pasado por un primer episodio depresivo, sin saber bien lo que les pasaba, sucediendo que en la segunda ocasión ya suelen tener más información y mayor conciencia de lo que les sucede, encuadrando el suceso dentro de las características de una depresión.

La medicina sigue investigando y va encontrando fármacos con los que luchar contra la ansiedad y desasosiego (tranquilizantes), para mitigar el abatimiento y la apatía (euforizantes), para combatir el insomnio (hipnóticos), síntomas todos ellos que suelen acompañar a la depresión. Con ellos son tratados ambulatoriamente los pacientes y suele ser el momento en que se les dice que tienen una alteración depresiva del estado de ánimo. También se va popularizando la figura del psicólogo, y se va entendiendo que éste profesional, junto con el psiquiatra que controla la medicación, tiene dentro de su bagaje conocimientos adecuados para tratar estas dolencias. La población se da cuenta de que cuando tiene problemas afectivos, éstos alteran su salud física, al igual que cuando tiene una dolencia física se altera su estado de ánimo.

Los medios de comunicación han empequeñecido el mundo, es tanto lo que difunden, que en la sociedad occidental hoy día parece que todo el mundo sabe un poco de todo, o por lo menos ha oído hablar de ello. Así pasa con la depresión. No es que la depresión sea una enfermedad nueva, pues ya Hipócrates (s. V a. de C.) se refería a ella describiendo los efectos de la bilis negra, pero lo que sí es seguro, siempre refiriéndose a occidente, es que nuestro modo de vida actual, tan despersonalizado, tan competitivo, tan desarraigado, es un caldo

de cultivo muy adecuado para que se generen las alteraciones que encuadramos como depresión.

Dado que la etiología de la depresión es multifactorial, excluidas las enfermedades médicas y medicaciones que pueden originar una depresión, el camino a seguir es el análisis de las vivencias que nos describe el enfermo o sus familiares, para saber que síntomas son propios de la depresión y cuales son derivados de la misma.

Hay otros trastornos muy próximos a la depresión, que también pueden provocar sufrimiento y resultar invalidantes para el paciente. Los profesionales, aparte de su experiencia u ojo clínico, suelen ayudarse de pruebas o test psicológicos, pruebas proyectivas y escalas de evaluación o autoevaluación para poder diagnosticar un estado de ánimo depresivo.

Actualmente, la depresión se define por sus características y no por sus supuestas causas u orígenes, como se concebía hace algunos años. En efecto, se hablaba de "depresión endógena", aduciendo que el estado de ánimo depresivo tendría un origen biológico, esto es, por falla en los neurotransmisores. Como opuesto a éste, se diagnosticaban depresiones "psicogénicas o reactivas", en las cuales las causas del problema serían factores externos desencadenantes.

Igualmente también se hacía el diagnóstico "depresivo involucional", indicando que el origen del problema era la edad de la persona y dependiendo de la gravedad de la depresión, se diagnosticaba como "depresión neurótica", si era más leve; o bien "psicótica" en su forma más severa. A pesar de todo este enfoque, el problema sigue siendo compartido por muchos especialistas.

Sin embargo todo este sistema clasificatorio provocaba una gran confusión, y los especialistas (médicos, psicólogos, psiquiatras) tenían grandes diferencias para decidir en que categoría ubicar a sus pacientes; pero no solamente existía ese problema, sino que también se presentaba otro, relacionado con el tratamiento. Ya que si la depresión era endógena, el tratamiento se haría en base a medicamentos; y si la depresión era reactiva, el tratamiento indicado se haría mediante una psicoterapia.

El nuevo sistema de clasificación de los trastornos mentales es meramente descriptivo: define la depresión por los síntomas que presenta la persona, es decir por lo que hace, lo que piensa o lo que siente. Esto tiene la gran ventaja de que, a nivel de especialistas, es muy fácil ponerse de acuerdo, pues solamente tienen que cumplirse los criterios. Y, por último, también permite definirla en mucho mejor forma.



5.1. ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO.

El Estado de ánimo depresivo ha sido definido como aquel estado emocional que produce la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y que genera la pérdida del interés en las cosas que antes disfrutaba, progresa cada día afectando los pensamientos, sentimientos, salud física, y la forma de comportarse, más conocida como depresión.

La gente emplea la palabra “depresión” en su lenguaje cotidiano para referirse a síntomas. Estos pueden ser el resultado de un estado emocional, una reacción ante una situación o el estilo de comportamiento característico de una persona.

El sentimiento de depresión, por lo general se conoce como Melancolía. Se puede presentar en diferentes contextos y por diferentes causas inherentes al individuo. Algunos sentimientos de depresión son temporales y desaparecen con rapidez, mientras que otros se acrecientan y afectan enormemente la conducta de quien la padece.⁶

⁶ BECK, Op cit p. 25.

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión.⁷

Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo.

Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona.

Todas las personas han experimentado estados de ánimo que implican depresión o alegría en algún momento de sus vidas. La pérdida de un trabajo o la muerte de un ser amado pueden dar por resultado depresión.

La depresión es una de las condiciones diagnosticadas en forma más común entre los pacientes hospitalizados por trastornos mentales y también es bastante frecuente en la población en general.

⁷ SARASON, Irwin y SARASON, Barbara. Psicología Anormal. México: Mc Graw Hill, 1994. P.289

La depresión no respeta posición socioeconómica, logros educativos o cualidades personales; puede afligir a ricos o pobres, a personas con éxito o fracasados, a los muy educados o a los analfabetos.

Es mucho más común entre las mujeres que entre los hombres. Sin importar la región del mundo, raza, etnicidad y clase social, las mujeres tienen casi el doble de probabilidad de sufrir depresión que los hombres.

Las mujeres tienden a amplificar sus estados de ánimo depresivos y los hombres encuentran medios de minimizar la misma.

El problema central de la depresión, en el mundo contemporáneo, no solo se funda en la extensión creciente del fenómeno, principalmente en las últimas décadas, ni en el reconocimiento de que la depresión es el síntoma universal de la psicopatología y la clínica psiquiátrica, a tal punto que la nuestra ha sido llamada la era de la depresión.

Se debe unir a lo anterior varios factores, relacionados entre sí, al crecimiento de su perfil sintomatológico, a sus nuevos modos expresivos cada vez más detectados por la clínica; al crecimiento de los métodos terapéuticos, biodinámicos, y psicodinámicos a nuestro

alcance; a la mundialización del proceso perceptible y ubicable en múltiples formas clínicas en todas las culturas que pueblan el orbe.

En los tiempos actuales la depresión es un síntoma psíquico muy frecuente relacionado con el tipo de vida que llevamos: nuestras relaciones familiares (problemas con la pareja o los hijos), en el ámbito académico (problemas en la escuela o universidad) o laboral (falta de empleo, remuneración insuficiente, problemas con el jefe) y otros.

La misma lleva al que la siente, a la soledad, la pérdida de motivación, el retraso motor y la fatiga. Puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación.

Las personas deprimidas se consideran desgraciadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas. Miran el futuro sin esperanza.⁸

5.1.1. Aproximaciones teóricas de la depresión:

Independientemente de que las primeras formulaciones acerca de la depresión surgieran de aproximaciones intrapsíquicas y psicodinámicas, los avances en la investigación y evaluación

⁸ Ibid p.291

conductual de este fenómeno han permitido el desarrollo de esquemas conceptuales para explicar su génesis y mantenimiento.

Cada teoría elaborada se enfoca sobre un mecanismo central que se supone es causante de la depresión y solamente de manera secundaria toma en cuenta otros síntomas y conductas problemáticas. Se han desarrollado bases empíricas para cada una de las teorías, aunque la clase de datos típicamente presentados se deriva del producto de los estudios y/o las correlaciones en estudios que trataron individuos deprimidos.⁹

Desde el punto de vista conductual, las aproximaciones teóricas pueden ser divididas, a grandes rasgos, en las que enfatizan el reforzamiento y aquellas que enfatizan las cogniciones en la etiología de la depresión.

Mientras que esas dos conceptualizaciones difieren con relación al qué de la causación, existen algunas similitudes. Ambos suponen que el paciente deprimido ha adquirido patrones de reacción desadaptativos que pueden ser desaprendidos. Los síntomas son vistos como importantes en sí mismos y no como manifestaciones de conflictos subyacentes.

⁹ BECK, op cit p. 17

El primer intento de un análisis conductual de la depresión está contenida en el libro de Ciencia y Conducta Humana de Skinner publicado en 1953, en el cual se define a la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como baja frecuencia de emisión de conducta positivamente reforzada ha sido central a todas las posiciones conductuales. Por ejemplo, Fester ofreció más detalles sugiriendo que diversos factores como son los cambios súbitos en el ambiente, el control aversivo y el castigo, así como cambios en las tasas de reforzamiento pueden dar surgimiento a la depresión, la cual, típicamente, se caracteriza por la reducción en la tasa de conducta.

Esta conceptualización posee implicaciones para el tratamiento, suponiendo que la depresión es precedida por una reducción en el reforzamiento, debe haber mejora como producto del incremento en el reforzamiento positivo; de aquí que la principal meta del tratamiento deba ser restaurar un programa adecuado de reforzamiento positivo para el paciente, alterando la calidad y cantidad de sus actividades e interacciones interpersonales.¹⁰

¹⁰ Ibid p. 18

Aplicando el término reforzamiento a la depresión, Lewinsohn, Youngren y Grosscup en 1979 elaboraron varias hipótesis. La hipótesis inicial estableció que la baja tasa de reforzamiento contingente constituye un antecedente crítico de la ocurrencia de la depresión. El reforzamiento es definido por la calidad de las interacciones de las personas con su ambiente. Aquellas interacciones con resultados positivos constituyen reforzamiento y fortalecen, por lo tanto, la conducta de las personas, siempre y cuando dichos resultados sean positivos. De esta manera, se supone que la conducta de las personas deprimidas no produce reforzamiento positivo en el nivel suficiente para mantener su conducta.

Consecuentemente, las personas deprimidas tienen dificultad para iniciar o mantener su conducta haciéndose cada vez más pasivas; también, se supone que la tasa baja de reforzamiento es la causante de los sentimientos de disforia, que son centrales a la fenomenología de la depresión.

Una hipótesis corolaria supone que una alta tasa de experiencias castigantes (por ejemplo, interacciones aversivas, estresantes, desagradables o trastornantes) también causan depresión. Las interacciones castigantes o punitivas con el medio ambiente pueden

causar depresión, directa o indirectamente, al interferir con la involucración y disfrute de actividades potencialmente reforzantes.

La ausencia de eventos reforzantes que son relevantes a la depresión puede ser de varias clases como: las experiencias sexuales, relaciones sociales, actividades recreativas en el hogar, soledad y experiencias en donde se compite. Los eventos castigantes que se relacionan más a la depresión abarcan: discordia marital, excesivo trabajo del hogar y las reacciones negativas de otros.

La teoría psicológica sobre la depresión que tiene mayor influencia en la actualidad se deriva de la perspectiva cognitiva. La base de esta es la idea de que la misma experiencia puede afectar a dos personas en forma muy diferentes. Parte de esta diferencia se debe a la manera en que cada persona considera el suceso, a los conocimientos que cada una tiene sobre éste.

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se cuentan los siguientes:

- La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.

- Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales). Estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia, o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de si misma, su mundo, su pasado y su futuro.
- Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
- Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los estoicos, en particular a Zenón de Citio (Siglo IV a.c.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto, y Marco Aurelio. Epicteto escribió en El Enchiridión: Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen. Del mismo modo que el

Estoicismo, las filosofías orientales, como el Taoismo y el budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio en las ideas.

Sigmund Freud expuso inicialmente la idea de que los sentimientos y los efectos se basan en ideas inconscientes. La psicología individual de Alfred Adler indicó la importancia de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes. Para Adler, la terapia consistía en intentar explicar como la persona percibe y experiencia el mundo.¹¹

Algunos otros autores cuyo trabajo ha surgido de o se ha visto influido por la tradición psicoanalítica han aportado ideas importantes al desarrollo de la terapia cognitiva. Entre los nuevos autores de este grupo se puede destacar a Alexander (1950), Horney (1950) Saul (1947) y Sullivan (1953).¹²

El énfasis filosófico en las experiencias subjetivas conscientes surgen de los trabajos de Kant, Heidegger y Husser. Este movimiento fenomenológico ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la psicología moderna en este grupo de terapias. La influencia de

¹¹ Ibid p. 18

psicólogos del desarrollo como Piaget también es evidente en la formulación de la terapia cognitiva.

Los últimos avances en la psicología conductual también han hecho hincapié en la importancia de las cogniciones del paciente. Bowers ha defendido un modelo interactivo en contra del situacionismo de los enfoques conductistas clásicos. El énfasis creciente en la reestructuración o modificación de las cogniciones se reflejan en el trabajo de Arnold Lazarus, quien afirma que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas, la cual puede producirse tanto antes como después de que tenga lugar el cambio en la conducta.

Un número creciente de terapeutas americanos han expuesto con mayor especificidad como el terapeuta podría modificar sistemáticamente las cogniciones durante la terapia. Kelly en 1955, desarrolló la terapia de los constructos personales para modificar las experiencias cotidianas conscientes de los pacientes. En la terapia de rol fijo, el paciente asume un papel basado en supuestos acerca del mundo o de si mismo que no son congruentes con sus verdaderas creencias. En este nuevo papel, el paciente se enfrenta cara a cara con supuestos que él hacía sobre si mismo y sobre su interacción con

¹² Ibid p. 19

otras personas. Kelly se refiere a estos supuestos o creencias subyacentes con la denominación de constructos personales.¹³

Más recientemente, Berne y Frank en 1961, añadieron métodos y conceptualizaciones diferentes a las terapias encaminados a modificar la experiencia consciente o las cogniciones del paciente.

El trabajo de Ellis, supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo conductuales. Ellis relaciona el estímulo ambiental o activador con las consecuencias emocionales a través de las creencias intervinientes. Así el objetivo de su terapia racional emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de estas.

La terapia racional emotiva pretende modificar estas creencias irracionales. Por su parte, Naultsby en 1975, ha subrayado el empleo de otras técnicas para hacer que el individuo tome conciencia de estas creencias y para modificarlas.

Las recientes contribuciones al desarrollo de la terapia cognitiva por parte de autores de orientación conductual han proporcionado una

¹³ Ibid p. 19

base empírica y teórica más firme sobre la cual continuar trabajando en esta área.

La terapia cognitiva de la depresión incluye varias técnicas interrelacionadas que se han destilado del crisol de la experiencia clínica con pacientes depresivos. Las técnicas concretas se aplican dentro del marco de una teoría psicológica de la depresión, planteada por Aaron Beck en 1976.

5.1.1.1. Modelo de Distorsión cognitiva de Aaron Beck. El modelo de la distorsión cognitiva de Beck es el planteamiento cognoscitivo sobre la depresión más original y con mayor influencia. Beck argumenta que la depresión es básicamente un trastorno del pensamiento. Cree que la depresión se puede describir como una triada cognitiva de pensamientos negativos sobre si mismo, la situación y el futuro.

Beck cree que una persona deprimida culpa a sus defectos personales de cualquier desgracia. La conciencia de estos supuestos defectos se vuelve tan intensa que oscurece por completo cualquier concepto positivo de si mismo. Cualquier situación ambigua se interpreta como una evidencia de un defecto, incluso cuando existen más explicaciones posibles.

Beck también considera que las personas deprimidas se comparan con otras, lo que a la larga reduce el autoestima. Cada encuentro con otra persona se convierte en una oportunidad de una autoevaluación negativa.

Considera que la tendencia a tener estos pensamientos negativos tal vez se relacione con formas particulares de evaluar las situaciones que provienen de experiencias durante la niñez

El modelo cognitivo de Beck postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos o del procesamiento de la información.¹⁴

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a si mismo, su futuro y sus experiencias de modo idiosincrático.

El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de si mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico moral o físico.

¹⁴ SARASON, *Op.cit* 305

Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que a causa de estos defectos, es inútil , carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a si mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad.¹⁵

El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa como construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas mas plausibles.

La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los

¹⁵ BECK, Op cit p. 20

hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá sólo.

Los síntomas motivacionales también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de

escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a si mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que seria mejor para todo, incluido el mismo, si estuviese muerto.

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobrestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que el considera mas competente y capacitado.

Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías suelen ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuando se proponga. La visión negativa del futuro puede producir una inhibición psicomotriz.

Un segundo componente del modelo cognitivo es que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación esta compuesta por un amplio conjunto de estímulos; el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término esquema designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructura distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por ambientes específicos, estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona.

A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo mas activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas mas adecuados.

En las depresiones mas leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez mas dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, este se ve cada vez mas incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos, está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias. En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a

ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responde a los cambios que se producen en entorno inmediato.

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo, mantienen la creencia en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

- **Inferencia arbitraria:** Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- **Generalización excesiva:** Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

- **Maximización y minimización:** Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- **Personalización:** se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a si mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- **Pensamiento absolutista dicotómico:** Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. Por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a si mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Una manera de abordar el desorden del pensamiento presente en la depresión, es conceptualizarlo de modos primitivo, de organizar la realidad vrs modos maduros., Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo . Tienden a emitir juicios globales, respecto a los acontecimientos que afectan su vida.¹⁶

¹⁶ Ibid p. 21

Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos y absolutistas. En contraposición a este tipo de pensamiento primitivo, un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones, en términos cuantitativos más que cualitativos y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. En el pensamiento primitivo, la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y la conducta humana se reducen a unas pocas categorías.

Parece que las características del pensamiento típico del depresivo son análogas a las expuestas por Peaget en sus descripciones del pensamiento infantil.

Entre las características del pensamiento primitivo, se puede resaltar:

- No dimensional y global: Soy un miedoso.
- Absolutista y moralista: Soy un despreciable cobarde.
- Invariable: Siempre fui y siempre seré un cobarde.
- Diagnóstico basado en el carácter: Hay algo extraño en mi carácter.

- Irreversibilidad: Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema

Como características del pensamiento maduro sobresalen:

- Multidimensional: soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente.
- Relativo: soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco.
- Variable: Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.
- Diagnóstico conductual: Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.
- Reversibilidad: Puedo aprender modos de afrontar algunas situaciones y de luchar contra mis miedos.

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para

formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.

Por ejemplo, la ruptura matrimonial puede evitar el concepto de pérdida irreversible asociado con la muerte de uno de los padres, acaecida durante la infancia del individuo.

En otro orden de cosas, la depresión puede ser desencadenada por un anomalía o una enfermedad física que activa la creencia latente en una persona que está destinada a una vida de sufrimiento. Las situaciones desagradables de la vida, incluso las extremadamente adversas, no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

En respuesta a situaciones traumatizantes, la persona media aun mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. Por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparecen bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.

5.1.1.2. El modelo de depresión del desamparo aprendido de Seligman Este modelo señala que la depresión sería el resultado de la expectativa individual ante la ocurrencia de eventos negativos, sobre los cuales la persona carece de control.

Para entender el modelo de depresión de Seligman es necesario examinar dos conceptos claves: el desamparo aprendido y el estilo explicativo. Ambos se encuentran indisolublemente asociados entre sí. El desamparo aprendido, de acuerdo a Seligman, *es la reacción a darse por vencido, a no asumir ninguna responsabilidad, a no responder, como consecuencia de tener la creencia de que cualquier cosa que hagamos, ya sea en ese momento o posteriormente, carecerá de toda importancia..* El estilo explicativo es la forma que por lo general elegimos para explicarnos a nosotros mismos por qué suceden las cosas que nos pasan.

Para Seligman, el estilo explicativo es el gran modulador del desamparo aprendido. Así, un estilo explicativo optimista bloquea la experiencia de desamparo; por el contrario, un estilo explicativo pesimista permite que la misma experiencia de desamparo que la persona experimenta, continúe, se agrande y se propague a otras situaciones de vida.

5.1.2. Causas del estado de ánimo depresivo. Aunque funcionan interrelacionadas, vamos a dividir las causas de la depresión en externas e internas.¹⁷

Las causas externas son solamente desencadenantes que incidiendo sobre la previamente creada desarmonía interior, despliegan el estado depresivo; como ejemplos frecuentes están las desilusiones afectivas, los conflictos interpersonales, la marginación o aislamiento por parte de otras personas, la jubilación no aceptada, los problemas económicos, la muerte de alguien querido, etc.

Pero si observamos que las antedichas situaciones no producen el mismo efecto en todas las personas, comprenderemos que las verdaderas causas de las depresiones son internas, las cuales llevan, durante un período de tiempo más o menos largo, a un desajuste o desarmonía psicológica que, a su vez, se constituye en campo abonado para que, antes o después, surja la depresión. Ejemplos de éstas son la hipersensibilidad, los miedos prolongados, las preocupaciones, las frustraciones, el pesimismo, la tristeza, la tensión nerviosa, la incomunicación, la soledad, las dependencias, la desvitalización progresiva con la edad, la fuerte añoranza del pasado, la rigidez, etc.

¹⁷ ROBAYO, Victor. Abordaje Terapéutico de la depresión. Marzo 2001. www.monografias.com

Conocer estas causas nos sirve como ayuda para salir de la depresión o como prevención si no se está en ella. Sin embargo, la clave esencial para solucionar el problema, sea cual sea su gravedad, se encuentra en conseguir el nivel adecuado de atención, tanto la dirigida al estado depresivo como la generalizada a todos los momentos posibles de la vida cotidiana, que permita comprender y, por consiguiente, transmutar dicha vivencia. Esta actitud, en sí misma, controla la afluencia de pensamientos pesimistas a la mente, pudiendo ser ayudada por la automática decisión de sustituir cada pensamiento negativo que llega por su opuesto u otro positivo.

Por otra parte, sin olvidar lo antedicho, es muy aconsejable el estar ocupados en actividades físicas y mentales en las que centrar la atención, practicar ejercicios físicos como la gimnasia, buscar ambientes positivos, intentar comunicarse con personas optimistas y estimulantes, escuchar atentamente música de Beethoven, y no olvidar recuperar o explorar aquellas motivaciones que realmente ayudan a vivir .

5.1.3. Conducta de la persona deprimida: Los individuos deprimidos muestran los siguientes rasgos conductuales:

- Una consideración negativa de sí mismo. La persona deprimida muestra una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuada e inútil y atribuye sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental. Tiende a rechazarse a sí misma, ya que cree que los demás la rechazarán.
- Una consideración negativa del mundo. Se siente derrotado socialmente. Considera al mundo como haciéndole enormes exigencias y presentándole obstáculos que se interfieren con el logro de los objetivos de su vida.
- Una consideración negativa del futuro. Ve el futuro desde una perspectiva negativa y le da vueltas y más vueltas a una serie de expectativas negativas. El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que se le amontonarán otros mucho peores en su vida.
- Tienden a deformar sus experiencias, mal interpretan acontecimientos concretos e irrelevantes tomándolos como fracaso, privación o rechazo personal. Exageran o generalizan excesivamente cualquier situación por más sencilla que sea, tienden también a hacer predicciones indiscriminadas y negativas del futuro.

- Todo siempre va a ir contra sí mismo, acentuando lo negativo hasta casi excluir los hechos positivos.

5.1.4. Síntomas característicos del estado de ánimo depresivo:

Las personas que padecen de depresión tienen ciertos síntomas característicos que les afectan casi todos los días por lo menos por un período de dos semanas.¹⁸

De estos síntomas los más sobresalientes son:

- Perder interés en las cosas que antes disfrutaba.
- Sentirse triste, decaído emocionalmente o cabizbajo.

Y se asocian los siguiente síntomas secundarios:

- Sentir que no tiene energía, cansado, o al contrario, sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo.
- Sentir como que no vale nada o sentirse culpable.
- Que le aumente o disminuya el apetito o el peso.
- Tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

¹⁸ RODRÍGUEZ, Fernando. 2002. Depresión /www.Altavista.com

- Tener problemas para concentrarse, pensar, recordar, o tomar decisiones.
- No poder dormir, o dormir demasiado.

Además se asocian otros síntomas de tipo físico o psicológico, como pueden ser:

- Dolores de cabeza.
- Dolores generales por todas las partes del cuerpo.
- Problemas digestivos o gástricos .
- Problemas sexuales.
- Sentirse pesimista
- Sentirse ansioso o preocupado.

5.1.5. Los problemas reales del deprimido: La persona deprimida tiene, en términos generales, algunos elementos centrales de su conflictividad que debemos buscar debajo de los síntomas que trae a la consulta, sean estos cuales sean.

A veces la persona percibe esos problemas y a veces no:

- Hambre permanente de felicidad.
- Sentimiento de desdicha y tristeza.
- Una actitud que no depende tanto de las circunstancias como de su propio concepto de la vida y de sí mismo.
- Ansiedad, preocupación, temor, culpabilidad, etc.

Estos y otros elementos tienen relación con eventos ocurridos en su vida y reacciones de su personalidad, que son:

- Insuficiente relación de amor con sus padres. Lo que le han dado no ha cubierto su cuota de necesidad afectiva.
- Sentimiento de rechazo. De una manera abierta o encubierta, se ha sentido rechazado y se ve a sí mismo como lo han atrapado. No se siente digno de ser aceptado.
- Falta de apreciación, estímulo o elogio necesarios.
- Imagen deteriorada o incorrecta de sí mismo.
- Formado bajo un sistema educativo muy rígido, donde para obtener aceptación se ha dejado dominar, pero se ha ido anulando y resintiendo progresivamente.

- Tiene resentimientos no resueltos, y muchas veces estos funcionan en estrecha relación con su culpabilidad, que viene de muy atrás en el tiempo.
- Culpabilidad.
- Perfeccionismo: Un intento permanente de tratar de ser aceptable en base a un desmedido esfuerzo y a sus propios recursos. Se pone metas tan altas, que nunca las alcanza; siempre trata de ser como otros quisieran, y no lo logra.
- Frustración: Conciencia de no alcanzar el objetivo. Metas que han sido dejadas de lado una y otra vez, por no haberlas alcanzado.

5.1.6. Tipos de trastornos del estado de ánimo. Encontramos los siguientes:¹⁹

5.1.6.1. Distimia: la forma de trastorno depresivo más leve y que incapacita menos a las personas es la distimia. Tiende a ser crónica, a veces dura años y en ocasiones es difícil de distinguir de un trastorno de la personalidad.

¹⁹ SARASON, Op cit p. 290

Para que se clasifique como un trastorno distímico, el estado de ánimo deprimido o la pérdida del interés o el placer y otros síntomas deben tener una duración prolongada. Aún cuando este estado de ánimo deprimido se puede interrumpir por periodos de unos cuantos días o semanas de estado de ánimo normal. Los sentimientos deprimidos son los que dominan la mayor parte del tiempo.

La persona que padece distimia tiende a estar deprimida casi todo el día, o gran parte de los días, con base en su propia descripción o la de otros.

También presentan por lo menos varios de los problemas siguientes:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Disminución importante del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
- Pérdida importante de peso sin haber realizado dieta o aumento significativo de peso, o disminución o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia.

- Agitación o retardación psicomotora
- Fatiga o pérdida de la energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
- Disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo
- Disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse.
- Visión pesimista, poco promisorio del futuro.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

La distimia a diferencia de la depresión grave, muestra poca variación con la edad. El índice es estable desde los 18 hasta los 64 años de edad y sólo se reduce después de los 65. Se ha descubierto que la duración de un periodo de distimia se extiende desde 2 hasta 20 años. La duración media es de 5 años aproximadamente.

La distimia puede coexistir con cualquier de los otros trastornos del estado de ánimo, pero es más probable que ocurra junto con un episodio de depresión grave. Por lo general, los periodos de depresión intensa se describen como limitados en su duración, lo que significa que los síntomas tienden a disminuir con el tiempo, ya sea como resultado de un tratamiento o por algún proceso que ocurre en forma natural. Esta característica contrasta con el trastorno distímico que tiende a ser crónica y persiste durante periodos prolongados, a veces, durante años en la vida de un apersona. Si un individuo con trastorno distímico desarrolla también síntomas de un depresión grave, se dice que padece depresión doble, porque cumple con los criterios para ambos trastornos al mismo tiempo.

5.1.6.2. Depresión grave: Un episodio de depresión grave está marcado tanto por un estado de ánimo deprimido como por la pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades. Algunos de los problemas siguientes también se observan en un episodio de depresión grave:

- Pérdida o aumento de peso significativo aun cuando no se siga ninguna dieta.
- Constantes problemas para dormir.

- Comportamiento agitado o aletargado.
- Fatiga.
- Incapacidad para pensar con claridad.
- Sentimientos de no tener ningún valor.
- Pensamientos frecuentes en la muerte o en suicidio.

Si una persona tiene uno o mas episodios de depresión grave pero nunca presenta un episodio maníaco, se dice que padece una depresión grave.

El tiempo que dura un episodio depresivo es variable. Si la persona no recibe tratamiento, puede durar alrededor de seis meses y después la persona regresa a su patrón normal de comportamiento. Se calcula que la mitad de las personas que tienen un episodio de depresión grave padecerán al menos uno más en su vida. Si la depresión se vuelve a presentar, es probable que lo haga después de dos años.

Las personas que tienen episodios de depresión grave recurrentemente sufre un promedio de siete de éstos durante toda su

vida. Alrededor del 15% de las personas con depresión grave presentan algunos síntomas psicóticos, por lo general delirios, los cuales tienen una calidad de desesperación o de culpabilidad.

La distimia presenta síntomas similares a la depresión mayor, pero se diferencian entre sí respecto a:

- Tipo de evolución: el estado de ánimo depresivo es crónico (no presenta intervalos libres de síntomas o mejorías significativas) y dura por lo menos 2 años.
- Severidad de los síntomas: los mismos suelen ser leves o moderados, sin una alteración significativa de las relaciones familiares, sociales y laborales del individuo.

El tratamiento de la Distimia (o Neurosis Depresiva) es fundamentalmente psicoterapéutico. Aunque cuando el Trastorno Distímico dificulta la vida de relación del individuo (con los familiares y amigos) o el rendimiento laboral o académico, los fármacos antidepresivos pueden llegar a ser de gran ayuda para que el individuo recupere a corto plazo un nivel de bienestar que no lo discapacite para desempeñarse en su vida afectiva, social y laboral.

En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Frecuentemente, el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso (por Ej., en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta), así como un curso crónico. Habitualmente, en el marco clínico, los sujetos con trastorno distímico presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento. Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y hay más probabilidades de presentar más episodios posteriores.

El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

5.1.6.3. Trastornos Depresivos Secundarios : Los trastornos depresivos secundarios comprenden:

- Depresión debida a sustancias
- Depresión debida a condición o enfermedad médica
- Depresión secundaria a otro Trastorno Mental
- Duelo

Los síntomas son similares a los de los Trastornos primarios del estado de ánimo.

En la Depresión debida a sustancias, Las causas más comunes de padecerla, pueden ser consecuencia de:

- Algunas píldoras anticonceptivas
- Ciertos analgésicos
- Ciertos antibacterianos

- Ciertos antihipertensivos
- Ciertas hormonas esteroides
- Cocaína
- Anfetaminas
- Alcohol en altas dosis

En la Depresión debida a enfermedad o condición médica. Las causas más comunes son:

- Post-parto
- Alteraciones hormonales (especialmente el hipotiroidismo)
- Alteraciones neurológicas (por Ej. accidentes cerebro vasculares, demencias, epilepsias)
- Infecciones (por Ej. SIDA, mononucleosis)
- Cáncer (especialmente de páncreas)

- Anemia
- Déficit de vitaminas.
- Depresión secundaria a otro trastorno mental.
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos psicóticos
- Fase de agotamiento del Estrés

El duelo por su parte, ocurre como una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Se piensa que este duelo intenso tiene una función psicológica positiva al ayudar a las personas a adaptarse. Sin embargo, un periodo de duelo prolongado en exceso acompañado de preocupación por sentimientos de inutilidad, deterioro marcado del funcionamiento y retardo psicomotor grave, pueden indicar un trastorno afectivo importante. Las culturas varían en duración normal

del duelo, pero la depresión grave, incapacitante, rara vez continua después de los primeros tres meses.

5.1.7. Depresión en las mujeres: . El índice es mayor en mujeres casadas que en solteras. Se ha demostrado que las mujeres reaccionan de forma más ansiosa que los hombres frente a las situaciones conflictivas de la vida.

La mujer deprimida percibe a menudo fuertes sentimientos de aversión hacia sí misma; se siente inútil y culpable de sus insuficiencias. Pueden comenzar a producirse ataques de llanto, pérdida de peso e insomnio. La comida no sabe bien, el sexo no resulta excitante y se pierde todo el interés por la gente afectivamente ligada a ella. Esta mujer deprimida puede empezar a tener deseos suicidas. A medida que sus intenciones se hacen más serias, las ideas esporádicas se convierten en deseos; preparará incluso un plan y lo pondrá en práctica. Hay pocos trastornos psicológicos que sean tan debilitadores y ninguno que produzca tanto sufrimiento como la depresión grave.

Si se puede mejorar la orientación negativa o dicho de otra forma, lo que el individuo se dice a sí mismo de los hechos o pensamientos que le acontecen en el diario vivir, entonces se puede decir que mejora y

pasa a tomar la vida de una forma más real, positiva, logrando así un cambio de su conducta tanto para él como con respecto a lo que lo rodea, sean personas o acontecimientos en general. Para ello, lógicamente, se necesita una terapia personalizada.

Cuando se ha pasado por varias depresiones y se tienen datos suficientes para pensar que son orgánicas, existe medicación que previene, con distinta eficacia según los casos, la aparición de futuros episodios depresivos.

5.1.8. Nuevos enfoques en el tratamiento de la depresión.

5.1.8.1. El enfoque procesal sistémico de la depresión . Para Guidano, la depresión se produce en aquellos individuos cuyas características centrales de su organización de personalidad son una marcada tendencia a responder a los eventos de la vida cotidiana, aún los mínimamente discrepantes, en la forma de desamparo/tristeza y rabia como resultado de una activa construcción de estos eventos en términos de pérdida, rechazos, fracasos y decepciones, que lo lleva a una explicación del mundo en términos de una imagen de sí mismo globalmente negativa, como la de alguien no querible.

La Terapia Cognitiva Procesal Sistémica de Guidano, es más bien un método que una técnica, en la cual el objetivo central es conseguir el cambio en la forma como la persona procesa su significado personal, en este sentido el proceso de cambio es flexibilizarla, hacerla más abstracta y generativa en las explicaciones que se da de sus experiencias emocionales. Para lograr esto es fundamental que el paciente aprenda una metodología de autoobservación.

5.1.9. Terapias y tratamientos de la depresión: Las más usuales son:²⁰

- **Decremento en eventos desagradables e incremento en actividades placenteras :** La meta de esta aproximación, basada en la aproximación del reforzamiento, es enseñar a las personas deprimidas habilidades que pueden usar para cambiar sus patrones de interacción problemáticos y las habilidades necesarias para mantener esos cambios después de la terminación de la terapia. Se utiliza una gama amplia de estrategias conductuales y cognitivas como es la asertividad, entrenamiento en relajación, planeación diaria de actividades, administración del tiempo y

²⁰ FREDDMAN, Kaplan. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1979. P. 265

procedimientos cognitivos que permita a la persona encarar más adaptativamente situaciones aversivas.

- **Terapia cognitiva.** La terapia cognitiva busca ayudar al paciente a identificar los pensamientos y esquemas que sostienen patrones recurrentes de pensamientos negativos estereotipados y en encontrar errores de estilo en el pensamiento. Las sesiones terapéuticas, regularmente, conjugan técnicas conductuales como son los programas de actividad, clasificación y ejecución de actividades placenteras, el entrenamiento asertivo, el juego de roles con el fin de atacar la pérdida de la motivación del paciente, la inactividad y la preocupación con ideas depresivas. De igual manera, se hace énfasis en que el paciente reconozca sus éxitos parciales, sus grados pequeños de placer y se le ayuda a revalorar sus creencias negativas; además, la terapia se enfoca a examinar la relación cercana entre sentimiento, conducta y pensamientos.

- **Terapia de auto-control.** La teoría del auto-control de la depresión de Rehm enfatiza la importancia del reforzamiento y el castigo auto-administrado. El tratamiento consiste de sesiones en donde se le enseña a los sujetos habilidades como el auto-monitoreo, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento.

Las tres terapias anteriores suelen ser las predominantes en el tratamiento de la depresión y poseen elementos comunes, como podemos haber notado; sin embargo, existe aun controversia acerca de los componentes de las mismas que son críticas al éxito.

Zeiss, Lewinsohn y Muñoz en 1979,²¹ después de una extensa revisión de los resultados con dichas terapias concluyen en que toda terapia de corto plazo deben incluir lo siguiente:

- La terapia debe comenzar con una fundamentación racional de los componentes a implementar y su planeación.
- La terapia debe aportar habilidades que el paciente puede utilizar para sentir más efectividad y control en el manejo de su vida diaria.
- La terapia debe enfatizar el uso independiente de esas habilidades por el paciente, fuera del contexto de la terapia, con una estructura que permita el desarrollo de otras habilidades al paciente de manera independiente también.

²¹ Ibid p. 270

- La terapia debe estimular la atribución del paciente en que la mejora en su estado de ánimo, así como el incremento de su actividad es el resultado del desarrollo de sus habilidades y esfuerzo y no por la obra y gracia del terapeuta.

A través de la exposición previa se ha deseado presentar una revisión general de las principales aproximaciones cognitivo-conductuales que abordan la depresión pero es importante no dejar de considerar la relevancia de los factores fisiológicos en la misma al señalar que en casos de depresión mayor recurrente existe cierta base biológica, principalmente en la depresión endógena, que se manifiesta en la alteración noradrenérgica del sistema nervioso central, por lo tanto requiriéndose valoración y atención médica antes o concurrentemente con el trabajo psicológico. Un indicador de la necesidad de una intervención médica en el tratamiento de la depresión es la presencia de síntomas agudos persistentes por más de 3 años y con respuesta pobre a la terapia breve;

También, habría que tener en cuenta que antes de instrumentar un proceso de terapia es necesario descartar, en el paciente, la presencia de alteraciones físicas (por ejemplo, casos como insuficiencia renal, hiperactividad adrenal, epilepsia, síndrome cerebral orgánico, etcétera) y el uso de algunos fármacos como son psicotrópicos,

barbitúricos, uso de antihipertensivos ya que se asocian a síntomas depresivos.

La Terapia Cognitiva de la depresión en la actualidad se hace sin medicamentos antidepressivos. Recientes investigaciones muestran que la Terapia Cognitiva sola es tan efectiva como la medicamentación con antidepressivos en el tratamiento de pacientes severamente deprimidos, como lo señala un artículo aparecido en el *American Journal of Psychiatry* de 1999.²²

Desde el enfoque de Beck el tratamiento consiste en entrenar al paciente en una variedad de técnicas de control para reducir y extinguir síntomas específicos.

5.1.10. Diagnóstico de la depresión. Aaron Beck, principal precursor de la teoría cognitiva, elaboró un Inventario de Depresión, conocido como IDB, el cual permite identificar a través de una aplicación sencilla y con un nivel de respuestas altamente confiables, el nivel o grado de depresión que presenta el sujeto a intervenir.²³

²² RESTREPO, Jorge. Tratamiento de la Depresión. Junio 2001. www.monografias.com/psicología

²³ BECK, op cit p. 358

Es un instrumento que sirve para evaluar y diagnosticar el grado de depresión del individuo antes de ser sometido a un proceso de terapia cognitivo.

Este instrumento evalúa la forma en que las personas se sintieron anímicamente en la última semana, incluyendo el día de la aplicación de la prueba, teniendo en cuenta el número de síntomas físicos, fatiga, alteración del apetito, insomnio, etc; síntomas psicológicos como sentimiento de culpa, pensamiento de muerte, suicidio, ansiedad, etc.

Para lo anterior, establece una medida de evaluación que permite describir si el nivel de depresión es leve, moderado, severo ó si por el contrario no existe depresión alguna.

5.2. ALCOHOLISMO.

Desde tiempos inmemoriales, cuando el hombre nómada trocó la lanza de cazador por el arado que lo convirtió en sedentario, la raza humana descubrió que la fermentación de un buen número de los vegetales que cosechaba producía una sustancia agradable al paladar y agradable a la mente, a la que le dio la denominación de alcohol. Y este alcohol fue domesticado por el hombre y lo introdujo en sus

casas, en sus costumbres, en sus ritos y en sus comidas. Y he aquí que este alcohol empezó a atrapar las mentes de algunos —que no de todos— que lo consumían y dio lugar a la destrucción de sus familias, de sus cosechas, de su prestigio y de sus vidas. A partir de entonces, la humanidad se ha tornado ambivalente ante el alcohol, al que por un lado aprecia como esa sustancia maravillosa que lo relaja, desinhibe y le permite olvidar sus penas, y por otro lo considera ese terrible fantasma que destruye familias, provoca crímenes y mata a la gente. Pero realmente, qué es el alcoholismo.

Según la Organización Mundial de la Salud, O.M.S. El alcoholismo es una enfermedad crónica, de desarrollo insidioso y evolución progresiva, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su manera de beber, lo que da lugar a que, en la mayor parte de las ocasiones el afectado lo haga en forma excesiva y desarrolle problemas en su salud, su familia, su trabajo y en su relación con la sociedad en general. Esta pérdida de control es consecuencia de una dependencia psíquica y física al alcohol que el individuo ha desarrollado por consumirlo en forma frecuente y excesiva durante cierto tiempo y por una predisposición, genéticamente determinada, para la adicción de sustancias.

El alcoholismo, antes que nada, es una enfermedad: el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1953 le dio esta categoría, pues reúne los requisitos de un padecimiento humano que puede ser identificado, diferenciado de otros, diagnosticado, pronosticado, tratado, rehabilitado y prevenido dentro de los principios fundamentales del modelo médico.²⁴

5.2.1. Formas de desarrollo del alcoholismo: Se dice que la enfermedad del alcoholismo tiene un desarrollo insidioso porque es muy difícil precisar el momento en que se declara. En esto radica una de las principales dificultades para el diagnóstico temprano del alcoholismo, y lo más importante: que el sujeto afectado identifique, reconozca y acepte que se le ha declarado una enfermedad que pone en riesgo su salud y su propia vida.

La mayor parte de los enfermos alcohólicos reconocen su enfermedad o solicitan ayuda médica cuando ya está muy avanzado el proceso o se ha presentado alguna complicación médica muy grave que está comprometiendo su vida. Igualmente, muchos médicos o psicoterapeutas, por la misma insidia de la enfermedad, no saben reconocerla oportunamente y, en muchos casos, sólo le dan al bebedor-problema la categoría de enfermo cuando ha desarrollado

²⁴ Tomado de: Manual de Alcohólicos Anónimos. Folleto.

alguna complicación médica, como puede ser la cirrosis hepática o el delirium tremens (delirio con temblor).

En cuanto al desarrollo al alcohol, se pueden establecer las siguientes formas de desarrollo:

- **Del uso al abuso** : Este desarrollo insidioso radica en que el proceso morboso que conduce al alcoholismo en sus etapas prepatológicas evoluciona muy lentamente (en cinco, 10 o más años) y de una forma muy sutil, de modo que casi nadie detecta los síntomas prodrómicos de la enfermedad. Durante la etapa previa a que ésta se declare, no existe mucha diferencia entre un bebedor social y un bebedor-problema. Es muy difícil precisar el momento en que el bebedor se convierte en alcohólico. El bebedor va pasando por ciertas etapas antes de llegar al alcoholismo. Al principio sólo bebe en forma ocasional, más tarde empieza a beber en forma habitual (aquí desarrolla un hábito), luego empieza a consumir alcohol en forma excesiva y cae en lo que se llama abuso del alcohol o bebedor excesivo. Esto ya constituye un problema sanitario aunque todavía no se desarrolla una franca adicción al alcohol, que es justamente la última etapa del proceso que marca el cruce de la frontera entre el bebedor y el alcohólico. La medicina

se basa en dos parámetros clínicos para determinar si un bebedor excesivo se ha convertido en alcohólico.

- **Del abuso a la adicción:** Cuando aparece el fenómeno de la tolerancia en un bebedor esto suele resultar muy engañoso, pues lejos de que le cause preocupación siente que ya ha aprendido a beber, cada día aguanta más y, a diferencia de antes, ahora consume grandes cantidades de alcohol sin que se presenten síntomas tempranos de borrachera. En este punto peligroso en que la gente cree que ya aprendió a beber, el bebedor se confía y cada vez consume alcohol en mayor cantidad, con mayor velocidad, durante más tiempo y con más frecuencia. Esta adaptación biológica consiste en una serie de cambios metabólicos de tipo adaptativo que ocurren en la intimidad del hígado y del cerebro, dando lugar a una serie de transformaciones neuroquímicas en las vías metabólicas de degradación del alcohol, lo que finalmente conduce al fenómeno de la compulsión. Ésta determina la incapacidad del individuo para controlar su manera de beber, caer con más frecuencia en el exceso alcohólico y presentar problemas de conducta que van a afectar su vida familiar, laboral y social.

Estos cambios neurobiológicos que ocurren en la intimidad del cerebro son irreversibles, es decir, si el sujeto alcohólico deja de

beber por un tiempo pero más tarde vuelve a consumir alcohol, el cerebro volverá a reaccionar en la misma forma que la última vez que bebió y tarde o temprano vuelve a aparecer el fenómeno de la compulsión. Esto es lo que los expertos de la OMS llaman: Reinstalación del síndrome de dependencia una vez que el alcohólico vuelve a beber.

El segundo parámetro para saber si el bebedor excesivo ya desarrolló una dependencia física al alcohol es el síndrome de supresión. Éste constituye un conjunto de síntomas físicos y psíquicos que presenta un bebedor-problema después de haber bebido excesivamente durante varias horas o días, cuando empiezan a bajar sus niveles de alcohol en la sangre. Lo anterior quiere decir que, una vez alcanzados niveles sistemáticamente altos de alcohol en la sangre, se genera una adaptación metabólica del organismo a estos altos niveles de alcoholemia. Cuando la persona deja de beber, los niveles de alcohol en la sangre empiezan a bajar; como el organismo ya está adaptado al alcohol, al disminuir la alcoholemia se produce una reacción de desadaptación metabólica, lo que se manifiesta a través de síntomas y signos muy severos que provocan un alto grado de sufrimiento del paciente. Por decirlo en otra forma, el organismo protesta porque se le reducen los niveles sanguíneos de una droga a la que ya se adaptó, presentándose

dichas molestias que son una forma de alarma para obligar al adicto a que siga bebiendo.

- **De la adicción a la falta de control:** Esta incapacidad de control, que es el síntoma cardinal del alcoholismo, deriva de la ya mencionada compulsión proveniente de las transformaciones neuroquímicas que sufre el alcohólico en la intimidad de su cerebro y también del síndrome de supresión. Por el temor de presentarlo, el alcohólico sigue bebiendo para que no disminuyan sus niveles séricos (sanguíneos) de alcohol.

5.2.2. Las consecuencias : Las consecuencias lógicas de esta incapacidad de controlar la manera de beber son la ingesta excesiva de alcohol y los trastornos de la conducta, los cuales dan lugar a la transformación de la personalidad del alcohólico cuando se embriaga. El individuo se torna irresponsable, necio, agresivo, repugnante y peligroso. Desarrolla problemas de salud física y mental como consecuencia de los niveles tóxicos de alcohol que frecuentemente presenta y de los problemas a nivel de su familia, de su trabajo o su escuela y también de tipo legal o de desprestigio social. No es necesario que se presenten estos cuatro tipos de complicaciones para hablar de alcoholismo. Con una sola de estas áreas afectada es más que suficiente para apoyar el diagnóstico.

Cerca de 200,000 defunciones al año pueden ser completamente o parcialmente atribuidas al beber. El alcoholismo puede matar en muchas maneras diferentes. En total, reduce la esperanza de vida por 10 a 12 años. Entre más temprano una persona empieza a beber grandes cantidades de alcohol en gran medida, mayores serán sus perspectivas de desarrollar enfermedades graves más adelante.

Entre las principales consecuencias del consumo de alcohol, se pueden mencionar:

- El alcohol es una droga y personas pueden morir de la sobredosis. Esto es un peligro específico para los adolescentes que pueden querer impresionar a sus amigos con su capacidad para beber alcohol pero que todavía no pueden medir los efectos.
- El alcohol juega una función mayor en más de la mitad de todas las muertes automovilísticas. Menos de dos bebidas pueden deteriorar la capacidad para conducir. El alcohol también aumenta el riesgo para las lesiones accidentales resultando de muchas otras causas. Un estudio de los pacientes en una sala de emergencias informó que 47% de las personas que fueron admitidas para lesiones probaron positivas para el alcohol y 35% estaban intoxicadas. De las personas que estaban intoxicadas, 75% mostraron evidencia de alcoholismo crónico. Esta enfermedad es el

diagnóstico primario en una cuarta parte de todas las personas que se suicidan; el alcohol se implica en 67% de todos los asesinatos.

- El alcoholismo puede dañar el cuerpo en tantas maneras, que es imposible tratar estos problemas plenamente en un informe corto. Lo siguiente son sólo algunos de los trastornos causados por el consumo crónico del alcohol: Cardiopatía, El cáncer, (el alcohol quizás no cause cáncer, pero probablemente puede realzar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como el humo de cigarrillos. Cerca de 75% de cánceres del esófago y 50% de cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo)
- El uso habitual del alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica, confusión y, en los casos graves, psicosis y trastornos mentales. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y cefalea (dolores de cabeza) (especialmente después de beber vino rojo). Excepto en los casos graves, el daño neurológico no es permanente y la abstinencia casi siempre conduce a la recuperación de la función mental normal.

- El hígado en particular es puesto en peligro por el alcohol. Aquí, el alcohol se convierte en una sustancia aún más tóxica, acetaldehído, que puede causar daño sustancial, incluyendo cirrosis en 10% de personas con alcoholismo. El daño hepático es más común y se desarrolla más rápidamente en las mujeres que en los hombres con historias similares del abuso de alcohol. Dentro del tracto gastrointestinal, el alcohol puede contribuir a la causa de úlceras y de pancreatitis, una grave infección del páncreas. En una escala menor, puede causar diarrea y hemorroides.
- El alcoholismo severo se asocia con la osteoporosis, la emaciación de los músculos con hinchazones y dolor, las heridas de la piel y comezón.

Además, parece que las mujeres dependientes del alcohol confrontan un mayor riesgo para el daño a los músculos, incluyendo músculos del corazón, por los efectos tóxicos del alcohol.

- El alcohol suprime el sistema inmunitario y las personas con alcoholismo son propensas a las infecciones, en particular a la neumonía.

- El alcoholismo aumenta los niveles de la hormona femenina estrógeno y reduce los niveles de la hormona masculina testosterona, factores que contribuyen a la impotencia en los hombres.
- Un estudio reciente concluye que alcohólicos que fuman se enfrentan con un riesgo mayor del tabaco que del alcohol. El tabaquismo es 2 a 3 veces tan prevalente entre las personas que abusan sustancias que la población general; se cree que alcohólicos constituyen una cuarta parte de todos los fumadores. Más alcohólicos mueren de enfermedades relacionadas con el tabaco, como la cardiopatía o el cáncer, que de la enfermedad hepática crónica, la cirrosis, u otras enfermedades relacionadas con el beber excesivamente.
- El alcohol puede causar hipoglicemia, una disminución en el azúcar sanguíneo, que es especialmente peligrosa para las personas con diabetes que están tomando insulina. Las personas que están intoxicadas quizás no puedan reconocer los síntomas de la hipoglicemia, una enfermedad particularmente peligrosa.
- Una pinta de whisky proporciona cerca de la mitad de las calorías diarias que necesita un adulto, pero no tiene valor nutritivo.

Además de reemplazar los alimentos, el alcohol también puede dificultar la absorción de las proteínas, las vitaminas y otros nutrientes. La malnutrición puede causar muchos problemas en las personas con alcoholismo, pero la carencia de la vitamina B tiamina es un riesgo específico. Puede dar lugar a una grave enfermedad, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, el cual puede causar daño cerebral permanente y la muerte. En un estudio, 40% de las personas con este síndrome murieron durante el tratamiento del alcoholismo. Los síntomas son el tambaleo severo, la confusión y la pérdida de la memoria. Otro problema nutricional grave es la carencia de la vitamina B ácido fólico, la cual puede causar anemia severa.

- Los efectos de muchos medicamentos son fortalecidos por el alcohol, mientras que otros son inhibidos. De importancia especial es su efecto de refuerzo sobre los medicamentos que también deprimen el sistema nervioso central, incluyendo medicamentos de antiansiedad, sedativos, antidepresivos y antipsicóticos. El alcohol interactúa con muchos medicamentos usados por diabéticos, dificulta los medicamentos que previenen las crisis convulsivas y aquellos usados para prevenir la coagulación de la sangre; aumenta el riesgo para la hemorragia del tubo gastrointestinal en las personas que toman aspirina u otros medicamentos

inflamatorios sin esteroides. En otras palabras, tomando casi cualquier medicación debe excluir el beber alcohol.

- Hasta las cantidades moderadas de alcohol pueden tener efectos dañinos sobre el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo para el aborto espontáneo. Las cantidades altas pueden causar síndrome alcohólico fetal, que puede dar lugar al daño cerebral y tanto al retardo mental como al del crecimiento. Un estudio reciente indica un riesgo significativamente mayor para la leucemia en los lactantes de mujeres que beben cualquier tipo de alcohol durante el embarazo.
- Conforme envejecen las personas el cuerpo metaboliza el alcohol de manera diferente. Toma menos bebidas para intoxicarse, y los órganos pueden ser dañados por cantidades más pequeñas de alcohol. En un estudio de personas con cirrosis alcohólica, la tasa de mortalidad para las personas mayores de 60 años de edad fue 50% comparado con sólo 7% para los jóvenes. Además, hasta una mitad de los 100 medicamentos más prescritos para las personas mayores reacciona negativamente con el alcohol. Los médicos pueden pasar por alto el alcoholismo al evaluar a los pacientes ancianos, atribuyendo equivocadamente los signos del abuso de alcohol a los efectos normales del proceso de envejecimiento.

5.2.3. Efectos psicológicos sobre los hijos de padres alcohólicos.

Casi siete millones de niños viven en hogares con al menos un padre alcohólico.

El alcoholismo aumenta el riesgo para el comportamiento y el abuso violentos. Los niños de padres alcohólicos tienden responder peor que otros académicamente, tener una incidencia mayor de depresión, ansiedad y estrés y tener un autoestima inferior que otros niños. Los hogares alcohólicos son menos cohesivos, tienen más conflictos y sus miembros son menos independientes y expresivos que en los hogares no alcohólicos o con padres alcohólicos en recuperación. Además del riesgo hereditario para el alcoholismo posterior, un estudio encontró que 41% de estos niños tenían graves problemas de hacer frente con las cosas y adaptarse; los efectos de un padre alcohólico sobre los niños pueden ser de toda la vida.²⁵

Un estudio encontró que los niños que se diagnosticaron con depresión principal entre las edades de seis y 12 años tenían mayor probabilidad de tener a padres o parientes alcohólicos que los niños que no estaban deprimidos. Los niños con trastorno bipolar fueron tres veces más probables de tener una madre dependiente del alcohol, y los niños que sufrían de la depresión más probables de tener un

²⁵ SARASON, Opc ti p. 426

padre que fue alcohólico. Hay unos 20 millones de niños adultos de padres alcohólicos, quienes, un estudio sugirió, están en mayor riesgo para dejar un matrimonio y para los síntomas psiquiátricos. El estudio concluyó que los únicos sucesos con mayor repercusión psicológica en los niños son los abusos sexual y físico.

5.2.4. Concentración de alcohol en la sangre. El alcohol es una sustancia depresiva que disminuye el funcionamiento del sistema nervioso. Éste comienza a afectar al cuerpo rápidamente.

El alcohol entra al torrente sanguíneo desde el estómago, en donde se absorbe una cantidad pequeña. el intestino delgado, donde se absorbe la mayoría del alcohol, La sangre transporta el alcohol a todo el cuerpo.

En el hígado, el alcohol se convierte en agua, dióxido de carbono y energía, a la razón de ½ onza de alcohol puro por hora.

En el cerebro, el proceso de razonamiento se disminuye conforme el alcohol afecta a las neuronas. Entre más alta sea la concentración del alcohol, mayor será el número de neuronas afectadas.

Los efectos duran hasta que todo el alcohol ha sido procesado. Esto tarda aproximadamente una hora y media por 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1 cóctel en una persona de 75 kg.

5.2.5. Causas del consumo de alcohol. La mayoría de las personas toman bebidas alcohólicas:

- Para sentirse bien y divertirse.
- Para descansar y olvidar el estrés.
- Para escapar.
- Porque les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas.
- Para estar más a gusto en reuniones.
- Para ser parte del grupo.
- Para emborracharse.
- Para olvidar eventos traumáticos.
- Para escapar de los problemas.
- Por depresión y ansiedad.

Algunas personas beben para aliviar la ansiedad o la depresión, y teorías se han propuesto sobre el hecho de que una tendencia hereditaria para la depresión o la ansiedad puede hacer a personas más propensas al alcoholismo. Estudios han indicado, sin embargo, que cuando los niños de padres alcohólicos son criados por padres no

alcohólicos, sus riesgos para el alcoholismo permanecen altos pero oportunidades para la depresión o la ansiedad no son mayores que las de la población general. En efecto, la ansiedad y la depresión pueden ser causadas por el alcoholismo y pueden ser reducidas después de la supresión del alcohol. La depresión y la ansiedad también pueden desempeñar una función principal en el desarrollo de alcoholismo en quienes son sujetos a cambios de vida no deseados, como la jubilación, la pérdida de un cónyuge o amigo(a) y los problemas médicos.

5.2.6. Efectos Físicos del alcoholismo: El alcohol no está expuesto a ningún proceso de digestión por lo que en su mayoría pasa primero al intestino delgado para después ser absorbido por el torrente sanguíneo. Sólo una pequeña parte llega directamente a la sangre a través de las paredes estomacales. En la sangre el alcohol es metabolizado (descompuesto para ser eliminado o aprovechado por el organismo) mediante el proceso de oxidación. Es decir, se fusiona con el oxígeno y se descompone de modo que sus elementos básicos abandonan el cuerpo de forma de bióxido de carbono y agua. El primer lugar de oxidación es el hígado, el cual descompone aproximadamente el 50% del alcohol ingerido en una hora. El resto permanece en el torrente sanguíneo hasta ser eliminado lentamente.

5.2.7. Efectos Psicológicos: El alcohol afecta en primer lugar al Sistema Nervioso Central y su ingerencia excesiva y prolongada puede provocar daño cerebral. Popularmente se cree que el alcohol incrementa la excitación, pero en realidad deprime muchos centros cerebrales. La sensación de excitación se debe precisamente a que al deprimirse algunos centros cerebrales se reducen las tensiones y las inhibiciones y la persona experimenta sensaciones expandidas de sociabilidad o euforia. Por eso se dice, que el alcohol "anestesia la censura interna". Sin embargo, si la concentración de alcohol excede ciertos niveles en la sangre interfiere con los procesos mentales superiores de modo que la percepción visual es distorsionada, la coordinación motora, el balance, el lenguaje y la visión sufren también fuertes deterioros. Fuertes cantidades de alcohol reducen el dolor y molestias corporales e inducen al sueño. Pero su uso continuo irrita las paredes estomacales llegando incluso a desarrollarse úlceras.

Adicionalmente tiende a acumularse grasa en el hígado, interfiriendo con su funcionamiento. En alcohólicos crónicos se provocan graves trastornos cerebrales, hepáticos (cirrosis) y cardiovasculares (aumenta la presión sanguínea y con ello el riesgo de un infarto). Incluso, está demostrado que el alcohol incrementa el nivel de los

triglicéridos (grasa no saturada o vegetal en las arterias) y con ello también el riesgo de un infarto.

Finalmente, como es ampliamente conocido, el alcohol provoca adicción física y dependencia psicológica.

5.2.8. Daños del Alcohol al organismo: En un momento dado depender de su concentración en la sangre que a su vez es determinada por los siguientes factores: cantidad ingerida en un periodo de tiempo, presencia o ausencia de alimentos en el estómago que retengan el alcohol y reduzcan su tasa de absorción, peso corporal, y eficiencia del hígado de la persona que lo ingiere.

5.2.9. Predisposición al alcohol: Muchas personas que ven a un médico han tenido un problema relacionado con el alcohol en algún momento. La mayoría son hombres, pero la incidencia del alcoholismo en las mujeres ha estado aumentando durante los últimos 30 años. Para los hombres, el riesgo general para desarrollar alcoholismo es un 3% a un 5%, y para las mujeres el riesgo es un 1%. Las mujeres tienden volverse alcohólicas más tarde en la vida que los hombres, pero los problemas médicos que desarrollan debido al trastorno ocurren por la misma edad que cómo en los hombres, sugiriendo que las mujeres son más susceptibles a la toxicidad física del alcohol.

Aunque el alcoholismo generalmente se desarrolla a principios de la edad adulta, los ancianos no son exentos. Es más, unos 3 millones de estadounidenses mayores de la edad 60 son alcohólicos o tienen un problema relacionado con el alcohol. El alcohol afecta el cuerpo más viejo de otro modo; las personas que mantienen los mismos modelos de beber mientras envejecen fácilmente pueden desarrollar una dependencia de alcohol sin saberlo.

El riesgo para el alcoholismo en los hijos de padres alcohólicos es un 25%.

El enlace familiar es más débil para las mujeres, pero los factores genéticos contribuyen a esta enfermedad en ambos géneros. Una familia y una salud psicológica estables no son protectoras en las personas con un riesgo genético. Lamentablemente, no hay manera de predecir qué miembros de familias alcohólicas se encuentran en mayor peligro del alcoholismo. En estudios, los hombres jóvenes con padres alcohólicos respondieron al alcohol de un modo diferente que las personas sin una historia familiar; presentaron menos signos de embriaguez y tuvieron niveles inferiores de las hormonas de estrés. En otras palabras, sostuvieron su licor mejor. Expertos sugieren que tales personas puedan heredar una falta de aquellas señales de advertencia que hacen que otras personas cesen de beber. Una vez se

pensó que una historia familiar vinculada con una personalidad pasiva y necesidades de dependencia anormales aumentaban el riesgo, pero los estudios no han soportado esta teoría. Es importante de destacar, sin embargo, que, hereditario o no, las personas con alcoholismo todavía son legalmente responsables de sus propias acciones.

Las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen mayor probabilidad de empezar a beber antes de la edad de 19 años y de volverse alcohólicas. Pero cualquier persona que empieza a beber en la adolescencia está en mayor riesgo. Bebiendo temprano también aumenta el riesgo para el abuso de drogas.

Las diferencias étnicas afectan a la sensibilidad. Aunque las razones biológicas por el riesgo alterado no se saben, las personas en ciertos grupos pueden estar en un riesgo menor debido a la manera en que metabolizan el alcohol. Algunos asiáticos tienen un gen inactivo para la química dehidrogenasa de alcohol. Este producto químico es usado por el cuerpo para metabolizar el alcohol etílico, y en su ausencia, las sustancias tóxicas se acumulan causando ruborizamiento, mareo y náusea. Las personas con este defecto genético, entonces, tienen probabilidad de experimentar reacciones adversas al alcohol. Este defecto no es completamente protector contra el beber, sin embargo,

particularmente si hay presión social agregada, como entre los miembros de grupos de fraternidad de la universidad. Los riesgos para el alcoholismo son mayores en las personas con niveles educativos inferiores y en las personas que fueron desempleadas.

5.2.10. Señales de peligro. Un problema relacionado al alcohol se desarrolla rápido, especialmente en gente joven. Cualquiera de estas características es indicativo de un problema potencial.

Existe un problema si una persona experimenta las siguientes conductas: :

- Toma para soportar presiones de la escuela, la vida o escapar de los problemas.
- Maneja en estado de ebriedad.
- Toma más y más para obtener el mismo niveles de ebriedad.
- Experimenta frecuente depresión, irritación y enojo sin tener una causa aparente.
- Toma seguido hasta el punto de intoxicación.

- Es herido como resultado de tomar alcohol.
- Niega la posibilidad de tener un problema con la bebida.
- Tiene problemas físicos relacionados al alcohol como son la fatiga, cambio de peso, etc.
- Va a clases o al trabajo estando ebrio.
- Tiene problemas con la ley como resultado de tomar alcohol.
- Experimenta olvidos o pérdida de memoria.
- Depende del alcohol para aliviar el dolor, la tensión, etc.

5.2.11. Recaídas en el alcohol. Entre 80% y 90% de las personas tratadas para el alcoholismo sufren recaídas, incluso después de años de abstinencia. Los pacientes deben entender que las recaídas del alcoholismo son análogas a las erupciones recurrentes de las enfermedades físicas crónicas. Un estudio encontró que tres factores colocaban a una persona en alto riesgo para una recaída: la frustración y la ira, la presión social y la tentación interna. El tratamiento para las recaídas, sin embargo, no siempre requiere

comenzar desde el nada (partir de cero) con desintoxicación o la admisión a un ambiente de hospitalización; a menudo, la abstinencia puede empezar el próximo día.

Perdonándose a si mismo(a) y la persistencia son rasgos esenciales para la recuperación permanente.

El alcohol bloquea el dolor emocional y a menudo se percibe como un amigo fiel cuando las relaciones humanas fracasan; también se asocia con la libertad y una pérdida de inhibición que compensa las rutinas diarias.

Cuando la persona alcohólica trata de dejar de beber, el cerebro busca restaurar lo que percibe como su propio equilibrio. Las mejores armas del cerebro contra la abstinencia son la depresión y la ansiedad (los equivalentes emocionales al dolor físico) que continúan atrayendo a la persona alcohólica hacia el beber mucho más después de que los síntomas de abstinencia físicos se hayan detenido. Ni la inteligencia es un aliado en este proceso, porque el cerebro empleará todos sus poderes de racionalización para persuadir al paciente a que regrese a beber. Es importante darse cuenta de que cualquier cambio de vida puede causar aflicción temporal y ansiedad, hasta cambios

para el bien. Con el tiempo y la sustitución de otros placeres saludables, esta conmoción emocional se debilita y puede superarse.

Uno de los problemas más difíciles que una persona con alcoholismo enfrenta es estando alrededor de las personas que pueden beber socialmente sin peligro. Un sentido de aislamiento, una pérdida de gozo y la creencia del exbebedor de que lástima -no respeto- guía el comportamiento de un(a) amigo(a), puede conducir a la soledad, a la autoestima baja y a un deseo fuerte para beber.

Los amigos cercanos y hasta los compañeros íntimos pueden tener dificultades en cambiar sus respuestas a esta nueva relación sobria y, aún peor, promover un retorno al beber. Los cónyuges pueden haber construido sus propias autoimágenes sobre el sobrevivir de sus parejas o el manejo de sus comportamientos difíciles y encuentran el significado de sus vidas amenazados por la abstinencia. Los amigos quizás no acepten fácilmente al amigo(a) sobrio(a) y tal vez más calmado(a). En tales casos, si los compañeros o amigos no pueden cambiar, entonces la separación puede ser necesaria para la supervivencia. No es nada extraño que, cuando confrontada con tales pérdidas, una persona regresa al beber. El mejor curso en estos casos es promover a los amigos y miembros de familia cercanos que busquen la ayuda también.

Los medios de comunicación representan los placeres y el humor de beber en anuncios y en la programación. Los beneficios médicos de beber leve a moderadamente con frecuencia se divulgan, dando a los exbebedores la excusa espuria de regresar al alcohol para su salud.

5.2.12. La mujer alcohólica. Sin duda, la adicción no es una cuestión de género puesto que tanto los hombres como las mujeres son susceptibles de caer en sus garras. Lo cierto es que en la adicción ambos sexos cuentan con algunas semejanzas, pero también con diferencias. Este artículo trata de la mujer adicta, particularmente al alcohol, sus efectos, tanto en ella como en su familia, y la visión que de ella guarda la sociedad.²⁶

Las actitudes habituales acerca de la mujer adicta, y la tolerancia hacia la conducta de la mujer que bebe, generalmente han estado en función de las actitudes que tiene tal o cual sociedad tanto hacia el sexo femenino como hacia el alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Cuando hablamos de la mujer adicta, en la mayoría de la gente surgen imágenes desagradables de mujeres de la vida alegre, las que descuidan su hogar, a su esposo y a sus hijos, que caen en lo más bajo... mujeres sin hogar, oficio ni lugar.

²⁶ SERRANO, Miryan. Sociedad y Alcoholismo. 1999. www.monografias.com/psicologia

Pero esta manera de conceptualizar a la mujer adicta no es nada nueva; los griegos, por ejemplo, renombrados por gustar del placer, criticaban duramente a la mujer que abusaba del alcohol; la veían como una madre que dañaría a sus hijos mediante el abandono, la indiferencia o pariendo hijos defectuosos, e igualmente como alguien con la capacidad de subyugar al hombre y destruirlo...

La condición humana siempre ha sido algo paradójica para la mujer; ha sido idealizada o despreciada según las costumbres prevaletientes y la ideología de la época.

Hoy en día, a pesar de que los roles que puede jugar la mujer se han ampliado en la cultura occidental, todavía es vista en primera instancia como esposa y madre.

Esta manera dicotómica de conceptualizar a la mujer también tiene sus repercusiones cuando se habla de la mujer adicta al alcohol. Sandmaier habla de cómo a través de la historia la mujer que ingiere alcohol ha sido sujeta a mayores restricciones y castigos que el hombre, debido, según ella, al temor del hombre de que la mujer que abusa del alcohol abandonará su rol y saldrá fuera de su control... Evoca imágenes terribles de lo que es capaz de decir o hacer, liberada

por el alcohol de su predecible manera de ser, de sus roles restringidos de esposa y madre.

Todavía, para la mayoría de las personas, el alcoholismo está revestido de connotaciones morales y muchas veces se insiste en la poca fuerza de voluntad de la persona que toma; se les hace difícil entender el porqué de la adicción de un familiar, una amiga, una compañera. Puede ser que niegan que existe cualquier problema y están listos para reforzar el estereotipo femenino, maternal... No puede ser alcohólica porque es una mujer... tan linda, dulce, hacendosa, atractiva, inteligente, buena esposa. Les puede llamar la atención que no se sienta feliz puesto que tiene todo —niños bonitos, marido guapo y bueno, una bonita casa, un excelente trabajo, dinero, amigos, familia, etcétera.

Entonces, es un hecho que el alcoholismo, a pesar de su aceptación como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones renombradas, la sociedad tiene dificultad en reconocerlo como tal, especialmente cuando se trata del sexo femenino.

Contrario al estereotipo, la mujer que depende del alcohol, de pastillas para dormir o para tranquilizarse o de estimulantes, es hija, madre, esposa, profesionista, maestra; en suma, todo tipo de mujer.

Debido a los valores de nuestra sociedad se alienta a la mujer a que sea dependiente de ciertas maneras pero no de otras. Por ejemplo, está bien visto que la mujer dependa de un hombre; además, en muchos círculos sociales, es lo esperado. Generalmente, se acepta que sea dependiente al azúcar (a los dulces, chocolates, postres), al café, a la lectura y hasta a 100 cigarrillos, aunque esto ya está cambiando. Pero la dependencia está mal vista cuando interfiere con los roles de ama de casa, madre y trabajadora.

La mujer que ingiere alcohol o que usa alguna pastilla para dormir o para relajarse o la que busca estimularse, dice hacerlo por diversas razones, como por ejemplo: para sentir placer, ser más social, para no sentir la soledad, para poder aguantar a los niños, para relajarse antes de una junta, para levantarse antes de salir de compras, para poder tener relaciones sexuales, para perder peso, para poder dormir o despertarse, para aliviar la fatiga, por falta de confianza en sí misma, aburrimiento, frustración, alivio del estrés... la lista es infinita.

La mujer (y el hombre) recurre a una sustancia psicoactiva por muchas razones y se vuelve adicta también por una variedad de razones ,y es que no existe una sola causa para la adicción: son múltiples.

5.2.12.1. Efectos del alcohol en la mujer : El alcohol es una droga llamada alcohol etílico que tiene efectos en el cerebro, el cuerpo y todas las áreas de la vida. En ciertas personas el consumo puede llevar a la dependencia tanto fisiológica como psicológica.

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central; esto significa que después de la primera, segunda o tercera copa (esto depende de varios factores: si hay alimento en el estómago, el peso y la talla de la persona, la progresión de la enfermedad, etcétera) haremos todo de manera más lenta, será menos eficiente nuestra capacidad de pensar, de actuar, de percibir, de juzgar.

Aunque el alcohol en algunas cosas afecta de manera similar tanto a la mujer como al hombre, existen ciertos síntomas que son privativos del sexo femenino. Algunos son: ²⁷

²⁷ Tomado de: NARSAD, Research. Brindando respuestas y mejorando los tratamientos mediante la investigación. Folleto.

- Generalmente, el cuerpo femenino es más chico, tiene una concentración mayor de grasa y 10% menos de agua que el hombre. Esto significa que el alcohol permanece más concentrado y es absorbido con mayor rapidez por los tejidos, con el resultado de que la mujer se emborracha con mayor facilidad.
- Se necesita de menos cantidad que el hombre para llegar al estado de ebriedad.
- Los efectos tienen mayor duración.
- Hay mayor probabilidad de sufrir daño o cirrosis del hígado en menos tiempo que el hombre.
- Muchas mujeres se quejan de pérdida de libido, además de dificultad para llegar a excitarse y tener un orgasmo.
- Afecta los órganos sexuales, puede dañar las terminaciones nerviosas alrededor del clítoris provocando así falta de sensación, excitación y lubricación vaginal disminuidas. Combinado con un incremento en la susceptibilidad a infecciones vaginales, la falta de lubricación puede hacer dolorosas las relaciones sexuales.

- El alcohol daña directamente a los ovarios. Esto resulta en la producción de menos óvulos y más ciclos en que no se producen.
- La menstruación se ve afectada; puede ser irregular o desaparecer por completo.
- Durante el embarazo, cualquier cantidad de alcohol puede afectar al feto; la mujer alcohólica tiene mayor riesgo de tener un aborto espontáneo o de tener un parto prematuro. De mayor riesgo para el bebé de la mujer que ingiere alcohol durante el embarazo es el síndrome fetal alcohólico.
- Pérdida de calcio: después de los 35 años ambos sexos tienden a sufrir una disminución de calcio. Esto afecta particularmente a la mujer al comenzar la menopausia, y si ingiere alcohol, generalmente sufre de una nutrición poco adecuada, lo cual exacerba este suceso normal.
- En cuanto a lo psicológico, la mujer alcohólica generalmente nunca se siente suficientemente buena, atractiva, exitosa, maternal, femenina, fuerte... Puede pensar que su imagen ante la sociedad es lo más importante. Además, ciertas conductas y actitudes ayudan a ocultar cualquier problema que pudiera tener

con el alcohol. Entonces, en las primeras fases de la enfermedad, se esfuerza en tener casa e hijos perfectamente limpios, trata de ser una supermujer, de dar gusto a todos, encuentra mucha dificultad para decir no, trabaja más que otros (en lo profesional o en casa, haciendo reuniones, cenas, etcétera); espera lo imposible de sí misma y de los demás. El alcohol o las drogas pueden ayudar a disminuir el dolor de este estilo de vida pero sólo temporalmente.

Conforme aumenta la cantidad y la frecuencia de su consumo, hace mayor uso de sus mecanismos de defensa para no enfrentar la realidad, tanto interna como externa, de que es una adicta. Niega que su hábito de tomar sólo unas cuantas copas en la noche o los fines de semana constituye un problema, que lo tiene bajo control, que lo puede dejar cuando quiera pero que éste no es el momento. Señala que sigue llevando a cabo sus quehaceres domésticos, cuida a su marido y a sus hijos. Culpa a otros, al pasado, a los acontecimientos y azares de la vida, a su esposo, a sus hijos... racionaliza su conducta, generaliza... y poco a poco se pierde a sí misma.

Gradualmente, ante la compulsión de tomar o usar drogas, la mujer se vuelve cada vez más deshonesto consigo misma y con los demás; utiliza, para comprar su sustancia, el dinero necesario para el gasto diario; acude al abuso verbal y físico y a la manipulación, en lugar de

enfrentarse abiertamente a los conflictos debido a su gran temor de ser rechazada.

Sufre de sentimientos de desesperanza y de desamparo. Su autoestima queda en el suelo igual que su concepto de sí misma, se aísla más y se preocupa solamente por conseguir su siguiente copa. Llega a perder la confianza de sus seres queridos y se queda completamente sola, sin esposo, hijos o amigos. Puede llegar a pensar en el suicidio y posiblemente intentarlo. No hay duda de que sin tratamiento puede llegar al manicomio, la cárcel o la muerte.

Las relaciones que cualquier persona tiene con los otros son muy importantes puesto que no vivimos aislados en el mundo y necesitamos de los demás.

La adicción al alcohol (alcoholismo) afecta las relaciones que tenemos con otros; no sólo afecta al individuo que toma sino a las personas que están a su alrededor, tales como el esposo, los hijos, los parientes, los amigos y los compañeros de trabajo. Cada uno manejará su relación con la alcohólica de diferente manera. Lo cierto es que dentro del círculo familiar, habrá mayor sufrimiento debido a la cercanía física y emocional de sus miembros.

La familia es el lugar donde aprendemos a ser seres sociales, a tener relaciones interpersonales adecuadas tanto con los que constituyen nuestro círculo familiar como con las personas fuera de este núcleo en el mundo exterior. Es el lugar donde necesitamos de estabilidad emocional en cuanto a los roles que cada miembro ocupará en diferentes momentos del desarrollo, un lugar seguro con padres en quienes se puede confiar y quienes están disponibles emocionalmente. Una familia sana provee el terreno donde sus miembros pueden crecer, amar, sentir, decidir, adquirir conocimientos y fantasear, sin que cualquiera de estos atributos resulte amenazante para sus miembros.

Cuando hablamos de la adicción, generalmente se puede hablar de una familia cuyo medio no conduce al sano desarrollo de sus miembros, donde probablemente exista confusión, amenazas, castigos excesivos hasta la violencia, pocas muestras de afecto, vergüenza, culpa, tristeza, ansiedad... en fin, dolor. Es una familia en donde hay un alto nivel de sufrimiento.

La mujer bajo la influencia de una adicción, no se encuentra en condiciones para poder cuidarse a sí misma, menos para prestarle atención a su esposo y a sus hijos. Esto tendrá repercusiones en los que la rodean.

La mujer alcohólica, como cualquier otra madre, ama a sus hijos pero sus recursos (percepción, juicio, manejo de emociones) no están en óptimas condiciones. Por lo tanto, los hijos también serán afectados. Se ha visto que ellos tienen mayor tendencia a sufrir de dolores de cabeza, alergias, resfriados continuos y de sobre o bajo peso debido al alto nivel de tensión que se genera en la familia. Si el niño es un bebé, puede ser que la capacidad de la madre para responder al llanto esté deteriorada y no sepa si hay que darle de comer a su hijo o cambiar el pañal. Además, puede estar tomada, preocupada por tomar o embriagada, o simplemente estar preocupada por su propia vida.

Conforme van creciendo, los niños reaccionan ante el comportamiento impredecible de la madre, que en un momento puede ser a todo dar y en otro estar furiosa. Los niños se convierten en minipapás, uno se dedica a cuidar a sus hermanos y hace los quehaceres de la casa, mientras otro estudia más para que no lo regañen, el otro se vuelve el payaso o el solitario. Los niños, cuando sienten suficiente confianza para poder hablar, se quejan de los cambios bruscos que sufre su pariente adicto; que nunca saben lo que pasará de un momento a otro, pero el secreto es difícil de descubrir.

En resumen, la adicción en la mujer tiene efectos bio-psico-sociales que difieren de los del hombre; su estructura anatómica y su

funcionamiento es distinto, así como el manejo emocional de eventos y situaciones. Sus relaciones con la familia y con los demás tampoco son iguales, debido al rol que ocupa tanto dentro de la sociedad como en la familia. Cuando se trata de la madre, existen pocas personas que quieren creer que puede ser adicta, y menos hablar de ello. La mayoría la justificará culpando a su salud, sus nervios, la presión social, hasta que finalmente llega el momento en que no se puede ignorar.

5.3. GRUPOS DE ORIENTACION PSICOLOGICA PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO.

Renacer es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. Surgió en Barranquilla. El 17 de Octubre del año 2001, a cargo de la Dra. Olga Ojeda Harms, psicóloga de la Universidad Metropolitana, especializada en Psicología Clínica en la ciudad de Buenos Aires, en Argentina.

Renacer surge de la necesidad de establecer como parte de varios programas de Bienestar Social de diversas empresas de Barranquilla, actividades tendientes a orientar a aquellos trabajadores que padecen

directa e indirectamente del alcoholismo, situación que se hizo evidente en el campo laboral .²⁸

El único requisito para ser miembro de Renacer, es el deseo de dejar la bebida, No se pagan honorarios ni cuotas; se mantienen con sus propias contribuciones y/o actividades para tal fin:

Renacer no está afiliada a ninguna secta religiosa, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa.

El objetivo principal es de proporcionar ayuda al alcohólico para mantenerse sobrio y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Actualmente Renacer cuenta con 35 miembros que asisten a recibir mediante el trabajo grupal la respectiva orientación terapéutica para afrontar esta enfermedad. En la actualidad 15 de los sujetos son de sexo femenino y 20 son de sexo masculino.

²⁸ Tomado de: Manual de Inducción del Grupo de Apoyo Renacer de la Ciudad de Barranquilla, 2002

Renacer se interesa únicamente en la recuperación personal y la sobriedad sostenida de los alcohólicos individuales que recurren a la Comunidad para ayuda.

Renacer no promete resolver los problemas de la vida de todas las personas que asisten a él. Les enseña a vivir sin beber. A mantenerse alejados del trago.

Este grupo realiza dos tipos de reuniones:

Reuniones abiertas: Como indican los términos, las reuniones de este tipo están abiertas a los alcohólicos y a sus familias, así como a cualquier persona que se interese en solucionar un problema personal con la bebida o en ayudar a otra persona a solucionar un problema con el alcohol.

Reuniones cerradas: Estas reuniones son solo para los alcohólicos. Deparan a los miembros una oportunidad de compartir, unos con otros, en lo referente a problemas relacionados con formas y costumbres de beber, así como a sus esfuerzos para lograr una sobriedad estable. También les permiten discutir sobre diversos elementos del programa de recuperación.

En las reuniones abiertas, se les recuerda a los invitados que las opiniones e interpretaciones que escuchen allí son únicamente las del orador que las exprese. Todos los miembros tienen perfecta libertad de interpretar el programa de recuperación según su propia luz, pero nadie puede hablar por el grupo local o todos en general.

Como todo grupo de apoyo, Renacer le da la importancia del anonimato a su grupo de ayuda. Tradicionalmente, los miembros de diferentes grupos de apoyo siempre han cuidado de mantener su anonimato a nivel público: ante la prensa, la radio, la televisión y el cine.

Además, el concepto del anonimato personal también tienen una significación personal para los miembros, contribuye a refrenar los impulsos de reconocimiento personal, y de poder, prestigio y riqueza que han provocado dificultades para otras sociedades.

Cualquier miembro de Renacer puede romper su anonimato" deliberadamente ante el público. Ya que es un asunto de elección y conciencia personal, obviamente, la Comunidad como totalidad no tiene ningún control sobre tales decisiones.

6. DEFINICION DE VARIABLES

6.1. VARIABLES DE ESTUDIO.

La variable de estudio de la presente investigación es estado de ánimo depresivo.

6.1.1. Definición conceptual. El Estado de ánimo depresivo ha sido definido como aquel estado emocional que produce la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba, progresa cada día afectando los pensamientos, sentimientos, salud física, y la forma de comportarse, más conocida como depresión.²⁹

6.2. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE EN ESTUDIO

La variable en estudio se operacionalizó de la siguiente manera.

²⁹ VASQUEZ, op cit p. 280

Variable	Dimensión	Indicadores	Indices.
Estado de Ánimo Depresivo	Nivel de depresión.	<input type="checkbox"/> Ausencia de depresión. <input type="checkbox"/> Depresión leve media. <input type="checkbox"/> Depresión moderadamente severa. <input type="checkbox"/> Depresión severa.	0-10 puntos. 11-20 puntos. 21-30 puntos. 31 puntos o más.
	Síntomas de la depresión.	<input type="checkbox"/> Síntomas afectivos. <input type="checkbox"/> Síntomas motivacionales. <input type="checkbox"/> Síntomas cognitivos. <input type="checkbox"/> Síntomas conductuales. <input type="checkbox"/> Síntomas fisiológicos.	<input type="checkbox"/> Llanto, tristeza, ansiedad, desesperación. <input type="checkbox"/> Ideas suicidas, intento de huida. <input type="checkbox"/> Desconcentración, falta de atención, problemas de memoria. <input type="checkbox"/> Pasividad, lentitud, poco dinamismo, agitación. <input type="checkbox"/> Alteraciones del sueño, poco o mucho apetito, gastritis, entre otros.
	Causas	<input type="checkbox"/> Externas. <input type="checkbox"/> Internas.	Separaciones. Divorcios, abandono, desempleo, adicción a las drogas, al alcohol, entre otros. Sentimientos de tristeza, temor a la soledad, ansiedad.

7. CONTROL DE VARIABLES.

7.1. VARIABLES CONTROLADAS

7.1.1. En los Sujetos.

QUE?	COMO	POR QUE?
Género.	Que todos los sujetos de la muestra fuesen mujeres.	Por que son una población considerada de alto riesgo, para sufrir depresión.
Grupo de apoyo	Que todos los sujetos de la muestra asistieran al grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.	Por ser una población que recibe tratamiento para la rehabilitación del alcoholismo, el cual es considerado como uno de los factores de riesgo de quienes sufren alteraciones del estado de ánimo depresivo, la cual es la variable de estudio de esta investigación.

7.1.2 Instrumento.

QUE?	COMO?	PORQUE?
Medición de la variable en estudio.	Escogiendo al Inventario de depresión de Beck como uno de los instrumentos metodológicos para establecer el grado de depresión en los sujetos de la muestra, acompañado de una entrevista semiestructurada la cual permitió ampliar la información y describir los objetivos del estudio.	Por la confiabilidad y validez del inventario de depresión de BECK, utilizado en diferentes investigaciones de reconocido prestigio.

7.2. VARIABLES NO CONTROLADAS

QUE?	POR QUE?
Ambiente de aplicación de los instrumentos.	Por que el ambiente en donde se reúne el grupo de apoyo se ve influido por diferentes estímulos que dificultaba la concentración de los sujetos de la muestra, así como la inasistencia de algunos sujetos, lo que sugirió aplicar los instrumentos en varias sesiones de trabajo, y en diferentes recintos.
Edad, Profesión, Religión, Ocupación, estrato socio – económico de los sujetos de la muestra.	Por que sólo era interés del estudio describir las características del estado de ánimo depresivo en mujeres, sin tener en cuenta su edad, profesión, religión, y/o ocupación, entre otros.

8. METODO

8.1. PARADIGMA

La presente investigación fue realizada teniendo en cuenta los principios básicos del paradigma Histórico Hermenéutico. Estas disciplinas tienen dos aspectos, en primer lugar trabajan con la historia como eje y en segundo lugar se acentúa el aspecto hermenéutico, es decir, el deseo de interpretar la situación.

La historia y la hermenéutica tratan de reconstruir todas las piezas aisladas que aparecen en todas las interpretaciones de los hechos, en los diversos textos, versiones, hallazgos arqueológicos, literarios, lingüísticos, para recapturar un todo con sentido. Ese todo con sentido es el que da la clave de la hermenéutica.³⁰

Este paradigma histórico hermenéutico permite el conocimiento de la realidad investigada, en este caso, las características del estado de ánimo depresivo en mujeres alcohólicas que reciben orientación

³⁰ VASCO, Carlos. Tres estilos de trabajos en ciencias sociales. Bogotá: U.N. 1999. p. 25

psicológica a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.

8.2. ENFOQUE METODOLOGICO.

El enfoque fenomenológico trata de describir la experiencia sin acudir a explicaciones causales.³¹

Este enfoque permitió describir las características del estado de ánimo depresivo que presentan las mujeres alcohólicas que reciben apoyo psicológico a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla-

8.3. DISEÑO

La estrategia metodológica utilizada para esta investigación es el diseño Descriptivo, ya que su objetivo principal es tratar de describir en todos sus componentes una realidad.³²

³¹ SANDOVAL, Carlos. Investigación cualitativa. Bogotá: Corcas. 1997. p. 28

³² ABELLO, Raimundo. Y MADARRIAGA. Camilo. Estrategias de Evaluación de Programas Sociales. Barranquilla. Uninorte. 1985

Lo anterior se aplica en este estudio cuando se describen cualitativamente las características del estado de ánimo depresivo de los sujetos de la muestra con respecto a :

- El grado de depresión actual que presentan los sujetos.
- Los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales que presentan los sujetos en el momento del estudio.
- Los factores externos o internos que desencadenan el estado de ánimo depresivo.

No pretende este estudio realizar ningún proceso de intervención y/o modificación alguna a la realidad estudiada, por lo que su objetivo principal es sólo describir la realidad actual de la variable en estudio.

8.4 POBLACION

El universo detectado en este estudio fueron 35 personas que reciben orientación psicológica para el tratamiento del alcoholismo a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.

La población femenina detectada en este grupo fueron 15 mujeres, las cuales presentan las siguientes características:

- **Ocupación:** 1 Ama de Casa, 6 operarias. 8 comerciantes independientes.
- **Estado Civil:** 2 madres solteras, 5 separadas, 6 casadas, 2 en unión libre
- **Estrato Socioeconómico:** 10 mujeres de estrato social bajo. 5 mujeres de estrato medio.
- **Edades:** 20- 30 años: 5 mujeres. 31-40 años: 10 mujeres.
- **No. De Hijos:** 1-3 hijos: 12 mujeres. 4-6 hijos: 3 mujeres.

8.5. MUESTRA

La técnica de muestreo utilizada en este estudio fue Intencional, escogida por los autores con el fin de escoger a las 15 mujeres que conformaban la población en estudio como los sujetos de la muestra de investigación, la cual corresponde al 42.85% del universo detectado en el grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.

8. 6. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección objetiva de la información, los autores del presente estudio utilizaron el Inventario de Depresión de Beck, elaborado por Aaron Beck como parte de su teoría cognitiva de la depresión, cuya finalidad es de la identificar el grado de depresión que padece una persona con el fin de definir a partir de él los lineamientos de la terapia a realizar.

El material utilizado para su aplicación fue un test por cada uno de los evaluados en el cual cada uno debería escoger desde su punto de vista y con el mayor grado de sinceridad, el síntoma que haya presentado en la última semana incluyendo el día de la aplicación del cuestionario.

Permite evaluar el grado de depresión, clasificándola en los siguientes niveles:

- Ausencia de depresión.
- Depresión leve media.
- Depresión moderadamente severa..

□ Depresión severa.

La depresión se considera leve, moderada o severa con base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar.

Los episodios leves se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual.

Los episodios graves son síntomas psicóticos que se caracterizan por la presencia de la mayoría de los criterios y por una incapacidad evidente y observable.

Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves.

Para estandarizar el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI). Se realizaron tres estudios. El primero siguió los lineamientos internacionalmente establecidos para traducir y adaptar instrumentos de evaluación psicológica. La muestra

normativa fue de 1508 personas adultas de entre 15 y 65 años de edad.

La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach = 0.87, $p < 0.000$. El análisis factorial mostró que la versión mexicana, al igual que la original, se compone por tres factores. Por último se obtuvieron las tablas normativas tanto para estudiantes como para la población general.

El segundo, evaluó la validez concurrente entre el BDI Escala de Zung en una muestra de 120 personas con diagnóstico psiquiátrico de depresión y con edades de entre 17 y 72 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue $r = 0.70$, $p < 0.000$.

El tercer estudio, evaluó nuevamente la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung, pero esta vez en una población de 546 estudiantes de bachillerato, con edades entre 15 y 23 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.65$, $p < 0.000$.

Se concluye que el BDI desarrollado en este estudio cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión de sujetos en edad adulta.

Finalmente, se resalta la importancia de dar cumplimiento cabal al proceso psicométrico y a los lineamientos internacionalmente aceptados para la traducción y adaptación de instrumentos de medición psicológica.

Véase Anexo A.

Por otro lado, se utilizó una entrevista semiestructurada suministrada por la Coordinación del grupo de Apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla, la cual había sido elaborada con anterioridad para tal fin y que no había podido ser aplicada. Este instrumento consta de 25 preguntas elaboradas para identificar los principales síntomas del estado de ánimo depresivo, así como las causas de aparición de esta enfermedad.

La validez de contenido de este instrumento fue realizada por psicólogos expertos que brindan sus servicios en este grupo de apoyo, a través de un proceso de investigación coordinado por la Dra. Olga Ojeda Harms, Coordinadora de esta entidad.

Véase Anexo B.

8.7. PROCEDIMIENTO.

Motivadas por el tema de la depresión, los autores de este estudio, se dieron a la tarea de iniciar un proyecto de investigación que permitiera establecer el grado de depresión de adultos mayores de estrato medio bajo de la ciudad de Barranquilla, para lo cual iniciaron todo un proceso de búsqueda bibliográfica que permitiera conformar toda una estructura teórica que guiara los objetivos de la investigación.

En el proceso de búsqueda de una población adulta mayor, los autores de este estudio contaron con la colaboración del Grupo de Apoyo Renacer la ciudad de Barranquilla, entidad en donde se brinda apoyo terapéutico para la rehabilitación a la adicción del alcoholismo, detectando en este grupo un universo altamente significativo, pudiendo así los autores delimitar la población a estudiar y estructurando un proyecto de investigación titulado. **Características del estado de ánimo depresivo en mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla.**

Una vez definida la muestra de estudio, los autores definieron las técnicas de recolección de datos, estableciendo para ello el Inventario

de Depresión de Beck, así como una guía de entrevista semiestructurada proporcionada por la Coordinación del Grupo de apoyo, la cual permitiría ampliar la información obtenida a través de la escala.

Una vez definidos los instrumentos los autores se dieron a la tarea de aplicarlos a cada uno de los sujetos de la muestra en el sitio de reunión del grupo; ambiente que no pudo ser controlado por diversos factores relacionados con el punto de encuentro del grupo, el cual es compartido con otra entidad, razón por la cual los instrumentos no fueron aplicados simultáneamente ni bajo estrictos controles del ambiente. Igualmente interfirió la inasistencia diaria de algunos de los sujetos de la muestra, por lo que tuvo que asistir varias veces a contactar a la totalidad de los sujetos y aplicarles el instrumento, convirtiéndose entonces en una experiencia que permitió a los autores obtener un dominio más profundo de los instrumentos así como de conocer y tratar bajo diversas circunstancias a todos y cada uno de los sujetos del estudio.

Una vez aplicados los instrumentos, se procedió a estructurar metodológicamente la investigación bajo los lineamientos otorgados por el comité de investigación de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar en su programa de Psicología, bajo un

esquema de trabajo considerado como Informe Final del proyecto de Investigación como requisito fundamental para acceder al título de Psicólogo de dicha entidad.

9. RESULTADOS.

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, los instrumentos aplicados permitieron establecer que el índice de depresión que presentan las mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de apoyo Renacer, son los siguientes:

Tabla 1. Índices de depresión.

Sujetos	Puntajes obtenidos	Índice depresión.
Sujeto No. 1	12	Depresión leve media.
Sujeto No. 2	21	Depresión moderadamente severa.
Sujeto No. 3	18	Depresión leve media
Sujeto No. 4	15	Depresión leve media.
Sujeto No. 5	22	Depresión moderadamente severa.
Sujeto No. 6	25	Depresión moderadamente severa.
Sujeto No. 7	9	Ausencia de depresión.
Sujeto No. 8	21	Depresión moderadamente severa.
Sujeto No. 9	29	Depresión moderadamente severa.
Sujeto No. 10	16	Depresión leve media.
Sujeto No. 11	21	Depresión moderadamente severa.
Sujeto No. 12	21	Depresión moderadamente severa.
Sujeto No. 13	20	Depresión moderadamente severa.
Sujeto No. 14	31	Depresión severa.
Sujeto No. 15	12	Depresión leve media.

Fuente: Resultados de la aplicación de la escala de depresión de Beck.

Lo anterior se sintetiza de la siguiente manera:

Tabla 2. Análisis estadístico de los índices de depresión en mujeres alcohólicas del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla. .

Grado de depresión	Frecuencia	Porcentaje.
Ausencia de depresión.	1	6.66%
Depresión leve media.	5	33.77%
Depresión moderadamente severa.	8	55.58%
Depresión Severa.	1	6.66%
Total	15 sujetos	100%

Como bien se puede observar, la depresión moderadamente severa se presenta con mayor frecuencia en las mujeres alcohólicas, seguida por un grado de depresión leve media. Lo anterior permite sugerir, tal y como lo muestra la teoría de Beck, que las mujeres tomadas como muestra, específicamente el 55.58% presentan entre cinco y siete síntomas depresivos que acarrearán una mediana incapacidad de las funciones normales de un individuo, tales como tristeza, llanto, desesperación, descuido, soledad, desgano, insomnio, entre otros; los mismos que son considerados moderadamente graves y que necesitan ser tratados, corroborando así que la presencia de síntomas depresivos es uno de los principales signos del estado de ánimo del individuo que sugieren el tratamiento de la enfermedad que se padece, en este caso el alcoholismo.

El manual de Alcohólicos anónimos consultado por los autores, sugiere que el uso habitual del alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo en muchos casos depresión clínica, confusión.

En los casos severos, puede llegarse a producir psicosis y trastornos mentales. Tal es el caso del 6.66% de los sujetos de la muestra que presentan una depresión severa.

Igualmente vale la pena resaltar los resultados del 33.37% de la muestra, quienes presentan un grado de depresión leve media, lo que indica, según Beck, que estos sujetos han padecido en la última semana entre cinco o seis síntomas depresivos, situación que les ha generado una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual.

Los resultados descritos anteriormente permiten corroborar que en efecto, la ansiedad y la depresión pueden ser causadas por el alcoholismo y pueden ser reducidas después de la supresión del alcohol, así como también pueden desempeñar una función principal en el desarrollo de alcoholismo en quienes son sujetos a cambios de vida no deseados, como la jubilación, la pérdida de un cónyuge o amigo(a), los problemas médicos, divorcios y/o conflictos de pareja,

desempleo, entre otros, los cuales se convierten en desencadenantes de ciertas adicciones como en este caso.

Por otro lado, la entrevista personalizada con cada uno de los sujetos, fue categorizada de acuerdo a la siguiente tabla.

Tabla 3. Resultados Entrevista Semi-estructurada a mujeres alcohólicas.

Item	Respuesta	F	%
1) Antigüedad en el grupo.	1) 1 mes	6	47%
	2) 2 meses	4	27%
	3) 3 meses.	5	33%
2) Cómo supo del grupo de apoyo Renacer.?	1) Por un amigo del trabajo..	2	13%
	2) Por un miembro de mi familia.	5	33%
	3) Por un aviso en el periódico.	1	6%
	4) Por un folleto que repartieron en la calle.	1	6%
	5) Por sugerencia del psicólogo de mi empresa.	6	47%
3) Qué lo motivo a asistir al grupo de apoyo.?	1) La necesidad de tomar una decisión para dejar el alcohol a nivel social definitivamente.	4	27%
	2) El compartir con otras personas alcohólicas igual que yo.	1	6%
	3) El querer escuchar abiertamente sobre el alcoholismo.	3	20%
	4) El poder recibir orientación psicológica para mi y para mi familia con respecto al alcohol.	5	33%
	5) El no tener que cancelar para recibir apoyo psicológico para mi enfermedad.	2	13%
4) Está consciente usted del Problema del alcoholismo que padece.?	1) Si	14	93.9%
	2) No del todo.	1	7%
5) Qué situación la indujo al alcoholismo?	1) Abandono de mi pareja por otra.	2	13%
	2) Rechazo de mi pareja.	5	33%
	3) El querer compartir con mis amigos y distensionarme del trajin de la semana.	4	27%
	4) La muerte de un hijo.	1	6%
	5) Mi divorcio.	3	20%
6) Hace cuanto sucedieron estos hechos?	1) Menos de 1 año.	3	20%
	2) 1-3 años.	6	47%
	3) 4-6 años.	2	13%
	4) 7-9 años.	2	13%
	5) 10-13 años.	2	13%

7) Cuáles fueron los sentimientos que presentó inmediatamente ocurridos estos eventos?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desesperación e incertidumbre por el futuro. 2) Llanto continuo, no querer darle la cara a los problemas. 3) Soledad y tristeza. 4) Rabia conmigo misma y con mis hijos. 5) Encerramiento y descuido físico. 	<p>3 20%</p> <p>3 20%</p> <p>4 27%</p> <p>2 13%</p> <p>3 20%</p>
8) Se deprime usted con facilidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cualquier cosa que me afecta me deprime. 2) Vivo en constante depresión. 3) Desde que sucedió lo que me sucedió vivo deprimida todo el tiempo. 4) Si, hasta cuando tomo para olvidar me deprimó. 5) No todo, sólo cuando atentan contra mis sentimientos. 	<p>2 13%</p> <p>5 33%</p> <p>3 20%</p> <p>4 27%</p> <p>1 6%</p>
9) Qué sentimientos experimenta con más frecuencia cuando está deprimida?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mucha tristeza y ganas de llorar. 2) No querer hacer nada, sólo dormir para olvidar. 3) Llanto, ansiedad por comer. 4) Descuidarme físicamente, no querer ver ni salir con nadie. 5) Una gran tristeza, llanto y una gran soledad. 6) No sabría como explicarlo. 	<p>2 13%</p> <p>5 33%</p> <p>3 20%</p> <p>1 6%</p> <p>3 20%</p> <p>1 6%</p>
10) Cuando sufre estas crisis depresivas, qué es lo que mas le provoca hacer?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ganas de matarme, pero creo que no soy capaz. 2) Ganas de irme a un lugar donde nadie me conozca. 3) Ganas de no volver más al trabajo. 4) Ganas de salir corriendo y no volver nunca a mi casa. 5) Ganas de dormir y dormir profundamente para no tener que enfrentarme a mis problemas. 	<p>4 27%</p> <p>1 6%</p> <p>3 20%</p> <p>5 33%</p> <p>2 13%</p>
11) Qué dificultades laborales o académicas ha detectado usted que se le presentan cuando se siente deprimida.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Por lo general no presto atención en el trabajo y casi todo me sale mal. 2) No me puedo concentrar, ando en otro mundo. 3) No presto atención a lo que me dicen. 4) Mi desempeño es malo. 5) No rindo como debe ser. 	<p>5 33%</p> <p>2 13%</p> <p>3 20%</p> <p>2 13%</p> <p>3 20%</p>
12) Qué actividades físicas realiza usted?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ninguna. 2) Caminar. 3) Otro 	<p>13 87%</p> <p>2 13%</p> <p>0 0%</p>
13) Conocen sus amigos y familiares su problema de alcoholismo?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Si 2) No 3) No todos. 4) Sólo mi familia. 	<p>6 40%</p> <p>3 20%</p> <p>2 13%</p> <p>4 27%</p>
14) Qué opinión cree usted que ellos tienen de usted?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Algunos opinan que soy inmadura por no saber afrontar mis problemas. 2) Mi familia me desconoce, creían que yo no era capaz de llegar a este estado. 3) Algunos piensan que soy lo peor y me desprecian. 4) No sé, creo que no les importa. 5) Siento que no gustan de mi. 	<p>3 20%</p> <p>3 20%</p> <p>2 13%</p> <p>5 33%</p> <p>2 13%</p>

Item	Respuesta	F	%
15) Qué opina usted de sí misma?	1) No merezco esto que me está pasando.	3	20%
	2) Que en estas condiciones no valgo nada, por eso necesito superarme.	1	7%
	3) Que no soy una buena madre, mi madre si lo es.	2	13%
	4) Que merezco todo lo que me está pasando, por no pensar bien las cosas.	5	33%
	5) Que he perdido todos mis valores.	3	20%
	6) Que no soy capaz de hacer nada bueno.	1	7%
16) Qué enfermedades presenta con mayor frecuencia que la hacen visitar al médico?	1) Gastritis.	5	33%
	2) No duermo muy bien.	3	20%
	3) Muchos dolores de cabeza.	4	27%
	4) Descontrol hormonal.	2	13%
	5) Virosis..	1	7%
17) Qué temores ha presentado durante su vida con mayor frecuencia.?	1) La soledad.	8	53%
	2) El fracaso.	2	13%
	3) La vejez.	3	20%
	4) La inestabilidad emocional.	2	13%
18) Qué dificultades le ha traído el ser una mujer alcohólica?	1) El rechazo de mi familia.	2	13%
	2) El tener pocos amigos.	3	20%
	3) El estar sola, sin un hombre a mi lado.	2	13%
	4) El que nadie me valore.	2	13%
	5) Una gran dependencia al alcohol.	1	7%
	6) Malas relaciones con mis hijos.	1	7%
	7) Problemas con la ley.	1	7%
	8) Alteraciones fisiológicas.	1	7%
	9) Deudas económicas.	1	7%
	10) Mala fama.	1	7%
19) Considera usted que su actitud generó los problemas que le sucedieron años anteriores y que la conllevaron a ser una persona alcohólica?	1) Si, era una persona inmadura, que no pensaba en el futuro.	2	13%
	2) A veces creo que si, fui muy impulsiva.	3	20%
	3) Pude haber tenido otra actitud y se pudiese haber evitado muchas cosas.	4	27%
	4) Si, nunca pensé en mis hijos ni en lo que me podría suceder.	2	13%
	5) Si, me llene de cólera y rabia. No sabia lo que hacia, ahora tengo que afrontar las consecuencias.	3	20%
	6) No. Son cosas del destino, en la muerte de un hijo no vale actitud de nadie, son cosas de Dios.	1	7%
20) Qué proyectos futuros tiene usted en este momento?	1) Ninguno.	5	33%
	2) No tengo los medios ahora para estudiar o dedicarme a otra actividad diferente de la que estoy haciendo. No sé, nunca me he preocupado por ello.	3	20%
		2	13%
	3) Seguir trabajando como operaria, es lo único que se hacer.	2	13%
	4) Ya estoy muy vieja para pensar en estudiar una carrera, debo pensar es en trabajar.	1	7%
5) Aún no he pensado en eso.			

Item	Respuesta	F	%
21) Ha recibido usted ayuda psicológica anteriormente?	1) Si	8	53%
	2) No	7	47%
22) Por qué causa recibió ayuda psicológica?	1) Por mis depresiones.	2	13%
	2) Por malas relaciones con mis padres en mi adolescencia.	1	7%
	3) Por mi alcoholismo, pero volvi a recaer.	1	7%
	4) Por mi baja autoestima.	1	7%
	5) Por que la roptura de mi matrimonio me afecto demasiado.	1	7%
	6) A nivel de pareja, pero no sirvió de nada.	1	7%
	7) Por la muerte de mi hijo.	1	7%
23) Ha experimentado el deseo de morir durante un periodo de dos semanas o más?	1) Si, algunas ocasiones.	5	33%
	2) Cuando me deprimó, si lo he llegado a sentir.	5	33%
	3) No.	5	33%
24) Ha sentido desinterés por alguna actividad que antes le parecia interesante?	1) Si, la mayoría de las cosas de mi vida ya no me interesan.	8	47%
	2) No, mi vida ha seguido normal, aunque ando muy distraída.	6	53%
25) Alguna vez se ha sentido culpable por lo que le sucede?	1) Si, yo soy la única culpable de mis problemas.	5	33%
	2) Casi siempre, me considero culpable de todo lo que me sucede.	6	47%
	3) Si, ó quien más lo es, nadie.	4	27%

Fuente: Consolidación resultados de la entrevista semi-estructurada aplicada a mujeres alcohólicas del grupo Renacer de la ciudad de Barranquilla.

Tal y como se puede observar en los ítems anteriores, las mujeres alcohólicas de este grupo de apoyo , específicamente el 33% de la muestra tiene en la actualidad más de tres meses de estar asistiendo al grupo a recibir orientación psicológica para su problema de alcoholismo; cerca del 47% han sido remitidas por psicólogos de su lugar de trabajo. Para el 33% lo que más les ha llamado la atención para participar en este tipo de actividades ha sido el poder recibir atención psicológica tanto para si mismo como para su familia, seguido de una gran necesidad de tomar una decisión para dejar el

alcohol a nivel social. Igualmente el 20% le resulta motivante el escuchar abiertamente sobre este tipo de temas. Caso contrario ocurre con el 13% cuando concluye que asisten a este grupo porque resulta interesante para ellos el no tener que cancelar cuota alguna para recibir apoyo psicológico para dicha adicción, situación que se fundamenta en el nivel o estrato socioeconómico bajo en que se desenvuelven cada una de ellas, reduciendo así la posibilidad de acceder con sus propios medios económicos a recibir orientación psicológica.

El 93% de ellas está consciente de que enfrenta un problema de dependencia hacia el alcohol, adicción generada en su mayoría por causas externas, como las relaciones de pareja. El 33% manifiesta que el rechazo de su pareja, le generó sentimientos depresivos que terminaron por inducirla al alcohol, mientras que un 27%, porcentaje altamente significativo con respecto a la muestra, considera que esta adicción se le generó por el interés de querer compartir socialmente con sus amigos, y ser aceptada por ellos.

Al respecto de lo anterior, Beck en su teoría cognitiva de la depresión, nos ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición del estado de ánimo depresivo. Propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos

sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas; lo que corrobora que la aparición de los eventos anteriormente mencionados en la vida de los sujetos de la muestra, se han convertido en factores predisponentes a la aparición del estado de ánimo depresivo.

Para el 47% de la muestra, estas causas o eventos son recientes, no superan los 3 años. Durante estos eventos, el 27% de las mujeres evaluadas haber experimentado sentimientos de soledad y tristeza, desesperación e incertidumbre hacia el futuro (20%), así como la presencia de un llanto continuo y desgano por la vida (20%), como también aislamiento y descuido físico de sí mismas, generando en ellas actitudes y conceptos negativos sobre sí mismas y el futuro.

El 27% de las mujeres alcohólicas de este estudio, manifiestan que a partir de desde que vivenciaron estos eventos y rupturas traumáticas en sus vidas, viven deprimidas gran parte del tiempo, con muchas ganas de llorar, de no hacer absolutamente nada, sólo de beber y beber.

Tomando en cuenta los principios básicos de la teoría de Beck, vemos como poco a poco cada uno de sus principios se van ajustando a los resultados aquí descritos. Tal es el caso del tercer componente de la triada cognitiva el cual se centra en la visión negativa acerca del futuro y de sí mismos que tienen los sujetos que padecen de un estado de ánimo depresivo. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente, tal y como lo manifiestan las mujeres de este estudio.

Lo anterior permite corroborar que eventos como separaciones, abandono de la pareja amada entre otras, son solo causas externas, factores desencadenantes que incidiendo sobre la previamente creada desarmonía interior, despliegan el estado depresivo; pero las antedichas situaciones no producen el mismo efecto en todas las personas, comprendemos que las verdaderas causas de las depresiones son internas, las cuales llevan, durante un período de tiempo más o menos largo, a un desajuste o desarmonía psicológica que, a su vez, se constituye en campo abonado para que, antes o después, surja la depresión. Ejemplos de éstas son la hipersensibilidad, los miedos prolongados, las preocupaciones, las frustraciones, el pesimismo, la tristeza, la tensión nerviosa, la

incomunicación, la soledad, las dependencias, la desvitalización progresiva con la edad, la fuerte añoranza del pasado, la rigidez, etc.

Vemos entonces como estos sentimientos pueden ser el resultado de un estado emocional, una reacción ante una situación o el estilo de comportamiento característico de una persona.

Basados en lo anterior y teniendo en cuenta las características de la población de este estudio, se corrobora entonces, que muchas personas incluyendo las mujeres toman bebidas alcohólicas para:

- Para sentirse bien y divertirse.
- Para descansar y olvidar el estrés.
- Para escapar.
- Porque les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas.
- Para estar más a gusto en reuniones.
- Para ser parte del grupo.
- Para emborracharse.
- Para olvidar eventos traumáticos.
- Para escapar de los problemas.
- Por depresión y ansiedad.

En cuanto a los síntomas comunes que presentan las mujeres entrevistadas, encontramos que en un 33% manifiestan experimentar un gran desgano, sólo quieren dormir para olvidarse de los problemas. Así mismo el 20% manifiesta sentir un fuerte impulso de llorar y de ansiedad por comer, así como la presencia de una gran tristeza y soledad,

Ante dichos síntomas, manifiesta el 33% que ha presentado un gran deseo de salir corriendo y no volver nunca a su hogar, el 20% desea sentir fuertes deseos de no volver al trabajo, mientras que el 27% sugiere haber sentido un fuerte deseo e impulso por quitarse la vida.

Igualmente se observa en ellas una baja autoestima, reflejada en la concepción que de sí misma tienen, así como de la impresión de sus familiares y amigos; pues cerca del 33% considera que a su familia no les importa su situación, y que creen merecer todo lo que les está pasando, no valorándose como personas ni como mujeres.

Lo anterior, permite corroborar que durante la depresión se pueden presentar más de un síntoma a nivel afectivo, que combinado con otro tipo de signos, pueden llegar a ocasionar grandes daños al organismo a nivel físico y emocional.

Como consecuencia a el estado de ánimo depresivo que padecen las mujeres de la muestra se suma las altas dificultades que se les ha presentado en sus lugares de trabajo, puesto que el 33% manifiestan tener un gran desinterés por sus asuntos laborales presentando obviamente un nivel de rendimiento muy bajo, un 13% expresa que presenta gran dificultad para concentrarse en el trabajo.

Los síntomas anteriormente descritos, están presentes en trastornos depresivos leves como la distimia y en depresiones graves, que bien valdría la pena evaluar de forma clínica para identificarlos.

Los síntomas motivacionales, entendidos como aquellas ganas de actuar o hacer algo en forma inmediata, durante los estados depresivos, se ven reflejados en los sujetos de la muestra a través de conductas de escape. El 33% manifiesta un gran deseo de salir corriendo, mientras que un 27% manifiesta una inmensas ganas de querer quitarse la vida, pero consideran que no son capaz de ello.

A nivel físico conductual se observa en ellas una gran pasividad y desgano por las actividades rutinarias, evitando el contacto con otras personas, por lo que en muchos casos prefieren dormir para olvidar, no realizan ninguna actividad física, y lentitud en su capacidad cognitiva y conductual.

A nivel fisiológico, vemos que tanto el alcoholismo como los constantes estados de ánimo depresivo han generado en los sujetos de la muestra una fuerte tendencia a sufrir de enfermedades como la gastritis, (33%), dolores de cabeza (20%) y desajustes hormonales entre otros. Corroborando así que el alcoholismo puede dañar el cuerpo en tantas maneras, Cardiopatía, gastritis, desajustes del sistema nervioso, produciendo depresión clínica, confusión y, en los casos graves, psicosis y trastornos mentales. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y cefalea (dolores de cabeza).

Las mujeres entrevistadas presentan una consideración negativa del mundo. Se siente derrotadas social, laboral y profesionalmente, así como una consideración negativa del futuro. Ve el futuro desde una perspectiva negativa, así lo manifiesta el 33% y 20% cuando opinan que no tienen ningún interés en realizar algún tipo de actividad diferente a la que están haciendo en el momento.

Tienden a deformar sus experiencias, mal interpretan acontecimientos concretos e irrelevantes tomándolos como fracaso, privación o rechazo personal. Así lo muestran en su mayoría cuando manifiestan que su actitud en dichas situaciones traumáticas las ha llevado al fracaso, culpándose en muchos casos de su impulsividad y

falta de control de sí misma para controlar las situaciones., generando un alto sentido del fracaso y culpabilidad.

Los resultados de la entrevista tanto del Inventario de Depresión de Beck, corroboran que las mujeres de la muestra presentan niveles de depresión leves y moderadamente severos. Aunque leves, todas y cada una de las mujeres en este nivel han experimentado y experimentan en este momento de su vida los síntomas típicos de una depresión.

Sin ahondar mucho en su problemática de alcoholismo, se pudo detectar a través de estos instrumentos que las mujeres de la investigación sufren de sentimientos de desesperanza y de desamparo. Presentan un nivel muy bajo de autoestima así como del concepto de sí misma, han llegado a perder la confianza de sus seres queridos y se sienten completamente solas, con la sensación de fracaso. En Muchos casos, han llegado a pensar en el suicidio.

10. CONCLUSIONES.

Los resultados descritos anteriormente permiten concluir que:

Las mujeres alcohólicas que reciben orientación psicológica a través del grupo de apoyo Renacer de la ciudad de Barranquilla, presentan en un 55.58% un índice de depresión moderadamente severa, considerada de mucho cuidado ya que en algunos pacientes puede llegar a afectar su entorno laboral y personal.

A este nivel, el 93% de las mujeres están conscientes de su realidad y manifiestan un fuerte deseo de recuperarse, motivadas por terceras personas que sobre todo en el campo laboral han dado importancia a su enfermedad, como es el caso de los psicólogos, quienes les han sugerido recibir este tipo de ayuda psicológica.

El 55.53% de los sujetos presentan más de cinco síntomas considerados claves dentro de un trastorno del estado de ánimo depresivo, siendo los más sobresalientes los siguientes:

1. Síntomas afectivos:

- 1) Soledad y tristeza.
- 2) Desesperación, angustia e incertidumbre.
- 3) Llanto.
- 4) Encerramiento, descuido físico.
- 5) Fuerte rabia consigo mismo y con los demás.

2. Síntomas motivacionales.

- 1) Ganas de salir corriendo.
- 2) Ganas de matarse.
- 3) Querer irse a un lugar donde nadie las conozca.

3. Síntomas Cognitivos:

- 1) No prestan atención en el trabajo, nada les sale bien.
- 2) No prestan atención a las cosas.
- 3) No se pueden concentrar.
- 4) Andan en otro mundo, distraídas.

4. Síntomas conductuales.

- 1) Pasividad y lentitud en su andar.
- 2) Desgano por las cosas que antes les interesaban.
- 3) Poco interés por actividades de tipo físico.
- 4) Aislamiento de los grupos sociales.
- 5) Querer dormir la gran parte de tiempo.

5. Síntomas fisiológicos:

- 1) Trastornos estomacales como gastritis.
- 2) Depresiones.
- 3) Trastornos hormonales.
- 4) Virosis.

Las principales causas de formación y/o desencadenamiento del estado de ánimo depresivo y por ende de la conducta alcohólica en este caso son:

1. Causas externas:

- 1) Rechazo de la pareja amada.
- 2) Aceptación social.

- 3) Separaciones conyugales.
- 4) Abandono de la pareja por otra mujer.
- 5) Muerte de un hijo.

2. Causas internas:

- 1) Miedo a experimentar la soledad.
- 2) Temor por la vejez.
- 3) Temor al fracaso.

El presente estudio mostró que más que un interés social, las mujeres adictas han experimentado durante toda su vida ciertos temores a nivel psicológico que han interferido en sus actitudes de manera opuesta, que ante la presencia de eventos traumáticos como separaciones, rechazo ó abandono, han desestabilizado emocionalmente, incitando a ellas una conducta adictiva que de no ser tratada a tiempo podría tener consecuencias graves en el organismo y en la mente de quienes la padece.

Igualmente se observó que aunque los síntomas encontrados no son cien por ciento exactos a los relacionados teóricamente, si se presentan unos en mayor o menor grado, que indican un nivel de

depresión específico, siendo el nivel moderadamente severo el mayor relevancia para más del 50% de la muestra.

Sin ser el alcoholismo la variable principal del estudio, se pudo corroborar a través de los resultados que quienes lo padecen, en este caso mujeres, desarrollan problemas de salud física y mental como consecuencia de los niveles tóxicos de alcohol que frecuentemente presenta, así como problemas a nivel familiar, laboral; presentando así los sujetos de la muestra altos índices de desempeño bajo a nivel laboral, desinterés y falta de concentración en su trabajo, igual que la presencia de enfermedades fisiológicas como la gastritis y desajustes hormonales que desajustan la estabilidad física y emocional de quienes la padecen.

Igualmente sin ser el alcoholismo la causa fundamental de la presencia del estado de ánimo depresivo en las mujeres de la muestra, se puede concluir de que quienes lo padecen en este estudio sufren de sentimientos de desesperanza y de desamparo. Presentan un nivel de autoestima muy bajo al igual que su concepto de sí misma, se aíslan más y presentan gran desinterés por las cosas verdaderamente valiosas en sus vida. Más del 50% son mujeres que han quedado solas, sin esposo, hijos o amigos. Han llegado a pensar en el suicidio y posiblemente intentarlo. No hay duda de que sin

tratamiento adecuado y oportuno como el que están recibiendo en este momento a través del grupo de apoyo Renacer, hubiesen podido llegar a presentar consecuencia y vivencias fatales en sus vida.

11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tal y como se pudo observar, la depresión es el resultado de un estado emocional o de una reacción ante una situación. Se puede presentar en diferentes contextos y por diferentes causas inherentes al individuo. En este caso, las principales causas estaban relacionadas con el género, ya que gran parte de las mujeres tomadas como muestra sufren de depresión como consecuencia de situaciones externas, como rechazo, abandono, separaciones conyugales; todas relacionadas con su núcleo familiar primario.

Si bien es cierto, esta investigación permitió conocer las aproximaciones teóricas acerca del alcoholismo en relación con el estado de ánimo depresivo, quedan aún muchos interrogantes que abordar, que bien valdría la pena de ser tratados en futuras investigaciones.

Aunque la teoría afirma que las mujeres son más propensas a sufrir depresiones, queda el interrogante de que si los hombres alcohólicos por su parte experimentan los mismos síntomas que las mujeres, ya

que para ellos el alcoholismo es mucho más común de presentarse que en el género femenino.

Se sugiere entonces realizar futuras investigaciones tendientes a describir aspectos relevantes tales como: los rasgos de personalidad de paciente diagnosticados con depresión severa, depresión en los niños, rasgos depresivos en drogadictos adolescentes, rasgos depresivos en ancianos institucionalizados, en fin son variadas y diversos los tipos de población que se pueden abordar con respecto al tema de la depresión, que como bien manifiestan Beck en su teoría cognitiva es una enfermedad que puede atacar a cualquier tipo de persona a cualquier edad.

Investigaciones de este tipo permitiría establecer diferencias significativas sobre la intensidad , el tipo de síntomas y características de los rasgos depresivos que se dan en este tipo de sujetos.

Sin embargo, bien valdría la pena indagar en las diferentes formas terapéuticas existentes para disminuir el nivel de depresión en pacientes, investigación que bien podría ser contrastada con la realidad desde el punto de vista experimental, ya que permitiría a sus autores vivenciar paso a paso los lineamientos terapéuticos existentes para abordar dicha problemática.

BIBLIOGRAFIA

BALLESTEROS, Rafael. Contenidos y modelos en evaluación conductual.. Madrid: Piramide, 1989. 126 p.

BECK, Aaron, RUSH, John, y EMERY Gary. Terapia Cognitiva de la depresión. España: Desclee, 1983. 18 p.

CAMERON, Norman. Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. México: Trillas, 1982. 216 p.

FREDDMAN, Kaplan. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1979. 161 p.

SERRANO, Miriam. Sociedad y alcoholismo. 1999. Monografias.com
www.monografias.com

RESTREPO, Jorge. Tratamiento de la Depresión. Junio 2001.
Monografias.com www.monografias.com/psico.com

MANUAL de Inducción Grupo de Apoyo Renacer 2002.

NARSAD, Research. Brindando respuestas y mejorando los tratamientos mediante la investigación. Folleto.

OVALLE, Víctor y VASQUEZ, Francisco. Conceptualización, Diseño y Presentación de informes, proyectos y monografías de grado en Psicología y Ciencias Sociales. Barranquilla. 1997.

PAPALLIA, Diane y WEDKODS, Sally. Psicología. México: McGraw Hill. 1987. 265 p.

REUS, Víctor. Trastornos afectivos. México: El manual Moderno, 1989. 211 p.

ROBERT , S y LAMONTAGNE, Y. Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta. Madrid: Debate.

SARASON, Irwin y SARASON, Barbara. Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada. México: Prentice Hall. 1994. 289 p.

RODRÍGUEZ, Fernando. 2002. Depresión /www.Altavista.com

VASQUEZ, Camelo y ZANS, Jesús. Trastornos del estado de ánimo.

Mexico: Mc Graw Hill, 1992. 280 p.

ANEXOS

INVENTARIO DE BECK

NOMBRE _____ FECHA _____

Curso: _____

Este inventario tiene varios grupos de afirmaciones. Por favor lea cada grupo cuidadosamente. Marque con un círculo la afirmación que en cada grupo describa mejor la forma en que usted se sintió la semana pasada incluyendo el día de hoy. Si usted encuentra en un grupo que hay varias afirmaciones que lo (a) describen de igual forma, haga un círculo en cada uno de ellas.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir su respuesta.

1. 0 No me siento triste.
2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de ese estado
3. Me siento triste
4. Me siento tan triste o infeliz que ya no aguanto más.
2. 3 Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
2 Siento que nada me llama la atención
1 El futuro me desanima
0 El futuro no me desanima especialmente
3. 1 Siento que he cometido más errores que la mayoría de las personas
2 Al mirar hacia atrás, lo único que veo es una cantidad de errores.
0 No me siento un fracaso.
3. Siento que soy un completo fracaso como persona.
4. 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) con todo
2 Ya no tengo satisfacciones reales de nada
1 No disfruto las cosas como antes
0 tengo tanta satisfacción de las cosas como antes
5. 1 Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo.
3 tengo sentimientos de culpa todo el tiempo
0 No tengo sentimientos de culpa
2 Tengo bastantes sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo
6. 2 Tengo la expectativa de que me van a castigar
0 No siento que me estén castigando
3 Siento que me están castigando
1 Siento que no puedo ser castigado (a)
7. 3 Me odio a mi mismo (a)
2 Estoy disgustado (a) conmigo mismo (a)
1 Estoy desilusionado (a) de mí mismo (a)
0 No me siento desilusionado (a) de mí mismo (a)
8. 0 No me siento peor que otros
3 Me culpo por todas las cosas malas que pasan
1 Estoy desilusionado (a) con mis debilidades y errores
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
9. 0 No he pensado en matarme
1 Me he pensado en matarme pero no lo haría
2 Me gustaría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad
10. 3 Antes podía llorar, ahora no puedo hacerlo aunque quiera
2 ahora lloro todo el tiempo
1 Llora más ahora que antes
0 No lloro más que lo usual

11. 1 Me irrito o me enojó más fácilmente que antes
 0 Ahora me irrito más que antes
 3 Ya no me irritan las cosas que usualmente me irritaban
 2 ahora me siento irritaba todo el tiempo
12. 0 No he perdido el interés en otras personas
 1 Me interesan las personas menos que antes
 2 He perdido gran parte del interés en otra gente
 3 he perdido todo el interés por otras personas.
13. 1 Pospongo las decisiones más que antes
 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre lo he hecho
 3 Ya no puedo tomar decisiones
 2 Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes.
14. 0 No creo que me vea peor que antes
 3 Creo que me veo horrible
 2 siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que he hacen ver menos atractivo (a)
 1 Me preocupa verme vieja y sin atractivos
15. 3 No puedo hacer ningún trabajo
 2 Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 1 Necesito hacer un esfuerzo extra para empezar cualquier cosa
 0 Puedo trabajar también como antes.
16. 1 No puedo dormir como antes
 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volverme a dormir
 0 Puedo dormir tan bien como antes
 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volverme a dormir
17. 0 No me canso más de lo normal
 1 Me canso más fácilmente que antes
 2 Me canso de hacer cualquier cosa
 3 Me canso demasiado de hacer cualquier cosa.
18. 3 Ahora he perdido todo el apetito
 2 Mi apetito es peor ahora
 1 Mi apetito no es tan bueno como era antes
 0 Mi apetito no es peor que antes
19. 0 No he perdido mucho peso. Trato de perder peso comiendo menos
 1 He perdido más de 5 libras
 2 He perdido más de 10 libras
 3 He perdido más de 15 libras
20. 0 No me preocupo por mi salud más de lo usual
 3 Me preocupan mis problemas físicos y no puedo pensar en otra cosa
 2 Me preocupan mucho mis problemas físicos y me cuesta trabajo pensar en otra cosa
 1 Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestares estomacales o estreñimiento.
21. 3 He perdido completamente el interés por el sexo
 2 Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora
 1 Estoy menos interesada en el sexo que antes
 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.

CRITERIOS PARA LA APLICACION DE LA ESCALA DE BERR.

<u>Item</u>	<u>Calificación</u>
1	0 1 2 3
2	0 1 2 3
3	0 1 2 3
4	0 1 2 3
5	0 1 2 3
6	0 1 2 3
7	0 1 2 3
8	0 1 2 3
9	0 1 2 3
10	0 1 2 3
11	0 1 2 3
12	0 1 2 3
13	0 1 2 3
14	0 1 2 3
15	0 1 2 3
16	0 1 2 3
17	0 1 2 3
18	0 1 2 3
19	0 1 2 3
20	0 1 2 3
21	0 1 2 3

TOTAL

OBSERVACIONES:

1. Ausencia de depresión 0 - 10 Puntos
2. Depresión leve *Moderada* 11 - 20 puntos
3. Depresión moderadamente severa 21 - 30 puntos
4. Depresión severa 31 puntos o más

ANEXO B.
GUIA ENTREVISTA

Evaluador _____ Fecha. _____

Sujeto _____

Edad _____ Estado civil _____

No. De hijos. _____

Item
Antigüedad en el grupo.
Cómo supo del grupo de apoyo Renacer.?
Qué lo motivo a asistir al grupo de apoyo.?
Está consciente usted del problema del alcoholismo que padece.?
Qué situación la indujo al alcoholismo?
Hace cuanto sucedieron estos hechos?
Cuáles fueron los sentimientos que presentó inmediatamente ocurridos estos eventos?
Se deprime usted con facilidad.

Qué sentimientos experimenta cuando se deprime?

Cuando sufre estas crisis depresivas, que pensamientos negativos han pasado por su mente?

Qué dificultades laborales o académicas ha detectado usted que se le presentan cuando se siente deprimida.

Qué actividades físicas realiza usted?

Conocen sus amigos y familiares su problema de alcoholismo?

Qué opinión cree usted que ellos tienen de usted?

Item
Qué opina usted de si misma?
Qué enfermedades presenta con mayor frecuencia que la hacen visitar al médico?
Qué temores ha presentado durante su vida con mayor frecuencia.?
Qué dificultades le ha traído el ser una mujer alcohólica?
Considera usted que su actitud generó los problemas que le sucedieron años anteriores y que la conllevaron a ser una persona alcohólica?
Que proyectos futuros tiene usted en este momento?

Item
Ha recibido usted ayuda psicológica anteriormente?
Porqué causa recibió ayuda psicológica?
Ha experimentado el deseo de morir durante un periodo de dos semanas o más?
Ha sentido desinterés por alguna actividad que antes le parecía interesante?
Alguna vez se ha sentido culpable por lo que le sucede?

Barranquilla, Septiembre 17, 2002-09-17

Señores
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
Comité de investigaciones Programa de psicología
Atte. Yomaira Altagona

Apreciado(s) señor(es):

La siguiente es con el fin de informar a ustedes que el trabajo de proyecto de grado, "CARACTERISTICAS DEL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO EN MUJERES ALCOHOLICASS QUE RECIBEN ORIENTACION PSICOLOGICA A TRAVES DEL GRUPO DE APOYO RENACER DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA", elaborado por Mónica Vargas, Tania Beltran y Luis Mendoza, se encuentra corregido con las observaciones y sugerencia hechas a este, de forma satisfactoria.

Atentamente,


PILAR GOENAGA R.

Barranquilla, Septiembre 17, 2002-09-17

Señores
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
Comité de investigaciones Programa de psicología
Atte. Yomaira Altagona

Apreciado(s) señor(es):

La siguiente es con el fin de informar a ustedes que el trabajo de proyecto de grado, "CARACTERISTICAS DEL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO EN MUJERES ALCOHOLICASS QUE RECIBEN ORIENTACION PSICOLOGICA A TRAVES DEL GRUPO DE APOYO RENACER DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA", elaborado por Mónica Vargas, Tania Beltran y Luis Mendoza, se encuentra corregido con las observaciones y sugerencia hechas a este, de forma satisfactoria.

Atentamente,


FRANSISCO VAZQUEZ

- 2 - Mujeres y Mujeres
- 3 - Mujeres alcoholicas
- 4 - Psicología alcoholica
- 5 - Aspectos Sociales
- 6 - Barranquilla - Grupo de apoyo Penas.
- 7 - Hipocodria
- 8 - Depresión Menstrual
- 9 - Personalidad