



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TITULO

**DEPRESIÓN Y EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD,
LURICOCHA - HUANTA 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTORA

BACHILLER RONDINEL ESCAJADILLO KLEDI

ASESORA

LIC. DEL CARPIO SUAREZ CLAUDIA ESPERANZA

LIMA – PERÚ

2019

*A mi padre por su invalorable apoyo y a mi
hijo Ronald que es mi inspiración y aliento.*

*A Dios por la gracia que me concede, a la
Universidad Alas Peruanas por los conocimientos que
me brindó y mi asesor personal, que me ayudó a
realizar esta investigación.*

RESUMEN

La investigación trata sobre la relación entre el consumo de alcohol y la depresión, en pacientes que acudieron al establecimiento de Salud de Luricocha, de la provincia de Huanta, del Departamento de Ayacucho, en el periodo de Enero a Junio del año 2018, es una investigación de método cuantitativo, de nivel descriptivo-correlacional, de tipo no experimental, ex post facto y transversal, tuvo los siguientes objetivos; inicialmente describir los niveles de consumo de alcohol y los niveles de depresión en los pacientes que asistían al establecimiento de salud mencionado y luego determinar la relación que existe entre ambas variables.

La muestra fue aleatoria, estuvo compuesta por 70 pacientes que acudieron a consulta al citado establecimiento de salud. Los instrumentos utilizados para las mediciones psicométricas fueron la Escala AUDIT para medir el nivel de consumo de alcohol y el Inventario de Depresión de Zung.

En los resultados se halló que el consumo de alcohol es alto niveles de riesgo, que se considera grave y en cuanto a la depresión se encontró que la mayoría (55,7%) tiene depresión en nivel moderado, otro grupo importante (21,4%) % sufre depresión en nivel grave y otro grupo (21,4%) tiene depresión en bajo moderado, una minoría (1,4%) no tiene depresión. En cuanto al consumo de alcohol la mayoría (98,6%) consume en nivel de riesgo, que es grave. Asimismo se comprobó que existe una baja y negativa correlación pero significativa (-0,236) $p=0,049$, entre el consumo de alcohol y la depresión, y similares resultados se halló entre el consumo de alcohol y las dimensiones afectiva, volitiva, cognitiva y física de la depresión.

Palabras Clave: Consumo de alcohol, depresión, establecimiento de salud, paciente.

ABSTRACT

The present research is about the relationship between alcohol consumption and depression in patients who attended a Health Centre Institution in Luricocha, in the district of Huanta, Ayacucho, in the period from January to June of the year 2018. This is an investigation with a quantitative design and with a descriptive-no correlational, no experimental, ex post facto and transversal level. It has the following objectives: 1) Describe the levels of alcohol consumption and the levels of the depression in patients who attend the Health Care Institution mentioned earlier, as well as, 2) Determine the relationship that exists between these two variables.

The sample was formed by patients who attended the Health Care Institution for a check up according their arrival time. Therefore, this sample was taken randomly. The used instruments for the psychometric measurements were the Zung Depression Inventory and the AUDIT Scale which was adapted to the peruvian reality in order to measure the level of alcohol consumption.

It was found in the results that alcohol consumption is high in the risk levels which are considered as serious. Regarding the depression, it was found that the majority (55,7%) has depression in average level. Other important group (21,4%) suffers from depression in a serious level and another group (21,4%) has depression in a low average level. Only a minority (1,4%) doesn't have depression.

Regarding to alcohol consumption, the majority (98,6%) consumes in a risky level, which is serious. Furthermore, it was found that exists a low and negative correlation, but significant (-0,236) $p=0,049$ between alcohol consumption and depression. It was also found similar results between alcohol consumption and the affective, cognitive, physical and volitional dimensions of depression.

Key words: Alcohol consumption, depression, Health Care Institution, patient.

INTRODUCCION

El consumo de alcohol y la depresión son temas de interés de la Psicología, la investigación se hizo sobre los citados temas y los objetivos fueron; establecer los niveles de consumo de alcohol y el padecimiento de depresión en pacientes del establecimiento de salud de Luricocha, de la provincia de Huanta, del departamento de Ayacucho y determinar la relación entre ambas variables, por tanto la investigación es cuantitativa, descriptiva y correlacional, tiene las siguientes partes.

En el capítulo I, se expone la descripción de la realidad problemática, se formula el problema principal y los problemas secundarios, se definen los objetivos, se justifica, se resalta su importancia y finalmente se precisan las limitaciones de la investigación.

En el capítulo II, se citan los antecedentes de investigación internacional y nacional, se desarrolla el marco teórico del consumo de alcohol, el alcoholismo y la depresión; así como la relación entre ambos fenómenos y se hace la definición de los términos básicos.

En el capítulo III, se formula la hipótesis principal y las hipótesis específicas, se hace la definición conceptual y operacional de las variables y se explica la operacionalización de las variables y sus dimensiones.

En el Capítulo IV, se define el diseño metodológico, el diseño muestral, el procedimiento de recopilación y el procesamiento de los datos, el tratamiento estadístico de la información y los aspectos éticos contemplados.

En el Capítulo V, se presentan los resultados hallados, en la parte descriptiva se presentan las tablas de frecuencias y su interpretación, en la parte inferencial se presentan los niveles de correlación entre las variables, luego se efectúa la comprobación de las hipótesis, la discusión de los resultados, se elaboran las conclusiones y las recomendaciones. de la investigación.

Finalmente se consignan las referencias consultadas y citadas, se adicionan los anexos, como son la matriz de consistencia y los instrumentos utilizados y la base de datos.

ÍNDICE

Dedicatoria	<i>i</i>
Agradecimiento	<i>ii</i>
Resumen	<i>iii</i>
Abstract	<i>iv</i>
Introducción	<i>v</i>
Índice	<i>vi</i>
Lista de Tablas	<i>viii</i>
Lista de figuras	<i>ix</i>
1. CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema principal	14
1.2.2. Problemas secundarios	15
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.3.1. Objetivos general	15
1.3.2. Objetivos específicos	15
1.4. Justificación e importancia de la investigación	16
1.5. Limitaciones del estudio	17
2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.1.1 Antecedentes Internacionales	19
2.1.1 Antecedentes Nacionales	24
2.2. Bases teóricas	28
2.2.1. La depresión	28
2.2.2. Consumo de alcohol y alcoholismo	39
2.2.3. Relación entre alcoholismo y depresión	50
2.3. Definición en términos básicos	53

3.	CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION	56
3.1.	Hipótesis de la investigación	56
3.1.1.	Hipótesis principal	56
3.1.2.	Hipótesis secundarias	56
3.2.	Definición conceptual y operacional de las variables	57
3.3.	Operacionalización de variables y dimensiones	58
4.	CAPITULO IV: METODOLOGÍA	60
4.1.	Diseño metodológico	60
4.2.	Diseño muestral	60
4.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	61
4.4.	Técnicas del procesamiento de la información	65
4.5.	Aspectos éticos contemplados	66
5.	CAPITULO V: RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION	67
5.1.	Presentación de resultados	67
5.2.	Comprobación de hipótesis	78
5.3.	Discusión	81
5.4.	Conclusiones	85
5.5.	Recomendaciones	86
	REFERENCIAS	87
	ANEXOS Y APENDICES	93

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estadísticos de tendencia central y dispersión de los pacientes del establecimiento de salud de Luricocha	67
Tabla 2: Niveles de depresión de los pacientes del establecimiento de Salud de Luricocha	68
Tabla 3: Niveles de depresión en las dimensiones psicológicas; afectiva, volitiva y cognitiva	69
Tabla 4: Depresión en la dimensión física	70
Tabla 5: Consumo de alcohol de los pacientes del Centro de Salud de Luricocha.	70
Tabla 6: Consumo de alcohol según dominios de los pacientes del Centro de Salud de Luricocha	71
Tabla 7: Depresión según sexo en los pacientes del establecimiento de Salud de Luricocha	72
Tabla 8: Depresión según sexo (medias)	73
Tabla 9: Depresión según edad en los pacientes del establecimiento de Salud de Luricocha	73
Tabla 10: Depresión según edad (medias)	74
Tabla 11: Consumo de alcohol según sexo en los pacientes del establecimiento de Salud de Luricocha	74
Tabla 12: Consumo de alcohol según sexo (medias)	75
Tabla 13: Consumo de alcohol según edad en los pacientes del establecimiento de Salud de Luricocha.	75
Tabla 14: Consumo de alcohol según edad (medias)	76
Tabla 15: Correlación entre la variable consumo de alcohol y la variable depresión con sus respectivas dimensiones	77

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Operacionalización de la variable depresión	58
Figura 2: Categorización de los niveles de depresión	58
Figura 3: Operacionalización de la variable consumo de alcohol	59
Figura 4: Categorización de los niveles de consumo de alcohol	59

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El "Informe Mundial sobre Alcohol y Salud 2018" presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (El Comercio 23 Set 2018) subraya que el uso abusivo del alcohol, mata anualmente a más de tres millones de personas en el mundo, esas muertes representan el 5 % de todos los decesos por enfermedad en el mundo, y que tres cuartas partes de los fallecidos son hombres. De todas las muertes relacionadas con el alcohol, el 28 % fue a causa de heridas provocadas en accidentes de tráfico, automutilaciones o violencia interpersonal; el 21 % a causa de desórdenes digestivos, 19 % a causa de enfermedades cardiovasculares y el resto a causa de enfermedades infecciosas, cánceres y desórdenes mentales, entre otros. Globalmente, 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres sufren de desórdenes relacionados con el consumo de alcohol, con la mayor prevalencia entre hombres y mujeres en la región europea (14,8 % y 3,5 %, respectivamente) y la región de las Américas (11,5 % y 5,1 %). Los desórdenes son más comunes en países de altos ingresos, se estima que unos 2.300 millones de personas en el mundo son bebedores comunes, y que más de la mitad de la población de la región de las Américas, Europa y el Pacífico occidental consumen alcohol asiduamente. La región europea de la OMS que comprende no solo a la UE sino a toda

Europa oriental, incluidas Rusia y las antiguas repúblicas soviéticas- tiene el consumo "per capita" más alto del mundo: 9,8 litros en 2016, aunque representa una caída considerable respecto a los 11,2 litros en 2010. Se ha comprobado que el consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud pública, aparte de las muertes, es a su vez factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, siendo responsable del 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones. Además, el uso de alcohol es particularmente crítico en el grupo etario de 20 a 39 años, donde un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. El alcohol es también el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15 - 49 años de edad, franja etaria en la que las personas suelen ser más productivas económicamente.

Según la Organización Panamericana de Salud (2015) en América el consumo de alcohol en promedio, es más alto que en el resto del mundo. Además, los episodios de consumo excesivo de alcohol han aumentado en los últimos cinco años de 4,6% a 13% entre las mujeres y de 17,9% a 29% entre los hombres, en relación al resto del mundo. En los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo excesivo, pasando de una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en el de los varones. En relación a la morbilidad y lesiones, respecto al mundo se estima que 5,7% de la población de la región declaró sufrir algún trastorno debido al consumo de alcohol, aunque el número probablemente sea mayor. En los grupos socioeconómicos menos favorecidos el alcohol tiende a mostrar mayores efectos y problemas de salud que en los grupos sociales más acomodados. Esta situación se da tanto en la región, como en el resto del mundo. En relación al género, se observa una tendencia a equiparar los volúmenes de consumo entre hombres y mujeres, siendo este último grupo el más desfavorecido por los efectos sobre la salud y los aspectos sociales. Por

otra parte los estudios revelan que la mayoría de los estudiantes encuestados tomaron la primera copa antes de los 14 años de edad y en el 2010, se dieron algo de 14.000 defunciones de menores de 19 años atribuidas al alcohol y el grupo de mayor volumen de consumo de alcohol (cantidad de alcohol ingerida por día de consumo) es el de jóvenes.

A nivel de países, según la Organización Médica Colegial de España (OMC- 2018) alrededor del 10% de las muertes que ocurren en España están relacionadas, directa o indirectamente, con el alcohol, porcentaje que se eleva hasta el 25% en los casos de defunciones de jóvenes de entre 20 y 30 años, en cifras alrededor de 25.000 personas mueren cada año en España por consumo de alcohol, de las cuales el 70% son hombres y el 30% mujeres. La ingesta abusiva de bebidas alcohólicas se relaciona con la aparición de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones como, por ejemplo, cáncer, patologías hepáticas, cardiovasculares, diabetes tipo 2 y trastornos mentales, entre otros.

Según el Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC 2017), en norteamérica, Canadá y los EE. UU son los países de mayor consumo per cápita., se producen 2.200 muertes anuales por intoxicación y en promedio 6 personas mueren por intoxicación por alcohol todos los días. En Latinoamérica Argentina es el país con mayor consumo de alcohol un estudio estadístico revela que en ese país se bebe aproximadamente 9,1 litros de alcohol por persona, a partir de los 15 años de edad, le sigue Chile con 9 litros de consumo de alcohol por persona; luego vienen Perú y Brasil que se disputan el tercer puesto con un consumo de 8,9 litros por persona en ambos

países. Los siguientes países son Venezuela, 7,1; Uruguay, 6,8; Paraguay, 6,3; Bolivia, 5,9 y Ecuador con 5,1.

Respecto a la relación alcoholismo y depresión se estima que anualmente en el mundo mueren 190.900 personas por consumo de algún tipo de drogas, asociada a la depresión, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC -2017), la gran mayoría de los decesos se produce por sobredosis, aunque también se contabilizan enfermedades, accidentes y suicidios por depresión que alcanzan en el mundo a unos 300 millones de personas con este trastorno y donde cada año se suicidan 800.000 mil personas entre 15 años y 30 años, debido a los excesos de consumo. Si se miran los números por continente o región, el que tiene la mayor proporción de muertes es América del Norte, con 172,2 millones y América Latina con 14,9 millones. El promedio mundial es 39,6 millones de muertes al año.

En el Perú un estudio nacional realizado por el Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO -2017), señala que 1'736,138 personas tienen problemas severos de alcohol, es decir cumplen con indicadores de alcoholismo; asimismo el 46,6% de adolescentes entre 12 y 18 años ha probado alcohol al menos una vez en la vida, mientras que el 83% de los jóvenes con edades entre los 19 y 24 años también reconocen haberlo hecho. Respecto al consumo por sexo señalan que hace 10 ó 15 años los estudios de Cedro indicaban que existía una gran diferencia en el consumo de hombres y mujeres, pero ahora la brecha es mínima, mientras las mujeres registran un 77%, los hombres alcanzan un 81%". De igual modo, las diferencias entre Sierra y Selva no son significativas"

En la región de Ayacucho según Ochoa (2017) el consumo de drogas se incrementó en más de 400% en jóvenes, asimismo según el IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas, también revela que la edad de inicio de consumo de drogas ilegales entre ellas el alcohol varía entre los 10 y 15 años en adelante pese a que sus efectos pueden ir desde un daño neuronal hasta la muerte a causa del suicidio. La depresión como trastorno según Ochoa (2017), puede llevar a la tumba a una persona ya que de cada 10 pacientes con trastornos psicológicos, seis sufren de dicho mal. Señala a la vez “de todos los pacientes que atendemos en el nosocomio, un porcentaje significativo lo representan las mujeres, quienes soy muy vulnerables a deprimirse, ya sea por problemas familiares, laborales y de pareja”

En la provincia de Huanta del departamento de Ayacucho se observa muchos casos de alcoholismo, tanto en la zona urbana como en la zona rural y en los diversos niveles socioeconómicos, sobre todo en los sectores de menores ingresos, que debido a sus limitaciones educativas y económicas terminan su vida alcoholizados y en estados depresivos severos. No todos ellos asisten al centro de salud del distrito de Luricocha, para efectos de orientación y ayuda.

1.2. Formulación del problema

En base a lo descrito en la realidad problemática el problema de la investigación queda planteado en los siguientes términos.

1.2.1. Problema Principal

¿Cuál es la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?

1.2.2. Problemas Secundarios

- a) ¿Cuál es el nivel de depresión, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?
- b) ¿Cuál es el nivel de consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?
- c) ¿Cuál es la relación, entre la dimensión psicológica afectiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?
- d) ¿Cuál es la relación, entre la dimensión psicológica volitiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?
- e) ¿Cuál es la relación, entre la dimensión psicológica cognitiva de la depresión y el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?
- f) ¿Cuál es la relación, entre la dimensión física de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la depresión y consumo de alcohol en pacientes atendidos en el establecimiento de salud Luricocha - Huanta 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Determinar los niveles de depresión, en los pacientes atendidos en el

establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.

- b) Conocer los niveles de consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.
- c) Establecer la relación, entre la dimensión psicológica afectiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.
- d) Identificar la relación, entre la dimensión psicológica volitiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.
- e) Conocer la relación, entre la dimensión psicológica cognitiva de la depresión y el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.
- f) Establecer la relación, entre la dimensión física de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018

1.4. Justificación e Importancia de la investigación

El alcoholismo y la depresión revisten importancia teórica ya que vienen siendo investigados en distintos lugares del mundo y del país, debido a los efectos perniciosos que genera para el individuo y para la familia. Asimismo el alcoholismo y la depresión están muy ligados, ya cada una puede ser a la vez causa o consecuencia de la otra. La investigación buscó ahondar los estudios sobre la relación entre el alcoholismo y depresión en una población ubicada en una localidad específica de la región Ayacucho, como es el centro de Salud de Luricocha- Huanta donde se analizó estadísticamente que nivel de depresión es más

frecuente y el grado de alcoholismo que tienen los afectados.

Desde la perspectiva metodológica la investigación es importante porque se usó la prueba de depresión de Zung (1965) y la escala para medición del alcoholismo AUDIT (2011), estas pruebas son aplicadas en varias instituciones del estado especialmente en el sector salud, el cual sirve para corroborar su validez y confiabilidad, en base a ello su empleo puede extenderse a otras áreas no solo de salud mental sino también medicina, enfermería y psicología.

La investigación también es importante porque desde el punto de vista práctico aplicativo servirá para conocer las relaciones entre la depresión y el alcoholismo, comprender como la persona que consume alcohol se despersonaliza dañando su imagen como persona, menoscaba su autoestima y deteriora sus relaciones familiares, laborales y sociales; los resultados sirvieron para recomendar acciones terapéuticas mediante tratamiento psicológico y/o farmacológico, brindar apoyo y consejería para que superen tanto el alcoholismo, como la depresión.

1.5. Limitaciones del estudio

La investigación se realizó tomando como muestra sólo a los pacientes que acudían al centro de salud de Luricocha de la Provincia Huamanga del departamento de Ayacucho y a los cuales se les solicitó su consentimiento, no abarcó otros centros de salud de la provincia y del departamento. Asimismo la muestra estuvo conformada por los pacientes que acudieron entre el periodo de Enero a Junio del año 2018, no comprendió a los pacientes que acudieron antes y después de ese periodo y a los que no desearon colaborar.

Por otra parte la mayoría de los usuarios, casi el 100 por ciento ha acudido a consulta por referencia de algún centro de labores o familiares. Asimismo gran parte

de los pacientes que fueron encuestados y evaluados fueron conducidos al servicio médico, para su evaluación y tratamiento por parte de sus padres o familiares ya que el consumo de alcohol se encontraba en situación de riesgo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Vargas, Del Castillo y Guzmán (2016) efectuaron una investigación en México sobre “Estrés, depresión y consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato de México: Diferencias por sexo y escuela.” El estudio fue de método cuantitativo de nivel descriptivo correlacional y tuvo como objetivo establecer las diferencias según sexo y escuela. En la muestra participaron 129 estudiantes del sexto semestre de nivel medio superior del CEC y TEH plantel Epazoyucan y la preparatoria 37 del estado de Hidalgo, de México. El muestreo fue no probabilístico. El rango de edad osciló de los 16 a los 21 años, el 51.2% fueron hombres y el 48.8% mujeres. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido, instrumento construido y validado por González y Landero (2007). El Inventario de Depresión de Beck versión corregida y para la población mexicana. Para medir consumo de alcohol se utilizó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, que evalúan la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, la dependencia al consumo de alcohol y el consumo de alcohol perjudicial o dañino. En los resultados se encontró una relación negativa estadísticamente significativa ($r = -.388$; $p < 0.05$) entre estrés positivo y depresión. Lo que

indica que a mayor estrés positivo, menor será la probabilidad de padecer depresión. De igual manera se encontró relación positiva estadísticamente significativa ($r = .552$; $p < 0.05$) entre estrés negativo y depresión. Lo que indica que a mayor índice de estrés negativo, mayor será el nivel de depresión. Con lo que se comprueba que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y el nivel de depresión de jóvenes adultos. Se encontró relación negativa entre estrés positivo y el consumo de alcohol ($r = -.117$; $p < 0.05$) lo que indica que a mayor estrés positivo, menor será la probabilidad de consumir alcohol, sin embargo esta relación no es significativa. De igual manera se encontró relación positiva ($r = .095$; $p < 0.05$) entre estrés negativo y depresión. Lo que indicaría que a mayor índice de estrés negativo, mayor será el nivel de consumo de alcohol, sin embargo no es una relación estadísticamente significativa. Se encontró asimismo una relación positiva ($r = .004$; $p < 0.05$) entre depresión y consumo de alcohol. Lo que indicaría que a mayor índice de depresión, mayor será el nivel de consumo de alcohol, sin embargo no es una relación estadísticamente significativa.

Londoño, Chica y Marín (2016) efectuaron una investigación sobre “Riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en personal de enfermería, de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de la ciudad de Medellín” de Colombia. El objetivo fue describir el riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas y variables asociadas con el consumo en personal de enfermería de dos instituciones hospitalarias, fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en el que se exploran características sociodemográficas y de consumo. La muestra estuvo compuesta por 157 enfermeras y auxiliares de enfermería de los servicios de cirugía y urgencias. Se utilizó como instrumento la escala de Zung para determinar riesgo de depresión, la escala CAGE para riesgo de alcoholismo y el test de

Fagerstrom para adicción al cigarrillo. Para identificar la prevalencia de consumo en vida de sustancias psicoactivas se usó el auto reporte. Se realizó análisis bi-variado para explorar variables asociadas con el consumo. Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS, versión 20. Los resultados mostraron que el 9.5% del personal de enfermería tiene riesgo de depresión. El 67.5% ha consumido alguna vez en su vida una sustancia psicoactiva y el alcohol fue la sustancia más consumida con el 65%, seguido por: marihuana, alucinógenos, sedantes y benzodiazepinas sin indicación médica. Se halló que en el caso de los hombres se aumenta el riesgo de consumir sustancias psicoactivas (OR 11.07). Se llegó a la conclusión de que el consumo de sustancias psicoactivas, el riesgo de alcoholismo, el tabaquismo y la depresión fueron menores y similares a otros estudios específicos en personal de salud, mientras que el estrés y la despersonalización presentaron mayor prevalencia.

Skogen, Sivertsen, Lundervold, Morten, Jakobsen y Hysing (2015), ejecutaron una investigación sobre “Alcohol, drogas y salud mental en adolescentes” en Noruega. El objetivo fue, describir el debut de consumo de alcohol y drogas, los patrones de uso de las mismas e Investigar la relación transversal entre consumo de alcohol y drogas ilícitas y los problemas de alcohol y drogas y la salud mental entre los adolescentes. Fue una investigación de método cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal, la población fueron los adolescentes que residían el condado de Hordaland en el oeste de Noruega, se tomó una muestra de 9,203 participantes, se utilizó un cuestionario que cubría una amplia gama de problemas de salud mental, funcionamiento, vida cotidiana, uso de servicios sanitarios y sociales y las variables de antecedentes demográficos. Los resultados determinaron que la mayoría de los adolescentes de 17 a 19 años habían probado alcohol y una quinta parte de las mujeres y una cuarta parte de los varones habían probado alguna

droga ilícita. Asimismo el 20% de los adolescentes reportó algún problema relacionado con el alcohol o con las drogas y el debut de alcohol y uso de drogas ilícitas se asoció con problemas de salud mental para ambos géneros.

García, Acosta, García y Mercado (2014) desarrollaron una investigación denominada “Depresión, ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso”, en México. El objetivo del estudio fue evaluar los síntomas relacionados con la depresión, la ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Fue una investigación cuantitativa, descriptiva y no experimental, La muestra estuvo conformada por 769 estudiantes, se usó como instrumentos los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, además de algunos reactivos relacionados con el consumo de alcohol de la Encuesta Nacional de Adicciones. Los resultados arrojaron que el 8% de los estudiantes estaban experimentando niveles moderados y severos de sintomatología depresiva, mientras que 28% sufre de ansiedad en niveles moderados y severos. Los síntomas de depresión experimentados con mayor frecuencia e intensidad fueron; dificultades para dormir (51%), irritabilidad (48%) y cansancio (44%). Los síntomas de ansiedad más frecuentes e intensos fueron dificultad para relajarse (68%) y nerviosismo (64%). Por otra parte, 27% de los estudiantes ha consumido alcohol en exceso en el último mes. Con base en lo anterior se puede concluir que una parte importante de los estudiantes presenta problemas emocionales principalmente relacionados con ansiedad y consumo de alcohol que deben ser atendidos para facilitar la conclusión de sus estudios universitarios.

González, Juárez, Solís, González, Jiménez y Fernández (2012) desarrollaron la investigación llamada “Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura”, en México. El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias que existen respecto a la depresión en cuatro grupos de adolescentes

estudiantes de Bachillerato o Licenciatura (1. consumidores de alcohol, 2. consumidores de tabaco, 3. no consumidores de alcohol ni de tabaco y 4. consumidores de alcohol y tabaco). Se realizó un censo con 116,214 estudiantes, con un promedio de edad, en nivel medio superior, de 15 años y de 19 años en nivel superior. El consumo elevado fue más frecuente en los hombres de ambos niveles educativos. Se hizo un análisis de varianza (ANOVA) factorial para determinar las diferencias en la sintomatología depresiva entre aquéllos que presentaban consumo elevado de alcohol (cuatro o más copas por ocasión) y de tabaco (cuatro o más cigarrillos al día) por nivel educativo y sexo. Se encontró sintomatología depresiva más elevada en los estudiantes de nivel superior ($M=9.7$), en contraste con los jóvenes de medio superior ($M=9.5$) ($p < 0.05$). Al comparar la sintomatología depresiva entre los grupos de consumo, los resultados indicaron mayores puntajes en el grupo de consumidores de alcohol y tabaco ($M=11.3$), seguidos de usuarios excesivos de tabaco solamente ($M=10.7$) y de alcohol solamente ($M=10.5$). Las mujeres de ambos niveles educativos presentaron una mayor sintomatología depresiva ($M=10.3$), seguidas de los hombres con nivel superior ($M=9$) y los hombres con nivel medio superior ($M=8.8$). Los resultados favorecen el desarrollo de acciones de detección e intervención temprana y el monitoreo de esta población.

Durón, Rodríguez y Álvarez (2010) efectuaron una investigación sobre “Consumo de alcohol y depresión” en México. El objetivo fue conocer la incidencia del consumo de alcohol y el nivel de depresión en adolescentes. El estudio fue de método cuantitativo de tipo transeccional y descriptivo, la población fue 300 participantes con un rango de 16 a 20 años de edad, se seleccionó una muestra de 109 por muestreo probabilístico aleatorio simple, se utilizaron 2 instrumentos, inventario de depresión de Beck y el AUDIT, el análisis de los datos se realizó utilizando estadística descriptiva. Los resultados mostraron

que el 32.1% de los adolescentes tenía 17 años, el sexo que predominó fue el femenino (62.4%), con respecto al consumo de alcohol 88.1% se clasificó sin riesgo, 11% se empieza a tener problemas de riesgo y el 0.9% en riesgo elevado; de igual manera 11.9 % de la población se encontró en depresión leve y el 0.9% en depresión severa. Se llegó a la conclusión que no hay una alta incidencia de consumo de alcohol y depresión en adolescentes y se recomendó implementar programas preventivos con respecto al consumo de alcohol y depresión así como actividades físico-deportivas a fin de que los adolescentes continúen con un proyecto de vida saludable.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Ato (2015) ejecutó una investigación sobre “El consumo de bebidas alcohólicas como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina de la universidad privada Antenor Orrego (UPAO) de Trujillo - 2014” el objetivo fue determinar si el consumo de bebidas alcohólicas es un factor asociado a la depresión en estudiantes. Fue una investigación cuantitativa de diseño no experimental, retrospectivo, analítico correlacional, de casos y controles, la muestra fue de 68 alumnos en edades de 18 a 25 años, considerando que 34 de ellos fueron el grupo de casos y los otros 34 fueron el grupo de los controles. Los resultados permitieron conocer que la muestra estudiada 32 (47.04%) fueron mujeres y 36 (52.96%) varones. En promedio la edad de los estudiantes fue de 21.5 años, en un rango que va de 18 a 25 años, obteniendo una mayor prevalencia en el grupo etario de 22 y 23 años de edad (44.1%). Respecto al consumo de bebidas alcohólicas por géneros se encontró que es mayor en hombres (52.96%) que en mujeres (47.04%). El nivel de riesgo que prima en este estudio según el Odds Ratio es de 3.968, lo que significa que estos jóvenes están 4 veces más expuestos que los demás., asimismo se verificó que existe

relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la depresión, con mayor tendencia del sexo masculino respecto al consumo de alcohol.

Espetia y Ccopa (2015) efectuaron una investigación sobre “Disfuncionalidad y violencia familiar en los pacientes atendidos por intoxicación alcohólica en el servicio de emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2014” El objetivo fue identificar de qué manera inciden los cuadros de intoxicación alcohólica en los problemas sociales de disfuncionalidad y violencia familiar entre los miembros de las familias de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del citado hospital. Fue una investigación de metodología cualitativa, de nivel descriptivo, la población fueron los pacientes atendidos por intoxicación alcohólica en el citado hospital y la muestra estuvo conformada por 55 pacientes atendidos en el nosocomio, la recopilación de los datos se hizo en los registros de la oficina de archivo estadístico, mediante fichas sociales, visitas domiciliarias, testimonios y observación directa. Los resultados señalan que los pacientes atendidos por intoxicación alcohólica en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno, presentan disfuncionalidad y violencia familiar. La intoxicación alcohólica se halla asociados también a manifestaciones de violencia en el seno de las familias de los pacientes y la violencia familiar proviene de pacientes que han tenido una historia familiar de violencia en sus hogares paternos, por lo que la relación con la pareja mujer contiene situaciones de maltrato y celos. En los casos estudiados prevalece el sexo masculino y la edad adulta de los pacientes con intoxicación alcohólica. Es decir, los pacientes reconocen la gravedad de su enfermedad ante sus familias, se comprometen a enmendar sus conductas y reciben apoyo institucional, pero en cada situación nueva, se reitera la recaída y retornan a los hábitos de consumo de alcohol. También el estudio revela que las consecuencias del alcoholismo son la pérdida del trabajo,

lo que afecta la estabilidad económica de las familias de los pacientes; la relación con sus parejas se deteriora y termina en separación o divorcio.

Colqui, Ortega y Salas (2015) desarrollaron una investigación sobre “Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla” El objetivo fue determinar la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes. El diseño del estudio fue de tipo cuantitativo – descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 4,095 alumnos del 1° al 5° año de secundaria del distrito de Ventanilla, se aplicó la técnica de encuesta (cuestionario), con la finalidad de evaluar el consumo de alcohol. Se encontró que los adolescentes que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, fueron 42,4%, los que han consumido en los últimos 12 meses fueron 30%, los que consumieron en los últimos 30 días fueron 24%, los adolescentes de sexo masculino que han consumido alguna vez en su vida fueron 45,2%, mientras que en el caso de las mujeres fueron 39,9%. Se concluyó que el consumo de alcohol es alto, en este grupo de edad; se determinó que los determinantes asociados son susceptibles de intervenciones educativas que deben considerarse prioritarias, en particular las que tienen que ver con el ambiente familiar y el grupo de pares.

Ccorihuaman (2015) investigó sobre “Características del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la carrera profesional de Enfermería de la Universidad Andina del Cusco 2014”, el objetivo fue determinar las características sociodemográficas y describir las características del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes. Fue un estudio transversal y descriptivo; la muestra estuvo conformada por 89 estudiantes del 1er al 9no semestre matriculados en las asignaturas de especialidad. Se empleó la técnica de la entrevista y como instrumento la encuesta. Sobre las características sociodemográficas se identificó que el 82% de la muestra fueron mujeres, el 42% tienen de 22 a 25 años de edad,

el 80% son católicos y se evidenció un mayor número de estudiantes que se encuentran cursando del 7mo al 9no ciclo; un poco más de la mitad (57%) solo se dedica a estudiar y poseen una familia completa funcional. Se tiene también que el 62% y el 64% proceden y residen en la ciudad del Cusco respectivamente. Con respecto a las características del consumo de bebidas alcohólicas, se observó que el 94% de la muestra si consumen bebidas alcohólicas y prefieren las bebidas fermentadas, el 45% reportó una frecuencia de consumo mensual cuya motivación preferencial es por hacer amigos por lo que el 75% bebe habitualmente con ellos. El 67% asegura que es fácil conseguir bebidas alcohólicas, para ello la gran mayoría hace bolsa común y beben habitualmente en discotecas, bares y locales alrededores de la universidad. Existe un 57% que alguna vez bebió antes de ingresar a clases de la universidad y un porcentaje similar faltó por lo menos una vez a clases por irse a beber y obviamente existe un 24% que al menos una vez desaprobó un curso por este motivo, lo cual no sorprende que el 54% afirme que mienten a sus padres o tutores por irse a beber.

Aramburú (2017) desarrollo una investigación sobre “Sentido de vida y consumo problemático de alcohol en alumnos de universidades privadas de Lima metropolitana” El objetivo fue analizar la relación entre el sentido de vida y el consumo problemático de alcohol en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana. Fue una investigación cuantitativa, descriptiva correlacional, de diseño no experimental, transversal. La muestra fue de 346 estudiantes que cursaban los dos primeros años de su carrera, los instrumentos utilizados fueron el Test de Sentido de Vida (PIL) y el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Los resultados revelaron que el 30.6% de los participantes presentaba un patrón de consumo de bebidas alcohólicas que podría considerarse como problemático. Además, se

encontró que los hombres presentan mayores niveles de consumo problemático de alcohol que las mujeres. Por otro lado, no se encontró una relación significativa entre el consumo problemático de alcohol y el sentido de vida. Por último, no se hallaron diferencias en el nivel de sentido de vida según el sexo.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La Depresión

A. Conceptos de depresión

La depresión se define como un problema psicológico complejo cuyas características principales son, por un lado, un estado de ánimo irritable y/o disfórico y por otro, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa (Alarcón 2005). Se caracteriza también por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, pobre concepto de uno mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o de suicidio e intentos de suicidio (Moreno 2009).

El trastorno repercute negativamente a nivel personal (por ejemplo, malestar físico, sufrimiento psicológico), familiar (por ejemplo, deterioro de las relaciones padres-hijo), escolar (por ejemplo, importante descenso del rendimiento académico) y/o social (por ejemplo, aislamiento). La naturaleza de las respuestas-problema y de las áreas afectadas varía con la edad (Méndez 2002).

La depresión, es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, la manera de pensar, la forma en que una persona come y duerme, cómo se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que se piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, ni es una condición de la cual pueda liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden

decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años; sin embargo la mayoría de las personas que padecen de depresión pueden mejorar con un tratamiento adecuado. (Carod, F. 2015).

Depresión no es solamente sentirse triste, melancólico o desanimado, es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria. Ésta es una enfermedad que afecta a toda la persona en sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y su salud física. En su forma más benigna, la depresión puede impedirles a individuos usualmente saludables, que gocen de la vida a plenitud (Thompson, 2002).

Según Rojas (2006) “las depresiones son un conjunto de enfermedades hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo”. Este término hace referencia a la sensación subjetiva de duración relativamente breve, que con frecuencia acompaña a las decepciones y al estrés vital; la depresión como síntoma constituye un conjunto de emociones disfóricas observadas designando tanto un tipo de humor, como una reacción, o un estado o síndrome. El término disfórico relacionado con la depresión es de origen griego y significa malestar; hace referencia a un estado de ánimo displacentero en el que aparecen entremezclados síntomas de depresión, ansiedad e irritabilidad (Farre, 2003)

De acuerdo con el CIE-10 (2006) un episodio depresivo típico se caracteriza, tanto en los casos leves como moderados o graves, porque: "el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito.

Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas "somáticos", tales como la pérdida de interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas" Erazo (2012).

B. Referencias históricas de la depresión

Desde los siglos IV y V antes de Cristo los médicos griegos de la escuela de Hipócrates describen pacientes con enfermedades mentales similares a la melancolía (alegría e irritabilidad extremas). Areteo de Capadocia (siglo II d. C.) fue el primero en sugerir que la manía era el estadio final de la melancolía y Galeno de Pérgamo (131 – 201 d. C) describió la melancolía, como un trastorno crónico y recurrente con origen en el cerebro. (Callahan, G. 2005).

En la Edad Media hay descripciones de pacientes con manía y depresión a partir del siglo XVII. En 1662 Burton escribe la anatomía de la melancolía, sobre la depresión y el suicidio. En España el médico Aragonés Arrufat (siglo XVIII) describió la enfermedad del rey Fernando VI como “manía-melancolía). En la mayoría de los países de Europa el suicidio deja de ser un crimen en los siglos XVIII y XIX, pero en Inglaterra y Gales continuó siéndolo hasta 1961, en Irlanda hasta 1993. A mediados del siglo XIX aparece ya el concepto de enfermedad maníaco-depresiva. El alemán Emily Kraepelin describió ya en

1896 con claridad la distinción entre esquizofrenia (que él llamó demencia precoz) y enfermedad maníaco-depresiva (que él llamó psicosis maniaco-depresiva). A pesar de estos avances, en los años 1930, por la influencia negativa del psicoanálisis de Freud y su escuela, se creía que los niños eran “incapaces” de sentir depresión al no haber desarrollado completamente su personalidad. Esta teoría predominó durante décadas, a pesar de que a la consulta acudían niños con síntomas que en adultos se llamaría depresivos, pero que eran pasados por alto al ser niños los que los sufrían (Soutullo, 2005).

C. Clasificación de la depresión

Existen tres clases o tipos de la depresión, las cuales se ubican dentro de los trastornos del humor, grupo de enfermedades bastante frecuentes en niños, adolescentes y adultos, a continuación (García, S. 2003), estos tipos de depresión son:

a. Depresión mayor.

Es una enfermedad psiquiátrica bastante frecuente y seria. Se define como la presencia de al menos un “episodio depresivo” donde se sufre 5 o más de los siguientes síntomas durante al menos 2 semanas. Uno de los cinco síntomas debe ser obligatoriamente humor depresivo (o irritable) o pérdida de interés en actividades placenteras. Estos síntomas deben tener un impacto serio sobre la vida de la persona y vérselo claramente peor que antes de estar deprimido. No son debidos a problemas médicos ni por abuso de alcohol o drogas. Deben producir un distress significativo y no deberse a duelo por la muerte de un ser querido (Soutullo, 2005).

Síntomas de la depresión mayor:

- Estar triste, deprimido, o irritable la mayor parte del día, casi todos los días.

- Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- Adelgazamiento significativo o aumento importante de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o aumento del sueño casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor (lentitud o pesadez corporal) casi todos los días.
- Cansancio, o sensación de menor energía casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.
- Menor capacidad de pensar o concentrarse o indecisión casi todos los días.
- Ideas recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir) y de suicidio sin un plan específico, o intento de suicidio, o plan específico de cometerlo (Soutullo, 2005).

b. Distimia.

El trastorno distímico comparte mucho de los síntomas del trastorno depresivo mayor pero difiere en cuenta a su curso. Los síntomas son algo más ligeros aunque permanecen más o menos sin cambio por largos periodos, a veces por 20 o 30 años o más. El trastorno distímico se define como un estado de ánimo persistentemente deprimido que continúa por al menos dos años, durante los cuales el paciente no puede estar libre de los síntomas por más de dos meses seguidos. El trastorno distímico difiere de un episodio depresivo mayor sólo en la gravedad, la cronicidad y el número de síntomas, que son más ligeros y menos numerosos pero los cuales duran por más tiempo (Barlow, D. 2001).

Síntomas de la distimia.- Son como los de la depresión mayor pero no tan intensos, y la persona puede no presentar muchos de ellos. Estos pueden incluir:

- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Aislamiento social

- Irritabilidad
- Inquietud o lentitud
- Problemas del sueño
- Pérdida o aumento de peso.

Algunas personas con distimia recuerdan haber tenido sentimientos de depresión en la infancia o adolescencia. Algunas desarrollan distimia después de los 50 años de edad, muchas veces después de una enfermedad. Por los menos el 75% de los individuos con distimia tienen otros problemas de salud.

c. Trastorno bipolar o enfermedad maniaco depresiva.

La característica primordial de identificación de los trastornos bipolares es la tendencia de los episodios maníacos a alternarse con episodios depresivos mayores en una vuelta de montaña rusa interminable de los puntos máximos del júbilo a las profundidades de la desesperación. Más allá de esto, los trastornos bipolares son paralelos en muchas formas a los trastornos depresivos (Barlow 2001).

Síntomas del trastorno bipolar o enfermedad maniaco depresiva (CIE-10/F31.2)

- Euforia anormal o excesiva
- Energía marcadamente aumentada
- Disminución de la necesidad de dormir
- Irritabilidad inusual
- Creencias irreales en las propias capacidades y poderes
- Conversación incrementada
- Pensamientos atropellados
- Juicio deficiente

- Deseo sexual aumentado
- Comportamiento social provocativo, impertinente o agresivo
- Abuso de alcohol o las drogas.

A diferencia de otros trastornos afectivos, las mujeres y los hombres tienen la misma vulnerabilidad a sufrir del trastorno bipolar; sin embargo, las mujeres con trastorno bipolar tienden a tener más episodios de depresión y menos episodios de manía o hipomanía.

El trastorno bipolar no es tan frecuente como la depresión mayor o la distimia.

D. Factores predisponentes

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición confluyen factores biológicos y psicosociales, que están presentes de forma continua que facilitan o predisponen al desarrollo de la enfermedad. Guía Práctica Clínica -GPC (2006) Pag.28.

a. Factores biológicos.

Se considera a ciertos cambios en el organismo puedan dar origen a un trastorno depresivo. Por ejemplo, la asociación de una serie de enfermedades físicas con la depresión, o la relación del efecto de los fármacos antidepresivos con modificaciones en los neurotransmisores cerebrales, la existencia de otros fármacos que pueden producir depresión, la depresión inducida por el consumo de drogas, y la transmisión genética de mecanismos que favorecen la aparición de depresión en varias generaciones de una misma familia.

En cuanto al origen genético. La depresión, al igual que la mayoría de enfermedades que afectan al ser humano, tiene un componente genético y un componente ambiental. Esta enfermedad no sigue un patrón clásico, sino que se considera que sigue un modelo de

umbral de susceptibilidad. Este modelo explica que hay una variable que es “susceptibilidad para desarrollar la enfermedad” y que ésta se reparte de forma continua en la población, de manera que solo los que superen un determinado umbral de esta variable manifestarán el trastorno. Se cree que están involucrados una serie de genes de efecto menor la expresión de los cuales podría estar modulada por un gran número de factores ambientales. Hernández (2016).

Cuando se estudian pacientes adoptados con trastorno del estado del ánimo se comprueba que la frecuencia de trastornos del estado de ánimo es mayor en sus padres biológicos que en sus padres adoptivos. También se ha investigado si en los gemelos idénticos (llamados monocigóticos) la concordancia para que los dos presenten una depresión es mayor que en los gemelos no idénticos (su material genético no es tan parecido), y se ha visto que la tasa de concordancia para el trastorno afectivo es mayor en los primeros. Escasos estudios sobre gemelos criados por separado confirman también una herencia genética. Los estudios genéticos se hacen en poblaciones con trastornos depresivos mayores. Guía Práctica Clínica (2006)

b. Factores psicosociales.

Dentro de los factores psicosociales, se ha implicado a las circunstancias externas o del entorno, que potencialmente son productoras de estrés (los llamados acontecimientos vitales) como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Se piensa que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas. Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro

importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo. También se han de considerar los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida. Sin embargo, se ven muchos sujetos con trastornos afectivos en cuyos antecedentes no se detectan acontecimientos desfavorables y también se ven personas que padecen dificultades y pérdidas considerables sin que manifiesten síntomas de enfermedad. “Los aspectos macrosociales, clase social y rol sexual están basados empíricamente en investigaciones epidemiológicas, donde se busca demostrar cómo las desigualdades de poder y económicas, asociadas a las pertenencias a clases y categorías sociales situadas en diferentes posiciones de la estructura social, determinan la presencia de trastornos psicológicos” (Brown, E. 1978).

Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estresor. En el inicio de un episodio depresivo, por tanto, hay que considerar, a parte de los acontecimientos estresantes, la intervención de varios niveles (biológico-psicológico-social) de forma interrelacionada entre sí. (Acontecimientos vitales-soporte social y factores estresantes crónicos - vulnerabilidad psicológica a la depresión-vulnerabilidad biológica a la depresión). Guía Práctica Clínica (2006)

E. Criterios diagnósticos de depresión según el CIE 10

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto

personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, rostro triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas.

Síntomas agregados en el paciente con depresión, de acuerdo al DSM-IV - 1994.

- Humor depresivo la mayor parte del día, casi todos los días
- Pérdida del placer o interés por las tareas habituales.
- Insomnio o hipersomnia
- Pérdida de interés por las tareas habituales
- Agitación o enlentecimiento psicomotor
- Pérdida de energía o fatiga
- Sentimiento de inutilidad, auto-reproche o culpas excesivas o inapropiadas
- Disminución de la capacidad de pensar o de concentración
- Ideas recurrentes de muerte, suicidio, o deseos de estar muerto.

F. Factores de riesgo para desarrollar depresión.

Entre los principales factores de riesgo para el desarrollo de la depresión se consideran a los siguientes:

- Historia familiar de enfermedad mental.

- Trastornos físicos o mentales crónicos; uno o más episodios previos de depresión incrementan el riesgo de un episodio posterior.
- Cambios mayores en la vida y el estrés; un cambio estresante en la vida puede desencadenar depresión.
- Apoyo social poco o nulo. Tener pocas relaciones o que estas no sean de apoyo puede incrementar el riesgo, tanto en hombres como en mujeres. Se ha observado en mujeres que están en casa con niños pequeños y quienes se describen como aisladas, en comparación con las que trabajan y tienen una red de apoyo.
- Factores psicológicos: personas con autoestima baja que ven a sí mismas y al mundo con pesimismo o que se agobian fácilmente con el estrés, el perfeccionismo y la sensibilidad a la pérdida o rechazo.
- Estatus económico bajo.
- Sexo femenino: las mujeres experimentan depresión con una frecuencia de 2 a 1 en relación a los hombres. Contribuyen los factores hormonales -como cambios premenstruales, embarazo, puerperio, aborto, pre-menopausia y menopausia- y estresores adicionales, como responsabilidades en el trabajo y el hogar, madres solteras, cuidado de hijos y de padres que envejecen.
- Edad: los ancianos tienen mayor riesgo y notoriamente no se les trata adecuadamente para la depresión.
- Raza – Etnia: las personas estadounidenses de raza negra son menos propensas a la depresión; pero, cuando la presentan, frecuentemente es más crónica y severa (Kaplan H, (1995).

G. Medición de la depresión

La depresión como cualquier otro estado anímico es susceptible de ser medido, mediante el uso de una escala que mida los diversos síntomas de la depresión y se categoriza en ciertos niveles. Autores como Beck y Zung han diseñado escalas que permiten medir la depresión, estos instrumentos difieren en cuanto a la cantidad de ítems y en cuanto a las dimensiones que miden. Para esta investigación se usará la escala de depresión de Zung, el cual contiene cuatro dimensiones que son, síntomas afectivos, síntomas cognoscitivos, síntomas volitivos y síntomas físicos.

2.2.2. Consumo de alcohol y alcoholismo

A. Conceptos de alcoholismo

El consumo de alcohol en dosis moderadas que no afecta el equilibrio emocional y la lucidez mental no se considera nocivo, ni dañino para el organismo, ni para la persona, mientras que su uso excesivo y permanente, representa un riesgo y un daño para la salud; a ello se denomina alcoholismo. La Organización Mundial de la Salud - OMS (1976 8va Revisión) considera que el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

La American Medical Association AMA (1980), ha definido el alcoholismo como una enfermedad caracterizada por una preocupación por el alcohol y una pérdida de control en su consumo, de tal modo que el sujeto alcanza la intoxicación etílica cada vez que bebe, enfermedad que sería progresiva, crónica y con tendencia a recaer. Menciona que la persona que es alcohólica difícilmente tiene control del consumo de esta droga lícita, por

tal motivo no solo su deseo aumenta, sino también la tolerancia a la ingesta del mismo se incrementa. Se considera como una enfermedad crónica, incurable, progresiva y mortal.

Chafetz, M. (1975), del Instituto Nacional del Abuso Alcohólico y Alcoholismo considera al alcoholismo como “un trastorno de conducta crónico manifestado en una preocupación indebida por el alcohol y su uso, que va en detrimento de la salud física y mental, por pérdida de control cuando se bebe y por una actitud autodestructiva en las relaciones con las personas y en el manejo de las situaciones vitales.”

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1976) señala: “El síndrome de dependencia alcohólica es un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta compulsiva en la manera de beber alcohol de forma continuada” y el Ministerio de Salud del Perú dice: “El alcohol es un depresor del sistema nervioso y produce cambios en la conducta humana. Sus efectos van desde la pérdida de las inhibiciones y sentimientos de relajación hasta alteraciones en el comportamiento que derivan en conductas agresivas y violentas”.

De acuerdo a estos conceptos tolerar el consumo del alcohol en mayores cantidades, se vuelve en si en una cuestión genética, más que en una tolerancia mental, mantener un consumo excesivo llegando a un grado de abuso del consumo, no solo afectaría al adicto, sino también a todo su entorno especialmente a su familia. Existen investigaciones que indican que cuando el GABA (Ácido Gamma Amino Butírico - neurotransmisor que se halla ampliamente distribuido en las neuronas del córtex cerebral) baja en el sistema nervioso central aumenta las probabilidades que aumente el consumo del alcohol, así que genéticamente o por herencia, se vuelve difícil una cura total para la persona que padece de este mal, volviéndose su cura circunstancial o por mera fuerza de voluntad. Según (Pérez 2017) es innegable que para que un adicto al alcohol pueda recibir tratamiento y llegar a una posible recuperación, primero tiene que aceptar su condición de dependencia

al licor. Como ocurre en los alcohólicos anónimos, tienen que aceptar su condición de adictos y luchar contra este mal, a fuerza de voluntad y decisión.

B. Causas del consumo de alcohol y del alcoholismo

Las causas de la afición a la bebida y al alcoholismo son distintas y no es solo una causa sino que existen varias las causas influentes en el desarrollo de la dependencia al alcohol en las personas. El alcoholismo considerado como una enfermedad, puede heredarse a los hijos de forma genética a través de los espermatozoides y el ovulo durante la fecundación y acto sexual, además de ser relacionada a enfermedades co-mórbidas como la depresión el estrés y la ansiedad, otras causas que se asocian al alcoholismo podrían ser las psicosociales, estrés por ejemplo cuando existe mucho trabajo, problema de pareja o con los hijos e incomprensión en la familia quien sabe deudas o luto. Según la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) los pacientes alcohólicos suelen presentar hasta en un 80 % de los casos otros trastornos psiquiátricos asociados y, por lo tanto, ser considerados como pacientes con patología dual (Aburto, 2015).

a. Predisposición genética

Según Sorly (2007), actualmente se van consiguiendo grandes avances en la ciencia especialmente en el estudio del ser humano, entre ellas el descubrimiento del Ácido Desoxiribonucleico (ADN) el cual ha permitido que existe una tendencia al alcoholismo a través de patrones genéticos descubiertos en el ADN del sistema nervioso. Mucho de los estudios psicológicos basados en la biología, entre ellas la bioquímica del ser humano hacen ver u observar la diferencia metabólica de pacientes con problemas de consumo de alcohol, unos tienen niveles altos de metabolitos de placer o displacer cuando consumen alcohol de ese modo se entiende porque unas personas aceptan más fácilmente su ingesta

y a otras les choca. La influencia genética está indicada por estudios que demuestran que hay un riesgo de por vida del 25 al 50% para el alcoholismo en hijos y hermanos de hombres alcohólicos.

C. Tipos de alcoholismo

Según el mismo autor (Sorly et.al.) existen dos tipos de alcoholismo

- a. Tipo I:** es característico en personas adultas, que pueden tener una etapa de grandes ingestas puntuales separadas por tiempos de abstinencia pero que sin embargo van siendo más pequeños hasta poder alcanzar una gran dependencia, acompañada progresivamente por el desarrollo de enfermedades hepáticas.
- b. Tipo II:** se desarrolla en personas durante la adolescencia y está asociado a menudo a un historial violento y arresto policial. No se caracteriza por un aumento progresivo del consumo de alcohol. El consumo es episódico pero con altos niveles de consumo y reacciones conductuales violentas y agresivas. Algunos estudios han determinado una menor expresión de la enzima monoamino oxidasa en este grupo, lo que se ha correlacionado con una menor producción de serotonina (relajación y activación del sistema nervioso simpático) en el sistema nervioso central.

D. Consecuencias Del Alcoholismo

El consumo excesivo de alcohol, causa varios daños, esos se dan en forma paulatina, el cual termina en la muerte ya sea por daños al sistema nervioso y también por daños hepáticos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS-2018), cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. Asimismo el 5,1% de la carga mundial de

morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD), también provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. El índice de mortalidad, considera las muertes por consumo excesivo de alcohol, por accidentes y violencia. El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol.

Entre otros efectos el consumo excesivo de alcohol produce violencia familiar, deserción escolar, baja productividad laboral, irresponsabilidad, disfunción familiar, accidentes de tránsito, crímenes, violaciones, problemas cardiovasculares, cáncer al hígado, problemas respiratorios y baja autoestima. Además, lo más grave es que nadie que tiene los síntomas quiere reconocer que es alcohólico por los prejuicios que se tiene de la enfermedad.

E. La sobredosis, los accidentes y violencia por efectos del alcohol

El alcohol al ser una droga como muchas otras y más aún si es lícita su expendio y su consumo puede llegar a niveles mayores, produciendo en el peor de los casos la muerte por intoxicación. Muchos de los casos sucedidos en casos de alcoholismo crónico e intoxicación son presentados por jóvenes que no tienen aún control en la ingesta y que sin medir peligro llegan a consulta por emergencia para ser tratados vía intravenosa, muchos de los decesos o muertes son por el consumo excesivo de alcohol choques en auto, en moto, caídas o accidentes de diferentes tipos, colocándose por encima del cáncer la muerte por alcohol es más probable y su incidencia más alta que el consumo de tabaco

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. (Astoviza, 2003).

F. Alcohol y salud

Como sostiene la Organización Panamericana de la Salud OPS (2008), el consumo de alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas de salud y sociales, sin que existan evidencias de un efecto umbral. Para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo. Los daños causados por el consumo de alcohol a terceras personas abarcan desde molestias sociales menores, como permanecer despierto durante la noche, hasta consecuencias más severas, como deterioro de las relaciones matrimoniales, abuso de menores, violencia, delitos e incluso homicidios. En general, cuanto más grave resulte el delito o la lesión, tanto más probable que el consumo de alcohol haya sido el causante.

La probabilidad de ocasionar daño a terceros es una razón poderosa para intervenir en los casos en que se advierta consumo de alcohol tanto perjudicial como de riesgo. El alcohol es causa de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. El alcohol incrementa el riesgo de estas enfermedades y lesiones de forma dosis dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un efecto umbral. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos. Una dosis pequeña de alcohol reduce el riesgo de contraer enfermedades cardíacas, aunque aún está en debate cuál ha de ser el tamaño de

dicha dosis para que resulte beneficiosa para la salud. Tanto los estudios de mejor calidad metodológica como aquéllos que toman en cuenta posibles factores de influencia, no encuentran prácticamente riesgo si el nivel de consumo alcohólico es bajo. Una buena reducción del riesgo se puede obtener tomando sólo 10g de alcohol día por medio. Por encima de 20g/día de alcohol, el riesgo de enfermedad coronaria aumenta.

Según la OPS (2008) considera que el alcohol en sí mismo, es el que reduce el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, independientemente del tipo de bebida alcohólica que se consuma. Pero ingerir grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión aumenta el riesgo de arritmias cardíacas y de muerte súbita de origen coronario. El riesgo de muerte derivado del alcohol es un balance entre el incremento del riesgo de enfermedades y lesiones asociadas al alcohol y la disminución en el riesgo de enfermedad cardíaca que, en pequeña medida, es atribuible al alcohol. Este balance demuestra que el consumo de alcohol no está exento de riesgos. El nivel de consumo de alcohol asociado al menor riesgo de muerte para mujeres menores de 65 años, es de cero o cercano a cero, e inferior a 5 g/día de alcohol para mujeres de 65 años o más de edad. En los varones, el nivel de consumo de alcohol asociado al menor riesgo de muerte en menores de 35 años es cero, en edades medias es aproximadamente 5g/día y en varones de 65 años o más es menos de 10g/día. Reducir el consumo de alcohol o evitarlo por completo aporta beneficios a la salud. Todos los riesgos agudos se pueden revertir si se elimina el consumo de alcohol. Aún en el marco de enfermedades crónicas, como la cirrosis hepática y la depresión, la reducción o la suspensión del consumo de alcohol se ve asociada a una rápida mejoría de la salud. Por lo tanto, dado que el alcohol está implicado en una amplia variedad de problemas de salud física y mental de una manera dosis dependiente, los trabajadores de atención primaria de la salud tienen la posibilidad de identificar a aquellos pacientes adultos con consumo de riesgo o perjudicial. Más aún, como la atención primaria abarca

el tratamiento de problemas físicos y mentales de diversa índole, se deben atender sus causas en relación con el uso de alcohol. Es particularmente importante reducir el riesgo de provocar daños a terceros.

G. Los costos sociales y sanitarios del abuso de alcohol.

El efecto negativo del consumo de alcohol repercute notablemente en el plano económico y social debido a que el consumo de bebidas alcohólicas ocurre principalmente en las etapas productivas de la vida. Las consecuencias del consumo de alcohol perjudican mucho más allá de la salud física y psicológica de la persona que bebe, también causa daño al bienestar y a la salud de los demás. Parte del daño social para el bebedor está implícito en las condiciones de salud, las enfermedades y lesiones, por ejemplo, se tienen implicaciones sociales, incluyendo los gastos médicos, los efectos negativos en la productividad, las cargas financieras y psicológicas de las familias. Ejemplos de daños causados a terceras personas incluyen las condiciones prenatales causadas por el consumo y las lesiones causadas por la violencia de un atacante ebrio a una madre, esposa o hijos. (Pérez, 2002).

H. Adolescencia: etapa vulnerable

Alcedo, M (2014) considera que uno de los principales usos y abusos de alcohol durante la secundaria es la convivencia frecuente con consumidores habituales. En esa etapa se inicia el proceso para convertirse en futuros adictos, porque es cuando el niño enfrenta cambios cruciales en su vida. La presión social sobre los jóvenes es muy fuerte y enfrentan situaciones que pueden afectar seriamente su autoestima. Esto provoca en ellos tensión, angustia y en muchas ocasiones frustración, que detonada por el alcohol

puede manifestarse de modos muy destructivos. Cualquier posición que los padres adopten sobre el tema del alcohol con sus hijos debe mantenerse firme. Los límites son indispensables porque acotan los parámetros dentro de los que se pueden desarrollar y divertir los jóvenes.

Conviene hablar con los hijos sobre las consecuencias del consumo del alcohol a edades tempranas, así como del abuso del mismo a cualquier edad, a fin de que puedan evitarlas:

- Perder el autocontrol.
- Volverse violentos.
- Olvidar lo que sucede, perder la consciencia.
- Causar o sufrir accidentes de tránsito.
- Poner en riesgo su salud e integridad física y moral.
- Faltar a clases o bajar su rendimiento académico.
- Tener problemas con la ley.
- Embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- Volverse adictos.

El mismo autor refiere que uno de los mejores métodos para apoyar y coadyuvar a los jóvenes es estar cerca de ellos. Los jóvenes que perciben a su familia presente y pendiente de ellos tienen una propensión menor a desarrollar el hábito de consumir alcohol. Estudios científicos han demostrado que el alcohol es adictivo para todas las personas sin excepción, pero cuando el consumo se inicia en la adolescencia, esa adicción aumenta por lo menos cinco veces. Los adolescentes que consumen alcohol están expuestos a iniciar actividad sexual temprana, situación que los expone a mayores riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

a. Causas del consumo de alcohol en los jóvenes

La mayoría de los jóvenes toman bebidas alcohólicas:

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

b. Proceso de absorción del alcohol en la sangre y sus efectos

El alcohol es una sustancia depresiva que disminuye el funcionamiento del sistema nervioso. Éste comienza a afectar al cuerpo rápidamente, entra al torrente sanguíneo desde el estómago, en él se absorbe una cantidad pequeña, luego en 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. Alcedo, M (2014)

c. Niveles de consumo y efectos sobre el organismo

a) Efectos Físicos

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. Castaño (2014). Los efectos físicos es que disminuye los reflejos, se pierde coordinación visomotora fina y gruesa y se pierde el equilibrio físico.

b) Efectos Psicológicos

El alcohol afecta en primer lugar al Sistema Nervioso Central y su injerencia 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 Lizarzabal (2017). Los efectos psicológicos del alcohol es que distorsiona la percepción de los estímulos, se pierde la capacidad de concentración, de análisis y discernimiento, no hay control de las emociones y afloran los sentimientos reprimidos, en muchos casos aparecen reacciones de aflicción o de agresión, con poco control de los impulsos se incurren en conductas violentas de agresión que pueden culminar en tragedias.

2.2.3. Relación entre alcoholismo y depresión

Se dice que la depresión enmascara el alcoholismo y el alcoholismo es causa de la depresión, lo que se evidencia en la práctica médica es que los pacientes con depresión abusan frecuentemente del alcohol y otras drogas. No hay duda de ello, pero eso no significa que todas las personas con depresión consuman alcohol. Por otro lado los investigadores se preguntan ¿debido a la depresión ha empezado a consumir abusivamente alcohol? ¿O acaso es el abuso de alcohol es lo que le ha llevado a la depresión? es la gran

duda. Como en toda patología dual: la comorbilidad depresión-alcoholismo es extensa ante la pregunta, ¿el alcohol es causa o consecuencia de la depresión?

A. El alcohol como causa de la depresión

La depresión tiene varias causas tales como la sensación de soledad, la melancolía, la pérdida del trabajo, la ruptura de una relación amorosa, la muerte de un ser querido, una enfermedad o alguna situación traumática. Pero también se puede considerar como causa de la depresión el consumo de alcohol, ya que el consumo alcohol de forma habitual y excesiva genera sensación de culpa y deprime los ánimos.

B. El alcohol como consecuencia de la depresión

Hay casos en los que el abuso de alcohol no es una causa, sino una consecuencia de la depresión. Hay personas que tienen depresión y no reconocen o aceptan que tienen dicho trastorno, que requieren tratamiento y de ayuda profesional, ya que no pueden superar la depresión por sí mismos; creen que simplemente están tristes, que no es necesario pedir ayuda, que les va mal, pero que ello es pasajero; en esa situación tienen una fuerte predisposición a consumir alcohol. Y lo único que logran es, sin duda, aumentar la gravedad de la depresión después de la ingesta de alcohol. Los médicos especialistas en el tema del alcoholismo, sostienen que observan en la práctica médica diaria lo siguiente: *Primero*, que las personas que nunca habían padecido depresiones, cuando empiezan a beber cantidades importantes de alcohol, es muy frecuente que acaben desarrollando una depresión. *Segundo*, que cuando una persona que bebe alcohol en cantidades elevadas padece una depresión, no cura la depresión al contrario lo agrava, solo mejorará si cesa el consumo elevado de alcohol.

C. Efectos depresivos del alcohol

El alcohol tiene efectos depresivos porque altera el correcto funcionamiento de los neurotransmisores, que son las neuronas que controlan el pensamiento, el comportamiento o las emociones. El alcohol afecta tanto a los neurotransmisores “excitadores” (como la famosa dopamina, causante de las adicciones y del “efecto recompensa” o el glutamato, que aumenta los niveles de energía cerebral), como a los neurotransmisores “inhibidores” o depresivos, como el GABA (ácido gamma-aminobutírico), que reduce la energía y provoca efectos de calma. Además el alcohol disminuye el neurotransmisor estimulante como el glutamato, y por ello se altera el pensamiento, el habla o el movimiento se ralentiza, ya que se aumenta el “efecto depresivo” a la vez que se disminuye el “efecto estimulante”.

De manera similar al Valium (Diazepam) que tiene la fiabilidad de aumentar la producción del neurotransmisor GABA, aumentando su efecto de reducción de energía, y provocando la sedación y la calma. El alcohol también hace lo mismo, aumenta los efectos de GABA; por ello se prohíbe beber alcohol al que toma esos medicamentos, porque una combinación puede sedar en exceso y el resultado puede ser fatal.

Por otra parte, con el tiempo las personas que consumen alcohol se tornan más tolerantes, es decir, el efecto placentero de la dopamina disminuye entonces buscan beber en más cantidades para llegar a los niveles anteriores de dopamina, hasta llegar al punto de crear adicción.

D. Trastornos psiquiátricos asociados al alcoholismo y otras drogas

Los trastornos psiquiátricos que aparecen asociados con mayor frecuencia al alcoholismo, son trastornos de personalidad antisocial (21 veces más probable que en la población general), la manía (6,2 veces más), la esquizofrenia (4 veces más) y el abuso de

drogas (3,9 veces más). Entre los trastornos psiquiátricos del Eje II asociados al alcoholismo, destacan los trastornos de personalidad (57-78%), que se distribuyen entre los de tipo paranoide (7-44%), antisocial (3-47%), límite (16-32%), histriónico (6-34%), por evitación (2-32%), y dependiente (4-29%).

Aunque los síntomas aislados de ansiedad y depresión aparecen asociados con frecuencia al alcoholismo, los trastornos depresivos o de ansiedad no son mucho más prevalentes en la población general, tal es así que los trastornos de ansiedad llegan hasta el 25% de la población. Por otra parte un 23% y un 70% de pacientes alcohólicos presentan también trastornos de ansiedad, sobretodo neurosis de ansiedad y fobias. Por otro lado, del 20% al 45% de pacientes con trastorno de ansiedad tiene antecedentes de alcoholismo. Dicha comorbilidad entre alcoholismo y trastornos de ansiedad es más prevalente entre los dependientes que entre los abusadores de alcohol. Asimismo el consumo de drogas que están asociadas al alcoholismo, en orden de incidencia son la cocaína, los hipno sedativos, los opiáceos, los alucinógenos, los estimulantes y el cannabis.

2.4. Definición de términos básicos

Alcoholismo

Es la ingesta excesiva y fuera de control de bebidas que tienen alcohol etílico, es un trastorno ya que el consumo de alcohol va en detrimento de la salud o del funcionamiento social de la persona, por un período de tiempo; asimismo es toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales.

Consumo de alcohol

Es la ingesta de bebidas que tienen alcohol etílico, según la dosis ingerida esta puede ser no nociva o dañina. El consumo moderado sirve para animar o mejorar de algún modo el

funcionamiento del organismo, el consumo excesivo genera inestabilidad física, deficiencia motora y cambios psicológicos, porque afecta los estados afectivos y cognitivos; así como perceptivos y motoras.

Depresión

Es un trastorno que se caracteriza por que la persona presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades; experimenta cambios de apetito o peso, alteraciones del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Dimensiones de la depresión

Son aquellos síntomas que se relacionan con las áreas psicológicas más importantes, estos se pueden agrupar en síntomas cognitivos, emotivos, volitivos, conativos.

Síntomas cognitivos

Son los estados psíquicos vinculados a las ideas, pensamientos, percepciones, valores y otros procesos ligados al conocimiento.

Síntomas emotivos

Son los estados psíquicos vinculados a las emociones y los sentimientos.

Síntomas volitivos

Son los estados psíquicos vinculados a las motivaciones, expectativas, necesidades y otros procesos referidos a la voluntad.

Síntomas físicos

Es un estado fisiológico, no psicológico que tiene que ver con la fuerza y energía del organismo.

Pacientes

Es toda persona que acude a un centro o establecimiento de salud, sea hospital, posta médica o centro comunitario de salud para recibir alguna atención médica, según la norma técnica MINSA 2006.

Establecimiento de salud

Es todo lugar donde es atendido un usuario-paciente, y que tiene capacidad limitada desde una posta médica hasta un hospital de compleja resolución, según la norma técnica MINSA 2006.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis

3.1.1. Hipótesis principal

Existe alta relación entre la depresión y el consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018

3.1.2. Hipótesis secundarias

- a) El nivel de depresión, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es grave.
- b) El nivel de consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es grave.
- c) La relación, entre la dimensión psicológica afectiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.
- d) La relación, entre la dimensión psicológica volitiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.

- e) La relación, entre la dimensión psicológica cognitiva de la depresión y el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.
- f) La relación, entre la dimensión física de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.

3.2 Definición conceptual y operacional de las variables

3.2.1. Definición conceptual

a. Variable Depresión

Es un trastorno que se caracteriza por que la persona presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades; experimenta cambios de apetito o peso, alteraciones del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

b. Variable Consumo de alcohol

Ingesta de alcohol frecuente e inmotivado por parte de una persona, que le limita a desarrollar sus actividades de acuerdo a su rutina normal o programación establecida.

3.2.2 Definición operacional

a. Variable Depresión

Es una variable cualitativa que se mide en base a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión de Zung.

b. Variable consumo de alcohol

Es una variable cualitativa que se mide en base a las puntuaciones a la Escala AUDIT.

3.3. Operacionalización de variables y dimensiones

Variable	Dimensiones	Ítems
Depresión	Afectivo	1, 3, 13, 15, 20
	Volitivo	2, 6, 10, 12, 18,
	Cognitivo	11, 14, 16, 17, 19
	Físico	4, 5, 7, 8, 9,

Figura 1. Operacionalización de la variable depresión

Variable	Categorías	Puntuaciones
Depresión	Leve	Menos de 40 normal.
	Moderado	De 41 a 60 depresión leve
	Grave	De 61 a 70 depresión moderada
	Severo	De 71 a más depresión severa

Figura 2 Categorización de los niveles de depresión

Variable	Dimensiones (Dominios)	Items
Consumo de Alcohol	Consumo de riesgo	1, 2, 3.
	Síntomas de Dependencia	4, 5, 6.
	Consumo perjudicial	7, 8, 9, 10

Figura 3 Operacionalización de la variable consumo de alcohol

Variable	Categorías	Puntuaciones
Consumo de alcohol	Leve	0 – 7 Consumo bajo riesgo
	Moderado	8 – 15 Consumo de riesgo
	Grave	16 a más Posible dependencia

Figura 4 Categorización de los niveles consumo de alcohol

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Método, la investigación corresponde al método cuantitativo, porque se toman los datos de una muestra mediante la técnica de la encuesta, se procesan los datos cuantitativamente y se utilizan herramientas estadísticas para el procesamiento, análisis e interpretación de los datos (Hernández 2006). En cuanto al nivel es una investigación de nivel descriptiva-correlacional, porque se describen inicialmente las variables y se utilizan técnicas estadísticas con pruebas de correlación para medir el nivel de asociación entre las variables. El tipo de investigación es de tipo transversal, ex post facto y no experimental. Porque los datos se recopilan en un momento dado, en forma posterior a los hechos y no se controlan ni manipulan las variables, sino que se miden de acuerdo a la forma como se presentan. (Alarcón 2013)

4.2 Diseño muestral

4.2.1. Población

La población estuvo constituida por todos los pacientes que se asisten al centro de salud de Luricocha de la provincia de Huanta del departamento de Ayacucho.

4.2.2. Muestra

La muestra de estudio estuvo conformada por 70 pacientes de ambos sexos (54 hombres y 16 mujeres) que asistieron al centro de salud de Luricocha de ciudad de Huanta, en el periodo comprendido entre enero a Junio del año 2018.

La técnica de muestreo fue aleatoria ya que se tomó la muestra a todo paciente que llegaba para recibir atención por tener problemas de consumo de alcohol al citado centro de salud.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de investigación empleada fue del tipo encuesta, ya que se utilizó el Cuestionario de Zung para medir el nivel de depresión y la escala del AUDIT para medir niveles de alcoholismo.

4.3.1. Ficha técnica de la Escala de consumo de alcohol AUDIT

- a) **Nombre:** Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol. **Nombre original:** Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).
- b) **Autores:** Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M.
- c) **Año:** 1992
- d) **Adaptación española:** Rubio, G. (1998).
- e) **Tipo de instrumento:** Cuestionario auto administrado o hetero-aplicado.
- f) **Objetivos:** Detectar problemas relacionados con el comienzo del consumo de alcohol, antes de que se presenten dependencia física y otros problemas crónicos asociados.
- g) **Población:** Varones y mujeres, que consuman alcohol frecuentemente. Número de ítems: 10

- h) **Descripción:** Está basado en un proyecto de la Organización Mundial de la Salud, que fue posteriormente estandarizado por Saunders y cols. Sigue los criterios del DSM-IV y la CIE- 10, resulta especialmente adecuado cuando se siguen los criterios de la CIE-10 sobre problemas relacionados con el consumo alcohólico. Los ítems evalúan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, dificultad de controlar la bebida, abandono de aficiones y síntomas de abstinencia, reacciones adversas como problemas en el funcionamiento derivados del consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo de alcohol.
- i) **Criterios de calidad:** Fiabilidad. Consistencia interna: 0,80 Validez. Posee un buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$) y con índices biológicos como el examen de gamma- glutamiltransferasa (GGT) (“r” igual a 0,31 en varones y 0,46 en mujeres).
- j) **Aplicación: Tiempo de administración:** 2- 3 minutos.
- k) **Normas de aplicación:** Si se le presenta como cuestionario, simplemente se le pasa para que lo rellene. Si se presenta como entrevista, se va haciendo las preguntas del test al sujeto.
- l) **Corrección e interpretación:** Los 8 primeros ítems son puntuados en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 significa <<nunca>> y 4 <<diariamente>>, y los dos últimos ítems en una escala 0-2-4. La puntuación total puede ser del rango 0-40. En el trabajo de Saunders se proponen dos puntos de corte, 8 y 10, con valores de sensibilidad y especificidad de 92 y 94% para el primer valor y 80 y 98% para el segundo. En la validación de Rubio los puntos de corte para distintos tipos de población son:

Población Punto de corte Sensibilidad Especificidad Población total 8

80%	90%	Varones 9	82%	
90%		Mujeres 6	80%	87%

Estos puntos de corte explican que una puntuación total igual o mayor que 8 refleja la existencia de problemas relacionados con el alcohol y una puntuación por encima de 20 indica dependencia de alcohol. Una alta puntuación en los ítems 1 a 3 sugiere consumo peligroso de alcohol, si ésta se da de los ítems 4 al 6, implica dependencia de alcohol y una puntuación alta en los ítems del 7 al 10 sugiere un consumo perjudicial y dañino del alcohol. Se ha sugerido la influencia transcultural como un factor que puede alterar los resultados del cuestionario.

m) **Momento de aplicación:** Exploración inicial, evaluación pre-tratamiento.

3.2. Ficha técnica del cuestionario de depresión de Zung.

a) Descripción

La Escala de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue una de las primeras en validarse en el país y ha tenido una amplia difusión. Está formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”¹, en otras se hace referencia a “su situación actual”², o a la semana previa³.

b) Interpretación

La escala en cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

Para su interpretación se utilizan la puntuación normalizada 6-7, y el de puntuación total 2, 8-10, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte, de acuerdo al siguiente detalle:

No depresión < 35 (< 28 puntos)

Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)

Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)

Depresión grave > 68 (> 53 puntos)

Otros autores han utilizado categorizaciones distintas. Así, Seva-Díaz A. (1982) 8, propone la siguiente categorización:

No depresión < 40 (< 32 puntos)

Depresión leve 41-59 (33-47 puntos)

Depresión moderada-severa 60 (> 47 puntos)

c) **Propiedades psicométricas**

Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92).

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3,6, 18, 20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

4.4 Técnicas del procesamiento de la información

La recopilación y el procesamiento de la información se efectuaron siguiendo los siguientes procedimientos genéricos:

- Aplicación de los instrumentos a los pacientes que acudían a consulta al centro de salud de Luricocha.
- Recopilación de los cuestionarios una vez que fueron llenados.
- Verificación de la corrección de las respuestas en los cuestionarios de depresión y las escalas AUDIT.
- Selección de los cuestionarios llenados correctamente y separación de los que tenían errores, o estaban incompletos.
- Elaboración de la matriz de datos.
- Cargado de los datos en la matriz de datos.

- Elaboración de las tablas de frecuencias.
- Análisis de los resultados en cada uno de los ítems, indicadores y dimensiones.
- Interpretación y discusión de los resultados.
- Elaboración del informe de la investigación.

Para la administración de estos procedimientos se empleó el paquete estadístico SPSS y Excel, según las necesidades de la investigación.

4.5. Aspectos éticos contemplados

Se tuvo en cuenta los siguientes aspectos éticos:

- Se solicitó la autorización del centro de salud para efectuar la investigación.
- Se tuvo el consentimiento informado de las personas encuestadas.
- Se dio a conocer los motivos de la investigación a las personas encuestadas.
- Se respetó la privacidad de las opiniones y el anonimato de los encuestados.
- Se respetó la fidelidad de los resultados hallados en la medición
- Se respetaron los derechos de autor en la cita de antecedentes de la investigación y las bases teóricas.
- Se respetó las abstenciones según las convicciones religiosas, políticas y morales de los integrantes de la muestra.

CAPITULO V

RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION

5.1. Presentación de resultados

Tabla 1 Estadísticos de tendencia central y dispersión de los pacientes del establecimiento de salud de Luricocha

Medidas de Tendencia central y dispersión	Valores Estadísticos	
	Consumo de alcohol	Depresión
Muestra	70.0	70.0
Media	32.77	52.6
Mediana	33.50	53.0
Moda	34.0	53.0
Varianza	11.37	99.78
Desviación Estándar	3.37	9.99
Rango: Mínimo - Máximo	15 - 40	24 - 73

De acuerdo a los datos de la Tabla 1, la muestra estuvo compuesta por 70 personas (54 hombres y 16 mujeres), la media de consumo de alcohol es 32.77 que es un consumo grave, la mediana es de 33.50 y la moda es 34 ambos se ubican en nivel grave; la varianza es 11.37 que es de un nivel adecuado y la desviación estándar 3.37 que es adecuada, el rango abarca desde 15 (leve) hasta 40 (grave). En la depresión la media es 52.6, la mediana 53 y la moda 53, todas se ubican en el nivel moderado; la varianza es 99.78, que se considera adecuada, la desviación estándar

es 9.99 que es baja y el rango es desde 24 que equivale a no tener depresión, hasta 73 que es una depresión grave o severa..

5.1.1 Resultado general de la depresión

Tabla 2: Niveles de depresión de los pacientes del establecimiento de Salud de Luricocha

Nivel de Depresión	N	%
Grave	15	21,4
Moderada	39	55,7
Leve	15	21,4
No depresión	1	1,4
Total	70	100

En la Tabla 2, se observa que en la muestra, los niveles de depresión se distribuyen en todas las categorías en forma simétrica similar a la curva normal; tal es así que 1 sola persona (1.4%) no tiene depresión, mientras que 15 personas (21.4%) lo tienen en un nivel leve, luego 39 personas (55.7%) tienen una depresión moderada y finalmente 15 personas (21.4%) tiene depresión grave. En forma global se aprecia que del total de personas que participaron en la muestra, más de la mitad tiene depresión moderada, mientras que cerca de la cuarta parte tiene depresión leve y grave respectivamente.

5.1.2 Resultado de la depresión en sus respectivas dimensiones

Para la presentación de los resultados se han considerado dos grupos, el primer grupo que corresponde a dimensiones psicológicas que son tres; la dimensión

afectiva, la dimensión volitiva y la dimensión cognitiva y el otro compuesta por una sola dimensión que es física que es somática o biológica.

a. Resultados en las dimensiones psicológicas de la depresión

Tabla 3: Niveles de depresión en las dimensiones psicológicas; afectiva, volitiva y cognitiva.

Nivel de Depresión	Afectiva		Volitiva		Cognitiva	
	N	%	N	%	N	%
Grave	35	50,0	9	12,9	14	20,0
Moderada	26	37,1	39	55,7	31	44,3
Leve	8	11,4	20	28,6	22	31,4
No depresión	1	1,4	2	2,9	3	4,3
Total	70	100,0	70	100,0	70	100,0

En la Tabla 3, los datos de las dimensiones psicológicas tienen los siguientes resultados en cada uno de los indicadores.

En la dimensión psicológica afectiva; 1 persona (1,4%) no tiene depresión, 8 personas (11,4%) tiene depresión leve, 26 personas (37,1%) tienen depresión moderada y 35 personas que equivale al 50% tienen depresión grave.

En la dimensión psicológica volitiva; 2 personas (2,9%) no tienen depresión, 20 personas (28,6%) tienen depresión leve, 39 personas (55,7%) tienen depresión moderada y 9 personas (12,9%) tienen depresión grave.

En la dimensión psicológica cognitiva; 3 personas (4,3%) no tiene depresión, 22 personas (31,4%) tiene depresión leve, 31 personas (44,3%) tienen depresión moderada y 14 personas (20%) tienen depresión grave.

De acuerdo a los resultados mostrados las personas de la muestra tienen más elevada depresión en la dimensión afectiva, porque la mayoría de las personas se ubican en los niveles grave y moderado; mientras que en la dimensión volitiva y la dimensión cognitiva, la mayor parte de las personas muestran tener depresión en los

niveles moderado y leve. Se interpreta que la dimensión afectiva tiene mayor repercusión sobre la depresión general.

b. Resultados en la dimensión física de la depresión

Tabla 4: Niveles de depresión en la dimensión física

Nivel de Depresión	Físico	
	N	%
Grave	40	57,1
Moderada	23	32,9
Leve	7	10,0
No depresión	0	0,0
Total	70	100,0

Según la Tabla 4; de la dimensión física; 7 personas (10%) tienen depresión leve, 23 personas (32,9%) tienen depresión moderada y 40 personas (57,1%) tienen depresión grave. Lo que se interpreta que el aspecto físico es importante en la manifestación de la depresión o que la dimensión física repercute de manera importante sobre la depresión.

5.1.1. Resultado general del Consumo de alcohol.

Tabla 5: Consumo de alcohol de los pacientes del establecimiento de Salud de Luricocha

Consumo de alcohol	N	%
Grave	69	98,6
Moderado	1	1,4
Leve	0	0,0
Total	70	100,0

En la Tabla 5, la muestra investigada, presenta niveles de riesgo en los tres dominios de la variable; consumo alcohol, dependencia de alcohol y consecuencias adversas del consumo de alcohol, de acuerdo al siguiente detalle; del total de investigados que fueron 70 personas, 69 personas (98,6%) se hallan en riesgo que equivale al nivel grave y solo 1 personas (1.4%) lo se ubica en el nivel moderado. En apreciación general casi la totalidad de los evaluados son alcohólicos que se encuentran en nivel de riesgo ya que consumen mucho alcohol, tienen gran dependencia del alcohol y padecen de las consecuencias adversas de su consumo.

Tabla 6: Consumo de alcohol según dominios de los pacientes del establecimiento de Salud

Consumo de Alcohol	Consumo de Riesgo		Síntomas de dependencia		Consumo perjudicial	
	N	%	N	%	N	%
Grave	61	87,1	66	94,3	53	75,7
Moderado	8	11,4	3	4,3	17	24,3
Leve	1	1,4	1	1,4	0	0,0
Total	70	100	70	100	70	100

De acuerdo a los datos mostrados en la Tabla 6, sobre el consumo de alcohol según los dominios que establece el instrumento de medición, se observa que en el dominio consumo de riesgo la mayoría de los evaluados 61 personas (87.1%) se encuentran en la categoría grave, 8 personas (11.4%) en categoría

moderada y solo 1 personas (1.4%) se hallan en la categoría leve. En el dominio Síntomas de dependencia del alcohol se observa que 66 personas (94.3%) se encuentran en la categoría grave, 3 (4.3%) personas en el categoría moderada y 1 (1.4%) en el nivel leve. En el dominio Consumo Perjudicial 53 personas (75.7%) se hallan en la categoría grave, 17 personas (24.3%) en nivel moderado y ninguno en el nivel leve, de manera global un alto porcentaje de los evaluados consumen alcohol y tienen una gran dependencia del alcohol en niveles grave, lo que evidencia que requiere ayuda.

5.1.4. Análisis comparativo de los resultados

a. Comparación de depresión según sexo

Tabla 7: Depresión según sexo en los pacientes del establecimiento de Salud de Luricocha

Nivel de Depresión	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Grave	12	22,2	3	18,8
Moderada	29	53,7	10	62,5
Leve	12	22,2	3	18,8
No depresión	1	1,9	0	0,0
Total	54	100,0	16	100,0

Según lo mostrado en la Tabla 7; los niveles de depresión se distribuyen de manera casi similar entre hombres y mujeres. En los hombres 1 persona (1,9%) no tiene depresión, 12 personas (22,2%) tiene depresión leve, 29 personas (53,7%) tienen depresión moderada y 12 personas (22,2%) tienen depresión grave. En las mujeres 3 personas (18,8%) tiene depresión leve, 10 personas (62,5%) tienen depresión moderada y 3 personas (18,8%) tienen depresión grave. Estos datos evidencian que en ambos sexos la distribución se distribuye de manera similar a la curva normal.

Tabla 8: Depresión según sexo (medias)

Sexo	Depresión		
	N	Media	Nivel
Hombres	54	52,9	Moderado
Mujeres	16	51,6	Moderado
Total	70	52,6	Moderado

De acuerdo a la Tabla 8; la media de depresión entre hombres y mujeres presenta leves diferencias numéricas que son significativas ($p=9,640$ mayor a $0,05$) aunque la depresión en ambos sexos se ubican en el nivel moderado.

b. Comparación de depresión según edad

Tabla 9: Depresión según edad en los pacientes del establecimiento de Salud de

Luricocha

Nivel de Depresión	Jóvenes		Mayores	
	N	%	N	%
Grave	4	16,7	11	23,9
Moderada	17	70,8	22	47,8
Leve	3	12,5	12	26,1
No depresión	0	0,0	1	2,2
Total	24	100,0	46	100,0

En la Tabla 9, se aprecia que en los jóvenes que son 24 evaluados, 3 personas tienen una depresión leve, 17 (70.8%) tienen depresión moderada y 4 (16,7%) padecen de depresión grave; mientras que en los mayores 1 persona (2,2%) no tiene depresión, 12 personas (26,1%) tiene depresión leve, 22 personas (47,8%) poseen depresión moderada, y 11 personas (23,9%) sufren depresión grave.

Tabla 10: Depresión según edad (medias)

Consumo de alcohol	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Grave	54	100,0	15	93,8
Moderado	0	0,0	1	6,3
Leve	0	0,0	0	0,0
Bajo	0	0,0	0	0,0
Total	54	100,0	16	100,0

De acuerdo a la Tabla 10; las medias de depresión entre jóvenes y mayores presentan leves diferencias numéricas, pero no son significativas dado que ambas se ubican en el nivel moderado.

c. Comparación de consumo de alcohol según sexo

Tabla 11: Consumo de alcohol según sexo en los pacientes del establecimiento de Salud de Luricocha

Edad	Depresión		
	N	Media	Nivel
Jóvenes	24	53,4	Moderada
Mayores	46	52,2	Moderada
Total	70	52,6	Moderada

Según los datos de la Tabla 11, se aprecia que la totalidad de hombres que son 54 (100%) consumen alcohol en forma riesgosa que se considera grave. Mientras que en las mujeres de las 16 evaluadas, 1 mujer (6,3%) consume en nivel moderado y la mayoría de ellas 15 consumen en forma riesgosa que corresponde al nivel grave.

Tabla 12: Consumo de alcohol según sexo (medias)

Sexo	Consumo de Alcohol		
	N	Media	Nivel
Hombres	54	33,1	Grave
Mujeres	16	31,6	Grave
Total	70	32,8	Grave

De acuerdo a la Tabla 12; la media de consumo de alcohol entre hombres y mujeres presenta leves diferencias numéricas pero que son significativas; ($p=0,122$ mayor a $0,05$), en ambos sexos consumen alcohol en cantidades riesgosas que los ubican en el nivel grave.

d. Comparación de consumo de alcohol según edad

Tabla 13: Consumo de alcohol según edad en los pacientes del establecimiento de Salud de Luricocha.

Consumo de alcohol	Jóvenes		Mayores	
	N	%	N	%
Grave	23	95,8	46	100,0
Moderada	1	4,2	0	0,0
Leve	0	0,0	0	0,0
No depresión	0	0,0	0	0,0
Total	24	100,0	46	100,0

En la Tabla 13, se aprecia que en los jóvenes que son 24 evaluados, 1 persona (4,2%) consume en nivel moderado y la mayoría de ellas 23 personas consumen en forma riesgosa que corresponde al nivel grave; mientras que en los mayores la

totalidad de las personas que son 46 (100%) consumen alcohol en forma riesgosa que se considera grave.

Tabla 14: Consumo de alcohol según edad (medias)

Edad	Consumo de Alcohol		
	N	Media	Nivel
Jóvenes	24	31,8	Grave
Mayores	46	33,3	Grave
Total	70	32,8	Grave

De acuerdo a la Tabla 14; la media de depresión entre hombres y mujeres presenta leves diferencias numéricas pero no son significativas dado que ambos se ubican en el nivel grave.

5.1.5. Análisis inferencial; relación de variables, dimensiones e indicadores

Considerando los objetivos de la investigación, que era establecer la relación entre las variables depresión y consumo de alcohol y luego entre las dimensiones de la depresión con el consumo de alcohol, se efectuó las pruebas de correlación, mediante el estadístico Rho de Spearman, a un nivel de confiabilidad, del 95%.

Previamente se efectuó las pruebas de normalidad, en el que se comprobó que la variable consumo de alcohol no tiene una distribución normal ya que en la prueba de Kolmogorov Smirnov arrojó un nivel de significancia $p=0.00$, que es inferior a 0,05; asimismo la variable depresión en la misma prueba, arrojó un nivel de significancia $p=0,097$, superior a 0,05, que indica que tiene una distribución normal, Cuando una variable tiene distribución no normal y la otra normal, se debe aplicar la prueba de correlación Rho de Spearman, lo que se hizo en este caso.

Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 15: Correlación entre la variable depresión y sus dimensiones con la variable y consumo de alcohol

Rho de Spearman	Consumo de alcohol	Significación bilateral (p)
Depresión	-0,236	0,049
Dimensión Afectiva	-0,084	0,488
Dimensión Volitiva	-0,217	0,072
Dimensión Cognitiva	-0,184	0,128
Dimensión Física	-0,180	0,137

De acuerdo a los datos que se muestran en la Tabla 15, existe una baja asociación significativa, de tipo indirecta (negativa) de -0,236, entre el consumo de alcohol y la depresión, lo que indica que a mayor consumo de alcohol, se producirá una baja depresión y viceversa a mayor depresión puede haber una mínima disminución en el consumo de alcohol.

Del mismo modo, existen bajos niveles de asociación y no significativas entre el consumo de alcohol y las dimensiones de la depresión. Se aprecia que entre el consumo de alcohol y las dimensiones psicológicas hay una asociación baja e indirecta (negativa) con un coeficiente Rho de Spearman, de acuerdo a lo siguiente; con la dimensión afectiva -0,084; con la dimensión volitiva -0,217 y con la dimensión cognitiva -0,184; luego entre el consumo de alcohol y la dimensión física también hay una baja asociación negativa -0.180.

Con los datos mostrados se concluye que el nivel de asociación entre el consumo de alcohol y las dimensiones e indicadores de la depresión son bajos, no significativos e indirectos (negativos), lo que permite inferir que mientras baja el consumo de alcohol habrá un bajo incremento de la depresión o si disminuye la depresión, se elevaría en baja medida el consumo de alcohol.

5.2. Comprobación de hipótesis

5.3.1 Hipótesis Principal

H_1 : Existe alta relación entre la depresión y el consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.

H_0 : No existe alta relación entre la depresión y el consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.

Contrastación

En la Tabla 15 se observa que existe un coeficiente de correlación Rho de Spearman entre el consumo de alcohol y la depresión de -0.236 con un P valor de 0.049 (menor al nivel de significancia); lo que indica que existe una baja relación de tipo inversa, por lo que hay suficiente evidencia para aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna.

5.3.2 Hipótesis Secundarias

Primera Hipótesis Secundaria

H_1 : El nivel de depresión, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es grave.

H_0 : El nivel de depresión, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, no es grave.

Contrastación

En la Tabla 02 se muestra que la mayoría de los pacientes atendidos en el establecimiento de salud tienen una depresión moderada, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

Segunda hipótesis secundaria

H₁: El nivel de consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es grave.

H₀: El nivel de consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, no es grave.

Contrastación

En la Tabla 05 se muestra que la mayoría de los pacientes atendidos en el establecimiento de salud consumen alcohol en un nivel grave, por lo que se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula.

Tercera hipótesis secundaria

H₁: La relación, entre la dimensión psicológica afectiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.

H₀: La relación, entre la dimensión psicológica afectiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, no es alta.

Contrastación

En la Tabla 15 se observa que existe un coeficiente de correlación Rho de Spearman entre el consumo de alcohol y la dimensión psicológica afectiva de la depresión de -0.084 con un P valor de 0.488 (mayor al nivel de significancia); lo que indica que existe muy baja relación de tipo inversa, por lo que hay suficiente evidencia para aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna.

Cuarta hipótesis secundaria

H₁: La relación, entre la dimensión psicológica volitiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.

H₀: La relación, entre la dimensión psicológica volitiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, no es alta.

Contratación

En la Tabla 15 se observa que existe un coeficiente de correlación Rho de Spearman entre el consumo de alcohol y la dimensión psicológica volitiva de la depresión de -0.217 con un P valor de 0.072 (mayor al nivel de significancia); lo que indica que existe una muy baja relación de tipo inversa, por lo que hay suficiente evidencia para aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna.

Quinta hipótesis secundaria

H₁: La relación, entre la dimensión psicológica cognitiva de la depresión y el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.

H₀: La relación, entre la dimensión psicológica cognitiva de la depresión y el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, no es alta.

Contratación

En la Tabla 15 se observa que existe un coeficiente de correlación Rho de Spearman entre el consumo de alcohol y la dimensión psicológica volitiva de la

depresión de -0.184 con un P valor de 0.128 (mayor al nivel de significancia); lo que indica que existe una muy baja relación de tipo inversa, por lo que hay suficiente evidencia para aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna.

Sexta hipótesis secundaria

H₁: La relación, entre la dimensión física de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.

H₀: La relación, entre la dimensión física de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, no es alta.

Contratación

En la Tabla 15, se observa que existe un coeficiente de correlación Rho de Spearman entre el consumo de alcohol y la dimensión psicológica volitiva de la depresión de -0.180 con un P valor de 0.137 (mayor al nivel de significancia); lo que indica que existe una muy baja relación de tipo inversa, por lo que hay suficiente evidencia para aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna.

5.3. Discusión

En la investigación desarrollada se evidenció que los pacientes que acudieron al Centro Médico de Luricocha de Huanta, casi en su totalidad consumen alcohol en límites de riesgo que lo ubica en nivel grave.

Respecto a la depresión que les afecta a los pacientes, esta se distribuye casi simétricamente entre las tres categorías, la mayoría, 39 (55.7%) pacientes tienen

depresión en nivel moderado y en ambos lados de la distribución, 15 (21.4%) tienen depresión grave y 15 (21.4%) depresión leve, mientras que solo un paciente no tiene depresión.

Los datos mostrados de ambas variables son congruentes con lo que dice Jacobs (1999), quien afirma que un 30 por ciento, incluso hasta un 50 por ciento de personas que sufren de alcoholismo sufren al mismo tiempo de una depresión considerable. Asimismo cuando una persona sufre de una depresión mayor y abusa del alcohol, corre un riesgo mucho mayor de tratar o de conseguir suicidarse. Los estudios teóricos también afirman que el alcoholismo y la depresión tienen una relación bidireccional, por un lado una persona que consume excesivamente alcohol puede sufrir depresión y por otro lado una persona que sufre depresión puede iniciarse fácilmente en el consumo de alcohol.

En el análisis específico de la depresión considerando sus dimensiones se observa que en la dimensión afectiva la mayoría 35 (50%) de los pacientes se hallan deprimidos en un nivel grave, luego 26 (37.1%) sufren depresión en nivel moderado y sólo 11 (11.4%), tiene depresión en nivel leve, ninguno no tiene depresión. En la dimensión volitiva, la mayoría 39 (55.7%) de los pacientes padecen depresión moderada, luego 20 (28.6%) sufren depresión leve y sólo 9 (12.9%), sufre depresión grave y 2 (2.9%) no tiene depresión. En la dimensión cognitiva, la mayoría 31 (44.3%) de los pacientes padecen depresión moderada, luego 22 (31.4%) sufren depresión leve, luego sólo 14 (20%), sufre depresión grave y 3 (4.3%) no tiene depresión. Los datos indican que la depresión se sufre más en la dimensión afectiva, lo que indica que las personas sufren más sentimental y emocionalmente la depresión lo cual se asocia en mayor medida con el consumo de alcohol.

En el análisis comparativo efectuado considerando los promedios de las mediciones efectuadas, se halló que el consumo de alcohol entre hombres y mujeres no hay diferencias, ambos consumen en niveles de riesgo que equivale a una categoría grave. Estudios similares como los de Ato (2015) halló que en el consumo bebidas alcohólicas por géneros, encontró que es mayor en los hombres (52.96%) respecto a las mujeres (47.04%), asimismo Colqui, Ortega y Salas (2015) hallaron que los del sexo masculino 45,2% consumen, mientras que en el caso de las mujeres fueron 39,9%. Aramburú (2017) encontró que los hombres presentan mayores niveles de consumo problemático de alcohol que las mujeres. En cuanto a los jóvenes y mayores, ambos grupos consumen alcohol en niveles de riesgo que equivale a una categoría grave, aunque los jóvenes lo hacen en cantidad levemente inferior. Estos estudios son coincidentes con los de García y Colbs. (2014), quienes hallaron que los hombres mayores presentan mayor frecuencia de conductas relacionadas con el abuso de alcohol.

En el análisis comparativo de la depresión se halló que los hombres lo padecen en mayor medida que las mujeres, aun cuando las diferencias son mínimas; según los estudios de García y Colbs. (2014), las mujeres reportan mayor frecuencia e intensidad de sintomatología ansiosa y depresiva y que esto es debido a su fisiología sexual, lo mismo halló González, Juárez, Solís y otros (2012) detectaron la presencia de la sintomatología depresiva en las mujeres en la mayoría de los casos, observaron que las mujeres obtuvieron un promedio significativamente mayor que los hombres.

En el análisis respecto a la depresión según la edad, se halló que los jóvenes sufren la depresión un una medida ligeramente superior a la de los mayores. Esto es congruente con la teoría revisada en donde se conoció que los adolescentes son más proclives a padecer depresión que los mayores, debido a las dificultades que

encuentran en su desarrollo y maduración; así como a los cambios hormonales que les afecta. Sin embargo la prevalencia de la depresión también es más acusada en los adultos mayores, debido al declive de la energía que sufren, al abandono de los hijos y a la jubilación o retiro de la actividad laboral.

En lo que corresponde al objetivo de la investigación que fue determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol y la depresión en los pacientes que acuden al Centro médico de Luricocha –Huanta, se comprobó mediante el coeficiente estadístico de Rho de Spearman que existe una relación no significativa, negativa y baja entre ambas variables (-0.236) ($p=0,049$) lo que indica que la asociación entre el consumo de alcohol y la depresión tienen una relación de asociación inversa poco relevante, vale decir que si aumenta el consumo de alcohol la depresión no se verá afectada incluso puede disminuir muy levemente. Del mismo modo en las pruebas de correlación el consumo de alcohol y las dimensiones de la depresión se hallaron los siguientes coeficientes, con la dimensión afectiva -0,084; ($p= 0.488$) con la dimensión volitiva -0,217 ($p=072$) y con la dimensión cognitiva - 0,184 ($p=128$) y con la dimensión somática -0.180 ($P=137$) en todas ellas la asociación es negativa y muy baja, lo que indica es que el consumo de alcohol tiene una asociación inversa y muy baja con la depresión. Los resultados hallados coinciden con los de Durón, Rodríguez y Álvarez (2010) quienes dicen que no encontraron una alta incidencia de consumo de alcohol y depresión en adolescentes; pero difieren con lo hallado por Vargas, Del Castillo y Guzmán (2016) quienes en su investigación en México hallaron una relación positiva ($r= 0.004$; $p<0.05$) entre depresión y consumo de alcohol, que indicaría que si se incrementa la depresión, se elevaría en grado mínimo el nivel de consumo de alcohol, sin embargo esa relación no es estadísticamente significativa. Asimismo los resultados difieren con los

resultados hallados por Ato (2015) en Trujillo, quién mediante la prueba Chi cuadrado determinó que no existe significancia en el estadístico aplicado que lo lleva a deducir que existe asociación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la depresión, el mismo autor cita a Londoño y Colbs, (2016) quienes en un estudio realizado en Colombia encontraron una estrecha relación entre la depresión como problema psiquiátrico y el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. Se evidenció que a un mayor abuso de alcohol, hay la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica.

5.4. Conclusiones

- De acuerdo a los resultados encontrados se halló que los pacientes padecen de depresión en diferentes niveles, la mayoría padece depresión en nivel moderado y un porcentaje menor se ubica en nivel grave y otro en nivel leve.
- Asimismo en la investigación se halló que casi la totalidad de los pacientes que acuden el centro médico de Luricocha-Huanta, son alcohólicos porque consumen alcohol en niveles de riesgo para su salud, lo que se ubica en categoría grave.
- En cuanto a la depresión en sus dimensiones, en la dimensión afectiva la mayoría de los pacientes sufren depresión en nivel grave y otro grupo importante en nivel moderado; mientras que en la dimensión volitiva, cognitiva y física de la depresión la mayoría se ubica en niveles moderados y leves.
- Respecto al consumo de alcohol entre hombres y mujeres, en ambos sexos se consume alcohol en categoría grave y en cuanto a edad, en ambos también consumen en categoría grave.

- En cuanto a la depresión los resultados muestran que en los hombres se siente más la depresión respecto a las mujeres y a los jóvenes les afecta más la depresión que a los adultos.
- En la relación entre el consumo de alcohol y la depresión se halló una asociación baja, negativa y no significativa, lo que indica que ambas variables están asociadas inversamente pero en muy baja magnitud, lo mismo ocurre a nivel de las dimensiones de la depresión.

5.5.Recomendaciones

- Desarrollar otras investigaciones similares, en otras poblaciones, para corroborar o precisar la relación entre el consumo de alcohol con la depresión y también con otras variables psicológicas como, la autoestima, la inteligencia emocional, la resiliencia, la personalidad, etc. de tal manera que se puedan obtener otros conocimientos sobre la asociación o vinculación entre dichas variables.
- Crear un plan de intervención en el Centro de salud de Luricocha- Huanta mediante consejerías o tratamiento a las personas que padecen de estrés en nivel grave, así como a todos los que consumen alcohol en nivel grave con la finalidad de evitar su deterioro y el agravamiento de sus males.
- Al haberse comprobado que la relación entre el consumo de alcohol y la depresión es baja y negativa es importante educar a las personas para que aprendan técnicas y desarrollen habilidades para no consumir alcohol y también aprendan a sobrellevar o sobreponerse a la depresión.

REFERENCIAS

- Alarcón, V. (2005) *Ansiedad, depresión y nivel socioeconómico y factores diversos asociados al estado nutricional*. UNMSM –Lima.
- Alarcón Reynaldo (2013), *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*, Editorial Universidad Ricardo Palma, Lima Perú.
- Alcedo, M (2014) Estudio sobre el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes del concejo de Oviedo. España.
- Aburto, A. (2015) *Causas y consecuencias del consumo de alcohol y marihuana en la juventud*. Universidad autónoma de Nicaragua.
- AMA (1980) American Medical Association. Manual on alcoholism. Chicago,
- Aramburú (2017) desarrollo una investigación sobre “Sentido de vida y consumo problemático de alcohol en alumnos de universidades privadas de Lima metropolitana. Recuperado de: http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/4762/Arambur%C3%BA_Umbert_Rafael.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Astoviza, M. (2003) el alcohol y sus consecuencias. Rev. Cubana Biomed, págs. 25-31
- Ato (2015) “El consumo de bebidas alcohólicas como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina de la universidad privada Antenor Orrego (UPAO) de Trujillo - 2014” Recuperado de. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1305/1/ATO_BRENDA_BEBIDAS_FACTOR_DEPRESI%C3%93N.pdf
- Audit (2011) Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Generalitat Valenciana. España.

- Barlow, D. (2001). *Psicología anormal: Un enfoque integral*, México Editorial Thompson.
- Brown, E. (1978). *Social Origins of Depression*. London, Tavistock Publications.
- Callahan, G. (2005) *Reinventing Depression. A History of the Treatment of Depression in Primary Care.*, Oxford University Press, New York.
- Carod, F. (2015) Depresión postictus (I). *Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo*. *Revista de neurología*, Research Gate.
- Castaño, A. (2014) Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Rev. Latino-Am.Enfermagem*. Fundación Universitaria Luis Amigó. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales Medellín, Colombia.
- Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO) Estudio de opinión sobre drogas en población urbana peruana -2017, recuperado de: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/362/3/CEDRO.Estudio%20OPI.2017.pdf>
- Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC 2017) Alcohol y Salud Pública en las Américas. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf
- CIE-10 (2006) *Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y del Comportamiento*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=8F5ACC1042FFA99E9B9D24C412439EF3?sequence=1
- Colqui, Ortega y Salas (2015) “Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla” Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2687-6255-1-PB.pdf>
- Ccorihuaman (2015) “Características del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de

la carrera profesional de Enfermería de la Universidad Andina del Cusco 2014”
Recuperado de:
http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/417/3/Milagros_Tesis_bachiller_2015.pdf

Chafetz, M. (1975) Alcoholism and alcoholic psychosis. En: Freedman, A. M., H. 1. Kaplan y B. J. Saddock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore.

DSM-IV (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. EEUU.

Durón, Rodríguez y Álvarez (2010) “Consumo de alcohol y depresión” Recuperado de:
<https://www.uaq.mx/investigacion/difusion/veranos/memorias-2007/DuronDominguez.pdf>

El Comercio 23 Set 2018, recuperado de: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/salud-tres-millones-personas-ano-mueren-excesivo-consumo-alcohol-noticia-560404>

Erazo, R (2012) Uso de guías clínicas en el manejo de los trastornos depresivos: un aporte a las decisiones terapéuticas habituales. *Revista Médica Clínica Las Condes*. España.

Espetia y Ccopa (2015) “Disfuncionalidad y violencia familiar en los pacientes atendidos por intoxicación alcohólica en el servicio de emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2014” Recuperado de:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2130/HSeshatv.pdf?sequence=1>

Farré, M. (2003) Drug addiction. *New England Journal of Medicine*, 349, 975-86.

Guía Práctica Clínica GPC (2006) *Guía Práctica Clínica de las Enfermedades de Salud Mental*. Ed. Navarra - España.

García, S. (2003) *Guía práctica clínica de los trastornos depresivos*. Ed. Compendio. Ars Médica. Barcelona.

- García, Acosta, García y Mercado (2014) desarrollaron una investigación denominada “Depresión, ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso” Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/308645637_Depresion_ansiedad_y_consumo_de_alcohol_en_estudiantes_universitarios_de_nuevo_ingreso
- González-González, Alejandro, Juárez García, Francisco, Solís Torres, Cuauhtémoc, González-Forteza, Catalina, Jiménez Tapia, Alberto, Medina-Mora, María Elena, Fernández-Varela Mejía, Héctor (2012) Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. Recuperado de: <http://alcoholinformate.org.mx/INVESTIGACION%20Depresion%20y%20consumo%20de%20alcohol%20y%20tabaco.pdf>
- Hernández, M (2016) Origen genético de la depresión. Ediciones Toray. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar (2006) "*Metodología de la Investigación*" Editorial Mc Graw Hill 4a Edición México.
- Jacobs (1999) Bebida y Tristeza; abuso de alcohol y depresión pueden ser una mezcla mortal. University of Florida Brain Institute.
- Kaplan H, (1995) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sixth Edition, Vol. 2. Editorial Williams & Wilkins.
- Lizarzabal, M (2017) *el alcoholismo a largo plazo*. Derechos Reservados Ed. HIGADOSANO, California.
- Londoño, Chica y Marín (2016) “Riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en personal de enfermería, de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de la ciudad de Medellín” Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1590/159051102005.pdf>

- Méndez, F. (2002). El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. España: ediciones pirámide.
- Moreno, J. (2009) *Asociación entre depresión y rendimiento académico*. Rev. Psicología. Universidad san Buenaventura Colombia.
- Ochoa, J (2017) La depresión aumenta en Ayacucho. Rev. Hospital Regional. DIRESA-Ayacucho.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2008) Alcohol y atención primaria de la salud. Biblioteca Sede OPS - catalogación en la fuente. Washington.
- Organización Médica Colegial de España (OMC- 2018)
<http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-alcohol-esta-detras-del-10-de-las-muertes-que-ocurren-en-espana>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2015). Situación regional del consumo de alcohol y la salud en las Américas. Washington, D.C. Recuperado:
http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/otrosSENASA/2016_Consumo_Alcohol_Chile.pdf
- OMS (1976). Organización Mundial de la Salud. Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra.
- Pérez, T. (2017) *Alcoholismo*, Ed. Calameo. Universidad de Santander.
- Rojas, E. (2006) Guía práctica contra la depresión – Apuntes Breves. II Ed. España.
- Skogen, Sivertsen, Lundervold, Morten, Jakobsen y Hysing (2015), ejecutaron una investigación sobre “Alcohol, drogas y salud mental en adolescentes” Recuperado de:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Alcohol,%20drogas%20y%20salud%20mental%20en%20adolescentes%20Jens%20Christoffer%20Skogen%20y%20otros%20Noruega.pdf>

- Soutullo, c. (2005) depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes. *Editorial: S.A. EUNSA. ED. Universidad De Navarra – España.*
- Sorly, F (2007) *Predisposición genética en el consumo de alcohol: el caso de la Alcohol Deshidrogenasa 1C.* Dep. Medicina Preventiva i Salut Pública, Ciències de l’Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal. Av. Blasco Ibáñez nº 15. 46010 València (España).
- Thompson, K. (2002). Depresión y discapacidad. Guia Practica. The North Carolina Office on Disability and Health. EEUU.
- Vargas, Del Castillo y Guzmán (2016) “Estrés, depresión y consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato de México: Diferencias por sexo y escuela.” Recuperado de: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/8386/8024>
- Zung (1965) Self-Rating Depression Scale, SDS.

ANEXOS Y APENDICES

Anexo 1: Matriz de consistencia

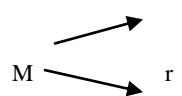
Anexo 2: Escala AUDIT de consumo de alcohol

Anexo 3: Inventario de depresión de Zung

Anexo 4: Base de datos de depresión y de consumo de alcohol

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	POBLACION Y MUESTRA
OBJETIVO GENERAL	PROBLEMA PRINCIPAL	HIPOTESIS PRINCIPAL	VARIABLES Y DIMENSIONES	POBLACION
¿Cuál es la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?	Determinar la relación que existe entre la depresión y consumo de alcohol en pacientes atendidos en el establecimiento de salud Luricocha - Huanta 2018.	Existe una alta relación entre la depresión y el consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.	X= Consumo de alcohol: Dimensiones: Consumo de riesgo, Dependencia, Consumo perjudicial Y= Depresión: Dimensiones; Afectiva, Volitiva, Cognitiva, Física.	La población estuvo constituida por todos los pacientes que se asisten al centro de salud de Luricocha de la provincia de Huanta del departamento de Ayacucho.
OBJETIVO SECUNDARIOS	PROBLEMA SECUNDARIOS	HIPOTESIS SECUNDARIAS	DEFINICIONES E INSTRUMENTOS	MUESTRA
a.¿Cuál es el nivel de depresión, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018? b.¿Cuál es el nivel de consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018? c.¿Cuál es la relación, entre la dimensión psicológica afectiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018? d.¿Cuál es la relación, entre la dimensión psicológica	a. Determinar los niveles de depresión, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018. b. Conocer los niveles de consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018. c. Establecer la relación, entre la dimensión psicológica afectiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018. d. Identificar la relación, entre la dimensión psicológica	a.El nivel de depresión, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es grave. b.El nivel de consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es grave. c.La relación, entre la dimensión psicológica afectiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.	Consumo de alcohol: “Ingesta de alcohol frecuente e inmotivado por parte de una persona, que le limita a desarrollar sus actividades de acuerdo a su rutina normal o programación establecida. Instrumento de medición: Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol. AUDIT Depresión: Es un trastorno que se caracteriza por que la persona presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades; experimenta cambios de apetito o peso, alteraciones del	La muestra fue de 70 pacientes de ambos sexos (54 hombres y 16 mujeres) que asistieron al centro de salud de Luricocha de ciudad de Huanta, 2018. Entre enero a Junio 2018 La técnica de muestreo fue aleatoria ya que se tomó la muestra e intencionada. DISEÑO METODOLOGICO Es una investigación cuantitativa, de nivel descriptivo y correlacional, de diseño no experimental. De tipo expostfacto y transversal.

<p>volitiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?</p> <p>e. ¿Cuál es la relación, entre la dimensión psicológica cognitiva de la depresión y el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?</p> <p>f. ¿Cuál es la relación, entre la dimensión física de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018?</p>	<p>volitiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.</p> <p>e. Conocer la relación, entre la dimensión psicológica cognitiva de la depresión y el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.</p> <p>f. Establecer la relación, entre la dimensión física de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018.</p>	<p>d. La relación, entre la dimensión psicológica volitiva de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.</p> <p>e. La relación, entre la dimensión psicológica cognitiva de la depresión y el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.</p> <p>f. La relación, entre la dimensión física de la depresión con el consumo de alcohol, en los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de Luricocha - Huanta 2018, es alta.</p>	<p>sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.</p> <p>Instrumento de medición:</p> <p>La Escala de Depresión de Zung.</p>	<p>O X</p>  <p>Y</p> <p>Dónde:</p> <p>M = Muestra.</p> <p>O = Observación.</p> <p>x = Habilidades Sociales.</p> <p>y = Depresión.</p> <p>r = Relación entre variables.</p>
---	--	---	--	---

Anexo 2 Test AUDIT

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN COMUNIDADES ALTOANDINAS	
<p>[LEA LAS PREGUNTAS TAL COMO ESTÁN ESCRITAS. CODIFIQUE EN TÉRMINOS DE (BEBIDA ESTANDARD). ANOTE LAS RESPUESTAS CUIDADOSAMENTE EN EL CUADRO DE LA DERECHA. [COMIENZE EL AUDIT DICIENDO].</p> <p>...Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de las bebidas y su manera de consumirla. En este último año, ¿qué es lo que toma (o brinda, bebe...) cuando se reúne con sus compadres, amigos o en las faenas?, por ej., cerveza.....□ caña.....□ trago.....□ sidra.....□ licor.....□ chicha.....□ otra (especifique).....□ [usar ejemplos mencionados por el entrevistado en las preguntas sucesivas].</p> <p>[CALCULAR LA BEBIDA ESTANDARD (BEB. ESTD.).....]</p>	
<p>1.- Por lo general ¿cuántas veces tomas (...).....?</p> <p>(0) Nunca (pase a la pregunta 9 y 10) (1) Una o menos veces al mes (2) 2, 3 o 4 veces por mes (3) 2 a 3 veces por semana (4) Todos los días, casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6.-En este último año, ¿cuántas veces después de haber tomado (...) mucho has curado la cabeza?</p> <p>(0) Nunca (pase a la pregunta 9 y 10) (1) Solo en las fiestas o compromisos [ver preg. #3] (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días, casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. A-¿Cuántas [BEB. ESTD., MOSTRAR PANEL 6]..... tomas (...) en un día de fiesta o de compromiso?</p> <p>(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7,8 o 9 (4) 10 a más</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7.- En este último año, ¿cuántas veces te has sentido (como arrepentido o has tenido sentimientos de culpa) después de haber tomado (...)?</p> <p>(0) Nunca (1) Solo en fiestas o compromisos [ver preg. #3] (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días , casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. B-¿Cuántas [BEB. ESTD., MOSTRAR PANEL 6]..... tomas (...) en un día cualquiera?</p> <p>(0) 0 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7,8 o 9 (4) 10 a más</p> <p>[USAR ESTE PUNTAJE EN PUNTAJE FINAL]</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>8.-En este último año, ¿te ha ocurrido que después de haber tomado (...) no recordaste lo que hiciste cuando estabas borracho?</p> <p>(0) Nunca (1) Solo en fiestas o compromisos (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días, casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3.-¿Cuántas veces has tomado (...) 6 o más [BEB. ESTD] en un solo día?</p> <p>(0) Nunca (1) Solo en las fiestas o compromisos [CONFIRMAR QUE SEA EN PROMEDIO MENOS DE UNA VEZ AL MES] (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días ,casi todos los días</p> <p>[PASE A LAS PREGUNTAS 9 Y 10 SI LA SUMA TOTAL DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3 = 0]</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>9-Cuando has tomado (...), ¿has tenido algún accidente, te has peleado o has pegado a alguien?</p> <p>(0) Nunca (2) Si, pero hace mucho (no en el último año) (4) Si, en este último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4.-En este último año, cuando has tomado (...) ¿has querido seguir tomando todo el día o no pudiste dejar de tomar (...)?</p> <p>(0) Nunca (1) Sólo en fiestas y compromisos (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días/ casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10.- ¿Alguien (familia, amigos, vecinos, personal de salud o alguien del pueblo) te ha dicho que ya no tomes (...)?</p> <p>(0) Nunca (2) Si, pero hace mucho (no en el último año) (4) Si, en este último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5.- En este último año, ¿cuántas veces por haber tomado (...) no has cumplido con tu trabajo o con tus responsabilidades?</p> <p>(0) Nunca (1) Solo en fiestas o compromisos (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días/casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>SUMAR LOS DIEZ ITEM Y ANOTAR LA PUNTUACIÓN FINAL AQUÍ.</p>

Anexo 03 Escala de depresión de Zung

ESTABLECIMIENTO

No.

TEST DE ZUNG

A continuación encontrará veinte preguntas a las que se responde marcando una **X** en uno de los números que se encuentran al frente de cada pregunta.

Si Ud. marca el número **1** significa que casi nunca le sucede lo que describe la pregunta; si es el número **2** que le sucede algunas veces; cuando se decida por el número **3**, significa que lo que se pregunta le sucede con frecuencia y, por último, el número **4** quiere decir que casi siempre se siente o le sucede aquello que se está preguntando.

En este cuestionario, no hay respuestas buenas ni malas, responda con sinceridad y no piense demasiado sus respuestas.

1)	¿Se siente triste y decaído?	1	2	3	4
2)	¿Por las mañanas se siente mejor que por las tardes?	1	2	3	4
3)	¿Tiene ganas de llorar y a veces llora?	1	2	3	4
4)	¿Le cuesta mucho dormir por la noche o duerme mal por las noches?	1	2	3	4
5)	¿Come igual que antes?	1	2	3	4
6)	¿Todavía se siente atraído por el sexo?	1	2	3	4
7)	¿Nota que está adelgazando?	1	2	3	4
8)	¿Tiene Ud. dificultades para dar del cuerpo?	1	2	3	4
9)	¿Su corazón late más rápidamente que antes?	1	2	3	4
10)	¿Se cansa por cualquier cosa?	1	2	3	4
11)	¿Su mente está tan despejada como siempre?	1	2	3	4
12)	¿Hace las cosas con la misma facilidad que antes?	1	2	3	4
13)	¿Se siente inquieto y no puede mantenerse tranquilo?	1	2	3	4
14)	¿Tiene confianza en el futuro?	1	2	3	4
15)	¿Está más irritable que de costumbre?	1	2	3	4
16)	¿Encuentra fácil tomar decisiones?	1	2	3	4
17)	¿Siente que es útil y necesario?	1	2	3	4
18)	¿Encuentra agradable vivir?	1	2	3	4
19)	¿Cree que sería mejor para los demás si estuviera muerto?	1	2	3	4
20)	¿Disfruta de las mismas actividades de antes?	1	2	3	4

Anexo 04 Base de Datos de Depresión y Consumo de Alcohol

N°	EDAD	SEXO	DIMENSIONES DE LA DEPRESION								VARIABLES			
			AFECTIVO	Niveles	VOLITIVO	Niveles	COGNITIVO	Niveles	FISICO	Niveles	DEPRESION	Niveles	CONSUMO DE ALCOHOL	Niveles
1	24	H	12	Moderado	13	Moderado	15	Moderado	13	Moderado	53	Moderada	34	Grave
2	24	H	17	Grave	7	Leve	10	Leve	9	Leve	43	Leve	36	Grave
3	28	H	17	Grave	7	Leve	5	No depresión	17	Grave	46	Moderada	34	Grave
4	28	F	7	Leve	13	Moderado	10	Leve	13	Moderado	43	Leve	31	Grave
5	52	H	10	Leve	9	Leve	7	Leve	7	Leve	33	Leve	34	Grave
6	56	H	12	Moderado	8	Leve	6	Leve	13	Moderado	39	Leve	35	Grave
7	41	H	5	No depresión	6	Leve	6	Leve	7	Leve	24	No depresión	35	Grave
8	48	H	16	Grave	12	Moderado	11	Moderado	17	Grave	56	Moderada	37	Grave
9	40	H	11	Moderado	5	No depresión	5	No depresión	10	Leve	31	Leve	34	Grave
10	29	F	17	Grave	11	Moderado	5	No depresión	17	Grave	50	Moderada	34	Grave
11	29	F	15	Moderado	8	Leve	12	Moderado	13	Moderado	48	Moderada	34	Grave
12	35	H	17	Grave	11	Moderado	8	Leve	17	Grave	53	Moderada	34	Grave
13	32	H	12	Moderado	9	Leve	8	Leve	11	Moderado	40	Leve	33	Grave
14	19	H	15	Moderado	12	Moderado	10	Leve	19	Grave	56	Moderada	34	Grave
15	25	F	17	Grave	7	Leve	12	Moderado	17	Grave	53	Moderada	34	Grave
16	27	H	17	Grave	7	Leve	13	Moderado	17	Grave	54	Moderada	34	Grave
17	16	H	16	Grave	11	Moderado	12	Moderado	12	Moderado	51	Moderada	35	Grave
18	56	F	16	Grave	6	Leve	8	Leve	11	Moderado	41	Leve	32	Grave
19	32	F	12	Moderado	12	Moderado	12	Moderado	17	Grave	53	Moderada	34	Grave
20	37	H	12	Moderado	12	Moderado	12	Moderado	17	Grave	53	Moderada	33	Grave
21	20	H	15	Moderado	9	Leve	12	Moderado	17	Grave	53	Moderada	34	Grave
22	38	H	17	Grave	12	Moderado	10	Leve	17	Grave	56	Moderada	31	Grave
23	48	H	17	Grave	12	Moderado	11	Moderado	17	Grave	57	Grave	33	Grave
24	45	H	12	Moderado	9	Leve	8	Leve	11	Moderado	40	Leve	33	Grave
25	41	H	14	Moderado	11	Moderado	13	Moderado	17	Grave	55	Moderada	31	Grave
26	45	H	16	Grave	12	Moderado	14	Moderado	16	Grave	58	Grave	33	Grave
27	44	H	12	Moderado	9	Leve	8	Leve	11	Moderado	40	Leve	34	Grave
28	83	H	10	Leve	7	Leve	8	Leve	11	Moderado	36	Leve	32	Grave
29	12	F	12	Moderado	11	Moderado	16	Grave	10	Leve	49	Moderada	33	Grave
30	46	H	14	Moderado	11	Moderado	13	Moderado	17	Grave	55	Moderada	35	Grave
31	29	H	16	Grave	12	Moderado	10	Leve	17	Grave	55	Moderada	28	Grave
32	43	H	13	Moderado	11	Moderado	16	Grave	17	Grave	57	Moderada	34	Grave
33	34	H	16	Grave	12	Moderado	13	Moderado	17	Grave	58	Moderada	31	Grave
34	68	H	16	Grave	12	Moderado	13	Moderado	17	Grave	58	Moderada	36	Grave
35	27	F	16	Grave	11	Moderado	13	Moderado	17	Grave	57	Moderada	32	Grave
36	41	F	14	Moderado	15	Moderado	14	Moderado	17	Grave	60	Grave	32	Grave
37	21	H	14	Moderado	15	Moderado	14	Moderado	17	Grave	60	Grave	34	Grave
38	16	F	17	Grave	13	Moderado	14	Moderado	17	Grave	61	Grave	15	Moderado
39	22	H	9	Leve	13	Moderado	14	Moderado	11	Moderado	47	Moderada	29	Grave
40	30	H	13	Moderado	7	Leve	10	Leve	10	Leve	40	Leve	32	Grave
41	54	H	15	Moderado	8	Leve	9	Leve	12	Moderado	44	Leve	35	Grave
42	48	H	17	Grave	4	No depresión	6	Leve	17	Grave	44	Leve	35	Grave
43	53	F	16	Grave	9	Leve	8	Leve	17	Grave	50	Moderada	34	Grave
44	48	H	15	Moderado	10	Leve	14	Moderado	17	Grave	56	Moderada	33	Grave
45	36	H	16	Grave	12	Moderado	11	Moderado	13	Moderado	52	Moderada	32	Grave
46	14	F	18	Grave	8	Leve	9	Leve	17	Grave	52	Moderada	25	Grave
47	33	H	16	Grave	11	Moderado	12	Moderado	17	Grave	56	Moderada	32	Grave
48	21	H	16	Grave	12	Moderado	13	Moderado	17	Grave	58	Moderada	34	Grave
49	24	H	16	Grave	11	Moderado	10	Leve	17	Grave	54	Moderada	31	Grave
50	34	H	12	Moderado	13	Moderado	15	Moderado	11	Moderado	51	Moderada	35	Grave
51	29	H	16	Grave	12	Moderado	12	Moderado	17	Grave	57	Moderada	34	Grave
52	40	F	14	Leve	7	Leve	8	Leve	11	Moderado	40	Leve	32	Grave
53	32	H	11	Moderado	15	Moderado	16	Grave	17	Grave	59	Moderada	28	Grave
54	38	H	12	Moderado	13	Moderado	16	Grave	14	Moderado	55	Moderada	32	Grave
55	51	H	14	Moderado	12	Moderado	12	Moderado	12	Moderado	50	Moderada	30	Grave
56	40	F	14	Moderado	15	Moderado	14	Moderado	13	Moderado	56	Moderada	33	Grave
57	46	H	18	Grave	18	Grave	17	Grave	20	Grave	73	Grave	31	Grave
58	29	H	17	Grave	19	Grave	20	Grave	17	Grave	73	Grave	27	Grave
59	34	H	17	Grave	17	Grave	17	Grave	17	Grave	68	Grave	33	Grave
60	42	H	18	Grave	18	Grave	16	Grave	17	Grave	69	Grave	31	Grave
61	35	F	14	Moderado	16	Grave	19	Grave	13	Moderado	62	Grave	31	Grave
62	51	H	16	Grave	19	Grave	17	Grave	17	Grave	69	Grave	36	Grave
63	32	H	17	Grave	16	Grave	18	Grave	18	Grave	69	Grave	25	Grave
64	46	H	18	Grave	20	Grave	18	Grave	17	Grave	73	Grave	37	Grave
65	26	H	17	Grave	17	Grave	17	Grave	17	Grave	68	Grave	35	Grave
66	50	H	9	Leve	12	Moderado	12	Moderado	12	Moderado	45	Moderada	36	Grave
67	57	H	10	Leve	11	Moderado	13	Moderado	10	Leve	44	Leve	37	Grave
68	43	H	18	Grave	14	Moderado	16	Grave	14	Moderado	62	Grave	33	Grave
69	40	H	10	Leve	15	Moderado	14	Moderado	12	Moderado	51	Moderada	34	Grave
70	41	F	16	Grave	12	Moderado	10	Leve	12	Moderado	50	Moderada	40	Grave