



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Depresión y Consumo de Alcohol en Mujeres:
Comorbilidad, Prevalencia y Factores Asociados**

D^a M^a Asunción de Pablos Vicente

2018



Depresión y consumo de alcohol en mujeres: comorbilidad, prevalencia y factores asociados

Vguku'r ctc"qr wt"cnf tcf q'f g'F qevqt

Rt gugpvcf c'r qt<

O ß'Cuwpek»p"f g'Rcdmqu'Xlegpvq

F kki kf c'r qt<

Rtqh0F tc0F° c0O ßF qmqtgu'R² tgl 'Eª tegmu

Rtqh0F t0F 0Gf wctf q'Le xkg t'Quwpc'Ecttkm/Crdqtpq|

WP K>URF CF 'F G'O WTEK

Guewgr"Kvgtpeklqpcnf g'F qevqtcf q

O wtek. 423:

C"o k'j gto cpq"Hgtpcpf q

c"o ku'r cf tgu'r qt "uw'cr q { q'kpeqpf lekqpcn' { "eqpuwcpvg

c"o k'j gto cpq"Xlegpv" { "hco krc'r qt "uw^a plo q" { i tcp c { wf c0

c'Ecto gp'Dgto Af gl "O ct"p'r qt "uw^a plo q" g'kpguwo cdng" c { wf c"v² eplec0

AGRADECIMIENTOS

S wukgtc gzt tgucl' b k'ci tcf geko kpvq'c'rc'f k'geekp'f'g'guc'Vguku'F qevqtcn<

C'rc'Ecvgt' t^a vkc'f'g'O gf kelpc'Ngi'cn'{"Hqt'gpug'F' t0'F'° c0'O β'F qmqtgu'R² tgl' 'E^a tegru.'ukp
ew{q'guhwt| q'{"f'gf'kecelp'pq'j' vdkgtc'ukf'q'r'qukdrg'rc'tgcrk'celp'f'g'guc'vcdclq0

Cn'Ecvgt' t^a vkc'f'g'O gf kelpc'Ngi'cn'{"Hqt'gpug'F' t0'F'0'Gf'wctf'q'Lexkgt'Quwpc'Ecttkm/ /
Crdqtpq| "r'qt"uw'guhwt| q.'f'gf'kecelp'{"rdqt'hqto'c'kxc'f'wcpvg'rc'tgcrk'celp'f'g'guc'vcdclq0

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Gr'vtcuvtppq"r qt"equpuwo q"gzegukxq"f g"creqj qn'vkgpg"wp*c* i tcp"tgrgxcpekc" {c"s wg"ug"cuqek" c"wp*c*"grgxcfc"o qtdko qtvrkf cf 0 Nqu"hcvtgu"uqekq/ r ukekq/ewmwrcrgu"tgrckqpcf qu"eqp" gn"i 2 pgtq" kphw{ gp" f g" o cpgtc" vtuegpf gpvg" gp" m*u* r cvtqpgu" f g"equpuwo q" f g"creqj qn 0 Nc"eqo qtdkrf cf "gpvtg"gnequpuwo q"gzegukxq" f g"creqj qn { m*u*"vtcuvtppqu" f grtgukxqu gu gur gekm gpvg r tggewr cpvg" gpvtg" r cekpvgu" f g"i 2 pgtq hgo gpkpq0

OBJETIVOS: General: Eqpqegt"gp"gn"o dksq" f g" Cvpekp" Rtko ctk" f g"ucnw" r*c* r tgrgxcpekc" f g"vtcuvtppq f grtgukxq" gp" gn"o qo gpvq"cewcn" { "c"m" rti q" f g" r*c*" xkf c" gp o wltgu" { "uw" tgrckp" eqp" r*c*" r tgrgxcpekc" f g" equpuwo q" f g" creqj qn 0 **Específicos:** 30 Cprk ct r*c*" r tgrgxcpekc" f g f grtgukxq" gp" gn"o qo gpvq" f gn'guwf kq" { "c"m" rti q" f g" r*c*" xkf c. cu"eqo q" m*u*"hcvtgu" f g" tkgui q" cuqekcf qu 0 Emu" hct" c" r*c*" u"o wltgu" ugi Àp" gn'equpuwo q" f g creqj qn 0 Guwf kct" r*c*" cuqekcep" gpvtg" r*c*" r tgrgpekc" f g"vtcuvtppqu" f grtgukxqu" { "gn"i tcf q" f g equpuwo q" f g" creqj qn 0 J cmct" m*u*"hcvtgu" f g" tkgui q" r tpekr crgu" s wg" ug" cuqekcp eqp gn equpuwo q" f g" tkgui q. "q"cdwuq lf gr gpf gpek" cn'creqj qn" cu"eqo q" eqp" r*c*" f grtgukxq" gp" gn o qo gpvq"cewcn { lq" c"m" rti q" f g" r*c*" xkf c 0 Eqpqegt" r*c*" eqo qtdkrf cf "gpvtg" f grtgukxq" { equpuwo q" f g" creqj qn 0

MATERIAL Y MÉTODO: Ug" j c" tgrk cf q" wp guwf kq" f guetk vxq qdugt xcekqpcn vtcpuxgtucn" { "r tqr gevqxq 0 Nc"o wguvc" hpcn' guwxq" eqo r wguvc" r qt" 478 o wltgu cf wncu" s wg" equpuwactq" gp" Cvpekp" Rtko ctk0

Gr' o 2 vqf q" r ctc" r*c*" tgeqi kf c" f g" f cvqu" hwg" r*c*" gpewguvc. " f qpf g" ug kpenw{ gp < 30 Xctkdrgu" uqekqf go qi t^a h*c*cu. "40 Xctkdrgu" tgrckqpcf cu" eqp" equpuwo q" f g" » zlequ< r cvt » p f g" equpuwo q" f g" creqj qn " h*c*gewpekc" { "ecpvkf cf" f g" equpuwo q" f g" creqj qn " E wguvkqpc tkq Eci g" *etkdcf q" f gn' equpuwo q" f g" tkgui q" f g" creqj qn" q" cdwuq lf gr gpf gpek+. Etkgtkqu f kci p » ulequ" f gn' u" pftqo g" f g" f gr gpf gpek" creqj » r*c*eq *F UO / X+." 50 Xctkdrgu tgrckqpcf cu" eqp" r cvqmj ¶c" f grtgukxq < F K" KKT * f kci p » uleq" f g" f grtgukxq" p" c"m" rti q" f g r*c*" xkf c+. { Guec*r* f g Dgem * xcrqtcekp ewcpkcvkxc f g r*c*" r tgrgpekc" f g" f grtgukxq" p+ 0 Gn cp^a r*k*uku" guvcf ¶ i uleq" ug" tgrk » " o gf kcpvg" r cs wgv" URUU" 460 " eqp" cp^a r*k*uku wpxctkcpvg. dxctkcpvg. { "o wnxctkcpvg0

RESULTADOS: La edad media de la muestra fue de 41 años (DE: 11,69, rango: 18-65 años). El 11,7% de las mujeres consumen 20 gramos al día o más (consumo de riesgo). Un 16% contestó afirmativamente a alguna de las preguntas del CAGE. El consumo de otras drogas distintas del alcohol constituye el principal factor de riesgo asociado al consumo de alcohol (asociado al consumo de riesgo con OR=23,43 [IC 95%: 3,33-164,54] y al abuso/dependencia con OR=35,21 [IC 95%: 6,201-199,936]). Otros factores asociados al consumo de alcohol son no convivir en pareja (p=0,02), el desempleo (p=0,043) y el consumo de medicación para la depresión (p=0,031).

La prevalencia de depresión en el momento del estudio fue del 38,67% y la de depresión a lo largo de la vida el 25,39%. En el análisis de regresión logística el principal factor asociado a la depresión en el momento actual fue el diagnóstico de dependencia al alcohol con una OR de 5,6 [IC 95%: 1,170-27,741]. Otros factores asociados fueron la edad de comienzo de consumo de alcohol (OR= 1,95) [IC 95%: 1,139- 3,339], el diagnóstico de depresión a lo largo de la vida (OR= 1,9) [IC 95%: 1,065- 3,416] y no convivir con pareja (OR= 1,7) [IC 95%: 1,001- 2,913].

Existe una asociación significativa entre la media de consumo de gramos de alcohol/día y la gravedad de la depresión (p=0,002). De las 256 mujeres incluidas en el estudio, 99 (38,7%) presentaban depresión en el momento del estudio (Beck 17); 30 (11,7%) eran consumidoras de riesgo (20 gramos alcohol/día) y 14 (5,5%) presentaban ambos diagnósticos (depresión y consumo de riesgo).

CONCLUSIONES: 1. El 11,7% de las mujeres presenta un consumo de riesgo de alcohol, el 9,8% abuso/dependencia y un 5,5% dependencia 2. El patrón de consumo de alcohol de riesgo y/o dependencia se realiza mayoritariamente en casa y/o fiestas y con una media de consumo de alcohol/día en el último mes superior a 50 g. Estos patrones de consumo de alcohol se encuentran significativamente asociados al consumo de otras drogas, constatándose un porcentaje significativamente superior entre mujeres de nacionalidad distinta a la española, sin pareja y laboralmente inactivas. 3. La prevalencia de depresión en el momento del estudio fue del 38,67% y el 25,39% presentaron un episodio depresivo a lo largo de su vida. 4. La media de duración del episodio depresivo ha sido de 25 meses, siendo la prescripción de benzodiazepinas el tratamiento de elección y el 4,2% no recibieron tratamiento médico ni consultaron con ningún profesional sanitario. 5. El nivel de depresión se asocia significativa y

positivamente con los gramos de alcohol consumidos al día. 6. El consumo de otras drogas constituye el principal factor de riesgo asociado al consumo de alcohol, tanto en el consumo de riesgo (CAGE 1), como en el abuso/dependencia (CAGE 2). Ser inmigrante y el consumo de medicación para la depresión son también factores de riesgo para el abuso/dependencia de alcohol. 7. El diagnóstico de depresión actual se asocia al padecimiento de un episodio previo de depresión, así como a variables relacionadas con patrones de consumo de alcohol (diagnóstico de dependencia al alcohol, edad tardía de inicio del consumo y no convivir en pareja). 8. La comorbilidad entre depresión y diferentes estadios de consumo de alcohol se encuentra entre el 3,5 y el 6,6%. 9. El consumo elevado de alcohol y la depresión presentan una elevada prevalencia, comorbilidad y morbimortalidad. Las medidas de prevención selectiva, dirigidas a mujeres con elevada probabilidad de incurrir en situaciones de riesgo de consumo de alcohol y/o depresión, así como las actuaciones de prevención indicada, dirigidas a las mujeres ya identificadas como sujetos de riesgo, deben ser objetivos prioritarios en Atención primaria de Salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Disorder of Excessive Alcohol Consumption is very relevant because of its association with a high comorbidity and mortality. The socio-psycho-cultural factors related to gender influence in a decisive manner the patterns of alcohol consumption. The comorbidity between excessive alcohol consumption and the depressive disorders is particularly worrisome among female patients.

OBJECTIVES: General: To know in the context of Primary Health Care the Point Prevalence and the Life Prevalence of Depressive Disorder in women and its relation with the Prevalence of alcohol consumption. **Specifics:** 1. Analyze the prevalence of depression at the time of the study and along the life of the subjects and the risk factors associated. Classify the women according to alcohol consumption. To study the association between the presence of depressive disorders and the degree of alcohol consumption. To find out the main risk factors associated with alcohol risk consumption or abuse/dependence of alcohol as well as with depression in the actual moment or along the life. To find out the comorbidity between depression and alcohol consumption.

MATERIAL AND METHOD: We carried out a descriptive observational study: transversal and prospective. The final sample consisted of 256 adult women consulting in Primary Health Care. The method for data collection was the interview, this interview included: 1. Sociodemographic variables, 2. Variables related with drugs consumption : alcohol consumption pattern, frequency and amount of alcohol intake, Cage Cuestionary (short out of alcohol consumption risk and alcohol abuse/dependency), diagnostic criteria for alcohol dependency syndrome (DSM-V), 3. Variables related to depressive pathology: DIS-III-R (diagnosis of depression along the whole life), and Beck Scale (quantitative evaluation of the presence of depression). The statistical analysis was performed using the SPSS 24.0 program comprehending univariate analysis, bivariate analysis, and multivariate.

RESULTS: The sample mean age was of 41 years (SD: 11, 69, range: 18-65 years). The 11,7% of the women ingested 20 grams per day or more (risk consumption). 16% answered affirmatively to some of CAGE questions. The consumptions of other drugs different from alcohol was the main risk factor associated with alcohol consumption (associated to risk consumption with an OR=23,43 [IC 95%: 3,33-164,54] and to abuse/dependency with an OR=35,21 [IC 95%: 6,201-199,936]). Other factors associated to alcohol consumption were: living without partner ($p=0,02$), unemployment ($p=0,043$), consumption of antidepressant medication ($p=0,031$).

The prevalence of depression in the moment of the study was 38,67% and the life time prevalence 25,39%. In the logistic regression analysis the main factor associated with depression in the present moment was the diagnosis of alcohol dependency with an OR of 5, 6 [CI 95%: 1,170-27,741]. Other factors associated were the age of initiation of alcohol consumption (OR= 1,95) [CI 95%: 1,139- 3,339], the diagnosis of depression along the life time (OR= 1,9) [CI 95%: 1,065- 3,416] and living without partner (OR= 1,7) [CI 95%: 1,001- 2,913].

There is a significant association between the mean daily alcohol consumption in grams and the severity of the depression ($p=0,002$). Out of the 256 women included in the study, 99 (38,7%) had a depression in the moment of the study (Beck 17); 30 (11,7%) were consumers of risk (20 grams of alcohol/day) and 14 (5,5%) had both diagnoses (depression and risk consumption).

CONCLUSIONS: 1. The 11, 7% of the women have alcohol consumption at the risk level, 9,8% had abuse/dependence and 5,5% dependence 2. The pattern of alcohol consumption at the risk level and /or alcohol dependence occurs mainly at home and /or celebrations with a daily mean of alcohol consumption during the last month higher than 50 g. These patterns of alcohol consumption are significantly associated with the consumption of other drugs and found in a significantly higher percentage among women of nationalities other than Spaniard, without partner or unemployed.3. The prevalence of depression at the time of the study was 38, 67% and the 25,39% had a depressive episode along their lives.4. The mean duration of the depressive episode was 25 months and benzodiazepine was the treatment of choice ;4,2% of the women did not receive" any kind of medical treatment nor consulted any kind of health professional.5. The level of depression was associated in a positive and significant fashion with the grams of alcohol ingested daily.6. The use of other drugs is the main risk factor associated to alcohol consumption, both for risk consumption (CAGE 1) and for abuse/dependency (CAGE 2). The fact of been immigrant and of been taken antidepressant medication are also risk factors for the abuse/dependency of alcohol.7. The diagnosis of depression at the time of the study is associated with the suffering of a previous depressive episode. It is also associated with variables related to alcohol consumption patterns (diagnosis of alcohol dependence, late age of consume initiation and not living with a partner).8. The comorbidity between depression and the different stages of alcohol consumption varies between 3, 5% and 6,6%.9.The high consumption of alcohol and depression show a high prevalence, comorbidity and morbi mortality. For this reason the measures of selective prevention directed towards those women with a high probability of falling into risk situations of alcohol consumption and /or depression , as well as those strategies of prevention directed towards the already identified subjects at risk must be priority objectives in Primary Health Care.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1 EL ALCOHOL	2
1.1 Patrones de consumo de alcohol	6
1.2 Evolución del consumo de alcohol a lo largo de la vida.....	9
1.3 Concepto de grado alcohólico	10
1.4 Tipología de bebedores	10
1.5 Métodos diagnósticos de consumo de alcohol en Atención Primaria.....	12
1.5.1 Uso de Cuestionarios	12
1.5.2 Consumo autodeclarado.....	13
1.5.3 Criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias	14
1.5.4 Marcadores indirectos.....	16
1.6 Prevención desde Atención Primaria	18
1.6.1 Prevención primaria.....	18
1.6.2 Prevención secundaria	19
1.6.3 Técnicas de consejo breve	19
1.6.4 Prevención comunitaria	20
2 ALCOHOL Y GÉNERO.....	23
2.1 Causas del alcoholismo femenino	26
2.2 Diferencias de género en la prevalencia de conductas relacionadas con el alcohol y problemas médicos	29
2.3 Los grupos de autoayuda. Alcohólicos anónimos.....	30
3 LA DEPRESIÓN.....	34
3.1 Forma inicial de presentación y sospecha.....	35
3.2 Diferentes tipos de depresión	36
3.3 Factores de riesgo de la depresión relacionados con variables sociodemográficas.....	37
3.3.1 Sexo	37
3.3.2 Edad	38
3.3.3 Estado civil	38
3.3.4 Otras variables	38
3.4 Otros factores de riesgo de la depresión	38
3.5 Coexistencia de depresión y otras enfermedades.....	41

3.6	Tratamiento	42
3.6.1	Primero: Establecer la gravedad.....	42
3.6.2	Segundo: Establecer un diagnóstico preciso	42
3.6.3	Tercero: Elección de psicofármacos.....	42
3.6.4	Cuarto: Elección de asesoramiento e intervención psicoeducativa. Psicoterapia.....	44
3.7	Comorbilidad psicopatológica	46
4	LA DEPRESIÓN EN LA MUJER.....	49
4.1	Incertidumbre y cambio de valores en la sociedad actual.....	50
4.2	Principales causas de depresión en las mujeres	52
4.2.1	La genética	52
4.2.2	Las sustancias químicas y las hormonas	52
4.2.3	El Estrés.....	53
4.3	Mecanismos para afrontar la depresión.....	56
4.4	Depresión y actividad laboral.....	56
5	LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y LA DEPRESIÓN	59
5.1	Factores genéticos en la dependencia al alcohol y la depresión	59
5.2	Comorbilidad depresión-consumo de riesgo de alcohol	60
5.2.1	La dirección de causalidad.....	63
5.2.2	Explicaciones de la unión causal entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor	64
5.2.3	Implicaciones clínicas y de salud pública.....	66
	JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	67
1	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	68
2	OBJETIVOS.....	69
2.1	Objetivo general	69
2.2	Objetivos específicos	69

MATERIAL Y MÉTODO	70
1 DISEÑO DEL ESTUDIO	71
1.1 Tipo de estudio.....	71
1.2 Sujetos del estudio	71
1.2.1 Población de referencia.....	71
1.2.2 Técnica de muestreo y selección	72
1.2.3 Tamaño muestral	72
1.3 Selección y definición de las variables a estudio	72
1.3.1 Variables independientes	73
1.3.2 Variables de resultado o dependientes.....	75
2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	85
2.1 Análisis univariante o distribución simple de frecuencias.....	85
2.2 Análisis bivariante o asociación entre variables	85
2.3 Análisis diferencias medias.....	86
2.4 Correlación de Pearson	86
2.5 Análisis multivariante	86
2.6 Análisis discriminante.....	86
3 CUMPLIMIENTO DE NORMAS ÉTICAS Y LEGALES	87
RESULTADOS	88
1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA	89
2 VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL.....	91
2.1 Cuestionario CAGE	94
2.2 Criterios diagnósticos del síndrome de dependencia alcohólico según la <i>American Psychiatric Association (DSM-V)</i>	95
2.3 Cantidad de alcohol consumida	96
3 VARIABLES RELACIONADAS CON CONSUMO DE OTRAS DROGAS.....	96
4 VARIABLES RELACIONADAS CON PATOLOGÍA DEPRESIVA	97
4.1 Cuestionario Beck	98
4.2 Cuestionario DIS III R trastorno depresivo	99

5	CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES SEGÚN EL CONSUMO DE ALCOHOL.....	102
5.1	Asociación entre las características sociodemográficas y el consumo de riesgo de alcohol (20 g/día).....	102
5.2	Asociación de las características sociodemográficas de las mujeres con el cuestionario CAGE	104
5.3	Diferencias de medias entre la edad de inicio del consumo de alcohol y el grado de consumo	116
5.4	Diferencias de media entre el consumo de alcohol (g/día) y diagnóstico de consumo de riesgo-abuso/dependencia	116
6	CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON TRASTORNO DEPRESIVO	117
7	DIFERENCIAS DE MEDIAS DE LA EDAD; LA EDAD DE COMIENZO DE CONSUMO Y CONSUMO DE ALCOHOL (GRAMOS/DÍA) SEGÚN LA CUARTA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO CAGE.....	120
8	DIFERENCIAS DE MEDIAS DE LA EDAD; LA EDAD DE COMIENZO DE CONSUMO Y CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDA (GRAMOS/DÍA) SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE RIESGO MEDIANTE EL CUESTIONARIO CAGE (1)	120
9	ASOCIACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN SEGÚN EL CUESTIONARIO BECK Y EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA SEGÚN CRITERIOS DEL DSM-V	121
10	ANÁLISIS DE CORRELACIONES ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN	123
11	ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE RIESGO (CAGE 1)	124
11.1	Análisis de regresión logística univariante	124
11.2	Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados al consumo de riesgo.....	126
12	ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS AL ABUSO/DEPENDENCIA (CAGE 2)	128
12.1	Análisis de regresión logística univariante de factores asociados al abuso/dependencia (CAGE 2).....	128
12.2	Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados al abuso/dependencia (CAGE 2).....	130

13 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL MOMENTO ACTUAL.....	132
13.1 Análisis de regresión logística univariante de factores asociados a la depresión en el momento actual.....	132
13.2 Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados a la depresión en el momento actual.....	135
14 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN A LO LARGO DE LA VIDA	137
14.1 Análisis de regresión logística univariante de factores asociados a la depresión a lo largo de la vida.....	137
15 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL DIAGNOSTICADA MEDIANTE LOS CRITERIOS DSM-V	139
15.1 Análisis de regresión logística univariante de factores asociados a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V.....	139
15.2 Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V.....	141
16 DISTRIBUCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y LA DEPRESIÓN Y SU COMORBILIDAD	143
16.1 Distribución de la depresión (Beck) y consumo de riesgo (20gr alcohol/día) y su comorbilidad.....	143
16.2 Distribución de la depresión (Beck) y dependencia al alcohol (CAGE) y su comorbilidad.....	143
16.3 Distribución de la depresión (Beck) y dependencia al alcohol (DSM-V) y su comorbilidad.....	144
17 ANÁLISIS DISCRIMINANTE	145
DISCUSIÓN.....	148
CONCLUSIONES	174
BIBLIOGRAFÍA	177

INTRODUCCIÓN

1 EL ALCOHOL

El consumo perjudicial de alcohol se encuentra entre los cinco principales factores de riesgo de enfermedad, discapacidad y muerte en todo el mundo (WHO, 2011; Lim y cols., 2012). Es un factor causal en más de doscientas enfermedades. El efecto neto del consumo perjudicial de alcohol es aproximadamente 3,3 millones de muertes cada año, incluso cuando se tiene en cuenta el impacto beneficioso de los patrones de bajo riesgo del consumo de alcohol en algunas enfermedades. De esta manera, el consumo perjudicial de alcohol ocasiona el 5,9% de todas las muertes en el mundo.

El alcohol es la tercera causa en el mundo occidental de años de vida de afectación de discapacidad y de pérdida de años de vida; se le atribuyen 20.000 muertes anuales en España, y los costes sanitarios asociados a su consumo excesivo son muy elevados (Vallejo, 2006).

El uso perjudicial de alcohol puede también tener graves consecuencias sociales y económicas tanto para los consumidores como para la sociedad (Sacks y cols., 2013).

A pesar de la extensa carga en la salud, y las repercusiones sociales y económicas asociadas al consumo perjudicial de alcohol, en muchas ocasiones no se considera como de prioridad en las políticas públicas. Sin embargo, se espera que recientes marcos de la política internacional y planes de acción como la estrategia global de la Organización Mundial de la Salud para reducir el consumo perjudicial de alcohol cambien el ritmo político hacia un incremento del control del consumo perjudicial de alcohol. De hecho, desde 2008 los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud han hecho ya mejoras en numerosas áreas de acción, recomendadas por la estrategia global para reducir el consumo perjudicial de alcohol. En particular, un elevado número de estados miembros refirieron tener diseñadas políticas nacionales sobre el alcohol y establecer acciones para reducir la prevalencia de la dependencia, limitar la accesibilidad al alcohol y aumentar las restricciones en la publicidad sobre el alcohol. Se espera que esta tendencia positiva continúe como habilidad de la sociedad y buena voluntad para enfrentarse a las enfermedades no declaradas y sus factores de riesgo, incluyendo el consumo perjudicial de alcohol (Global plan de acción para enfermedades no declaradas 2013- 2020; Organización Mundial de la Salud, 2013).

Según el último informe publicado por la Oficina contra las Drogas y el Crimen de la ONU (UNODC 2012), las estimaciones mundiales indican que la prevalencia del consumo de alcohol durante el mes anterior a la reunión de los datos es del 42%. Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol. Comienza cada vez a edades más tempranas (Colell y cols., 2013; Dawson y cols., 2015; Erol y col., 2015). En España se inicia en torno a los 16,7 años de media. Aproximadamente el 4% de todas las mujeres y el 6% de todos los hombres cumplen criterios para dependencia al alcohol durante el último año. Casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de cerveza (44%), dividiéndose el resto entre vino (34%) y licores (23%) (Pereiro y cols., 2013).

El consumo crónico de altas dosis de alcohol puede afectar severamente a diferentes sistemas del organismo, incluyendo el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central y periférico.

Los problemas gastrointestinales inducidos por el alcohol incluyen gastritis, úlceras gástricas o duodenales, varices esofágicas, hipertensión portal, y, en aproximadamente el 15% de consumidores más severos, cirrosis hepática y pancreatitis. Los individuos con dependencia al alcohol también presentan incidencias más altas que el resto de la población de carcinomas de esófago, gástricos, y otras partes del tracto gastrointestinal.

Es frecuente la afectación del sistema cardiovascular incluyendo hipertensión de bajo grado y aumento de niveles de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad lo cual aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas. Las cardiomiopatías ocurren entre los consumidores con adicción muy severa (Kleber y cols., 2007; Cortés y cols., 2013).

Los cambios endocrinológicos que se inician en el consumo de riesgo de alcohol son en los hombres disminución de testosterona, de libido e impotencia. En mujeres los cambios endocrinológicos incluyen amenorrea, disfunción de la fase lútea, anovulación, menopausia temprana e hiperprolactinemia (Fu y cols., 2013). Existen otras alteraciones endocrinológicas relacionadas con hormonas tiroideas, hipoglucemia, cetosis e hiperuricemia.

Los pacientes con dependencia al alcohol también pueden presentar miopatía periférica con debilidad muscular, atrofia y dolor.

Muchos pacientes que solicitan tratamiento para la dependencia al alcohol manifiestan alteraciones cognitivas como alteración en la memoria, función ejecutiva,

fluencia verbal, atención e impulsividad (Loeber y cols., 2009). Los bebedores con alta dependencia pueden presentar demencia alcohólica. También han sido descritas alteraciones neuropatológicas en el lóbulo frontal, en el área que rodea al tercer ventrículo o difusamente a través del córtex (Kleber y cols., 2007; Erol y col., 2015). En pacientes que se mantienen abstinentes, las alteraciones cognitivas inducidas por el alcohol se observan a menudo que revierten con el tiempo (Kleber y cols., 2007; Stavro y cols., 2013).

Se han observado alteraciones en el cerebro como consecuencia del abuso de alcohol crónico como disminución en la sustancia blanca y un menor volumen del hipocampo en los cerebros de adultos con antecedentes de abuso de alcohol, indicando pérdida neuronal o disfunción. Además la alta dependencia al alcohol promueve una elevada respuesta al estrés por medio de una disregulación en la vía del cortisol y una mayor activación del eje hipotálamo- hipofisario- adrenal y puede también interrumpir los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos. Estos efectos estructurales pueden ser problemáticos por sí mismos, pero también pueden incrementar el riesgo de demencia, enfermedad de Alzheimer, disminución de la función cognitiva y trastornos del humor. Es difícil diferenciar si el consumo de alcohol es causa o consecuencia de una condición mental, y se necesitan más investigaciones para entender la dirección de esta relación (Dash, 2015).

Otras secuelas del sistema nervioso por abuso crónico de alcohol como neuropatías periféricas, cambios degenerativos en el cerebelo, encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff están relacionadas con deficiencias de vitaminas, particularmente deficiencia en tiamina y otras vitaminas B.

La encefalopatía de Wernicke se caracteriza por oftalmoplejía, ataxia y confusión (Cortés y cols., 2013). El rango de mortalidad para pacientes no tratados está entre el 15-20%. La recuperación es incompleta en el 40% de los casos. La mayoría de los pacientes (aproximadamente 80%) con encefalopatía de Wernicke desarrollan también el síndrome de Korsakoff caracterizado por amnesia anterógrada y retrógrada, desorientación y alteración de la memoria reciente junto con fabulaciones. La recuperación es variable. En más de la mitad de los pacientes, los elementos del síndrome de Korsakoff son permanentes (Kleber y cols., 2007).

Aunque el alcohol se clasifica como un depresor, sus propiedades moduladoras del humor son buscadas por bebedores sociales y casuales, a menudo para el beneficio de su salud. Por el contrario el consumo crónico y excesivo de alcohol es tóxico e incrementa el riesgo de un trastorno físico y mental.

Existe una gran variabilidad individual en cómo responden los consumidores y manejan el consumo de alcohol. El consumo de moderadas cantidades de alcohol puede atenuar algunos de los efectos perjudiciales de los radicales libres y el estrés oxidativo, lo cual protege contra algunas enfermedades crónicas.

Las guías de bajo riesgo del consumo de alcohol han sido desarrolladas en muchos países para animar a la población general en el consumo de alcohol moderado y sensible. Mientras que estas guías deben ser accesibles para la mayoría de la gente, todavía se necesitan guías internacionales más viables. Pueden haber individuos quienes (por una serie de razones demográficas, genéticas y sociales) son particularmente vulnerables a las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol y pueden estar en riesgo de presentar co-ocurrencia de abuso de sustancias y problemas de salud mental (Dash, 2015).

Las guías de bajo riesgo del consumo de alcohol han sido muy discutidas y debatidas en los últimos años y tienden a variar ampliamente por todo el mundo. Las guías recomendadas para el consumo de alcohol en los Estados Unidos, Reino Unido y Australia son de una a dos unidades de bebida estándar al día para las mujeres y dos unidades de bebida estándar al día para los hombres, con uno o dos días sin tomar alcohol a la semana.

El consumo de cantidades moderadas de alcohol puede tener beneficios antiinflamatorios para la salud y ha sido relacionado con un aumento de la memoria, reducción del riesgo de enfermedades y longevidad. Las investigaciones sugieren que no hay un nivel de consumo seguro en términos de cáncer. La alta dependencia al alcohol, sin embargo, ha mostrado que interrumpe el sistema de respuesta al estrés, respuesta inflamatoria y microflora intestinal y promueve el estrés oxidativo (todos ellos son conocidos factores de riesgo para una variedad de condiciones de salud físicas y mentales). Los investigadores ahora entienden la naturaleza inflamatoria de algunos trastornos mentales y la conexión entre esta inflamación y la salud digestiva (Dash, 2015).

La última relación causal de investigaciones es aquella entre el consumo de alcohol y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como tuberculosis y VIH (Rehm y cols., 2009; Baliunas y cols., 2010) y también entre el consumo perjudicial de alcohol y el curso de VIH/AIDS (Hendershot y cols., 2009; Azar y cols., 2010).

1.1 Patrones de consumo de alcohol

El consumo de alcohol es responsable del 5,9% de la mortalidad general en el mundo y la tercera causa de mortalidad prematura y discapacidad, contribuyendo a un 4,5% del total de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) (Shield y cols., 2013).

A nivel mundial, cada año, casi 2 mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas, lo que corresponde a cerca del 40% (ó 2 de cada 5) de la población mundial con más de 15 años. En gran medida, las experiencias con los compuestos psicoactivos de las bebidas alcohólicas provienen del consumo de productos comerciales, como se comprueba en los registros oficiales de cada país (por ejemplo, recaudación de impuestos). Al centrarnos en las consecuencias nocivas, como anteriormente hemos comentado, se estima que cada año mueren 3,3 millones de personas debido al consumo de alcohol (por ejemplo, intoxicaciones agudas, cirrosis hepática alcohólica, violencia y accidentes de tráfico).

Según las estimaciones que se pueden obtener del *Statistical Information Systems Online Databases*, una herramienta de gran utilidad de la Organización Mundial de la Salud, para el año 2003 los países con mayor consumo de alcohol *per cápita* registrado por encima de 13 litros de etanol puro para habitantes con más de 15 años son: Hungría, Irlanda, Luxemburgo y República de Moldavia. En el otro extremo se ven países como Afganistán, Libia, Mauritania y Paquistán, los cuales presentan valores bajísimos para el consumo *per cápita* (menor a 0,5 litros). En países calificados como “repúblicas islámicas”, gran parte de las poblaciones respetan la tradicional abstinencia de alcohol de las costumbres islámicas. En países como EE.UU. y Brasil, se encuentran valores intermedios con cifras *per cápita* de 8 a 9 litros y 5 a 6 litros, respectivamente (WHOSIS, 2003). Actualmente, según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud 2017, las mujeres beben cada vez en mayor cantidad y frecuencia. En muchos países las mujeres están alcanzando el consumo de los hombres. El aumento del consumo de alcohol entre las mujeres es preocupante ya que las mujeres tienden a padecer más problemas con un consumo inferior al de los

hombres. Las mujeres del continente americano registran la mayor tasa de trastornos por consumo de alcohol en el mundo seguidas de las europeas (WHOSIS, 2017).

Durante la década pasada, la creciente preocupación por las consecuencias nocivas del consumo de alcohol propició el resurgimiento de ideas sobre la regulación internacional de bebidas alcohólicas. Esto incluye la posibilidad de agregar al alcohol al “calendario de control de drogas” de los tratados sobre drogas psicotrópicas utilizados en la actualidad en esfuerzos colectivos para reprimir los mercados ilegales de otras sustancias psicoactivas como la cocaína y la heroína (Room, 2006).

Existen diferentes patrones de consumo de alcohol. Tradicionalmente se ha dividido el mundo en regiones con elevado o bajo consumo *per cápita*, denominando *wet cultures* o *dry cultures* respectivamente. En países con *wet cultures* el consumo de alcohol está integrado en la vida cotidiana y es consumido regularmente acompañando las comidas, las bebidas alcohólicas son fácilmente accesibles y la proporción de personas abstemias es escasa. Esta cultura es característica de los países de la cuenca mediterránea en los que el vino es la bebida predominante, a diferencia de las regiones con *dry cultures* donde el consumo de alcohol no es habitual con las comidas ni está integrado en las actividades cotidianas. Su acceso es más restrictivo y las tasas de abstinencia son muy superiores. Sin embargo, cuando se consume alcohol es más probable que ocurra intoxicación. Este patrón de consumo es típico de los países escandinavos, Estados Unidos y Canadá, donde la cerveza y los destilados son las bebidas preferentes. Comparaciones más recientes realizadas principalmente en países europeos, describen como la división *wet/dry* parece ir desapareciendo y la forma de consumo, incluido el tipo de bebidas, se va homogeneizando (Bloomfield y cols., 2003). Por otro lado, esta dicotomía se ha adaptado a nuevas formas de consumo emergentes, considerando una variedad de comportamientos donde destacan las dimensiones de la regularidad del consumo y del grado de embriaguez (Room y col., 2000).

España podría situarse en este perfil de países en transición. A pesar de que el patrón de consumo es menos peligroso comparado con el de otros países, (Rehm y cols., 2004) el porcentaje de personas que realizan consumos excesivos en una misma ocasión o *binge drinking* en población adulta es elevado (Valencia-Martín y cols., 2007; Soler-Vila y cols., 2013) y el número de intoxicaciones étlicas continúa aumentando en la población juvenil (Plan Nacional sobre Drogas, 2013). Probablemente, de seguir este

cambio de patrón, las consecuencias del consumo de alcohol podrían incrementarse en un futuro (Rehm y cols., 2013).

Desde una perspectiva de salud pública, a pesar de que el estudio del consumo de alcohol es extraordinariamente complejo, disponer de una aproximación cuantitativa del nivel de consumo, su distribución entre los diferentes estratos poblacionales y su tendencia, es una de las principales tareas para planificar las diferentes estrategias de intervención (Gutierrez-Fisac, 1995).

En España se ha realizado un estudio sobre los diferentes patrones de consumo en la Encuesta Domiciliaria de Drogas (Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2015). Los datos obtenidos en dicho estudio corroboran los resultados del presente estudio.

Estudios realizados en España como el de Galán y cols. (2014) muestran que en España la situación actual del consumo de alcohol en población adulta, el patrón *binge drinking* es el que más contribuye al riesgo global derivado del consumo de alcohol, se produce una fuerte tendencia descendente del consumo promedio de riesgo y la cerveza ha desplazado al vino como la bebida preferente.

Mientras que el consumo promedio de riesgo es más prevalente en edades intermedias de la vida, el *binge drinking* se produce más frecuentemente en el último periodo de la adolescencia y primera etapa de la edad adulta, al igual que ocurre en otros países de nuestro entorno (Kuntsche y cols., 2004). Este consumo en edades tempranas de grandes cantidades de alcohol relacionado con la búsqueda de rápidos efectos psicoactivos no era frecuente en los países mediterráneos y podría estar relacionado con la disminución de la edad de inicio del consumo de alcohol que se ha producido en España (Colell y cols., 2013).

Normalmente, cuando se investigan desigualdades en salud, aquellas personas que pertenecen a grupos sociales más desfavorecidos, tienen peor salud y mayor mortalidad que las personas de mayor posición socioeconómica (Mackenbach y cols., 2003; Kunst y cols., 2005). Sin embargo, en el caso del consumo de alcohol se produce una desviación de este patrón. En los países desarrollados, las personas con mejor posición socioeconómica tienden a consumir alcohol de forma regular, pero en cantidades moderadas, mientras que los de posición socioeconómica más baja muestran una proporción mayor de abstención, aunque los que beben ingieren mayores cantidades

y presentan más problemas relacionados con el consumo. Además, estos patrones varían entre hombres y mujeres. Según un estudio llevado a cabo en 15 países por Bloomfield y cols. (2006), en Alemania, Holanda, Francia, Suiza y Austria las mujeres con un elevado nivel educativo consumen más alcohol, mientras que los hombres con menor nivel de estudios tienen mayor probabilidad de ser bebedores de riesgo. En mujeres no observaron diferencias respecto al *binge drinking* mientras que en hombres había un gradiente social de mayor riesgo en los de menor nivel educativo. En España, el patrón diferenciado por sexo coincide con los resultados de este estudio respecto al consumo promedio de riesgo. Sin embargo, el mayor gradiente de riesgo del patrón *binge drinking* observado tanto en mujeres como en hombres a medida que aumenta el nivel educativo discrepa con lo observado en el estudio de Bloomfield y cols. (2006) (Galán y cols., 2014).

1.2 Evolución del consumo de alcohol a lo largo de la vida

Los datos correspondientes a la última encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas realizada en España muestran que son los jóvenes de entre 25 y 34 años los que muestran una mayor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses (79,5%) y en los últimos 30 días (64,9%). Un dato preocupante, que muestran las encuestas realizadas en nuestro país, es el relativo al elevado número de intoxicaciones etílicas referidas por los jóvenes (Pereiro y cols., 2013).

Se conoce que las personas cambian su consumo de alcohol a lo largo del curso de la vida y eso significa que el volumen consumido generalmente disminuye cuando la gente es más mayor (Bell y cols., 2014).

Britton y cols. (2015) realizaron un estudio de seguimiento a diez años, retrospectivo, de 6000 sujetos. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 40% redujeron el consumo de alcohol y el 11% lo aumentaron. Las razones más comunes por las que redujeron el consumo fueron por problemas de salud y menos ocasiones sociales. Las razones más comunes por las que incrementaron el consumo fueron más ocasiones sociales y menos responsabilidades. Hay una tendencia a reducir el consumo de alcohol a partir de los sesenta años por razones de salud.

1.3 Concepto de grado alcohólico

La graduación alcohólica se expresa en grados y mide el contenido de alcohol absoluto en 100 cc, es decir el porcentaje de alcohol que contiene una bebida. Desde la perspectiva sanitaria tiene mayor relevancia determinar los gramos de etanol absoluto ingerido, que no el volumen de la bebida alcohólica. Para calcular el contenido en gramos de una bebida alcohólica basta con multiplicar los grados de la misma por la densidad del alcohol (0,8).

$$\text{Gramos alcohol puro} = \text{Volumen (expresado en c.c.)} \times \text{graduación} \times 0,8 / 100.$$

1.4 Tipología de bebedores

La tipología que utiliza la OMS en función de los diferentes niveles de consumo de alcohol semanal es la siguiente:

- **Abstemios o no bebedor:** Aquellas personas que no realizan ningún consumo de manera habitual, aunque tome alguna pequeña cantidad ocasionalmente.
- **Normativo:** Según la OMS se considera aquel de hasta 280 g/semanas ó 28 UBEs (Unidad de Bebida Estándar: 10 gramos de alcohol puro) en los varones y hasta 168 g/semana en mujeres.
- **Bebedores de riesgo:** Es aquella pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física y mental, pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos actuales. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública. Se ha comprobado que para este tipo de consumidores existe un riesgo de muerte violenta 5 veces mayor, el riesgo de cirrosis y esteatosis hepática es 6 veces superior y el de hipertensión arterial se duplica, aumentando las cifras de triglicéridos. El grado de riesgo no estará sólo relacionado con el nivel del consumo de alcohol, sino también con otros factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral, estilo de vida, pobreza, etc. Se trata, por tanto, de un concepto subjetivo, que presenta variaciones en relación con la consecuencia concreta del consumo de alcohol que se esté estudiando (Cáceres, 2006).

Según la Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD (2007) se consideran en Europa, bebedores de riesgo, a aquellos

consumidores de bebidas alcohólicas que sobrepasan una cierta cantidad de alcohol al día, que es de 50 cc de alcohol puro (5 UBE/día) o más en el caso de los hombres y de 30 cc o más en el caso de las mujeres (3 UBE/día). En Estados Unidos los límites son superiores, situándose en 7 UBEs/día para los hombres y 5 UBEs/día para la mujer. La OMS establece los límites más restrictivos y clasifica como bebedor de riesgo aquel que consume 28 UBEs/semana en el caso de varones y 17 UBEs/semana en las mujeres. El concepto de consumo de riesgo no está incluido en la CIE-10 (Barbado, 2007).

Se considera consumo de riesgo cualquier consumo en el caso de mujeres embarazadas, menores y personas con actividades, enfermedades y tratamientos que desaconsejen el alcohol (Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD, 2007).

También se puede considerar bebedor de riesgo a aquel que consume más de 80 gramos de alcohol en un episodio de consumo (período corto de tiempo, de horas), al menos una vez al mes (Cáceres, 2006). Esta clase especial de consumo de riesgo es aquel que se produce entre los jóvenes, dando lugar a un patrón de consumo muy concreto denominado en inglés «binge drinking» (consumo de 5 o más bebidas en una sola ocasión), y en nuestro país «en atracción», al menos una vez al mes. El actual fenómeno del botellón y la versión masiva de éste, el macrobotellón, son entornos apropiados para el desarrollo de este tipo de consumo abusivo. El «binge drinking» se podría definir como un estado de discapacidad funcional debido a la bebida y su particular importancia radica en el número de problemas de salud y sociales que acarrea (Anderson y cols, 2006).

- **Consumo perjudicial o nocivo:** El consumo perjudicial, según la clasificación que se utilice, indica que el consumo de alcohol está causando un daño para la salud, tanto mental como físico, ya sea porque el sujeto abandona sus obligaciones personales, o bien porque consume en situaciones de riesgo, o se asocia a problemas legales, o porque continúa consumiendo a pesar de las consecuencias negativas que le está ocasionando. Este subtipo no está considerado en la clasificación de la OMS.

1.5 Métodos diagnósticos de consumo de alcohol en Atención Primaria

Las pruebas complementarias psicológicas y biológicas nos ayudan a la realización del diagnóstico, de los diagnósticos diferenciales para planificar estrategias terapéuticas individualizadas, a la valoración de los resultados y la posterior toma de decisiones. Una de las elecciones más importantes en el proceso de evaluación es la determinación de las pruebas complementarias a utilizar, puesto que solamente deberán administrarse aquellas que cuenten con ciertas garantías científicas en cuanto a fiabilidad y validez de la medición que se refiere.

La importancia de la detección de personas con consumo de riesgo de alcohol es fundamental, puesto que es el primer paso del proceso sanitario, tanto para implicar al paciente en el tratamiento concreto, como para prevenir el deterioro o agravamiento del cuadro. Por tanto, es imprescindible contar con herramientas que posibiliten realizar esta tarea de una manera rigurosa, y que cuenten con altos niveles de especificidad y sensibilidad, evitando así el sobrediagnóstico y la no detección de casos reales. El cribado tiene por objetivo la detección de casos probables de consumo de riesgo de alcohol. Se trata de un procedimiento que debe ser breve, de fácil comprensión por el paciente, sencillo de aplicar por el profesional, con capacidad de extraer información fiable sobre la que apoyarse para realizar una evaluación más exhaustiva y, en todo caso, una intervención (Bobes- Bascarán y cols., 2013).

Los instrumentos que se emplean frecuentemente en Atención Primaria son:

1.5.1 *Uso de Cuestionarios*

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders y cols., 1993). Diseñado por la OMS para la detección de bebedores de riesgo y de personas que se beneficiarían de disminuir o cesar el consumo de alcohol. Cuenta con 10 ítems que exploran el consumo en el último año. La sensibilidad y la especificidad varía entre 51-97% y 78-96% según el punto de corte y criterio utilizado (Fiellin y cols., 2000). Existen versiones abreviadas de este instrumento como el AUDIT-C.

Cutting Down, Annoyance, Guilty, Eye-opener (CAGE). Este cuestionario consta de 4 ítems de respuesta dicotómica que se refieren a la posibilidad de dejar o reducir el consumo, a las molestias acerca de comentarios de otras personas sobre su hábito de bebida, posibles sentimientos de culpa y a la necesidad de tener que beber a primera hora de la mañana para sentirse bien. Se considera que una respuesta afirmativa

indica sospecha de problema, pero la existencia de consumo de riesgo se determina si dos o más preguntas son afirmativas. La respuesta afirmativa al ítem 4 (de síntomas de abstinencia) es casi patognomónica de dependencia (no tiene prácticamente falsos positivos, su especificidad es próxima al 100% y su valor predictivo positivo es del 84%) (Pastor y cols., 2013).

Cuestionario breve para alcohólicos (CBA). Instrumento autoaplicado que consta de 22 ítems de respuesta dicotómica que rastrea información acerca de síntomas físicos de abstinencia, intentos de abandonar o reducir el consumo de alcohol, sentimientos de culpa y consecuencias biopsicosociales del consumo (Bobes- Bascarán y cols., 2013).

1.5.2 Consumo autodeclarado

Unidad de bebida estándar (UBE) es una forma de cuantificar la cantidad de consumo de alcohol. Una UBE en España y en Estados Unidos contiene 10 gramos de alcohol puro (Rodríguez- Martos, Gual, & Llopis Llacer, 1999), mientras que en el resto de Europa equivale a 8 gramos. Una UBE equivale a:

- 1 caña o copa (250 ml) de cerveza (5% de alcohol)
- 1 vaso pequeño o copa (100 ml) de vino o cava (12% alcohol)
- ½ copa, un chupito o medio combinado (25 ml) de destilados (40-50% de alcohol) del tipo coñac, anís, ginebra, ron, vodka, o whisky.

La gravedad del consumo se clasifica en 3 niveles en función de las UBEs consumidas:

- Consumo de bajo riesgo:
 - Hombres: 0-16 UBEs/semana.
 - Mujeres: 0-10 UBEs/semana.
 - Menores de 18 años: 0 UBEs/semana.
- Consumo peligroso o zona gris: los efectos de este consumo no están claros.
 - Hombres: 17-28 UBEs/semana.
 - Mujeres: 11-17 UBEs/semana.

- Consumo de riesgo:
 - Hombres: >28 UBEs/semana o 6 UBEs/24 horas al menos 1 vez al mes, aunque el consumo semanal sea inferior a 28 UBEs.
 - Mujeres: >17 UBEs/semana o 5 UBEs/24 horas al menos 1 vez al mes, aunque el consumo semanal sea inferior a 17 UBEs.
- Cualquier grado de consumo si existen antecedentes familiares de alcoholismo, menores, embarazo y lactancia (Bobes- Bascarán y cols., 2013).

1.5.3 Criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias

1.5.3.1 Criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association (DSM-V)

En el DSM-V se exponen los criterios para la dependencia de sustancias. Comprende los siguientes criterios:

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

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas) (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

1.5.3.2 Criterios diagnósticos de Organización Mundial de la Salud (CIE)

Se incluye dentro del epígrafe F1x.2 (Síndrome de dependencia). Comprende el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

1. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
3. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a

ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tales como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

1.5.4 Marcadores indirectos

Los marcadores biológicos (Martínez y col, 2000) son una serie de pruebas de laboratorio que presentan una cierta sensibilidad y especificidad en relación con el consumo de alcohol. Son relativamente inespecíficos y si se consideran aisladamente (sin tener en cuenta la historia clínica y otra serie de cuestionarios e instrumentos de detección), son los menos fiables para diagnosticar alcoholismo (Marín y cols., 2011). Se emplean para ayudar al diagnóstico de sospecha, sobre todo cuando el paciente no puede colaborar, y su monitorización periódica ayuda a controlar el cumplimiento de la abstinencia.

Los marcadores biológicos empleados en Atención Primaria son marcadores indirectos. Los marcadores indirectos están relacionados con los daños tisulares secundarios al consumo crónico de alcohol. Tienen una baja sensibilidad, ya que se pueden elevar por múltiples causas. Los más empleados son:

GGT: la gammaglutamil-transpeptidasa es el marcador de alcoholismo más utilizado debido a su sensibilidad y a la facilidad de su determinación. Presenta una alta sensibilidad (65-80%) y una especificidad baja y variable (50-65%). Es más sensible que la GOT y GPT para detectar consumo de riesgo de alcohol. Su sensibilidad se incrementa cuando los consumos son superiores a 60 g/día, pero puede dar falsos positivos en casos de hepatopatía, insuficiencia cardíaca, administración de antiepilépticos o anticonceptivos.

AST (GOT) y ALT (GPT): son dos enzimas muy sensibles para la detección de daño hepático, aunque no existe una buena correlación entre la actividad enzimática y el consumo de alcohol, y su especificidad es baja.

VCM (*volumen corpuscular medio eritrocitario*): se considera un marcador con una sensibilidad baja y variable (25-50%), pero una alta especificidad (55-100%). En los pacientes con alcoholismo la presencia de una macrocitosia se debe a tres factores: el efecto tóxico directo del alcohol sobre los hematíes, una deficiencia de ácido fólico y la presencia de hepatopatía asociada.

Lípidos plasmáticos: los lípidos plasmáticos también suelen estar alterados en los consumidores de riesgo de alcohol. De hecho, un 30% de los consumidores crónicos de alcohol presenta dislipemias, especialmente hipertrigliceridemias. Los triglicéridos tienden a normalizarse tras varias semanas de abstinencia.

Existen otros marcadores indirectos que también pueden ser utilizados. Los parámetros que disminuyen en el alcoholismo son: urea, creatinina, albúmina, potasio, fósforo, calcio, cloro, trombocitos. Parámetros que aumentan en el alcoholismo son: GGT, VCM, GOT, GPT, ácido úrico, triglicéridos, hierro, HDL colesterol, proteínas totales, bilirrubina, lactato (Bobes-Bascarán y cols., 2013; Vallejo, 2015).

1.6 Prevención desde Atención Primaria

La Atención Primaria representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. El Equipo de Atención Primaria puede llegar a la mayoría de la población al aplicar los programas preventivos: más del 95% de las personas consulta en alguna ocasión a su médico de cabecera en el plazo de 5 años.

Los distintos planes de salud elaborados por un número cada vez mayor de administraciones sanitarias españolas contemplan como elemento nuclear el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud, esencialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

Los profesionales de la Atención Primaria deben estar alerta ante cualquier signo o síntoma de abuso de alcohol y de otras drogas, y deben debatir los patrones de utilización con todos los pacientes. Esto es especialmente importante en adolescentes y adultos jóvenes en los que el consumo excesivo de alcohol y de otras drogas se asocia con las primeras causas de muerte a esas edades, como son los accidentes de tráfico y otro tipo de accidentes violentos (Ciurana, 2003).

1.6.1 Prevención primaria

En el Plan Nacional de Drogas, se recomienda que de forma sistemática en Atención Primaria se haga registro del consumo de alcohol en todo paciente mayor de 16 años. Tras esa recogida de datos queda la posibilidad de llevar a cabo actuaciones informativas y educativo-sanitarias (Crespo y cols., 2001). Según el programa de actividades preventivas de Atención Primaria (PAPPS): “Se recomienda exploración sistemática del consumo de alcohol y tabaco como mínimo cada dos años, mediante encuesta semiestructurada, valorando la frecuencia y la cantidad, en todas las personas mayores de 14 años sin límite superior de edad, recomendando como intervención el consejo médico sanitario encaminado a la modificación del patrón de consumo y el seguimiento del paciente. Esto debería hacerse al abrir una historia de primer día, al actualizar la historia clínica o ante cualquier indicio de sospecha. Esta actividad puede hacerse indistintamente en la consulta médica o de enfermería. El uso de marcadores biológicos no se recomienda de forma sistemática”.

El personal de Atención Primaria ocupa un lugar privilegiado para contactar con el sector de población que presenta problemas relacionados con el alcohol. Tiene la ventaja de poder actuar facilitando información y pautas básicas en un clima de confianza. A través de la Atención Primaria, puerta de entrada al sistema sanitario, se podría contener y reducir el consumo de alcohol en un gran sector social.

1.6.2 Prevención secundaria

El consumo de riesgo es común en los pacientes que acuden a los centros de atención primaria. Diferentes estudios han evidenciado que cualquier programa de prevención en materia de alcohol ha de incorporar instrumentos de cribado válidos y fiables, técnicas de intervención breve e implicar a las redes de atención primaria de salud (Segura y cols, 2006). Las intervenciones breves llevadas a cabo en Atención Primaria tienen como objetivos generales identificar un problema de alcohol, retrasar la aparición de la dependencia alcohólica o prevenir, tratar y reducir el impacto del consumo perjudicial. Estas intervenciones han demostrado ampliamente su efectividad alcanzando un 25% de reducción del consumo (Grupo de trabajo de alcohol semFYC, 2000) y se encuentran entre las más rentables de todas las intervenciones de atención sanitaria (Desafíos sanitarios: 71-72), consisten en evaluar la ingesta de alcohol, informar sobre los consumos peligrosos y perjudiciales, y dar a los individuos consejos claros sobre la manera de reducirla (García Rodríguez, 2001). Las intervenciones ya no resultan útiles cuando se ha pasado a una situación de dependencia (González Guzmán, 2006); estos casos deberían recibir un tratamiento especializado ya que requieren un abordaje clínico más intensivo y experto.

En la consulta de Atención Primaria sería conveniente realizar un cribado sistemático del consumo de alcohol y administrar una intervención breve (evaluación, consejo breve o asesoramiento y cierto seguimiento) a los pacientes identificados como bebedores con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol (Rodríguez-Martos, 2005).

1.6.3 Técnicas de consejo breve

Bajo el concepto de “consejo breve” se engloban dos tipos similares de intervenciones destinadas a la reducción del consumo en los bebedores de riesgo. Así, se suele distinguir entre intervenciones mínimas e intervenciones breves.

Las intervenciones mínimas se caracterizan por ser extremadamente breves (5-10 min a lo sumo) y se basan en la administración oportunista de un consejo breve al

paciente. Un buen ejemplo de intervención mínima lo constituye el método de las cinco “A” (Whitlock y cols., 2002). Los cinco componentes esenciales del método son:

- Averiguar el patrón de consumo étlico.
- Aconsejar sobre riesgos actuales y beneficios de reducir el consumo
- Acordar objetivos de reducción de consumos
- Ayudar a modificar actitudes, hábitos y conocimientos
- Arreglar una cita posterior para monitorizar la evolución.

En contraposición con las intervenciones mínimas, las intervenciones breves ponen el énfasis en la utilización de estrategias motivacionales. Las intervenciones breves tienen una duración aproximada de 15-20 min, y en ellas el terapeuta intenta promover el cambio de hábitos generando una relación empática que haga al paciente protagonista de su propio cambio, potenciando tanto su autoeficacia como su nivel de responsabilidad y compromiso en el proceso (Vallejo, 2006).

1.6.4 Prevención comunitaria

El alcohol, como droga legal que es, se percibe por una parte de nuestra sociedad como poseedora de virtudes positivas para la vida social y hasta saludable si se consume con moderación (como se insiste en muchos medios de comunicación) por lo que la prevención de su consumo no es una cuestión ni fácil de abordar ni fácil de resolver (Calafat, 2002). Según Barbado (2007), el alcoholismo es el hermano pobre de la prevención en drogodependencias; se ha priorizado la intervención sobre las drogas ilegales, cuando las cifras de personas que consumen alcohol y tabaco con regularidad superan con creces las de los consumidores de todas las drogas ilegales juntas.

En salud pública se reconoce que los enfoques preventivos más prometedores están basados en la comunidad y abarcan a toda la comunidad, concentrándose tanto en la conducta individual, como en las influencias del entorno (Bracht, 1990). Según Del Pozo (2001) lo que se conoce por prevención comunitaria tiene al menos cuatro acepciones:

- Prevención comunitaria en alcohol como promoción de la salud cuyo instrumento base es la educación para la salud.
- Como coordinación y potenciación de recursos de la comunidad para atender todo tipo de necesidades sociales, culturales, de ocio, sanitarias, etc.

- Como conjunto de actividades preventivas del alcohol y drogas en una misma área geográfica. Como la prevención en la escuela, en el ámbito laboral, etc., que actúan en el mismo espacio y coordinadamente.
- También actividades dentro de la prevención escolar hacia grupos de padres y desarrollo de actividades extraescolares.

La evidencia demuestra que en el caso de los programas comunitarios la eficacia depende fundamentalmente de la posibilidad de abarcar múltiples componentes: cuando se combina el trabajo con las escuelas, con los padres, los medios de comunicación locales, las organizaciones sociales, la policía, los centros de salud y servicios sociales, las intervenciones muestran buenos resultados. La eficiencia de estos programas depende en gran manera de la capacidad de organización de la comunidad para implicar a todos estos actores dentro de un mismo proyecto con objetivos compartidos y competencias específicas (Calafat, 2002).

Según el informe sobre el alcohol de la Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Febrero 2007) los programas comunitarios deben permitir:

- Modificar percepción de normalidad del consumo y actitudes preconsumo.
- Sensibilizar a la población para aumentar el rechazo social hacia ciertos patrones de consumo.
- Incrementar la percepción de riesgo: Una forma interesante de hacer campaña es facilitar la creación de mensajes periodísticos en relación con los accidentes, descubrimientos, etc. Los mensajes de salud que utilizan el miedo deben provocar la atención del sujeto (y no sólo el miedo) e ir acompañados de una recomendación percibida como eficaz para eliminar la amenaza (Calafat, 2002).
- Campañas institucionales de información y sensibilización.
- Intervención prioritaria en zonas de mayor riesgo.
- Fomentar la utilización de recursos comunitarios.
- Disminuir la accesibilidad: Sigue siendo una de las medidas que más claramente tiene una influencia sobre el consumo y en los problemas relacionados con dicho consumo, lo cual, más allá de las evidentes dificultades políticas para su puesta en marcha, viene abalado por una

suficiente base experimental. La adopción de este tipo de medidas choca sin lugar a dudas con intereses económicos y pueden fácilmente levantar la protesta de diversos sectores, pero ello no invalida que la medida ha demostrado su eficacia en diversos contextos culturales.

Conseguir todo lo anterior implica poner en marcha estrategias de prevención que ayuden a crear condiciones necesarias para implantar programas generando una conciencia pública y política de apoyo a los mismos; aumentando la información, modificando actitudes que favorezcan el consumo abusivo, reforzando normas sociales contrarias al consumo problemático o abusivo, disminuyendo la accesibilidad y disponibilidad, potenciando el desarrollo de habilidades y competencias personales y sociales e incrementando habilidades y resistencia como factores de protección en los adolescentes. Asimismo será necesario ofrecerles alternativas que compitan realmente con el modelo hegemónico de diversión de muchos de los jóvenes de hoy en día, centrado en el consumo de sustancias.

2 ALCOHOL Y GÉNERO

Aun siendo abundante la bibliografía sobre la dependencia del alcohol, es escasa la que enfoca este problema desde la perspectiva del perfil diferencial en función del sexo.

Tradicionalmente, hasta hace pocos años, el consumo de bebidas alcohólicas se ha considerado como característico del sexo masculino, por lo que se consideraba que sólo las mujeres de niveles socioeconómicos bajos bebían alcohol y los estudios de los problemas generados por el abuso del etanol se han realizado con sujetos masculinos, generalizando los resultados a la mujer (Bríñez-Horta, 2001).

En los últimos años se ha producido un aumento creciente del consumo abusivo de alcohol en mujeres. A pesar de que las cifras actuales de dependencia alcohólica en la mujer siguen siendo menores que las del hombre, durante los últimos años estas diferencias se han ido acortando paulatinamente. Así, se ha pasado de una ratio de 10/1 a 2,5/1 entre el año 1980 y final del siglo pasado, por lo que existe una tendencia a la convergencia en el consumo de alcohol en ambos sexos (Calafat y Amengual, 1999). Según Gual (2006), las mujeres jóvenes presentan tasas de prevalencia de consumo más elevadas que las de mayor edad y cada vez más próximas a las de los hombres.

Numerosos estudios realizados en múltiples países de diferentes continentes indican que los hombres consumen más alcohol que las mujeres y beben con más frecuencia (Ammon y cols., 2008; Chung y cols., 2012; Hibell y cols., 2012; Trillo y cols., 2012; Grant y cols., 2015). La mayor diferencia en consumo de riesgo entre ambos sexos se ha encontrado en el sureste asiático y en regiones del Pacífico Oeste (WHO, 2014).

Los factores socio-psico-culturales relacionados con el género influyen de manera trascendente en el consumo de alcohol y en el patrón de dicho consumo. Las diferencias entre ambos sexos en el patrón de consumo son más pronunciadas en los países del Este, comparándolo con los países occidentales, lo cual indica la influencia significativa de los factores psico-sociales. Esta conclusión se confirma al hallar concordancia en los rangos de consumo de alcohol entre ambos sexos en cohortes de individuos jóvenes en diferentes países de todo el mundo. Las actitudes de los roles tradicionales de género están asociadas en las mujeres con mayor rango de abstinencia y menor consumo de alcohol. El consumo de alcohol es opuesto a los rasgos femeninos

deseables (Nolen- Hoeksema y Hilt, 2006; de Visser y McDonnell, 2012; Erol y col., 2015).

Las mujeres con problemas de alcoholismo han dudado más en buscar ayuda, debido al juicio más severo de la sociedad. Atrapada por la imagen mito de "perdida", las mujeres sufren doblemente al ser consideradas no sólo como enfermas, sino también como inmorales. No es de sorprender que las mujeres alcohólicas y sus familias se esfuercen por ocultar, enmascarar y negar el problema. El alcoholismo en la mujer es más secreto, solitario y controlado por el sentimiento de pudor que desencadena culpabilidad, afecta más a la mujer en su status y sus papeles femeninos y maternos que al hombre en su status y papeles masculinos y paternales. El rechazo y la intolerancia social son mayores para la mujer que para el hombre. Por este motivo las mujeres ocultan sus problemas por el alcohol por miedo al estigma y a otras pérdidas sociales (Dio Bleichmar, 1999).

Hasta hoy los problemas de bebida en las mujeres han sido, en gran medida, ignorados. Durante mucho tiempo el alcoholismo ha sido una enfermedad de hombres.

Los cambios socio-psico-culturales de los últimos años han hecho que las diferencias en el consumo de alcohol relacionadas con el género disminuyan.

El patrón de consumo de alcohol en la mujer ha ido cambiando a lo largo de los años. Actualmente existen dos patrones claros de consumo:

- En mujeres mayores el alcoholismo es más secreto y solitario.
- El patrón de consumo de alcohol en mujeres jóvenes se caracteriza por ser en ambientes festivos, celebraciones con la finalidad de desinhibición, facilitar las relaciones sociales etc (Erol y col., 2015).

Las mujeres jóvenes presentan prevalencias de consumo más elevadas que las de mayor edad, dato inequívoco que demuestra la progresiva incorporación de la mujer al consumo de bebidas alcohólicas (Pereiro y cols., 2013).

Cuando una mujer es dependiente al alcohol es posible que esté rechazando el ser elegida como persona que siente emociones, que cuida de los demás y que se enfrenta a problemas. Pero rechazar de esta manera puede provocar humillación, sentimientos de impotencia, deshonra, autocompasión, enajenación, depresión y, el más importante de todos, vergüenza.

Para la mujer que bebe demasiado, los sentimientos de humillación, de deshonra y remordimiento tiñen sus experiencias diarias, pero la vergüenza es el sentimiento más importante en estas experiencias.

En relación a este último sentimiento, según Sandra Lee Bartsky (1990), la vergüenza como modelo de estado de ánimo o sentimiento, está relacionada con el género y tiende a caracterizar a las mujeres más que a los hombres; es decir, que las mujeres son más propensas a experimentar vergüenza y que la vergüenza tiene un significado diferente en su vida personal y privada que el que tiene una emoción similar experimentada por hombres.

Una alta proporción de mujeres con dependencia al alcohol no usan servicios de tratamiento para alcoholismo y no sentían necesidad de estos servicios. Sólo 2 de 25 mujeres con dependencia al alcohol que no recibieron servicios reconocían que necesitaban ayuda. Las mujeres son menos dadas a recibir ayuda de familiares o amigos para iniciar el tratamiento y más frecuentemente buscan ayuda en consultas de tratamiento no especializadas. La mujer alcohólica se encuentra ante un dilema en un doble estímulo de aceptación y rechazo frente al tratamiento: desea acercarse a quien le puede prestar ayuda, al tiempo que teme que dicha ayuda confirme su situación como alcohólica ante familiares y amigos con los que ha estado rechazando esta posibilidad.

Hay un largo periodo de tiempo, aproximadamente diez años, entre la aparición de problemas derivados del consumo de alcohol y el inicio del tratamiento. El uso de servicios de tratamiento está determinado por la severidad de la dependencia al alcohol y sus consecuencias inmediatas (ej. Comorbilidad alcohol- problemas emocionales/médicos) lo cual determina que la consulta se inicie antes. Sin embargo para ambos géneros, la edad es un factor importante para el uso de estos servicios y percibir necesidad de tratamiento. Así, adultos jóvenes con dependencia al alcohol usan menos los servicios de tratamiento, independientemente de la severidad de sus problemas con el alcohol y no reconocen que necesitan ayuda (Wu y col, 2004).

En los hijos de madres alcohólicas puede observarse el “síndrome alcohólico fetal”, caracterizado por bajo peso al nacimiento, disminución de coordinación, hipotonía, irritabilidad neonatal, retraso en el crecimiento y desarrollo, anomalías craneofaciales, defectos cardiovasculares, retraso mental, hiperactividad en la infancia y diversas alteraciones congénitas (Kleber y cols., 2007; Cortés y cols., 2013). Según la

Organización Mundial de la Salud, 2017, el consumo de alcohol durante el embarazo también puede causar abortos y partos prematuros.

2.1 Causas del alcoholismo femenino

Al observar el problema que enfrentan las mujeres alcohólicas se demuestra una vez más que no hay una sola causa para el alcoholismo; probablemente, se trata de una combinación de factores. Podemos decir que el consumo de riesgo es debido quizá a una combinación compleja de la conformación biológica y psicológica de un individuo, que reacciona con otra combinación compleja de factores externos que precipitan la dependencia del alcohol (Beckam, 1975).

No hay una sola causa para el alcoholismo del hombre y la mujer. La mayoría de los expertos coinciden en que todos los alcohólicos sufren una carga poco usual de tensión y carencias en su vida (Pereiro y cols., 2013). Hace unos años las mujeres, como grupo, sufrían bastantes presiones, y algunas de éstas eran muy diferentes a las que afrontaba el hombre. Los roles tradicionales que la sociedad había definido para mujeres y hombres determinaban una conducta completamente distinta, además de objetivos, imagen propia, y experiencias de vida, las mujeres enfrentaban ciertos problemas en común que no son válidos para los hombres.

Las mujeres desde la niñez eran educadas como el "segundo sexo" o "sexo débil", que esperaba realizar su propia valía a través, primariamente, de sus relaciones con hombres, más que por sus propios méritos y actividades. En aquellos años las mujeres rara vez eran estimuladas a desarrollarse como personas independientes, con una identidad definida y fuerte. Esto no quiere decir que los problemas de la bebida de la mujer se deriven completamente de su papel en la sociedad, pero independientemente de lo que hagan de su vida, no pueden escapar del juicio de que, básicamente, están en "inferioridad por ser mujeres". Las investigaciones muestran repetidamente que las mujeres beben, en primera instancia para calmar su soledad, sentimientos de inferioridad, y conflictos acerca de su rol sexual, independientemente de su estilo de vida. Las mujeres beben más frecuentemente que los hombres cuando experimentan emociones desagradables, estrés, tensión y otros conflictos (Lau-Barraco y cols., 2009; Choi and DiNitto, 2011).

Estas diferencias en cuanto a género persisten a pesar de los cambios socio-psico-culturales. El consumo de riesgo de alcohol en mujeres se asocia con más

frecuencia con trastornos del humor y ansiedad que en los hombres (Goldstein y cols., 2012). El consumo de alcohol para calmar alteraciones negativas de ánimo es mucho más frecuente en mujeres alcohólicas que en mujeres bebedoras sociales (87% frente a 18% respectivamente) (Erol y col., 2015).

La mujer presenta una mayor vulnerabilidad biológica (Gallant, 1990) y psicosocial (Nolen-Hoeksema, 2004) a la dependencia del alcohol que el hombre. Pero las causas específicas del incremento actual de la dependencia del alcohol en la mujer están relacionadas, fundamentalmente, con la irrupción creciente de la mujer en el mundo laboral, con la evolución del rol femenino en diferentes ámbitos, con el estilo juvenil de diversión uniforme en ambos sexos y con el aumento del estrés en la vida adulta, derivado de su doble papel de madre y trabajadora (Aizpiri y Marcos, 1996; Moral, Rodríguez Díaz, y Sirvent, 2006). Como ocurre en otras adicciones (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005), hay algunas diferencias entre la dependencia del alcohol masculino y femenino: los patrones de consumo en la mujer son diferentes (mayor tendencia de la mujer a beber en casa y a escondidas, mayor tendencia a la negación); el inicio es más tardío en la mujer; los factores etiológicos no son exactamente los mismos (mayor relevancia del fracaso de la vida afectiva en el caso de la dependencia del alcohol femenino); las repercusiones son distintas (mayor incidencia de trastornos psicosomáticos y de depresión en las mujeres, mayores conflictos de convivencia, mayor rechazo social); y mayor resistencia a buscar ayuda terapéutica. En el estudio de Gómez Moya (2005) la dependencia alcohólica femenina se caracteriza por un fuerte sentimiento de disforia.

Estudios realizados en España como el de Bravo de Medina y cols. (2008) han estudiado el perfil diferencial de la dependencia del alcohol en uno y otro sexo en relación con las dimensiones de personalidad, las características psicopatológicas y los trastornos de personalidad. En cuanto a los resultados de las dimensiones de personalidad, los pacientes presentan puntuaciones medias en impulsividad y en búsqueda de sensaciones, pero más bien elevadas en ansiedad-rasgo. Aunque las medias en las puntuaciones halladas en los hombres tienden a ser ligeramente mayores que las encontradas en las mujeres, estas diferencias no resultan ser estadísticamente significativas.

Cuando se compararon los hombres con las mujeres, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las escalas *obsesión-compulsión* y *ansiedad fóbica*.

Asimismo se encontraron diferencias en el *Inventario de depresión* y en la *Escala de Inadaptación*.

De este modo, las mujeres muestran unas medias diferencialmente superiores a los hombres en las subescalas de obsesión-compulsión y ansiedad fóbica, así como en depresión y en inadaptación. Por lo tanto, las mujeres presentan, en general, una sintomatología psicopatológica más grave, sobre todo en lo concerniente al espectro ansioso-depresivo, lo que les lleva a una mayor inadaptación a la vida cotidiana.

En cuanto a los trastornos de personalidad, éstos son muy frecuentes en ambos grupos. El 41,8% de las mujeres alcohólicas presenta algún trastorno de personalidad frente al 65% de los hombres con dependencia de alcohol. Estos resultados revelan la existencia de diferencias significativas entre el grupo de hombres y mujeres alcohólicas. Los hombres presentan más trastornos de personalidad que las mujeres.

Por lo que se refiere al tipo de trastornos de personalidad, los más frecuentes en el grupo de mujeres alcohólicas son el obsesivo-compulsivo (18,2%), el dependiente (9,1%) y el histriónico (5,5%). Los trastornos más frecuentes entre los hombres son el paranoide (17,1%), el obsesivo (15,5%), el narcisista (13,6%) y el antisocial (11,7%). En general, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, excepto en el caso de los trastornos narcisista y paranoide, que son significativamente más frecuentes en los hombres que en las mujeres.

En cuanto al número de trastornos de personalidad mostrados por las mujeres alcohólicas, lo más habitual es tener 1, mientras que los hombres pueden presentar más de 2, lo que es estadísticamente significativo.

En cuanto a la prevalencia obtenida, se constata que hay un mayor porcentaje de hombres (65%) que de mujeres alcohólicas (35%), como ocurre también en otras investigaciones. Lo llamativo de este estudio es que la ratio de 2/1 revela la cada vez mayor equiparación de hombres y mujeres en el ámbito de la dependencia del alcohol y es consistente con otras investigaciones.

Respecto a las dimensiones de personalidad, las puntuaciones obtenidas en la muestra total denotan un nivel más bien alto de ansiedad-rasgo. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. Si bien las mujeres presentan puntuaciones levemente inferiores a las de los hombres, los resultados son muy similares en las diversas variables estudiadas (búsqueda de sensaciones, impulsividad y ansiedad-rasgo).

En cuanto a las características psicopatológicas, el grupo de mujeres con dependencia al alcohol se diferencia por presentar mayor intensidad y gravedad en la sintomatología de carácter ansioso-depresivo y mayor inadaptación a la vida cotidiana que el grupo de hombres. Estos resultados encajan con la descripción en otros estudios de la disforia asociada a la dependencia del alcohol en la mujer: sentimientos de tristeza y culpabilidad, deterioro de la autoestima, sentimientos de soledad, abandono e incompreensión, etcétera (Gómez Moya, 2005).

Como se ha puesto de relieve en otros estudios sobre la dependencia del alcohol (Echeburúa y cols., 2005; Fernández- Montalvo y cols., 2006) y como ocurre también en otras adicciones (Fernández- Montalvo y col., 2004, 2006), los trastornos de personalidad son frecuentes en la muestra total.

Hay, por tanto, dos perfiles psicopatológicos claramente diferenciados en función del sexo. La mayor presencia de sintomatología ansioso-depresiva y de trastornos de personalidad del grupo de características ansioso-temeroso en la mujer da pie para incorporar a los programas de tratamiento técnicas reductoras de la ansiedad y de la depresión (Echeburúa y cols., 2006). A su vez, el mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana en la mujer alcohólica sugiere la conveniencia de establecer un formato grupal de tratamiento, al menos de forma complementaria a la terapia individual. Estos enfoques sugeridos podrían potenciar los programas de tratamiento actualmente disponibles (McCrary y cols., 1998; Secades y Fernández- Hermida., 2001, 2003) y mejorar los resultados a largo plazo.

2.2 Diferencias de género en la prevalencia de conductas relacionadas con el alcohol y problemas médicos

Las mujeres tienen menor proporción de agua corporal que los hombres de similar peso corporal, por tanto acumulan concentraciones más altas de alcohol en sangre y durante más tiempo tras consumir una cantidad de alcohol equivalente (Baraona y cols., 2001).

Aunque las mujeres comienzan a beber a una edad mayor, ellas aumentan la cantidad de alcohol consumida y progresan a alcoholismo más rápidamente que los hombres (Diehl y cols., 2007; Ehlers y cols., 2010). Las mujeres desarrollan problemas médicos como daño hepático, cardiomiopatía, neuropatía periférica relacionados con el

alcohol después de un periodo de menor duración y con niveles más bajos de consumo comparado con los hombres (Eagon, 2010; Rehm y cols., 2010; Erol y col., 2015).

La recaída postratamiento en mujeres está asociada frecuentemente a trastornos afectivos, mientras que en los hombres la recaída está asociada con frecuencia a presión social (Zywiak y cols., 2006).

Existen diferencias en cuanto a género y la raza ó etnia en la dependencia y los problemas relacionados con el alcohol. Así en algunos estudios se ha encontrado que las razas minoritarias en determinados países, como negros, hispanos, presentan mayor dependencia y mayores rangos de problemas relacionados con el alcohol comparado con los blancos, especialmente en hombres (Hilton, 2006; Yoon y Yi, 2007; Mulia y cols., 2009; Chartier y Caetano, 2010; Keyes y cols, 2012).

En mujeres se observó que existía mayor riesgo de dependencia en mujeres negras comparado con blancas. Las investigaciones sugieren que las normas culturales y los contextos en los que se bebe pueden ser relevantes en las diferencias relacionadas con la raza o etnia en las consecuencias negativas del consumo de riesgo (Witbrodt y cols., 2014). Estos hallazgos de diferencias entre las razas en la dependencia al alcohol entre hombres y mujeres aumenta la posibilidad de que la vulnerabilidad genética puede influir (Scott y Taylor, 2007; Chartier y Caetano, 2010; Pedersen y McCarthy, 2013; Witbrodt y cols., 2014).

2.3 Los grupos de autoayuda. Alcohólicos anónimos

Alcohólicos anónimos (AA) es uno de los más antiguos y más arraigados grupos de autoayuda en el mundo. Fue fundado en 1935 en Akron, Ohio, por Bill Wilson y el Dr. Bob Smith, los dos “alcohólicos” (Hazell y cols., 1974; Vederhus, 2017). AA ofrece un programa de recuperación para alcohólicos que quieran dejar de beber. En 1939, cuatro años después de su fundación, AA tenía alrededor de cincuenta miembros- todos ellos hombres. Hoy todavía sigue enfocado predominantemente hacia hombres aunque hay ahora muchas mujeres que son miembros de AA.

La idea de autoayuda es una idea compleja y tiene implicaciones sociales más amplias que las que da la definición en el diccionario: “acto o modo de mantenerse o ayudarse a sí mismo sin depender de los demás”. Así hay muchas razones para entrar en grupos de autoayuda y hay muchas formas de autoayuda. Si analizamos la historia de los grupos de autoayuda, podemos encontrarlos de dos tipos: el clínico o tradicional

(que se centra en el individuo que “se sale de lo normal”) y el estructural o no-tradicional (que se centra en el grupo) (Pancoast y cols., 1983; Ettore, 1986; Ettore, 1998; Vederhus, 2017).

Dentro del tipo de grupo clínico, la autoayuda se ve como una forma deseable de tratar los problemas personales en pequeños grupos donde se espera que cada individuo revele algo personal, quizá doloroso sobre sí mismo. Generalmente la gente se incorpora a estos grupos porque quiere aprender a sobrevivir en un mundo del que han sido excluidos por sus problemas. Estas personas, de alguna manera, ven que no encajan de un modo ideal en la sociedad.

Dentro del tipo de grupo estructural, la autoayuda se ve como un proceso natural o un modo de organizarse para personas que desean algún cambio ya sea en sí mismas o en la sociedad. Las personas tienden a entrar en estos grupos porque quieren generar conciencia social.

Aproximándose a estos dos tipos de autoayuda, nos encontramos con que los individuos que pertenecen a grupos clínicos es posible que luchen para sobrevivir en un mundo en el que puede que no encajen de una forma ideal. La educación individual, antes que la conciencia de grupo, se ve como un modo de cambiar las cosas, tanto si son las vidas de los miembros del grupo, como sus actitudes, ideas o comportamiento. De este modo, las personas que están en grupos clínicos no se centran en cambiar la sociedad o sus actitudes. La sociedad las ha estigmatizado y ellas van a aprender cómo vivir mejor con ese estigma.

Sin embargo, los miembros de grupos estructurales de autoayuda rechazan etiquetas sociales y estigmas. Su objetivo es crear una conciencia colectiva de los problemas locales y/o sociales y de alguna forma generar un cambio social. La conciencia de grupo toma prioridad sobre la educación, mientras que sus miembros ponen énfasis en sus derechos humanos básicos. Estos grupos tienden a cuestionar por qué la sociedad no proporciona más recursos para los problemas en los que ellos están comprometidos.

A escala mundial, AA es, probablemente, el grupo de autoayuda para hombres y mujeres “alcohólicos” mejor conocido y socialmente aceptado. En algunos aspectos, AA encaja dentro de los grupos tradicionales de autoayuda: hombres y mujeres se hacen de AA porque quieren dejar de beber. Quieren ser capaces de sobrevivir en una

sociedad en la cual se les ha etiquetado y estigmatizado. Las personas con problemas con la bebida piensan que deberían hacerse de AA porque las formas tradicionales de tratamiento no han tenido éxito con ellas.

Sin embargo, las personas no entran en AA porque se sientan como “fracasados en el tratamiento”. Hay hombres y mujeres que no han cruzado nunca el umbral de un centro de desintoxicación, que encuentran AA muy útil.

Los miembros de AA, debido a sus abrumadores problemas con el consumo de alcohol, se dan cuenta de que su comportamiento no se corresponde muy bien con el de los demás de “fuera de la sociedad”. En este contexto, AA proporciona a sus miembros el refugio que necesitan (Ettorre, 1998; Vederhus, 2017).

Todos los miembros de AA siguen el modo de vida que la organización les propone y que se basa en el ya famoso programa de los doce pasos. Para los miembros de AA, decir las palabras “Soy un alcohólico” significa generalmente, que aceptan esta etiqueta de “alcohólico” como algo fijo permanente en sus vidas. En otras palabras, “Una vez alcohólico, siempre alcohólico”. Las presunciones que se esconden detrás de la definición de alcohólico que se usa en AA tienden a apoyar la visión del alcoholismo como una enfermedad- quienes abusan de la bebida están enfermos. Independientemente de ese hecho, los miembros de AA admiten que eran impotentes sobre el alcohol y muchos aprenden a asumir la responsabilidad personal sobre su vida. La naturaleza anónima de AA distancia a sus miembros de cualquier forma de acción política, porque no es un grupo de autoayuda para un cambio social. Sin embargo, a lo largo de los años, AA ha ayudado a un gran número de personas a enfrentarse a sus problemas con la bebida y muchos han experimentado una transformación personal. El valor de AA para estas personas no puede ni ser negado ni infravalorado.

Sin embargo, aunque en los últimos años AA ha ofrecido grupos de mujeres, las reuniones predominantemente mixtas, no han sido siempre un ámbito ideal para mujeres. A esto habría que añadir diferentes grupos de edad, razas, orientaciones sexuales, constitución física, clases sociales y orígenes étnicos.

Al principio las mujeres no podían ser miembros activos de AA (Hazell y cols., 1963; Ettorre, 1998), y su presencia estaba restringida, exclusivamente, al Al-Anon, un grupo creado, inicialmente, para esposas de alcohólicos. Las mujeres son ahora miembros activos dentro de AA. Los grupos de mujeres dentro de AA, más que los

grupos mixtos, son de gran ayuda y muy necesarios. Estos grupos ayudan no sólo a sacar a las mujeres de su “aislamiento”, sino también, a tratar sus problemas de una forma particular, incluso aunque esto suponga que la mujer inicie un tratamiento. Los grupos de mujeres de AA ayudan a algunas mujeres a abrirse a los demás y a enfrentarse a sus problemas. Estos grupos también proporcionan un ambiente no amenazador que les da la fuerza para hablar (Ettorre, 1998; Vederhus, 2017).

3 LA DEPRESIÓN

La prevalencia de la depresión en la población general oscila, según las estadísticas, entre el 10 y 20%. La prevalencia/vida se sitúa, por otra parte, en torno al 17%, si bien en Europa las diferencias de prevalencia son notables (8,8-23,6%) (Copeland y cols., 1999), pero siempre más frecuentes en mujeres que en hombres (Nurnberger y cols., 2001; Vallejo, 2006).

El trastorno depresivo es una de las principales causas de discapacidad en los países desarrollados. Estudios de calidad en atención primaria evidencian que esta razón de consulta ocupa el 30-40% de las visitas al médico de familia (Roca y cols., 2009; Martín- López y cols., 2010; Gili y cols., 2014). Sólo el 10% de los pacientes con trastorno depresivo llegan a las consultas psiquiátricas especializadas, por lo que el 90% restante son tratados por médicos de familia o especialistas no psiquiatras o no reciben tratamiento. La explicación de este hecho puede deberse a que aproximadamente la mitad de las depresiones se presentan de forma enmascarada. Las depresiones se presentan frecuentemente como enfermedad somática lo que hace a veces difícil el diagnóstico diferencial.

Los métodos complementarios de diagnóstico de la depresión son muy útiles. Los cuestionarios o rating-scales proporcionan un buen método de valoración cuantitativa del cuadro, lo que permite seguir objetivamente el curso. Los cuestionarios más empleados en Atención Primaria para el diagnóstico de la depresión son: cuestionario Beck, Goldberg, Hamilton, escala de Newcastle, criterios diagnósticos de American Psychiatric Association (DSM) y Organización Mundial de la Salud (CIE) (Vallejo, 2006).

Desde los años 90 se han elaborado múltiples guías y algoritmos de tratamiento de la depresión, teniendo cada vez más presente al médico de familia para mejorar los resultados del tratamiento. Las guías con mayor difusión de tratamiento de la depresión son: STARD (*sequenced treatment alternatives to relieve depression*), guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), guía NICE para la depresión, guía práctica para el tratamiento de la depresión del Colegio Americano de Médicos Generales, guía de consenso español sobre tratamiento de las depresiones, guía clínica de tratamiento de la depresión del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Entre las recomendaciones más destacadas de las guías figuran:

- Planteamiento del tratamiento como un proceso secuenciado y continuo desde la atención primaria a la especializada.
- Se recomiendan como fármacos de primera elección los ISRS.
- En los tratamientos psicológicos se destaca la psicoterapia de intervención breve y se señala la necesidad de formación al respecto (Martín- López y cols., 2010).

3.1 Forma inicial de presentación y sospecha

En la práctica clínica se encuentran tres tipologías de pacientes deprimidos: a) debido a una situación social penosa; b) debido a una enfermedad crónica, sobre todo si causa dolor, y c) como manifestación de un trastorno primario del estado de ánimo, es decir, un trastorno depresivo en sentido estricto. En cualquiera de estas tres circunstancias el clínico debiera llegar a la sospecha de depresión no sólo a partir de la expresividad verbal, sino también la no verbal, ya que algunos pacientes están especialmente infradotados para comunicar verbalmente sus emociones (Skipko, 1982). Dominar la lectura de la expresividad facial es un test eficiente para la detección de la disforia. La irritabilidad excesiva debiera también poner al profesional en la evidencia, pues suele ser una conducta compensatoria de la depresión.

Se pensará en un trastorno del estado de ánimo si la tristeza o la incapacidad para encontrar placer en algún tipo de actividad (anhedonia) es persistente- más de dos semanas- y protagoniza la vida afectiva del paciente.

El enmarque biográfico (cronología, oscilaciones, acontecimientos precipitantes), suele conducir a la siguiente disyuntiva:

- Si se trata de un episodio recortado, reactivo a una situación de estrés psicosocial pensar en un trastorno adaptativo con ánimo deprimido.
- Si los síntomas irrumpen en la biografía del paciente como una fractura biográfica hay que considerar trastorno del estado de ánimo.

Una presentación habitual en las consultas es la de atribuir la disforia a acontecimientos o problemas cotidianos. El enmarque biográfico ayuda poco porque el acontecimiento vital puede haber actuado como causa precipitante de una depresión mayor. Cuando los síntomas duran más de dos semanas y cumplen criterios de

depresión mayor, será este último el diagnóstico preferido, aunque en la psicoterapia y el asesoramiento sean considerados los materiales biográficos que aporte el paciente (Parker, 2000; Borrell, 2003).

3.2 Diferentes tipos de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos que ocurren tanto en las mujeres como en los hombres. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y trastorno distímico. La depresión menor también es común.

El **trastorno depresivo grave**, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la habilidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desempeñarse con normalidad. Durante un episodio de depresión mayor se han identificado daños neurocognitivos como déficits en la memoria, función psico-motora, función ejecutiva, fluencia verbal, velocidad de procesamiento de la información y atención (Smith y cols., 2006; Douglas y Porter., 2009). Es posible que un episodio de depresión grave ocurra solamente una vez en la vida de una persona, pero mayormente, puede volver a aparecer durante las diferentes etapas de la vida.

El **trastorno distímico**, también llamado distimia, se caracteriza por síntomas depresivos de larga duración (dos años o más) pero menos graves que los de la depresión grave. Es posible que la distimia no incapacite a una persona, pero le impide desempeñarse con normalidad o sentirse bien. Quienes tienen distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

También se puede padecer de depresión menor. Los síntomas de la depresión menor son similares a los de la depresión grave y la distimia, pero son menos graves y/o generalmente duran menos tiempo.

Depresiones bipolares y unipolares

La apreciación de Leonhard en 1957 acerca de dos tipos de depresiones endógenas sustancialmente diferentes ha dado lugar a numerosos estudios en los últimos años (Vieta y Gastó, 1997). Mientras que en las depresiones bipolares alternan los períodos melancólicos con otros maníacos o hipomaníacos, se consideran unipolares aquellos trastornos depresivos endógenos que han presentado varias fases melancólicas consecutivas sin episodio maníaco o hipomaníaco intercurrente. Existen numerosas

pruebas que apuntan hacia la naturaleza distinta de ambos trastornos, a pesar de que algunos autores solventes como Kendell (1977) no consideran resuelto el problema por existir escasas diferencias genéticas y clínicas (Vallejo, 2006).

Algunos tipos de trastorno depresivo presentan características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Pero, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estos tipos de depresión. Estos tipos de depresión son los siguientes:

- La **depresión psicótica** ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada de alguna forma de psicosis, tal como, una ruptura con la realidad; ver, escuchar, oler o sentir cosas que otras personas no pueden detectar (alucinaciones); y tener creencias firmes que son falsas (delirios).
- El **trastorno afectivo estacional** o TAE se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuye la luz solar natural. Esta forma de depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano (Vallejo, 2006). El TAE puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente la mitad de las personas con TAE no mejoran con la terapia de luz solamente. Los antidepresivos y la psicoterapia también pueden reducir los síntomas del TAE, ya sea solos o en combinación con la terapia de luz (Rohan y cols., 2004).

3.3 Factores de riesgo de la depresión relacionados con variables sociodemográficas

3.3.1 Sexo

Predominancia en mujeres de trastornos afectivos no bipolares. Aunque la causa no está clara (Montero, 1999; Piccinelli y Wilkinson, 2000), posiblemente se debe a factores psicológicos y sociales. El suicidio consumado es más frecuente en varones. El posparto y el período premenstrual son épocas de más alto riesgo. La menopausia no parece aumentar el riesgo de padecer depresión.

3.3.2 Edad

Los trastornos bipolares comienzan más pronto que los no bipolares.

3.3.3 Estado civil

No está clara la relación entre el estado civil y el riesgo de padecer depresión. Sí está demostrado que la separación y el divorcio están ligados a la sintomatología depresiva.

3.3.4 Otras variables

Los datos sobre educación y nivel socioeconómico son contradictorios. Existe una relación inversa entre clase social y depresión. La religión no parece ser un factor de riesgo específico, pero entre los católicos y judíos el índice de suicidios es más bajo. La relación trabajo- depresión es curvilínea, de forma que la mayor incidencia se da en los puestos más altos y más bajos de la escala (Vallejo, 2006).

3.4 Otros factores de riesgo de la depresión

Aunque existen tratamientos efectivos para la depresión, no todas las personas afectadas pueden presentar remisión y las tasas de recurrencia son altas (Sinyor y cols., 2010). Aunque los rasgos principales de la depresión generalmente son una persistente disminución del humor y pérdida de interés, otro rasgo menos estudiado del síndrome es la inestabilidad afectiva o inestabilidad del humor. Existen muchas y variadas definiciones de inestabilidad en el humor (Marwaha y cols., 2014), pero generalmente incorporan repentinos e intensos cambios de humor en un individuo durante un periodo de tiempo relativamente corto. Los factores neurobiológicos relacionados con la inestabilidad del humor son conocidos sólo parcialmente, pero la evidencia actual sugiere que anomalías en la amígdala y sus conexiones con la corteza prefrontal están relacionados (Broome y cols., 2015).

Se conoce que la inestabilidad en el humor es un componente esencial del trastorno bipolar (Bassett, 2012) y es un criterio diagnóstico del trastorno límite de la personalidad (First, 1997). En la última década ha ido aumentando la evidencia de que la inestabilidad en el humor es también importante en la depresión. Los niveles de inestabilidad del humor son muy altos en personas con un diagnóstico establecido de depresión, con rangos estimados desde 50-70% (Marwaha y cols., 2013a). Además, inestabilidad en el humor, depresión y ansiedad están unidos significativamente (Marwaha y cols., 2013b). En un estudio experimental de individuos con trastorno

depresivo mayor y otros sin dicho trastorno, la inestabilidad en el humor fue asociada significativamente con la presencia de historia de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida (Marwaha y cols., 2015).

Marwaha y colaboradores en 2015 realizaron un estudio en el cual la inestabilidad en el humor fue asociada con la depresión transversalmente y predecía la incidencia de depresión, tras controlar los factores de confusión. La inestabilidad en el humor no predecía el mantenimiento de la depresión. Las dificultades para dormir y los problemas severos con amigos cercanos y familiares mediaron significativamente la unión entre inestabilidad en el humor y la aparición de depresión (23.05% y 6.19% de la unión respectivamente).

La inestabilidad en el humor es un precursor de un episodio depresivo, prediciendo su inicio. Las dificultades del sueño son una parte significativa del proceso. Las intervenciones sobre la inestabilidad del humor y los problemas del sueño tienen la fuerza para reducir el riesgo de depresión.

Todavía no está claro si la inestabilidad en el humor es solamente una parte de la estructura de la depresión o un indicador temprano o un factor de vulnerabilidad que predispone al individuo al trastorno depresivo. Análisis prospectivos de la asociación entre la inestabilidad del humor y la depresión podrían ayudar a entender el desarrollo de la depresión, mejorando la intervención temprana y mejorando las escalas de pronóstico de riesgo. Además estos estudios pueden facilitar la identificación de factores mediadores en el desarrollo de la depresión y así obtener nuevas técnicas de intervención y prevención.

Hay mecanismos que podrían influir en la unión entre inestabilidad en el humor y depresión. En primer lugar, la inestabilidad en el humor y las dificultades en el sueño están unidas independientemente de la depresión (Bowen y cols., 2013), y los problemas en el sueño y la depresión están asociados. Así, la inestabilidad en el humor podría incrementar el riesgo de depresión incrementando el riesgo de las dificultades en el sueño. En segundo lugar, la inestabilidad en el humor podría incrementar el riesgo de depresión por medio de aumentar el consumo de alcohol; así las personas con humor inestable podrían abusar del alcohol en un intento de controlar los síntomas. La ciclotimia es significativamente más frecuente en individuos con predisposición hacia el abuso de alcohol, y esto no es explicable por los efectos del consumo de alcohol o la

abstinencia (Pacini y cols., 2009). El abuso de alcohol presenta una alta comorbilidad con la depresión y los estudios epidemiológicos nacionales de diferentes países sugieren que existe una relación recíproca entre el abuso de alcohol y la aparición de nuevos trastornos afectivos (Grant y cols., 2008). Finalmente, la inestabilidad en el humor ha sido asociada con niveles altos de problemas interpersonales como en las relaciones de pareja (Miller y Pilkonis, 2006).

Los resultados del estudio de Marwaha y colaboradores confirmaron que la inestabilidad en el humor predecía significativamente nuevos episodios de depresión y esta asociación persistía tras controlar las variables socio-demográficas. Los resultados indicaron que las dificultades en el sueño y los problemas con amigos cercanos y familiares mediaban el 29.12% de la unión entre la inestabilidad en el humor y un nuevo episodio de depresión.

La inestabilidad en el humor ocurre tanto en niños como en adultos. La dificultad significativa en la regulación del humor es un rasgo experimentado por niños y adolescentes quienes más tarde desarrollan depresión mayor en la edad adulta (Marwaha y cols., 2015).

Hay dos posibles formas de explicar estos hallazgos. En primer lugar la inestabilidad en el humor podría ser un factor de vulnerabilidad para la depresión. Es conocido que el temperamento modifica la respuesta a los eventos estresantes. Ser emocionalmente negativo, tener tendencia al enfado, angustia e inseguridad fácilmente tras un evento desagradable ha sido demostrado que predice un aumento de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo (Elovainio y cols., 2014). Es posible que exista una vulnerabilidad neurobiológica común entre la inestabilidad en el humor y la depresión. Por ejemplo, la disregulación emocional y la depresión mayor están asociadas con cambios en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal caracterizados por un aumento de la respuesta al cortisol (Wingenfeld y cols., 2010).

En segundo lugar la inestabilidad en el humor podría representar un síntoma precursor temprano. Además los cambios en el humor han sido identificados como parte del pródromo de la depresión (Jackson y cols., 2003). Los problemas con el sueño y la depresión presentan una alta comorbilidad y los problemas del sueño son síntomas iniciales de la depresión mayor (Batterham y cols., 2012).

Los efectos de la inestabilidad en el humor y el sueño están relacionados, ya que comparten alteraciones biológicas, fundamentalmente en la transmisión central serotoninérgica y noradrenérgica (Adrien, 2002). La serotonina tiene múltiples funciones en el sistema nervioso central incluyendo la regulación del afecto y el ciclo sueño-vigilia modificando el sueño REM o la facilidad para despertar (Monti, 2011).

3.5 Coexistencia de depresión y otras enfermedades

La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades que pueden presentarse antes o después de la depresión, causarla, ser una consecuencia de ésta o una combinación de todos estos factores. Es probable que la interacción entre la depresión y otras enfermedades sea distinta según las personas y las situaciones. De todas formas, estas otras enfermedades coexistentes deben ser diagnosticadas y tratadas.

Suele acompañarse de trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos, especialmente entre las mujeres. Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático o TEPT, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada, a veces también acompañan a la depresión (Regier y cols., 1998; Devane y cols., 2005). Las mujeres son más propensas que los hombres a padecer un trastorno de ansiedad coexistente (Kessler y cols., 2003).

El abuso o la dependencia del alcohol y de sustancias pueden coincidir con la depresión, aunque esto es más común entre los hombres que entre las mujeres (Regier y cols., 1998; Kessler y cols., 2003). Las investigaciones han indicado que en la población de los Estados Unidos es común que se produzca la coexistencia de trastornos del estado de ánimo y de abuso de sustancias entre ambos sexos (Conway y cols., 2006).

La depresión a menudo también se da junto a otras enfermedades médicas graves como la enfermedad cardíaca, el derrame cerebral, el cáncer, el VIH/SIDA, la diabetes, la enfermedad de Parkinson, los problemas de tiroides y la esclerosis múltiple, e incluso puede empeorar los síntomas de estas enfermedades (Cassano y cols., 2002). Las investigaciones han demostrado que tratar la depresión y la enfermedad coexistente al mismo tiempo puede ayudar a mejorar ambas enfermedades (Hankin y cols., 2001).

3.6 Tratamiento

Pautas generales del enfoque terapéutico

3.6.1 *Primero: Establecer la gravedad*

- Evolución biográfica. Antecedentes de otras depresiones, episodios de manía o hipomanía, ingresos psiquiátricos e intentos de suicidio, así como alcoholismo u otras drogodependencias son indicadores de gravedad. La presencia previa de una distimia puede enmascarar un episodio depresivo mayor añadido a este cuadro (“doble depresión”, en general, infradiagnosticada) (Ayuso, 1981; Katon, 1992).
- Síntomas que indican gravedad. Ideación suicida, inhibición conductual notable, bradipsiquia, pérdida de peso, síntomas psicóticos, o alteraciones conductuales alarmantes.

3.6.2 *Segundo: Establecer un diagnóstico preciso*

El médico debe acercarse a una de las categorías indicadas anteriormente, atendiendo a las implicaciones terapéuticas adecuadas.

3.6.3 *Tercero: Elección de psicofármacos*

La intervención más eficaz para lograr la remisión y evitar la recaída es el tratamiento farmacológico, pero el tratamiento combinado, que incorpora la psicoterapia para ayudar al paciente a afrontar su pérdida de autoestima mejora significativamente los resultados. Alrededor de 40% de los pacientes de atención primaria con depresión abandonan el tratamiento e interrumpen la medicación cuando no aprecian mejoría sintomática en el plazo de un mes, salvo que reciban apoyo adicional.

Para seleccionar el antidepresivo más adecuado es preciso adoptar un enfoque racional, basado en el conocimiento de las diferencias metabólicas y el perfil de efectos secundarios de los fármacos, así como de las preferencias del paciente. Una respuesta anterior, o antecedentes familiares de respuesta positiva a un antidepresivo específico, hacen pensar que ese fármaco debe ser la primera elección. En las personas con ideación suicida debe prestarse especial atención a la elección de un fármaco con escaso potencial de producir toxicidad en caso de sobredosis. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros agentes modernos son claramente más seguros a este respecto.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram tienen menor frecuencia de efectos secundarios anticolinérgicos, sedantes y cardiovasculares (Harrison, 2006; Vallejo, 2006). Un problema importante, además de las interacciones medicamentosas, es el riesgo del “síndrome serotoninérgico”, que se cree se debe a la hiperestimulación de los receptores de 5HT del tallo encefálico y que se caracteriza por mioclonía, agitación, cólicos abdominales, hiperpirexia, hipertensión y, en algunos casos, la muerte. Ello obliga a vigilar estrechamente su combinación con los agonistas serotoninérgicos.

Los antidepresivos tricíclicos presentan como inconvenientes sus efectos secundarios antihistamínicos (sedación) y anticolinérgicos (estreñimiento, sequedad de boca, dificultad para iniciar la micción, visión borrosa). También se han descrito casos de toxicosis cardíaca grave con bloqueo de conducción o arritmias, pero son raros a las concentraciones terapéuticas. Los antidepresivos tricíclicos probablemente están contraindicados en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

La venlafaxina, como la imipramina, bloquea la recaptación de nor- adrenalina y serotonina. Obliga a vigilar el posible aumento de la presión diastólica de los pacientes y requiere múltiples dosis diarias, dada la brevedad de su vida media.

La mirtazapina es un antidepresivo tetracíclico con espectro de actividad peculiar. Aumenta la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica. También es un potente antihistamínico y puede causar sedación.

Los antidepresivos de segunda generación son amoxapina, maprotilina, trazodona y bupropión.

Se elegirá el antidepresivo que previamente haya demostrado su eficacia en el paciente (Harrison, 2006). Como terapia de primera elección se indicarían inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Martín- López y cols., 2010), excepto en caso de depresión mayor grave o melancólica, en que se prefiera la imipramina o la venlafaxina (Vallejo, 2006). Se añadirán ansiolíticos si fuera necesario.

Cualquiera que sea el tratamiento emprendido, hay que valorar la respuesta después de casi dos meses. Tres cuartas partes de los pacientes presentan mejoría en este lapso. Cuando se consigue una remisión significativa, el tratamiento farmacológico se mantiene como mínimo durante seis a nueve meses, para evitar la recaída (Harrison, 2006; Vallejo, 2006). En los pacientes que han sufrido dos o más episodios de

depresión, debe valorarse la conveniencia de un tratamiento de mantenimiento indefinido.

Investigaciones comparativas han indicado que las terapias cognitiva-conductual e interpersonal son eficaces para mejorar los ajustes psicológicos y sociales, y que en muchos enfermos es más útil un tratamiento combinado que el uso de fármacos solos (Harrison, 2006).

3.6.4 Cuarto: Elección de asesoramiento e intervención psicoeducativa. Psicoterapia

La psicoterapia consiste en proporcionar recursos, conocimientos y apoyo a la persona, a fin de animarla a reaccionar y a evitar la tentación de un abandono del tratamiento. La psicoterapia se centra fundamentalmente en modificar comportamientos haciendo hincapié en el cambio y fomentando la independencia. Los puntos en los que actúa son principalmente los siguientes:

- El esquema de valores de la persona.
- Sus deseos y proyectos.
- El control de la disposición emocional.
- La mejora del ánimo.
- Expectativas negativas (anticipación de los acontecimientos).

Una actitud psicoterápica es inexcusable ante cualquier depresión, incluso en las endógenas donde el tratamiento debe ser fundamentalmente biológico. La llamada alianza terapéutica es, asimismo, básica para conseguir mentalizar al paciente de su enfermedad y concienciarle de que el cumplimiento de la medicación es fundamental para su restablecimiento y la prevención de recaídas. Sin embargo, las psicoterapias específicas se centran en las depresiones no endógenas. Aún así, ya la revisión de Weissman en 1978 demostró que en las depresiones neuróticas es importante la farmacología para reducir síntomas y evitar recaídas, mientras que la psicoterapia incide en el reajuste de las relaciones interpersonales sin actuar apenas sobre la sintomatología depresiva. El interés de combinar fármacos y psicoterapia conjuntamente es, por tanto obvio (Frank y cols., 2000; Pampallona y cols., 2004).

Ante una depresión reactiva puede ser suficiente una psicoterapia de orientación y apoyo, en tanto que una depresión neurótica requiere técnicas más elaboradas.

Dos modalidades psicoterapéuticas, ambas de duración limitada, gozan en estos momentos de credibilidad: la terapia cognitiva (enfocada hacia la modificación del estilo cognitivo peculiar de estos pacientes y señalada especialmente por Beck) y la interpersonal. Ambas están acreditadas, especialmente en depresiones leves (Scott, 1996; Jorgensen y cols., 1998), ya que en las depresiones graves, con afectación neurobiológica, no son eficaces (Thase, 1997; Balslev y cols., 1998).

En definitiva, está demostrada la eficacia de estas psicoterapias en las depresiones neuróticas, pero teniendo en cuenta que: a) no son aplicables a depresiones endógenas; b) no modifican el estado depresivo y su eficacia es mayor si se combinan con antidepresivos, y c) gran parte de las características de pensamiento atribuidas a muchos pacientes son consecuencia y no causa de la depresión, de tal manera que desaparecen una vez que mejora el cuadro clínico (Vallejo, 2006).

Los resultados de la psicoterapia suelen ser casi siempre positivos y tienen muchas ventajas, puesto que complementan el tratamiento con medicación o, en ocasiones, incluso en solitario. En cuanto a la duración de los tratamientos, varía según el tipo de depresión y el grado de deficiencias que presenten. El tratamiento se pacta entre el terapeuta y el paciente en las primeras visitas, después de haber valorado la situación. Por término medio, suelen durar seis meses, aunque según el grado de mejoría, las sesiones son más espaciadas o más frecuentes (Méndez, 2006).

La terapia de Bellak es una terapia breve y de urgencia para tratar la depresión, en la que se aplican elementos teóricos psicodinámicos, de apoyo y cognoscitivos. Esta terapia valora la regulación de la autoestima, el superyó severo, la intraagresión, la pérdida objetal, la desilusión, el engaño, la dependencia narcisista, la negación y las perturbaciones en las relaciones.

Según el Centro de Investigación y Políticas para la Salud (CIPS), la terapia conductual es la más eficaz de todas. La Asociación Psiquiátrica Estadounidense, por su parte, indica que solo tiene buenos resultados combinada con tratamiento farmacológico.

En los últimos diez años, se ha definido el papel que desempeña la psicoterapia en el tratamiento de la depresión como parte de un manejo integral. Sin embargo, este tratamiento depende de la gravedad de la depresión y de los beneficios obtenidos con los antidepresivos. El tratamiento combinado es beneficioso para aquellos que han

respondido parcialmente al tratamiento único, para aquellos con depresión crónica y para los pacientes con periodos cortos de recuperación.

3.7 Comorbilidad psicopatológica

La prevalencia de los diferentes trastornos mentales asociados a la dependencia alcohólica es variable. Pueden aparecer antes, una vez que la dependencia ya está establecida o en etapas tardías de la misma; en estos casos se tiende a considerar la dependencia como factor de vulnerabilidad para dichos trastornos.

La ocurrencia de más de un trastorno mental a lo largo de la vida de una persona, o dentro de un lapso de tiempo más corto, o de varios trastornos mentales simultáneamente, es un fenómeno de gran interés; no sólo en cuanto a sus repercusiones científicas para la psicopatología, sino desde un punto de vista primariamente clínico, en cuanto a sus repercusiones sobre el tratamiento y el pronóstico. Este fenómeno, denominado “comorbilidad” puede explicarse por puro azar: dos o más enfermedades acontecen en un mismo sujeto con una probabilidad esperada de acuerdo a la frecuencia con que se dan, independientemente, en la población. Por otra parte, la concurrencia no aleatoria de dos o más trastornos mentales, es decir, con una frecuencia superior a la que cabría esperar al azar puede significar que existe una asociación entre tales trastornos. Esta asociación cabe explicarla mediante diferentes mecanismos:

- Se trataría de dos síndromes, o trastornos mentales, aparentemente independientes, pero que son en realidad manifestación de un único proceso patológico. Ejemplo prototípico de este supuesto es el Trastorno Afectivo Bipolar: la ocurrencia de depresiones y de episodios maníacos en el mismo sujeto es debida a un solo proceso patológico, que, en distintas ocasiones temporales presenta unas características distintas y en correspondencia unas manifestaciones clínicas diferentes (de Pablo y cols., 1993).
- Uno de los trastornos mentales puede causar o predisponer para padecer el otro. Bajo esta perspectiva se entiende que uno de los trastornos es primario, mientras que el otro aparecería con mayor frecuencia, pero secundariamente, dado el primero. Aunque no parece existir ningún ejemplo fehaciente de este supuesto en psicopatología, podríamos, a título hipotético, considerar una tal relación entre dependencia al alcohol-depresión (Boden y col., 2011). Es perfectamente plausible que los sujetos con dependencia al

alcohol tengan desajustes sociofamiliares, laborales, problemas físicos, y que todo ello incremente el riesgo de estas personas a padecer depresiones (Foulds y cols., 2015; Hunt y cols., 2015). Aunque la relación causa-efecto entre ambos trastornos no es directa ni inmediata, sino mediada por otros factores, es evidente que podríamos afirmar que el mayor riesgo de padecer depresiones en estos sujetos se debe al hecho de que sufren primariamente otra enfermedad, dependencia al alcohol (Guardia y cols., 2013).

- El que dos trastornos mentales coocuran en la misma persona puede también explicarse suponiendo que, aunque sean fenomenológicamente distintos y se deban a procesos patológicos subyacentes totalmente distintos, tienen en realidad la misma causa, o bien uno o varios factores de causación en común. Tampoco disponemos de ningún ejemplo para este supuesto en psicopatología, pero, también a título hipotético, podríamos considerar que esto aconteciera para la coocurrencia de agorafobia y fobia social. Aún partiendo de la base de que se trata de trastornos mentales diferenciables, es posible que el trastorno por pánico pueda determinar bien agorafobia, bien fobia social. En tal caso es de esperar que ambas fobias coocuran en sujetos afectados de trastorno por pánico.
- Finalmente podría entenderse la coocurrencia de trastornos mentales como un fenómeno ficticio, explicable por la insuficiente resolución diagnóstica de la psicopatología y la carencia de validadores fidedignos para la presencia/ausencia de determinada enfermedad. Como ejemplo, la notoria concurrencia en los mismos enfermos de un síndrome depresivo y de un síndrome ansioso, puede, aparentemente, hacer pensar al observador que se encuentra ante dos trastornos mentales diferentes que concurren en la misma persona, tales como depresión mayor y trastorno por ansiedad generalizada. Sin embargo, una explicación alternativa sería, simplemente, que una Depresión Mayor puede manifestar, además de los característicos síntomas depresivos, síntomas del síndrome ansioso como parte integrante y genuína de su propia fenomenología clínica. Existiría un solapamiento fenomenológico entre depresión mayor y TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada) en el sentido de que el síndrome ansioso puede formar parte integrante de la enfermedad depresiva, o también la alternativa opuesta: El síndrome depresivo parte integrante de la enfermedad ansiosa. El problema

planteado en este supuesto es, tanto la falta de resolución diagnóstica de la actual psicopatología; no sólo el síndrome ansioso y el depresivo se solapan, también otros (episodio maníaco- psicosis esquizofrénica; síndrome depresivo-déficit cognitivo, etc); como la carencia de criterios de validación absolutos que nos permitan afirmar, ante un paciente dado, la presencia/ausencia de determinada enfermedad. Esta alternativa de falsa comorbilidad ha sido recientemente demostrada mediante estudios longitudinales y podría conceptualizarse también como una “coocurrencia epifenoménica”.

Estas cuatro alternativas de explicación para la comorbilidad cuentan con numerosos y demostrados ejemplos en patología médica, que pueden ilustrar el problema con claridad (de Pablo y cols., 1993).

4 LA DEPRESIÓN EN LA MUJER

La depresión afecta tanto a los hombres como a las mujeres, pero siempre es más frecuente en mujeres (Nurnberger y cols., 2001; Kessler y cols., 2003). La frecuencia de la depresión mayor en la mujer es el doble que en el hombre (Kessler, 2003; Roca y cols., 2009; Seedat y cols., 2009; Parker y col., 2010; Silverstein y cols., 2013). Actualmente se están realizando estudios para explicar esta diferencia mientras los investigadores examinan determinados factores (biológicos, sociales, etc.) que son exclusivos de las mujeres.

Muchas mujeres que padecen una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento.

Los científicos están examinando muchas causas que podrían explicar el aumento en el riesgo de padecer depresión que tienen las mujeres y muchos factores que pueden contribuir a que esto sea así. Es probable que los factores genéticos, biológicos, químicos, hormonales, ambientales, psicológicos y sociales se unan o crucen para contribuir a la depresión.

Según un estudio realizado por Gili y cols. (2014) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la discapacidad de pacientes depresivos. El efecto de la depresión en la discapacidad es similar para ambos sexos, pero no uniforme en términos del impacto en diferentes aspectos de la calidad de vida.

La depresión está a menudo asociada con un deterioro físico, social y en la funcionalidad de las personas (Hardeveld y cols., 2013). Cuanto mayor es el sujeto la depresión está asociada con un incremento de la discapacidad y una disminución de la oportunidad de recuperación independientemente del sexo de la persona y de otros factores que contribuyen a la incapacidad física (Cronin- Stubbs y cols., 2000; Rafful y cols., 2012).

Los estudios demuestran que el aumento de la incidencia de depresión en las mujeres comienza en la adolescencia, cuando los roles cambian. En esta etapa se presentan varios factores estresantes como son la formación de la identidad, además el impacto de la sexualidad, la separación de los padres y la toma de las propias decisiones por primera vez, sumado a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos

factores estresantes son diferentes para ambos sexos y pueden asociarse con más frecuencia con depresión femenina.

Las expectativas sociales determinan de gran manera las formas de pensar, sentir y actuar de los seres humanos en una sociedad determinada. Se ha demostrado que el comportamiento de ambos sexos responde a una convención social, por lo que es posible distinguir sexo como un término biológico, de género como concepto psicológico y cultural, una categoría que se construye socialmente.

Así, cada cultura ofrece a la mujer una imagen de sí misma, que se constituye en un estereotipo y en una serie de roles que se espera adopte. En la sociedad occidental este estereotipo ha caracterizado tradicionalmente a la mujer como psicológicamente dependiente, insegura, sumisa, intuitiva, irracional, emotiva, inestable, tierna, abnegada, débil y pasiva. Junto con estas características atribuidas a las mujeres, existe una división de tareas socialmente definidas, que conforman los roles sexuales, en la cual la mujer se especializa en las actividades correspondientes a la reproducción humana y social.

La expresión de los problemas emocionales difiere para ambos sexos, siendo también un reflejo de la socialización diferencial. En la adolescencia esto se refleja en que los varones tienden a abusar del alcohol y las drogas así como a tener conductas más arriesgadas y agresivas. Las mujeres tienen más tendencia a deprimirse.

La condición femenina así construida, parece ser un factor trascendente en el desarrollo de un malestar psicológico en la mujer a partir de la adolescencia, que se mantiene a lo largo de toda su vida y podría ser la fuente de una "psicopatología de género" donde la depresión ocupa un lugar muy significativo (López y col.,1992).

4.1 Incertidumbre y cambio de valores en la sociedad actual

Uno de los factores importantes de cambio social y generador de patologías es la incertidumbre, puesto que supone un cambio de valores relevante. Antes era todo para siempre y los cambios en la vida de una persona no eran tantos: el matrimonio era para toda la vida, el trabajo también, etc. Ahora, con la extensión de la globalización, todo es efímero. Todo esto provoca incertidumbre y depresión en las personas, sobre todo si han tenido una educación que contrasta con los acontecimientos actuales de la vida.

Los vínculos que se establecen en la actualidad son extraordinariamente frágiles, como afirma Bauman (2005). Según Durkheim, el debilitamiento de la conciencia

colectiva es un fenómeno normal para la existencia de la sociedad industrial contemporánea. El rol de la conciencia colectiva disminuye a medida que el trabajo se divide y los sentimientos colectivos dejan de ser integradores. Normalmente la división del trabajo produce solidaridad social, pero a veces tiene resultados totalmente diferentes. Esto es debido a que los rasgos sociales están desordenados por una crisis de transición, pues “la propia sociedad está en proceso de desarrollo” (Lukes, 1984; García, 2016).

Según Talam (2007), las formas de contención de los malestares personales se encuentran muy limitadas porque el papel de la familia, de la pareja, decae.

Nos encontramos ante una sociedad cambiante. Estos cambios analizados por Durkheim en el paso de una sociedad premoderna a una sociedad moderna quizá son pocos comparados con los que vivimos en la actualidad con la emergencia de las sociedades tecnológicas, que será el resultado de una dinámica de cambios muy intensa y rápida. Según Tezanos (2002), “los cambios en la actualidad son tan complejos y tan rápidos que sus efectos culturales, ideológicos, personales, morales serán también, más acusados y de mayor alcance de los que se produjeron en los grandes procesos de transición anteriores”. En la sociedad premoderna la vida de los seres humanos se determinaba por un gran número de vínculos tradicionales, desde la economía familiar, la patria y la relación hasta el estamento y la pertenencia a un género. Sin embargo, con la transición hacia la sociedad moderna surgen unas tendencias que introducen una individualización de una gran envergadura y el desprendimiento de las personas respecto a sus vínculos históricamente desarrollados, a sus credos religiosos y a sus relaciones sociales.

La pérdida de estos vínculos, acompañada de una nueva cultura basada en el individuo, sometida a las leyes del mercado, altamente competitiva, orientada al consumo acrítico y con estímulos culturales de deplorable calidad; y de una sociedad en la que contamos con más bienes materiales y servicios, y en la que disfrutamos de mayor comodidad, no hace que los individuos tengan una mejor salud mental. En los países del primer mundo, los índices de psicopatología van en aumento año tras año. “Las diversas formas de drogadicción y alcoholismo, de depresión, de suicidios, de crisis de ansiedad, de trastornos de la alimentación, de parafilias y demás formas de sufrimiento mental extremo no cesan de multiplicarse a diario” (Talam 2007).

Esta ruptura de las vinculaciones tradicionales conlleva para el individuo la liberación de anteriores controles y obligaciones, pero, a su vez, supone también la anulación de aquellas condiciones que dieron amparo y seguridad a la sociedad premoderna. Las exigencias del mercado de trabajo, la movilidad social y geográfica, la obligación de consumir y los medios de comunicación conllevan un gran desgaste de forma directa o indirecta.

Según Beck Gernsheim (2002) en el libro *Tasas de ocupación en la Unión Europea del Instituto de la mujer*, que analizan las teorías de la sociedad del riesgo, las nuevas formas de vida implican despojarse de las formas anteriores de conducción de la vida y aseguramiento de la existencia. Esto afectará progresivamente a las mujeres, ya que van a entrar en conflicto con la persistencia de los valores y roles tradicionalmente asociados a lo femenino y a lo doméstico. El trabajo se convertirá en un elemento central del proceso de individualización: como fin en sí, puesto que define el proyecto vital y realiza al individuo, y como medio, ya que proporciona los recursos necesarios para materializar este proyecto, que adquiere importancia con el desarrollo de la sociedad del consumo de masas, y realimenta y refuerza poderosamente la ideología de la individualidad (Instituto de la mujer, 2008).

La mujer educada para realizar tareas de cuidado y maternales entra en conflicto con las nuevas perspectivas actuales.

4.2 Principales causas de depresión en las mujeres

4.2.1 La genética

Si una mujer tiene antecedentes familiares de depresión, puede tener un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Pero, ésta no es una regla que siempre se cumple. La depresión puede ocurrir en mujeres sin antecedentes familiares de depresión y es posible que ciertas mujeres de familias con antecedentes de depresión no la padezcan. Las investigaciones genéticas indican que es posible que el riesgo de padecer depresión implique la combinación de múltiples genes con factores ambientales o con otros factores (Tsuang y cols., 2004).

4.2.2 Las sustancias químicas y las hormonas

La neuroquímica es un factor muy importante en los trastornos depresivos. Las tecnologías modernas de obtención de imágenes del cerebro, como la resonancia magnética (RM), han demostrado que el cerebro de las personas que padecen de

depresión es diferente a la del cerebro de quienes no la padecen. Las partes del cerebro responsables de regular el estado de ánimo, pensamiento, sueño, apetito y la conducta parecen no funcionar normalmente. Además, los neurotransmisores importantes noradrenalina y serotonina se encuentran disminuidos (Vallejo, 2006). Pero estas imágenes no revelan el motivo por el cual se produce la depresión.

Los científicos también están estudiando la influencia de las hormonas femeninas, las cuales cambian a lo largo de la vida. Los investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente la química del cerebro que controla las emociones y el estado de ánimo. Existen etapas específicas durante la vida de una mujer que son de especial interés, como la pubertad; los días antes de los períodos menstruales; antes, durante e inmediatamente después de un embarazo (posparto), y el período inmediatamente antes y durante la menopausia (perimenopausia).

4.2.3 *El Estrés*

Un episodio depresivo se presenta generalmente después de eventos estresantes de la vida como un trauma, la pérdida de un ser querido, una relación difícil o una situación estresante, ya sea grata o no grata. Demasiado trabajo y responsabilidades de la casa, el cuidado de hijos y de padres ancianos, el abuso y la pobreza también pueden provocar un episodio depresivo. Las evidencias indican que las mujeres responden de distinta manera que los hombres ante estos eventos, por lo que las hacen más propensas a la depresión. De hecho, las investigaciones indican que las mujeres responden de manera tal que sus sentimientos de estrés son más prolongados que en los hombres, lo cual aumenta el riesgo de padecer depresión (Nolen-Hoeksema y cols., 1999). Pero, no queda claro por qué algunas mujeres que enfrentan enormes desafíos padecen depresión y otras que tienen desafíos similares, no la padecen.

Infancia o adolescencia problemática

Es necesario destacar la importancia de los cuidados afectuosos en la infancia, puesto que hace que los niños desarrollen sus emociones y otras funciones como la inteligencia, el lenguaje y la regulación de las emociones. Burruelo (2002), en sus estudios sobre los primeros vínculos del niño, afirma que la ausencia de estos cuidados puede aumentar las posibilidades de padecer depresión. Se ha observado que un factor asociado a la depresión es la pérdida de la madre antes de los 17 años. Tanto la sobreprotección como la despreocupación o el maltrato pueden incidir en la depresión.

Los motivos que pueden causar sobreprotección son los siguientes: ser hijo único, tener un padre o una madre autoritarios, o padecer alguna enfermedad desde la infancia. Cuando a este factor se unen unas circunstancias socioeconómicas desfavorables y violencia de género todo empeora. Las prácticas socializadoras favorecen un sobrecontrol en las niñas.

Violencia

- ***Violencia laboral***

Es una causa importante de depresión. Puede degradarse a una persona poniéndola en los peores puestos de trabajo para favorecer a otro o haciéndola trabajar en condiciones infrahumanas.

Aparece el exagerado control por parte de los supervisores, la sensación de que la vigilancia es exclusiva para el acosado que se siente humillado cuando es una persona brillante con un elevado sentido del deber, capaz de hacer múltiples tareas y sacarlas todas adelante, cosa que pone más en guardia todavía a las personas acosadoras.

Se vive como un problema que no tiene solución y, posteriormente, se les da las gracias a las personas que en ese momento les apoyaron, porque son muy pocas. Llega a acumularse un profundo odio interior hacia estas personas que les están controlando de esta manera. Los agresores llegan incluso a atacarles con cosas que han hecho mal sin ser ciertas, les atribuyen ciertos errores que son de otros para ponerlos en evidencia delante de sus compañeros y hacerles sentir mal.

Muchas de estas personas se han desvivido por la empresa, pero llega un momento en el que ya no interesan, ya sea porque están enfermas o por otros motivos. La víctima que está enferma con diferentes problemas físicos no va a trabajar, a veces, porque no cae bien y no sabe cuál es la causa. Recibe presiones directas o indirectas para que abandone el trabajo o se reincorpore de la situación de incapacidad en la que está. A veces el agresor es una persona que ocupa un cargo superior, pero otras puede ser un compañero que le hace la vida imposible. La persona acosada no dice nada, incluso llega a asumir el trabajo del compañero.

El trabajo en el sistema capitalista produce alienación. La violencia en el mundo laboral también es una forma de alienación, que puede producir depresión, ya que las capacidades humanas quedan anuladas. A las personas les gusta que les reconozcan su trabajo y no siempre es así. Las personas con cargos de responsabilidad deberían tener

una elevada formación en políticas de gestión empresarial y en recursos humanos. Las víctimas llegan a tener miedo, pánico, a estas personas acosadoras o incluso a acercarse a la empresa (Ettorre, 1998; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Desde la OMS, se destacan los siguientes posibles efectos de la violencia sobre la salud física de las mujeres: trastornos crónicos (síndrome del dolor crónico), síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales, enfermedad somática, fibromialgia, cansancio crónico, asma, etc. Conductas de riesgo para la salud como fumar, el abuso de alcohol y drogas, la conducta sexual de riesgo, la inactividad física, la ingesta excesiva, etc. presentan consecuencias sobre la salud reproductiva como embarazos no deseados, embarazos precoces, trastornos ginecológicos, abortos espontáneos, complicaciones del embarazo, enfermedad inflamatoria pélvica y enfermedades de transmisión sexual.

Existen también numerosos estudios centrados en las consecuencias psicológicas de la violencia. Así, los síntomas comúnmente destacados son: ansiedad, depresión, pérdida de autoestima, sentimiento de culpa, aislamiento social, trastornos psicósomáticos, trastornos sexuales y trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios. Corsi, que analiza la violencia en Galtung (1990), afirma que “estas personas registran una marcada disminución de su rendimiento intelectual que afecta a sus actividades laborales y educativas- absentismo, dificultades de concentración, etc-“. Muchos de estos efectos persisten una vez se ha puesto fin a la reacción violenta y algunos acompañan a la víctima toda la vida.

- ***Violencia familiar***

Las mujeres explican retrospectivamente las agresiones sufridas por sus parejas y no entienden cómo fueron capaces de mantener aquella situación. Existe una situación de dependencia y miedo importante, y no rompen la relación hasta que se da un suceso límite que en su escala de valores ya no pueden tolerar. A veces no son ellas, sino sus familiares quienes les animan a dar el paso para denunciar. Por una parte, se sienten aliviadas, pero, por otra, temen la venganza.

El agresor intenta aislar a la víctima: no quiere que salga con sus amigos, que se ponga cierta ropa *provocativa* si no va con él, la persigue, y la vigila continuamente. Llega a prohibirle la visita a sus familiares más cercanos, como sus padres, etc.

4.3 Mecanismos para afrontar la depresión

Antidepresivos- ansiolíticos.

Valls (2005), en sus estudios sobre salud y medicalización en las mujeres, afirma que a lo largo de su vida y cada vez a edades más tempranas es más probable que a una mujer se le prescriban ansiolíticos en su primera consulta al especialista. Más del 85% de los psicofármacos se administran a mujeres en España. De este modo, se sobrepasa la evidencia científica existente que sitúa la prevalencia de la ansiedad y la depresión en un 50% más en mujeres que en hombres. El abuso de psicofármacos en las mujeres puede presentar problemas diferentes y requerir distintos métodos de tratamiento que en el caso de los hombres. Las mujeres españolas consumen más ansiolíticos que los hombres en todos los rangos de edad, pero las diferencias son más destacables a partir de los 46 años (Montesó, 2015).

4.4 Depresión y actividad laboral

El trabajo es fundamental para el desarrollo social. Según Durkheim, los hombres necesitan disponer de fines colectivos aplicables a sus actividades cotidianas, puesto que los fines personales no son suficientes para trabajar, ya que “nuestro trabajo solo tiene sentido cuando sirve para algo situado más allá de nosotros”. Para Durkheim, el trabajo es una alternativa funcional a la familia: “Un interés que no sea personal y doméstico debe incitarnos a trabajar procedente de otro grupo distinto de la familia, más restringido que la sociedad política próximo a nosotros y que nos afecte más”. El trabajo es muy importante para los hombres, ya que necesitan objetivos colectivos y el matrimonio es demasiado temporal para proporcionar semejante vínculo, puesto que se disuelve en cada generación con la muerte. “El único grupo que puede realizar esta función es el grupo ocupacional o profesional” (Lukes, 1984).

El trabajo es positivo para nuestra salud, pero también nos puede conducir a la depresión por las numerosas dificultades que podemos encontrar en él.

Muchas veces el diagnóstico de depresión es una escapatoria para aquellas personas que necesitan salir del trabajo, ausentarse, para realizar unas tareas que les exige la sociedad- como madre, hija, esposa y cuidadora- frente a un suceso inesperado o complicado de la vida- enfermedad, etc.-, o para aquellas “ que no pueden más”. Determinadas profesiones, como pueden ser los profesionales sanitarios, tienen un elemento central etiopatogénico, a través del cual se desencadena el cuadro clínico: el

estrés. Como describe Martínez Quintana (1995) el absentismo y el abandono de la profesión docente representa la reacción más frecuente para acabar con la tensión que se deriva del ejercicio de esta profesión.

El fenómeno del absentismo laboral es un fenómeno sociológico complejo y cambiante, que incorpora a sus conductas de ausencia una multiplicidad de causas en interacción. Está probado que las mujeres abandonan empleos insatisfactorios con más regularidad que los hombres para conseguir mejores oportunidades, o si los incentivos monetarios no merecen la pena, se relegan a sus obligaciones domésticas. El cuidado de los hijos y de otros familiares es lo que debe solucionar la infraestructura social de cada una de las sociedades, y es la tendencia que proyecta el informe de la OIT sobre el trabajo en el mundo (1994), que tiende hacia la armonización de las responsabilidades profesionales y familiares en los trabajadores de uno y otro sexo (Martínez Quintana, 1995). Parece ser que estas ideas tan racionales y de sentido común se han incorporado en estos últimos diez años a cuenta gotas al mundo empresarial.

Muchos entrevistados sufren violencia laboral y la mayoría de las veces es fruto de la ignorancia de los gestores o de la falsa creencia de que poner dificultades para facilitar las obligaciones extraprofesionales de los trabajadores hace que estos cumplan mejor en el lugar de trabajo. Se produce, pues, una mala política de formación de estos cargos intermedios, que al abusar de su poder han ayudado a aumentar la depresión en los trabajadores. Estas políticas de mala gestión empresarial son fruto de una presión empresarial desde arriba, y aunque obtengan resultados positivos a corto plazo, provocan el descontento de los trabajadores, cuya consecuencia no es solo el aumento del rechazo a determinados proyectos empresariales, sino también un empeoramiento de su salud, lo que no solo genera pérdidas a la empresa, sino a toda la sociedad en general. Lo peor es que estas políticas empresariales han dejado huella en el inconsciente de estas personas, ya que han sufrido un verdadero trauma, y altos niveles de estrés laboral.

Ansiedad y depresión

Las mujeres que presentan niveles bajos de salud son las que experimentan más ansiedad y depresión. Son mujeres que siguen sufriendo un problema en la actualidad: violencia de género; pocos recursos económicos; problemas con los hijos, como la drogodependencia y el encarcelamiento; o la enfermedad terminal del marido. Las que han vivido algún trauma en la infancia, generalmente violento, son las que presentan más enfermedades físicas.

Se ha observado en los registros informatizados de salud de atención primaria una gran cantidad de patologías físicas asociadas a estas mujeres con depresión.

Cada vez que la mujer está sometida a situaciones de estrés o a agresiones físicas y mentales, que sufre malos tratos en la familia, que se la desvaloriza o que se le impide el crecimiento de su autoestima, se producen alteraciones en los niveles de los neurotransmisores que regulan el funcionamiento cerebral, produciendo alteraciones en la menstruación. Como consecuencia, pueden aparecer anemias, deficiencias de hierro, cansancio, irritabilidad y cefaleas. Su detección debería estar incluida en los exámenes de salud (García, 1995; Vallejo 2015; García, 2016).

5 LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y LA DEPRESIÓN

5.1 Factores genéticos en la dependencia al alcohol y la depresión

Los trastornos depresivos son más prevalentes en personas con adicción al alcohol que en personas sin adicción en familias con múltiples miembros con adicción al alcohol.

Uno o varios genes del cromosoma 1 pueden predisponer a algunos individuos al alcoholismo y otros a depresión (la cual puede ser inducida por el alcohol). Locus en otros cromosomas pueden ser también de interés.

Es conocido desde hace tiempo que existe una conexión directa entre el alcohol y el humor. La intoxicación alcohólica produce una subida y una pérdida de inhibiciones. Estudios de psicopatología han observado la interacción entre síndromes clínicos, con clara evidencia de comorbilidad y una más compleja interacción con vulnerabilidad familiar (Nurnberger y cols., 2001; Boden y col., 2011).

La prevalencia de alcoholismo es mayor en hombres que en mujeres con un factor de 3-6, dependiendo de la definición de alcoholismo usada en los análisis. La prevalencia de depresión es mayor en mujeres que en hombres con un factor de 2-3.

En datos del Instituto Nacional de Salud Mental Iniciativas Genéticas (Estados Unidos), entre familias con múltiples miembros con trastorno bipolar, los sujetos varones con trastornos afectivos mayores tenían un riesgo de alcoholismo cercano al doble de los sujetos varones sin trastornos afectivos. Entre las mujeres con trastornos afectivos mayores en aquellas familias, el riesgo de alcoholismo fue siete veces mayor que las mujeres sin trastornos afectivos.

En un estudio de los dos síndromes en mujeres gemelas se mostró una correlación genética de 0,4-0,6 entre depresión mayor y alcoholismo (Nurnberger y cols., 2001).

5.2 Comorbilidad depresión-consumo de riesgo de alcohol

Se ha comprobado que los trastornos por abuso de sustancias y las enfermedades mentales (particularmente trastornos del humor y del comportamiento) a menudo co-ocurren y que la presencia de uno de ellos incrementa las posibilidades de desarrollar el otro. Esta superposición puede ser en parte entendida porque ambos trastornos comparten factores de riesgo sociales y biológicos. Ambos trastornos tienden a ser más prevalentes entre individuos con estrés crónico, problemas socioeconómicos y bajos niveles educativos o factores familiares/sociales, enfermedad o trauma.

Hay evidencia de que beber en exceso entre otros comportamientos y estilos de vida de riesgo como fumar, dieta inadecuada o inactividad física pueden ser un factor de riesgo significativo en el desarrollo de algunos trastornos mentales. Mientras beber en exceso puede ser una estrategia a corto plazo de manejo del estrés, las consecuencias fisiológicas y del comportamiento de los consumidores con alta dependencia pueden crear un círculo de riesgo, contribuyendo a un empeoramiento de la salud mental o a complicaciones en el tratamiento o manejo de un trastorno mental (Dash, 2015).

Los trastornos afectivos aparecen en el 30- 50% de los sujetos con dependencia del alcohol (Conner y cols., 2009; Bell y cols., 2014). Estos trastornos co-ocurren frecuentemente y ambos están asociados con un daño cognitivo significativo (Hunt y cols., 2015). Grupos de pacientes con comorbilidad entre ambos trastornos han demostrado significativamente mayores déficits en la memoria visual inmediata comparado con pacientes que presentan consumo de riesgo de alcohol sin síntomas depresivos (Liu y cols., 2010). Entre los factores predisponentes para la aparición de episodios depresivos se han considerado: sexo femenino, historia familiar de trastornos afectivos, comienzo precoz del consumo abusivo de alcohol, estar divorciado, nivel socioeconómico bajo, antecedentes personales de algún trastorno de ansiedad, consumo de otras drogas e intento de suicidio (Vallejo, 2006). El elevado grado de solapamiento entre ambas patologías sugiere una transmisión genética común, aunque los estudios de heredabilidad indican que se trata de dos trastornos que se transmiten independientemente, aunque es posible que en las mujeres ambos trastornos compartan aspectos parciales de heredabilidad (Nurnberger y cols., 2001).

Existe una compleja asociación bidireccional entre el abuso de alcohol y la depresión:

Las depresiones encubiertas bajo la fórmula de somatizaciones y dolores, o simplemente negadas, son frecuentes en mujeres de edad, quienes, llegado el caso, las revelan al médico o, a veces, a un extraño, por temor a que sus familiares y amigos las rechacen. En numerosos casos las mujeres empiezan a beber en un intento de salir de la depresión, lo que deteriora su estado físico y realimenta su depresión (Dio Bleichmar, 1999).

Como consecuencia al abuso de alcohol se originan factores que contribuyen a la depresión como el aislamiento, soledad, disminución de la autoestima, desnutrición, anemia, carencia de vitamina B, estrés, etc (Boden y col., 2011; Foulds y cols., 2015).

En un estudio realizado por Foulds y cols. (2015) que clasificaron la depresión como independiente (si se originó antes que el consumo de alcohol) o depresión inducida por sustancias (si fue consecuencia del consumo de alcohol), el tratamiento de la depresión que co-ocurre con consumo de riesgo de alcohol está asociado con una temprana y larga duración de la mejoría de la depresión incluso si la depresión se considera independiente del consumo de alcohol (Baker y cols., 2013). Según este estudio el efecto de la terapia antidepresiva en la depresión en pacientes con consumo de riesgo de alcohol es modesto, con una evidencia más fuerte en depresión independiente del consumo de alcohol (Foulds y cols., 2015).

La distinción entre depresión independiente y depresión inducida por sustancias tiene implicaciones importantes para el tratamiento y el pronóstico: la depresión inducida por sustancias se considera una condición autolimitante que remite con la abstinencia mientras que la depresión independiente requiere tratamiento específico para la depresión (Pettinati, 2013). La depresión independiente podría responder a antidepresivos más que la inducida por sustancias (Schuckit, 2006) pero la evidencia de este hallazgo no ha sido evaluada sistemáticamente.

La comorbilidad con depresión predice peores resultados en el tratamiento del alcoholismo (Pettinati, 2013) y bebedores de riesgo tienen un riesgo aumentado de padecer futura depresión incluso si ellos cesan el consumo de alcohol (Hasin y Grant, 2002).

Una revisión sistemática reciente de los tratamientos psicológicos para el consumo de riesgo de alcohol entre personas con trastornos depresivos o ansiosos demostró que la entrevista motivacional y las intervenciones de terapia cognitiva tenían buenos resultados como tratamientos para ambas patologías (Baker y cols., 2012).

En pacientes con consumo de riesgo de alcohol y síntomas depresivos el nivel de depresión mejora considerablemente en las primeras tres a seis semanas de tratamiento y alcanza la estabilidad alrededor de los tres meses. La mejoría fue consistente en estudios en sujetos con altos niveles de depresión al inicio (Foulds y cols., 2015). El cese del consumo de alcohol es el candidato más obvio predictor de mejoría en la depresión entre pacientes con consumo de riesgo de alcohol. Numerosos estudios confirman que grandes reducciones del consumo de alcohol están asociadas con mejoría en la depresión pero la evidencia probada en la relación causal entre abuso de alcohol y depresión en estos estudios no fue fuerte (Foulds y cols., 2015).

Estudios como el de Boden y Fergusson (2011) muestran que la presencia de cualquiera de los dos trastornos dobla el riesgo de padecer el segundo trastorno. Los datos epidemiológicos sugieren que la unión entre los trastornos no puede explicarse por completo por los factores comunes que influyen en ambos dependencia al alcohol y depresión mayor. Los trastornos parecen estar unidos de una forma causal. La evidencia sugiere que la asociación causal más probable entre ambos trastornos es aquella en la que la dependencia al alcohol aumenta el riesgo de depresión mayor, más que viceversa. Los mecanismos potenciales que subyacen a estas uniones causales incluyen cambios neurofisiológicos y metabólicos resultantes de la exposición al alcohol.

Existen dos explicaciones generales para las asociaciones observadas entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor. Primero puede ser posible que ambos trastornos sean causados por factores subyacentes comunes genéticos y ambientales que unidos aumentan el riesgo de ambos trastornos. Segundo, puede ser posible que ambos trastornos estén relacionados de una forma causal, de manera que la dependencia al alcohol aumente el riesgo de depresión mayor, o que la depresión mayor aumente el riesgo de dependencia al alcohol. Estas explicaciones pueden ser comprobadas usando datos epidemiológicos y controlando factores de confusión entre los dos trastornos. Numerosos estudios han encontrado evidencia de una asociación persistente entre ambos trastornos incluso después de controlar los factores de confusión (Bazargan-Hejazi y cols., 2008; St John y cols., 2009). El peso de la evidencia de los estudios

epidemiológicos de las uniones entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor sugiere que los factores de confusión, por sí solos, no pueden explicar los patrones de asociación observados entre los trastornos.

5.2.1 *La dirección de causalidad*

Existen tres posibles descripciones de la relación causal que puede estar presente en la asociación entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor: La primera es que la dependencia al alcohol causa la depresión mayor. La segunda es que la depresión mayor causa la dependencia al alcohol (referida como la hipótesis de la auto-medicación). La tercera es una relación causal recíproca entre ambos trastornos, tal que cada trastorno aumenta el riesgo de el otro trastorno simultáneamente.

Un número de estudios epidemiológicos han aportado evidencias relacionadas con esta cuestión usando recuerdos retrospectivos del trastorno entre individuos identificados como dependientes de alcohol o con depresión mayor. Por ejemplo, Hasin y cols. (2007) usaron datos del Estudio epidemiológico nacional sobre el alcohol y condiciones relacionadas 2001-2002 realizado en los Estados Unidos en el cual se pidió a los individuos que recordaran retrospectivamente los síntomas de ambos trastornos. El estudio encontró que los individuos que reunían criterios para la depresión mayor reunían también criterios para la dependencia al alcohol con más frecuencia que aquellos que no reunían criterios de depresión mayor. Sin embargo, éste y parte de otros estudios intentaron medir las asociaciones entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor, más que examinar hipótesis causales (de Graaf y cols., 2003; Hasin y cols., 2007). Un acercamiento alternativo fue ilustrado por Bazargan- Hejazi y cols. (2008) en un estudio de pacientes seleccionados randomizado admitidos en un departamento de urgencias de un hospital. Ellos usaban recuerdos retrospectivos de los síntomas de dependencia al alcohol y una medida de “síntomas recientes” de depresión mayor. Ellos encontraron que aquellos individuos que presentaban dependencia al alcohol en los doce meses previos tenían significativamente más riesgo de presentar depresión.

Flensburg- Madsen y cols. (2009) usaron datos prospectivos de un estudio danés y recogieron datos de registro de un hospital para examinar la relación causal entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor, y entre la depresión mayor y la dependencia al alcohol. En las bases de esta evidencia, los investigadores concluyeron que relación causal de la dependencia al alcohol en depresión mayor fue más fuerte que la relación causal de depresión mayor a dependencia al alcohol. Sin embargo, una gran

limitación de este estudio fue que no se pudo controlar la posibilidad de causalidad reversa, en la cual la dependencia al alcohol y la depresión mayor están relacionadas recíprocamente por un círculo feedback en el cual el alcohol aumenta los riesgos de depresión mayor, mientras que al mismo tiempo la presencia de depresión mayor ocasiona un aumento del consumo de alcohol.

Una forma de analizar este hecho, usando datos recogidos prospectivamente, es a través del uso de modelos de ecuación estructural que permiten la relación recíproca entre ambos trastornos, y usar estos modelos para obtener una guía para probables patrones de causalidad. Esta aproximación fue usada por Fergusson y cols. (2009), el cual usó datos de una cohorte longitudinal de edades con tres medidas repetidas de dependencia al alcohol y depresión mayor en edades de 18, 21 y 25 años. En la primera parte de sus análisis, los resultados de los análisis controlando los factores de confusión sugirieron que era posible que: Primero la dependencia al alcohol ocasiona la depresión mayor. Segundo la depresión mayor ocasiona la dependencia al alcohol. Tercero ambos trastornos tenían una relación causal recíproca en la cual cada uno ocasionaba el otro. Sin embargo, los resultados del modelo de ecuación estructural usado en el estudio mostró que un modelo estructural en el que la dependencia al alcohol ocasionaba la depresión mayor era más probable que cualquiera de los otros dos modelos alternativos. Fergusson y cols. (2009) argumentaron que la conclusión más probable era que la dependencia al alcohol jugaba un papel causal en el aumento de los riesgos de la depresión mayor, pero no viceversa.

5.2.2 Explicaciones de la unión causal entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor

Existen numerosas explicaciones posibles para los factores y procesos que pueden aumentar la unión causal entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor. Una posible explicación es que la dependencia al alcohol juega un papel causal en la etiología de la depresión mayor debido a los efectos del abuso de alcohol en las circunstancias sociales, económicas y legales del individuo. La dependencia al alcohol puede producir frecuentemente interrupciones en la vida familiar y social, dificultades en el trabajo, problemas legales y problemas de salud, y podría argumentarse que estas dificultades sociales son las responsables de las uniones entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor. Sin embargo, algunos estudios han dirigido este hecho contando con la posible influencia de un rango de circunstancias de la vida en la unión causal

entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor, y han encontrado que estas uniones persisten incluso después de controlar los factores sociales y ambientales que pueden estar relacionados con ambos trastornos.

Una segunda posible explicación es aquella en la que los dos trastornos están unidos por factores genéticos relacionados con el funcionamiento neurotransmisor, incrementando el riesgo de depresión mayor con la presencia de dependencia al alcohol. Numerosos estudios han examinado esta cuestión, encontrando evidencia de riesgos aumentados de ambos dependencia al alcohol y depresión mayor entre individuos con genotipos particulares. Por ejemplo, estudios realizados por Wang y cols. (2004) y Luo y cols. (2005) encontraron que variaciones particulares del gen del receptor M2 muscarínico acetilcolina (CRHM2) están relacionadas con riesgos aumentados de ambos trastornos.

Una tercera explicación es que la exposición al alcohol puede causar cambios metabólicos que actúen incrementando el riesgo de depresión mayor. Por ejemplo, McEachin y cols. (2008), usando una aproximación integrada bioinformática, encontró evidencia de que la exposición al alcohol producía reducciones en la producción de MTHFR (metilendetrahidrofolato reductasa), una enzima relacionada con el metabolismo del folato. Niveles de folato reducidos han sido unidos con riesgos aumentados de depresión mayor, sugiriendo una posible unión causal entre la dependencia al alcohol y la depresión mayor vía reduciendo la producción de MTHFR. Un estudio realizado por Sjöholm y cols. (2010) encontraron que los individuos con un genotipo particular relacionado con los ritmos circadianos tenían un mayor riesgo de co-ocurrencia de ambos trastornos. Los autores argumentaron que el uso de alcohol altera los ritmos circadianos y los patrones metabólicos en individuos con este genotipo particular, produciendo un riesgo aumentado de depresión mayor.

Otro hecho relativo al papel causal de la dependencia al alcohol en la depresión mayor es que un número de investigadores han notado que puede ser posible identificar individuos quienes refieren automedicación de la depresión con alcohol. Numerosos estudios han identificado el papel de “motivos para beber” en riesgos aumentados de dependencia al alcohol, y han mostrado que los individuos que beben intencionadamente para reducir estrés o mejorar su humor pueden estar tratando la depresión mayor por medio del consumo de alcohol (Grant y cols., 2009), así se sugiere

un camino causal desde la depresión mayor a la dependencia al alcohol para estos individuos.

Otro hecho relacionado es que un número de investigadores han argumentado que pueden existir diferencias de género en las asociaciones entre dependencia al alcohol y depresión mayor. Por ejemplo, Marmorstein (2009) usando un modelo de técnica multi-nivel para examinar trayectorias de dependencia al alcohol y depresión mayor a lo largo del tiempo, encontró uniones recíprocas tales que la depresión mayor predecía dependencia al alcohol y viceversa. Estas uniones fueron más fuertes para las adolescentes mujeres que para los adolescentes hombres, pero la magnitud de las diferencias de género disminuyó a lo largo del tiempo. Una posible explicación de estos resultados es que se ha demostrado que las mujeres tienen significativamente mayor riesgo que los hombres a padecer depresión mayor durante la adolescencia (Cyranowski y cols., 2000), y hay evidencia emergente de que las mujeres pueden progresar más rápidamente que los hombres desde el abuso de alcohol a la dependencia al alcohol (Holdcraft y col., 2002).

5.2.3 *Implicaciones clínicas y de salud pública*

Si la dependencia al alcohol incrementa los riesgos de depresión mayor, como la evidencia anterior sugiere, entonces hay numerosas implicaciones clínicas consecuentes de estos hallazgos. La más significativa de éstas es que, si asumimos un proceso causal de dependencia al alcohol ocasionando depresión mayor, entonces se puede concluir que algún porcentaje de casos de depresión mayor pueden de hecho remitir por medio del tratamiento de la dependencia al alcohol. Además, un número de estudios han mostrado que el tratamiento de la dependencia al alcohol resulta en una reducción de los síntomas de depresión mayor, sugiriendo que el tratamiento de la depresión mayor debería incluir el tratamiento de la dependencia al alcohol.

Una implicación clínica adicional es que, debido a que los individuos han referido usar el alcohol como auto-medicación para tratar los síntomas de depresión (Grant y cols., 2009), puede darse el caso de que individuos que presentan depresión mayor pueden no experimentar remisión completa de la depresión si se les trató la dependencia al alcohol. Esto sugiere que una combinación de tratamientos para ambos trastornos puede ser una aproximación más prometedora para individuos que presentan ambos trastornos y aquellos que refieren automedicarse (Boden y col., 2011).

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El trastorno por consumo excesivo de alcohol tiene una gran relevancia ya que se asocia a una elevada morbilidad.

Los factores socio-psico-culturales relacionados con el género influyen de manera trascendente en los patrones de consumo de alcohol. Las actitudes de los roles tradicionales de género están asociadas en las mujeres con mayor rango de abstinencia y menor consumo de alcohol. El alcoholismo en mujeres se caracteriza por ser oculto debido al rechazo y la intolerancia social que ha sido siempre mayor para las mujeres que para los hombres que presentan esta patología. Por este motivo el diagnóstico del alcoholismo en las mujeres puede presentar mayores dificultades en la práctica clínica.

Aunque el consumo de riesgo en mujeres se sitúa en el 4,4% (Vallejo, 2006; Pereiro y cols., 2013), las mujeres jóvenes presentan prevalencias de consumo más elevadas que las de mayor edad, dato inequívoco que demuestra la progresiva incorporación de la mujer al consumo de bebidas alcohólicas. Así mismo, se constata que las mujeres beben más frecuentemente que los hombres cuando experimentan emociones desagradables, estrés, tensión y otros conflictos (Lau- Barraco y cols., 2009; Choi and DiNitto, 2011). Estas diferencias en cuanto a género persisten a pesar de los cambios socio-psico-culturales (Erol y col., 2015).

En la práctica clínica el uso de cuestionarios validados para la identificación de los bebedores de riesgo y de los pacientes con trastorno depresivo es recomendable, especialmente en Atención Primaria. En este trabajo hemos utilizado algunos de los métodos de detección más empleados en Atención Primaria.

La gran relevancia del consumo excesivo de alcohol y su estrecha relación con los trastornos depresivos, especialmente en mujeres, justifica el interés de nuestro estudio y la necesidad de realizar más investigaciones en esta área.

Con este estudio pretendemos conocer mejor la problemática de las mujeres con consumo de riesgo de alcohol y trastorno depresivo. De esta manera se pueden desarrollar programas específicos para mejorar el diagnóstico y tratamiento en la población femenina.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Conocer en el ámbito de Atención Primaria de salud la prevalencia de trastorno depresivo en el momento actual y a lo largo de la vida en mujeres y su relación con la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol.

2.2 Objetivos específicos

- Analizar las mujeres que presentan depresión en el momento del estudio y a lo largo de la vida, así como los factores de riesgo asociados a la misma.
- Clasificar a las mujeres según el consumo de alcohol utilizando los siguientes métodos de medida: cantidad media de alcohol consumida, cuestionario CAGE, criterios DSM-V.
- Analizar variables relacionadas con el consumo de alcohol: tipo de bebida, patrón de consumo.
- Estudiar la asociación entre la presencia de trastornos depresivos y el grado de consumo de alcohol.
- Hallar los factores de riesgo principales que se asocian con las siguientes variables:
 - Consumo de riesgo (CAGE 1)
 - Abuso/dependencia (CAGE 2)
 - Dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V.
 - Depresión en el momento actual.
 - Depresión a lo largo de la vida.
- Analizar los factores de riesgo significativos que se asocian a las anteriores variables.
- Estudiar la comorbilidad entre el diagnóstico de depresión (Beck) con consumo de riesgo (> 20 gr alcohol/día), abuso/dependencia (CAGE 2) y dependencia (DSM-V)
- Estudiar las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios.
- Estudiar los métodos de prevención y diagnóstico de la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

1 DISEÑO DEL ESTUDIO

1.1 Tipo de estudio

Se ha realizado un *estudio descriptivo observacional: transversal y longitudinal prospectivo*. En este estudio observacional analizamos las características de un grupo de sujetos. Este tipo de estudios es laborioso, de coste económico bajo y fácil de seguir y describe variables, su distribución y, en ocasiones, su posible asociación. Asimismo, los *estudios observacionales* describen “lo que ocurre” y permiten contestar a un importante número de preguntas encaminadas a conocer la prevalencia e incidencia de los eventos, los factores de riesgo, de medidas preventivas y terapéuticas, la evolución y pronóstico. Igualmente permiten conocer los criterios que definen la salud, por lo que son útiles para la planificación sanitaria y para la descripción de las diferentes características de una población.

1.2 Sujetos del estudio

1.2.1 Población de referencia

La *población teórica o diana* de nuestro estudio está compuesta por todas las mujeres adultas de edades comprendidas entre los 18 y los 65 años que consultaron en cuatro centros de salud de Atención Primaria del Área I (Murcia) entre Septiembre de 2012 y Diciembre de 2014.

La *población accesible* (proporción de la población teórica accesible al estudio, definida en base a criterios geográficos y temporales) fue una muestra representativa de la población clínica de mujeres adultas de edades comprendidas entre los 18 y los 65 años que consultaron. La muestra final estuvo compuesta por 256 mujeres.

Criterios de selección

- Como *criterios de inclusión* para ser sujetos del estudio figuran los siguientes:
 - Ser mujer.
 - Edad comprendida entre los 18 y 65 años.
 - Aceptar participar en el estudio.

- Como **criterios de exclusión** del estudio figuran:
 - Pacientes que no den su consentimiento para participar en el estudio.
 - Pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años.
 - Pacientes con dificultades físicas, psíquicas o deficiencias en el lenguaje que les impida colaborar en el estudio.

1.2.2 Técnica de muestreo y selección

La selección de la muestra se realizó de manera aleatoria escogiendo al menos tres pacientes diarios que cumplieran los criterios de inclusión.

1.2.3 Tamaño muestral

De la referida población se obtuvo una muestra de 302 pacientes, de las cuales 46 mujeres no quisieron participar en el estudio. Por tanto, la muestra final quedó compuesta por 256 mujeres.

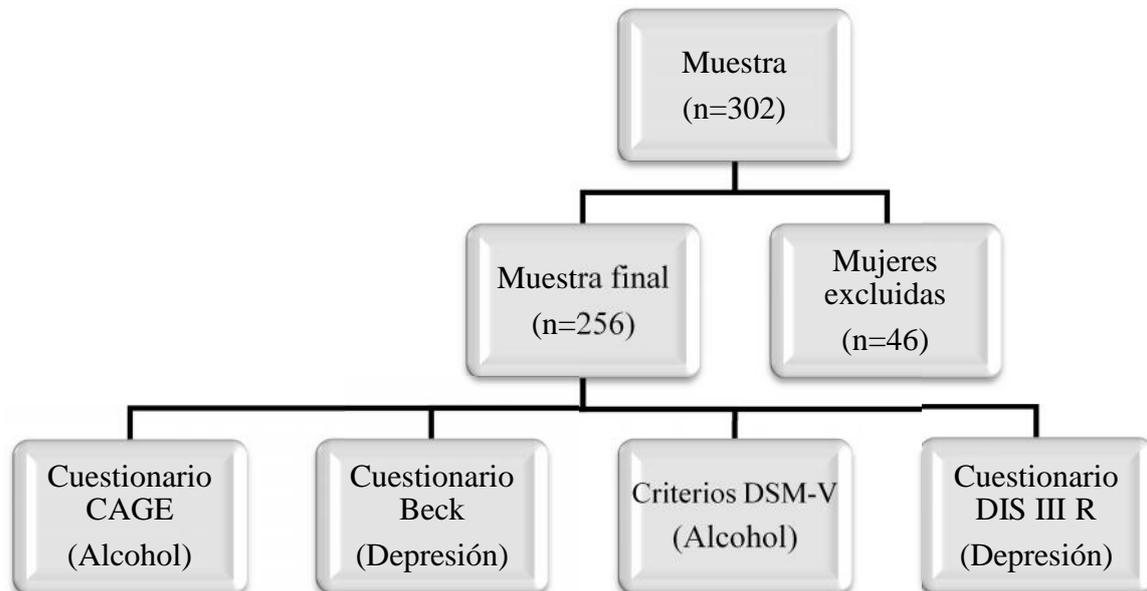
Para una estimación teórica de que, aproximadamente, las prevalencias de síndrome depresivo y consumo de riesgo en mujeres son respectivamente 26,8% y 5% (Alvarez y col., 1994; Gabarrón y cols., 2002), se procedió al cálculo del tamaño de la muestra, resultando necesario para realizar el estudio 302 sujetos, aceptando una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95% ($\alpha : 0,05$).

1.3 Selección y definición de las variables a estudio

La medición de las variables se ha hecho utilizando datos primarios recogidos por el investigador de forma directa mediante cuestionarios de autorrespuesta (Aaron T. Beck, M.D. y Cage) y mediante entrevistas diagnósticas estructuradas: DIS III R, Criterios diagnósticos del síndrome de dependencia alcohólico según la American Psychiatric Association (DSM-V).

Recordemos que como anteriormente hemos comentado mediante este trabajo queremos comprobar la prevalencia de depresión y la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en mujeres adultas (18 a 65 años), así como la comorbilidad entre ambos trastornos. Para ello utilizamos los cuestionarios validados anteriormente citados (de Pablo y cols., 1992).

Así mismo estudiamos la influencia de variables sociodemográficas en las prevalencias citadas y recogemos otros datos de interés relacionados con el consumo de alcohol y patología depresiva.



1.3.1 Variables independientes

1.3.1.1 Variables sociodemográficas:

- Edad. Variable cuantitativa que se mide en años.
- Estado civil. Variable cualitativa. Se clasifica en seis categorías: Soltera, casada, viuda, separada, divorciada, pareja de hecho.
- ¿Tiene hijos? Variable cualitativa. Se clasifica en dos categorías: Sí y no.
- Número de hijos. Variable cuantitativa.
- Ocupación. Variable cualitativa. Se clasifica en cinco categorías: Sus labores, pensionistas; técnicos, administrativas, estudiantes; profesiones con títulos universitarios; autónomas; desempleadas.
- Nivel académico. Variable cualitativa. Se clasifica en cuatro categorías: Sin estudios; estudios primarios; estudios secundarios; estudios universitarios.
- Nacionalidad. Variable cualitativa. Se clasifica en dos categorías: Española y otras nacionalidades.
- ¿Es inmigrante? Variable cualitativa. Se clasifica en dos categorías: Sí y no.

1.3.1.2 Variables relacionadas con consumo de tóxicos

- Edad de inicio de consumo de alcohol. Variable cuantitativa que se mide en años.
- Situaciones en las que consume alcohol. Variable cualitativa. Se clasifica en cinco categorías: No bebe; en fiestas; en casa; en el trabajo; en fiestas y en casa.
- Consumo de otras drogas. Variable cualitativa. Se clasifica en dos categorías: Sí y no.
- Cantidad de alcohol que consume al día durante el último mes. Variable cuantitativa que se mide en gramos de alcohol.
- Bebida alcohólica que consume. Variable cualitativa. Se clasifica en ocho categorías: Nada; cerveza; vino; destilados; cerveza + copas; cerveza + vino; vino + copas; cerveza + vino + copas.
- Situaciones en las que consume o consumía en épocas pasadas. Variable cualitativa. Se clasifica en cuatro categorías: No bebe; solo; con amigos; solo y con amigos.

1.3.1.3 Variables relacionadas con patología depresiva:

- Consumo de medicación para la depresión o mejorar el estado de ánimo. Variable cualitativa. Se clasifica en dos categorías: Sí y no.
- Medicación. Variable cualitativa. Se clasifica en cuatro categorías: Benzodiazepinas; antidepresivos; antidepresivos+benzodiazepinas; antidepresivos + benzodiazepinas + neurolépticos.
- Si ha presentado algún episodio depresivo a lo largo de su vida, duración del episodio. Variable cuantitativa que se mide en meses.
- Si ha presentado algún episodio depresivo a lo largo de su vida, tratamiento. Variable cualitativa. Se clasifica en cinco categorías: Benzodiazepinas; antidepresivos; antidepresivos+benzodiazepinas; antidepresivos+benzodiazepinas + neurolépticos; no.

1.3.2.2 Cuestionario Beck

La teoría cognitiva de Beck

El modelo cognitivo de la depresión fue propuesto por Beck (1967) tras diversas observaciones clínicas e investigaciones experimentales. Es uno de los primeros autores que hizo posible la comprensión de la depresión en términos cognitivos; y tiene el mérito de haber descrito de forma adecuada las características propias del pensamiento de las personas deprimidas. Su elaboración teórica procede directamente de la práctica clínica.

Beck sugiere que la cognición es el elemento crítico de la depresión. Describe un estilo cognitivo por el que el individuo tiende a reaccionar ante los acontecimientos de la vida diaria con sentimientos y comportamientos depresivos. Este estilo cognitivo se caracteriza por diferentes contenidos del pensamiento, que son de tres clases:

- 1) Contenidos relativos a la visión que tiene *sobre sí mismo*. El individuo se juzga negativamente, se considera menos capacitado que las otras personas, y tiende a hacerse reproches injustificados.
- 2) Contenidos relativos a la visión que tiene sobre su *ambiente y sus propias experiencias*. Piensa que no merece ser apreciado y querido, al mismo tiempo que se considera impotente ante las dificultades más pequeñas.
- 3) Contenidos relativos a la visión del *futuro*. Percibe el futuro como negativo también, sin esperanza; cree que está en un callejón sin salida, donde todo lo que haga sería inútil.

Beck insiste en que esta tríada cognitiva descansa sobre *esquemas y errores* de lógica, sobre una distorsión de la realidad. Cuando se ha establecido una visión negativa de sí mismo, la visión negativa de las experiencias y del futuro serían consecuencias naturales dentro del modelo de procesamiento de la información. La organización cognitiva se ha hecho relativamente autónoma y reproduce mecánicamente un flujo continuo de ideas repetitivas negativas (Buendía, 1993; Vallejo, 2006).

Ciertas situaciones estresantes pueden desencadenar síntomas de depresión, especialmente en personas predispuestas cognitivamente.

De este modo, con el cambio de esquema cognitivo se modifica la predisposición a la depresión. La potencia y la eficacia de los aspectos cognitivos constituyen recursos de primer orden para poder enfrentarse a los desafíos de la realidad con ciertas garantías de éxito (Buendía, 1993).

Con estas observaciones Beck realizó una escala para valorar cuantitativamente la presencia de depresión (Beck, 1972). Esta escala es la que utilizamos en el presente trabajo. Consta de 21 dimensiones: Tristeza, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativa de castigo, autoaversión, autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambio de imagen corporal, retraso en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, anorexia, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de libido.

Las dimensiones pueden valorarse desde 0 a 3.

Tristeza:

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
3. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

Pesimismo:

0. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
1. Me siento desanimado con respecto al futuro.
2. Siento que no puedo esperar nada del futuro.
3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

Sentimiento de fracaso:

0. No me siento fracasado.
1. Siento que he fracasado más que la persona normal.
2. Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso completo.

Insatisfacción:

0. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
1. No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
2. Ya nada me satisface realmente.
3. Todo me aburre o me desagrada.

Culpa:

0. No siento ninguna culpa particular.
1. Me siento culpable buena parte del tiempo.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

Expectativa de castigo:

0. No siento que esté siendo castigado.
1. Siento que puedo estar siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

Autoaversión:

0. No me siento decepcionado en mí mismo.
1. Estoy decepcionado conmigo.
2. Estoy harto de mi mismo.
3. Me odio a mí mismo.

Autoacusación:

0. No me siento peor que otros.
1. Me critico por mis debilidades o errores
2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
3. Me culpo por todas las cosas malas que suceden

Ideas suicidas:

0. No tengo ninguna idea de matarme.
1. Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
2. Me gustaría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

Llanto:

0. No lloro más de lo habitual.
1. Lloro más que antes.
2. Ahora lloro todo el tiempo
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

Irritabilidad:

0. No me irrito más ahora que antes.
1. Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

Retirada social:

0. No he perdido interés en otras personas.
1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
2. He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
3. He perdido todo interés en los demás.

Indecisión:

0. Tomo decisiones como siempre.
1. Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes
2. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
3. Ya no puedo tomar ninguna decisión

Cambio de imagen corporal:

0. No creo que me vea peor que antes
1. Me preocupa que esté pareciendo avejentada o inatractiva.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractiva.
3. Creo que me veo horrible.

Retraso en el trabajo:

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
2. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

Insomnio:

0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
3. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormir.

Fatigabilidad:

0. No me canso más de lo habitual.
1. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
2. Me canso al hacer cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

Anorexia:

0. Mi apetito no ha variado.
1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
2. Mi apetito es mucho peor que antes.
3. Ya no tengo nada de apetito.

Pérdida de peso:

0. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 6 kilos.

Preocupación somática:

0. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
1. Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

Pérdida de libido:

0. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
3. He perdido por completo mi interés por el sexo.

La clasificación de los niveles de depresión es la siguiente:

1-10	Normal
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave
Más de 40	Depresión extrema.

1.3.2.3 Cuestionario DIS III R trastorno depresivo

- **Diagnostic Interview Schedule, DIS (cuestionario para la entrevista diagnóstica)**

El programa ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) es un estudio epidemiológico descriptivo de campo sobre grandes muestras que utilizó un instrumento psicodiagnóstico totalmente estructurado y especialmente concebido para ser utilizado por personal no experto. Planificado en 1978 por el Instituto Nacional de Salud Mental, supuso una concepción totalmente innovadora en epidemiología psicopatológica que se apartó radicalmente de modelos precedentes.

En diferentes lugares geográficos de Estados Unidos se crearon bajo la tutela de instituciones universitarias/clínicas relevantes, centros para la investigación epidemiológica que se denominaron Áreas de Captación Epidemiológica. La misión de estos centros era implementar estudios de campo sobre muestras representativas de sus respectivas poblaciones, muestras que fueron de gran tamaño: un mínimo de 3000 sujetos en cada área.

La posibilidad de llevar a cabo un estudio descriptivo de tal envergadura se basó en la utilización de un instrumento psicodiagnóstico nuevo, cuyas características relevantes son las de un instrumento totalmente estructurado utilizable por personal no experto. El instrumento realizaba diagnósticos de acuerdo al sistema nosológico con criterios diagnósticos DSM-III-R. El instrumento utilizado, DIS, “Cuestionario para la Entrevista Diagnóstica” fue uno de los avances más espectaculares y controvertidos, de la nueva epidemiología psicopatológica. La creación del DIS fue paralela y por los mismos autores que dirigieron el DSM-III-R (Buendía y cols., 1993).

El DIS fue realizada una versión española por Fernando de Pablo y colaboradores en el año 1992 (de Pablo y cols., 1992). Del mismo hemos tomado la sección correspondiente a trastornos depresivos que se utiliza en el presente trabajo. Consta de cinco cuestiones para el diagnóstico de depresión a lo largo de la vida y diez cuestiones basadas en los criterios diagnósticos de trastorno depresivo DSM-III-R que coinciden con los criterios diagnósticos DSM-V. Con las cinco primeras preguntas del cuestionario descartamos que la mujer no haya tenido episodio depresivo o que dicho episodio haya sido secundario a otros factores por ejemplo enfermedad física, consumo de alcohol o duelo. A continuación para diagnosticar depresión a lo largo de la vida la

2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos han sido procesados en una base de datos de Microsoft Excel y posteriormente exportados al programa estadístico SPSS para Windows, versión 19.0.

2.1 Análisis univariante o distribución simple de frecuencias

Se observa la distribución de **frecuencias absolutas** (n_1) y **frecuencias relativas** (f_1) en porcentajes, así como los estadísticos descriptivos de cada una de las variables (media, desviación estándar, rango etc).

2.2 Análisis bivariante o asociación entre variables

Se trata de saber qué variables se relacionan significativamente entre sí. Utilizamos la prueba de **Chi-cuadrado** (χ^2) **de Pearson**, probabilidad obtenida y el mínimo valor esperado. Destacaremos que hemos cruzado entre sí todas las variables en las que se desglosó el estudio, buscando posibles asociaciones. El proceso que hemos seguido para saber si dos variables están relacionadas significativamente fue el siguiente:

- Observamos que todas las **frecuencias esperadas** (f_e) fueran mayores que la unidad y que el 20% de todas ellas sean iguales o superiores a 5, si es así, las relacionamos como significativas con un estadístico de *Pearson* que represente una probabilidad igual o menor de 0,05.
- Aclaremos que en algunas ocasiones no se cumple la premisa en relación a los valores esperados, debido a una distribución inadecuada de las marcas de clases entre sí, o eliminando las marcas de clase cuyo contenido es muy escaso o no tiene interés. Una vez reestructurada cada variable se vuelve a aplicar el programa para el **análisis bivariante**.
- En las tablas de contingencia 2 x 2 y con el grado de libertad 1, hemos aplicado el **Test exacto de Fisher** en aquellos casos en los que el de 2 no podía ser utilizado, al ser el mínimo valor esperado inferior a la unidad. A continuación realizamos el subsiguiente **análisis de residuos** mediante el que valoramos si el porcentaje de un resultado en algún grupo difería de manera significativa respecto al porcentaje global en la muestra (Everitt, 1994).

2.3 Análisis diferencias medias

Se aplicaron pruebas no paramétricas (Mann-Whitney o Kruskal-Wallis) para comparar los promedios del consumo de alcohol en función de las variables sociodemográficas (Edad, estado civil, descendencia...), relacionadas con el alcohol (Edad de comienzo de consumo, circunstancias en las que consume...), depresión (medicación) y consumo de otras drogas.

2.4 Correlación de Pearson

Para valorar la magnitud y el sentido de la asociación entre las variables cuantitativas se aplicaron correlaciones de Pearson entre las variables tomadas de dos en dos, así como el valor de probabilidad asociado para determinar la significación estadística.

2.5 Análisis multivariante

A los factores que se relacionaban significativamente con el consumo de alcohol en este análisis bivalente, les aplicamos un **análisis de regresión logística multivariante** para valorar la influencia en el riesgo de consumo de alcohol de cada una de ellas, obteniendo, mediante proceso de selección de variables por pasos para atrás (*backstepwise*), aquellos factores que por sí mismos y de manera independiente de los demás, influyen en dicho riesgo. En este modelo obtenemos las **Odds Ratio** y sus intervalos de confianza al nivel del 95% a través de las exponenciales de los coeficientes del modelo de regresión logística ajustado a los datos, y se interpretan en términos de riesgo relativo, es decir, como número de veces que es más probable que un sujeto presente un consumo de alcohol de riesgo con un factor significativo que sin ese factor (Kleinbaum, 1994). En todos los casos se consideró una diferencia entre grupos o una relación entre variables como estadísticamente significativa cuando el nivel de significación P era menor de 0,05.

2.6 Análisis discriminante

Hemos realizado una clasificación (diagnóstico) para ver si las variables nos permiten clasificar correctamente a los sujetos en los siguientes grupos: diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE 1), diagnóstico de abuso/dependencia (CAGE 2) y diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE 1) y depresión.

3 CUMPLIMIENTO DE NORMAS ÉTICAS Y LEGALES

El estudio se ha realizado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para su desarrollo. En todo momento se ha respetado la normativa vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado, de acuerdo a la legislación sobre Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, RD 1720/2007, de 21 de Diciembre por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el RD 994/1999, de 11 de Junio por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan datos de carácter personal, así como toda la normativa aplicable a esta materia).

En concreto, se ha llevado especial cuidado en el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos y legales:

- Confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio;
- Custodia de los datos recogidos en lugar seguro, impidiendo que ninguna persona que no pertenezca al equipo investigador pueda hacer uso de los mismos;
- Inocuidad de los resultados del estudio para los participantes en la investigación.

La entrevista se desarrollaba en una consulta del centro de salud, en un ambiente tranquilo, sin interrupciones, informando a las mujeres de los objetivos del estudio. Se solicitó el consentimiento mientras se aseguraba la confidencialidad de la información proporcionada por las mujeres sobre ellas mismas.

RESULTADOS

1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Se incluyeron en el estudio 256 mujeres. La edad media de la muestra fue de 41 años (DE: 11,69, rango: 18-65 años). En la Tabla 1 figuran las principales características socio-demográficas de la muestra. La edad se ha clasificado en tres grupos: en el 22,3% de las mujeres sus edades comprendían entre los 18 y 30 años. El 39,1% presentaban edades comprendidas entre los 31 y 45 años y el 38,7% eran mayores de 45 años.

Del total de mujeres incluidas, más de la mitad (57,4%) estaban casadas y tenían hijos el 64,8% de las mujeres. La media del número de hijos fue de 1,49 (DE: 1,48, rango: 0-12).

En la Tabla 1 también se observa la clasificación de las mujeres según su estado civil en dos grupos según vivan solas o en pareja. En cuanto a la ocupación el 45,3% trabajaban como técnicos; 34,8% eran amas de casa o pensionistas y el 8,6% desempleadas. Se ha clasificado a las mujeres según su ocupación en dos grupos: desempleadas/sus labores (43,4%) o en activo (56,6%). En relación al nivel académico la mayoría de las mujeres tenían estudios primarios (46%) y secundarios (30%). Del total de mujeres incluidas en el estudio el 92,2% eran españolas y el 7,8% eran de otras nacionalidades.

Tabla 1. Características socio-demográficas de la muestra de estudio (n=256).

Variables Sociodemográficas		
Edad [media±de]	41	(11,69)
Edad grupos [n (%)]		
18-30	57	(22,30)
31-45	100	(39,10)
>45	99	(38,70)
Estado Civil [n (%)]		
Soltera	77	(30,10)
Casada	147	(57,40)
Viuda	13	(5,10)
Separada	19	(7,40)
Estado Civil grupos [n (%)]		
Solas	109	(42,60)
En pareja	147	(57,40)
Descendencia [n (%)]		
Sí	166	(64,80)
No	90	(35,20)
Nº de hijos [media±de]	1,49	(1,48)
Ocupación [n (%)]		
Sus labores / Pensionistas	89	(34,80)
Estudiantes / Administrativas	116	(45,30)
Profesiones titulados universitarios	20	(7,80)
Autónomas	9	(3,50)
Desempleadas	22	(8,60)
Ocupación grupos [n (%)]		
Desempleadas / sus labores	111	(43,40)
En activo	145	(56,60)
Nivel académico [n (%)]		
Sin estudios	8	(3,10)
Estudios Primarios	120	(46,90)
Estudios Secundarios	78	(30,50)
Estudios Universitarios	50	(19,50)
Nacionalidad [n (%)]		
Española	236	(92,20)
Otras	20	(7,80)

2 VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Del total de mujeres, las mujeres que afirman beber alcohol fueron 186 de las cuales hemos obtenido las características del consumo que están representadas en la Tabla 2. La edad media de comienzo de consumo de alcohol fue 18,52 años (DE: 4,58, rango: 12-50).

El tipo de bebida que consumen con más frecuencia es la cerveza (40,9%), seguida del consumo de destilados (17,7%).

La cantidad media de alcohol consumida diariamente durante el último mes fue 14,62 gramos (DE: 27,46, rango: 1-224). De las mujeres que consumen alcohol (n=186) se han estudiado las situaciones en las que consumen y destaca que la mayoría lo hacen en ambientes festivos 82,16%. Al preguntarles la situación en la que con más frecuencia beben o habían bebido alcohol (n=200), la mayoría respondieron en compañía de amigos, 94,5%.

Tabla 2. Variables relacionadas con el consumo de alcohol (n=186).

Variables relacionadas con consumo de alcohol		
Edad de comienzo de consumo de alcohol [media±de]	18,52	(4,58)
Situaciones en las que consume alcohol [n (%)]		
En fiestas	153	(82,16)
En casa	19	(10,27)
En fiestas y en casa	14	(7,57)
Cantidad de alcohol al día durante el último mes (g) [media±de]	14,62	(27,46)
Bebidas alcohólicas que consume [n (%)]		
Cerveza	76	(40,91)
Vino	21	(11,29)
Destilados	33	(17,70)
Cerveza + Destilados	32	(17,20)
Cerveza + Vino + Destilados	10	(5,38)
Cerveza + Vino	9	(4,82)
Vino + Destilados	5	(2,70)
Situación en la que consume o consumía alcohol [n (%)]		
Sola	11	(5,91)
Con amigos	186	(94,09)
Sola y con amigos	3	(1,50)

En la tabla 3 se muestra el consumo de gramos de alcohol al día en función de las características sociodemográficas de la población. Aunque no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las variables estudiadas, la media de consumo de alcohol en gramos/día es mayor en aquellas mujeres con una edad entre 31-45 años, sin pareja, sin hijos, sin actividad laboral, sin estudios y de nacionalidad española.

Tabla 3. Análisis del consumo de gramos de alcohol al día en función de las características sociodemográficas de la población.

	Media g/día alcohol	IC 95%		D.E.	Límite inferior	Límite superior	*p
Edad							
18-30	11,83	7,72	15,94	12,15	1	52	
31-45	16,37	8,45	24,30	30,42	1	153	0,629
>45	14,94	6,82	23,05	31,95	1	224	
Estado Civil grupos							
Solas	19,19	10,24	28,13	36,67	1	224	0,243
En pareja	11,46	7,59	15,34	18,50	1	117	
Descendencia							
Sí	12,46	8,61	16,31	19,28	1	117	0,559
No	18,68	8,61	28,76	38,31	1	224	
Ocupación							
Desempleadas / Sus labores	17,72	9,11	26,33	36,64	1	224	0,671
En activo	12,25	8,53	15,98	17,26	1	90	
Nivel académico							
Sin estudios	23	-20,94	66,94	17,69	4	39	
Primarios	17,84	9,56	26,11	35,96	1	224	0,611
Secundarios	11,5	6,21	16,78	18,19	1	117	
Universitarios	11,58	5,61	17,54	16,25	1	76	
Nacionalidad							
Española	14,98	10,37	19,59	28,49	1	224	0,613
Otras	10,62	-0,44	21,68	13,23	1	32	

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Mann-Whitney (Estado civil grupos, Descendencia y Nacionalidad). Prueba de Kruskal-Wallis (Edad, Ocupación y Nivel académico).

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 se consideran estadísticamente significativos.

En la tabla 4 se muestra el consumo de gramos de alcohol al día en función de las variables relacionadas con el consumo de alcohol, consumo de otras drogas y si consumen algún fármaco para el tratamiento de la depresión. Hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de gramos de alcohol al día y las siguientes variables: Edad de comienzo de consumo de alcohol, circunstancias en las que consumen y consumo de otras drogas. Se puede observar que la media del consumo de gramos de alcohol al día es mayor para las mujeres que comenzaron a beber a los 18 años o más (p= 0,044).

En relación a las circunstancias en las que consumen, la media del consumo de gramos de alcohol al día es mayor para las mujeres que consumen alcohol en casa y en fiestas frente a las que beben exclusivamente en fiestas, seguidas de aquellas que consumen solamente en casa ($p < 0,0001$).

Observamos una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de otras drogas y el consumo de alcohol. La media del consumo de gramos de alcohol al día es mucho mayor (72,5) para las mujeres que consumen otras drogas frente a las que no las consumen (12,47) ($p = 0,003$).

Aunque no existen diferencias estadísticas se observa un mayor consumo de alcohol en aquellas mujeres que consumen medicación para la depresión.

Tabla 4. Análisis del consumo de gramos de alcohol al día en función de las variables relacionadas con el consumo de alcohol, consumo de otras drogas y depresión.

	Media g/día alcohol	IC 95%		D.E.	Límite inferior	Límite superior	*p
Edad de comienzo de consumo de alcohol							
< 18 años	12,01	7,59	16,43	19,47	1	112	0,044
18 años	17,41	9,83	24,98	34,04	1	224	
Circunstancias en las que consume							
En fiestas	8,20	6,80	9,6	8,00	1	32	<0,0001
En casa	34,68	3,74	65,63	58,07	1	224	
En fiestas y en casa	54,84	24,59	85,10	50,06	2	153	
Medicación depresión							
Sí	23,18	10,45	35,90	35,87	1	117	0,939
No	12,52	8,06	16,98	25,08	1	224	
Consumo otras drogas							
Sí	72,50	11,77	133,22	57,86	4	153	0,003
No	12,47	8,66	16,27	23,66	1	224	

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Mann-Whitney (Edad de comienzo consumo de alcohol, Medicación depresión y consumo de otras drogas). Prueba de Kruskal-Wallis (Circunstancias en las que consume).

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

2.1 Cuestionario CAGE

En la Tabla 5 figuran las cuatro preguntas del cuestionario CAGE y el número y porcentaje de mujeres que contestaron afirmativamente a cada una de ellas. Un 16% contestó afirmativamente a alguna de las preguntas del CAGE. La respuesta afirmativa al ítem 4 (de síntomas de abstinencia) es casi patognomónica de dependencia (no tiene prácticamente falsos positivos, su especificidad es próxima al 100% y su valor predictivo positivo es del 84%) (Pastor y cols., 2013). Como se aprecia en la Tabla 5, el 5,5% de las mujeres contestó afirmativamente al ítem 4 (dependencia al alcohol).

Tabla 5. Distribución del porcentaje de las mujeres según respuestas positivas a cada una de las preguntas del CAGE (n=90).

Cuestionario CAGE [n (%)]		
¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	30	(11,70)
¿Le ha molestado que la gente la critique por su forma de beber?	24	(9,40)
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su costumbre de beber?	22	(8,60)
¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o librarse de una resaca?	14	(5,50)

En la tabla 6 figuran los resultados del cuestionario CAGE. El porcentaje de mujeres que contestaron afirmativamente a dos o más de las cuatro preguntas del CAGE (abuso/dependencia) fue del 9,8%. Se considera abuso/dependencia una puntuación en el cuestionario CAGE de 2 o más (Wang, 2017).

Tabla 6. Distribución del porcentaje de las mujeres según las respuestas positivas al cuestionario CAGE (n=256).

Cuestionario CAGE [n (%)]			
Abuso/Dependencia	2	respuestas	25 (9,8)
positivas			
No abuso/no	<	2	231 (90,2)
dependencia			
respuestas		positivas	

En la tabla 7 podemos observar la clasificación según la puntuación del cuestionario CAGE. En dicha clasificación se considera que no existen problemas con el alcohol cuando la puntuación obtenida en el cuestionario fue 0. Si la puntuación obtenida fue 1 se clasifica como indicios de problemas con el alcohol. Si la puntuación fue 2 o más se clasifica como abuso/dependencia. El 84% de las mujeres no presentaba problemas con el consumo de alcohol; el 6,2% presentaba indicios de problemas con el consumo de alcohol y el 9,8% presentaba abuso/dependencia.

Tabla 7. Distribución del porcentaje de las mujeres según las respuestas positivas al cuestionario CAGE (n=256).

Clasificación cuestionario CAGE [n (%)]		
No problemas alcohol (0 respuestas positivas)	215	(84)
Indicios problemas alcohol (1 respuesta positiva)	16	(6,2)
Abuso / Dependencia (2 respuestas positivas)	25	(9,8)

2.2 Criterios diagnósticos del síndrome de dependencia alcohólico según la *American Psychiatric Association (DSM-V)*

En la tabla 8 figura la distribución de las mujeres que contestaron afirmativamente a las cuestiones relativas a los criterios diagnósticos del síndrome de dependencia alcohólico según la American Psychiatric Association (DSM-V). El 5,5% de las mujeres afirman consumir alcohol a pesar de conocer los problemas ocasionados por dicho consumo; un 5,1% de las mujeres afirman consumir cantidades mayores de alcohol de lo que inicialmente pretendían; el 4,3% afirman necesitar cantidades crecientes de alcohol para conseguir el mismo efecto; el 3,9% afirman presentar deseo persistente de consumo de alcohol.

Tabla 8. Criterios diagnósticos del síndrome de dependencia alcohólico según DSM-V.

Criterios DSM-V de dependencia al alcohol [n (%)]		
Tolerancia	11	(4,3)
Abstinencia	9	(3,5)
Consumo prolongado	13	(5,1)
Incapacidad de interrupción del consumo	10	(3,9)
Dedicación del tiempo en actividades relacionadas con el alcohol	9	(3,5)
Reducción de actividades sociales	8	(3,1)
Persistencia en el consumo a pesar de problemas ocasionados por el alcohol	14	(5,5)

En la tabla 9 figuran los resultados del cuestionario del síndrome de dependencia alcohólico según la American Psychiatric Association (DSM-V). El porcentaje de mujeres que contestaron afirmativamente a tres o más de las siete preguntas del cuestionario (dependencia) fue del 4,3%. Se considera dependencia una puntuación en el cuestionario DSM-V de 3 o más (American Psychiatric Association, 2014).

Tabla 9. Cuestionario del síndrome de dependencia alcohólico según la American Psychiatric Association (DSM-V).

Crterios DSM-V de dependencia al alcohol [n (%)]		
Dependencia (3 respuestas positivas)	11	(4,3)
No dependencia (<3 respuestas positivas)	245	(95,7)

2.3 Cantidad de alcohol consumida

La cantidad media de alcohol consumida diariamente por el total de la muestra durante el último mes fue 14,62 gramos (DE: 27,46). En la tabla 10 figura la cantidad de alcohol que consumen al día durante el último mes (g/día). Según la OMS se considera consumo de riesgo para las mujeres el consumo de 20 gramos al día de alcohol (Levola y cols., 2015). Como se aprecia en la tabla 10, el 11,7% de las mujeres consumen 20 gramos al día o más (consumo de riesgo).

Tabla 10. Distribución del porcentaje de mujeres según el consumo o no de riesgo según gramos de alcohol al día.

Consumo de riesgo 20 g/día [n (%)]		
Consumo de riesgo 20 g.	30	(11,7)
No riesgo < 20 g.	226	(88,3)

3 VARIABLES RELACIONADAS CON CONSUMO DE OTRAS DROGAS

En la tabla 11 podemos observar la distribución del porcentaje de mujeres según el consumo o no de otras drogas. El 3,1% de las mujeres del estudio afirman consumir otras drogas distintas del alcohol.

Tabla 11. Distribución de las mujeres según el consumo de otras drogas.

Consumo de otras drogas [n (%)]		
Sí	8	(3,1)
No	248	(96,9)

4 VARIABLES RELACIONADAS CON PATOLOGÍA DEPRESIVA

En la tabla 12 se observa que del total de mujeres incluidas en nuestro estudio, el 22,7% (n=58) están tomando en el momento del estudio medicación para la depresión. De las mujeres que están tomando tratamiento para la depresión en el momento del estudio, el 36,2% toman antidepresivos y benzodiacepinas, seguido en frecuencia por benzodiacepinas exclusivamente (34,5%).

De las mujeres que han presentado un episodio depresivo a lo largo de su vida (n = 72), la media de duración del episodio depresivo fue de 25 meses (DE: 48,73, rango: 1-360). El tratamiento de dichas mujeres fue en el 41,7% de los casos benzodiacepinas; en el 30,6% antidepresivos y benzodiacepinas y en el 19,3% antidepresivos. El 4,2% de dichas mujeres refieren que no recibieron tratamiento médico ni consultaron con ningún profesional.

Tabla 12. Variables relacionadas con patología depresiva (n=256).

Variables relacionadas con patología depresiva		
Toma tratamiento para la depresión en la actualidad [n (%)]		
Sí	58	(22,7)
No	198	(77,3)
TOTAL	256	(100,0)
Tratamiento actual [n (%)]		
Benzodiacepinas	20	(34,5)
Antidepresivos	14	(24,1)
Antidepresivos + Benzodiacepinas	21	(36,2)
Antidepresivos + Benzodiacepinas + Neurolépticos	3	(5,2)
TOTAL	58	(100,0)
Depresión a lo largo de la vida. Duración del episodio (meses)		
[media ±de]	25	(48,73)
[mínimo - máximo]	1	360
Depresión a lo largo de la vida. Tratamiento [n (%)]		
Benzodiacepinas	30	(41,7)
Antidepresivos	14	(19,4)
Antidepresivos + Benzodiacepinas	22	(30,6)
Antidepresivos + Benzodiacepinas + Neurolépticos	3	(4,2)
Sin tratamiento	3	(4,2)
TOTAL	72	(100,0)

4.1 Cuestionario Beck

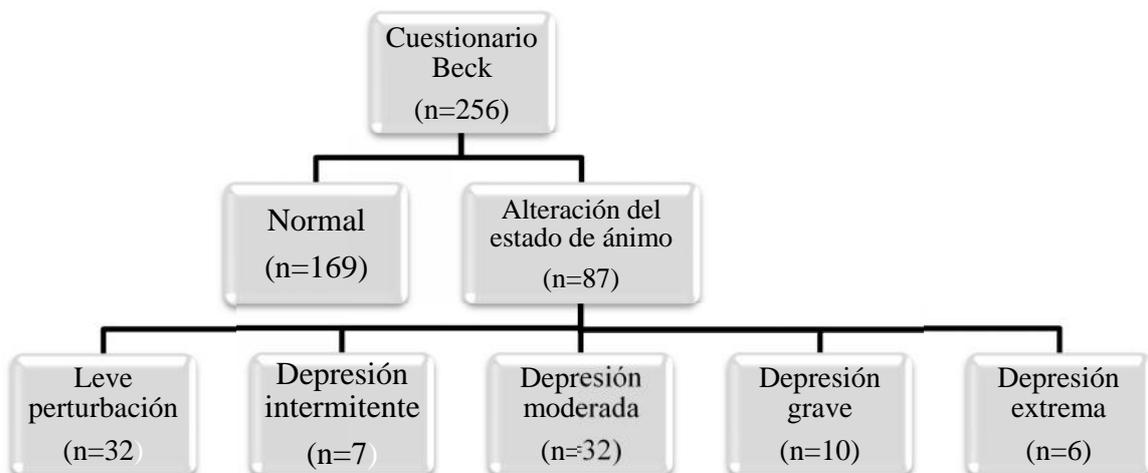
El cuestionario Beck se emplea para valorar cuantitativamente la presencia de depresión (Beck, 1972). Consta de 21 dimensiones las cuales pueden valorarse desde 0 a 3.

Teniendo en cuenta que una puntuación en el cuestionario Beck de 17 corresponde a un estado de depresión intermitente, se considera el diagnóstico de depresión cuando existe una puntuación en el cuestionario Beck de 17 o más (Beck, 1972). El 34% de las mujeres presentan alguna alteración del estado de ánimo.

En la tabla 13 se recoge la distribución de las mujeres según el estado de depresión clasificado con el cuestionario de Beck, así el 2,7% de las mujeres presentaba en el momento del estudio un estado de depresión intermitente; el 12,5% depresión moderada; el 3,9% depresión grave y el 2,3% depresión extrema. La prevalencia de depresión en las mujeres en el momento del estudio fue de 38,67%.

Tabla 13. Cuestionario Beck (n=256).

Cuestionario BECK		
Suma BECK[media ±de]	10,01	(10,95)
Niveles de depresión [n (%)]		
Normal	169	(66)
Leve perturbación del estado de ánimo	32	(12,5)
Estado de depresión intermitente	7	(2,7)
Depresión moderada	32	(12,5)
Depresión grave	10	(3,9)
Depresión extrema	6	(2,3)



4.2 Cuestionario DIS III R trastorno depresivo

El cuestionario DIS III R se emplea para el diagnóstico de depresión a lo largo de la vida.

En la tabla 14 figuran las cinco primeras preguntas del cuestionario DIS III R (sección correspondiente al trastorno depresivo). Con dichas preguntas descartamos que la mujer no haya tenido episodio depresivo o que dicho episodio haya sido secundario a otros factores exógenos, por ejemplo enfermedad física, consumo de alcohol o duelo. De las 256 mujeres del estudio se han descartado a aquellas que contestaron negativamente a las dos primeras preguntas del cuestionario y a las que contestaron afirmativamente a las tres últimas preguntas del cuestionario (n=183). Las 183 mujeres que fueron descartadas no habían presentado un episodio depresivo a lo largo de su vida o si lo presentaron fue secundario a otros factores exógenos. De esta manera se obtiene un grupo de 73 mujeres que presentaron episodio depresivo a lo largo de su vida.

Tabla 14. Cuestionario DIS III R trastorno depresivo (n=256).

Cuestionario DIS III R trastorno depresivo [n (%)]		
¿Alguna vez se ha sentido deprimido?		
Sí	192	(75)
No	64	(25)
Duración 2 semanas y persistente		
Sí	163	(84,90)
No	29	(15,10)
Presentó enfermedad física durante el episodio		
Sí	41	(25,15)
No	122	(74,85)
Consumía alcohol durante el episodio		
Sí	13	(10,66)
No	109	(89,34)
El episodio transcurrió durante un duelo		
Sí	36	(33,03)
No	73	(66,97)

Las 73 mujeres contestaron el cuestionario relativo a los criterios diagnósticos del trastorno depresivo según la American Psychiatric Association (DSM-V). En la tabla 15 figura la distribución de las mujeres (n=73) que contestaron a las diez cuestiones relativas a los criterios diagnósticos del trastorno depresivo según la American Psychiatric Association (DSM-V).

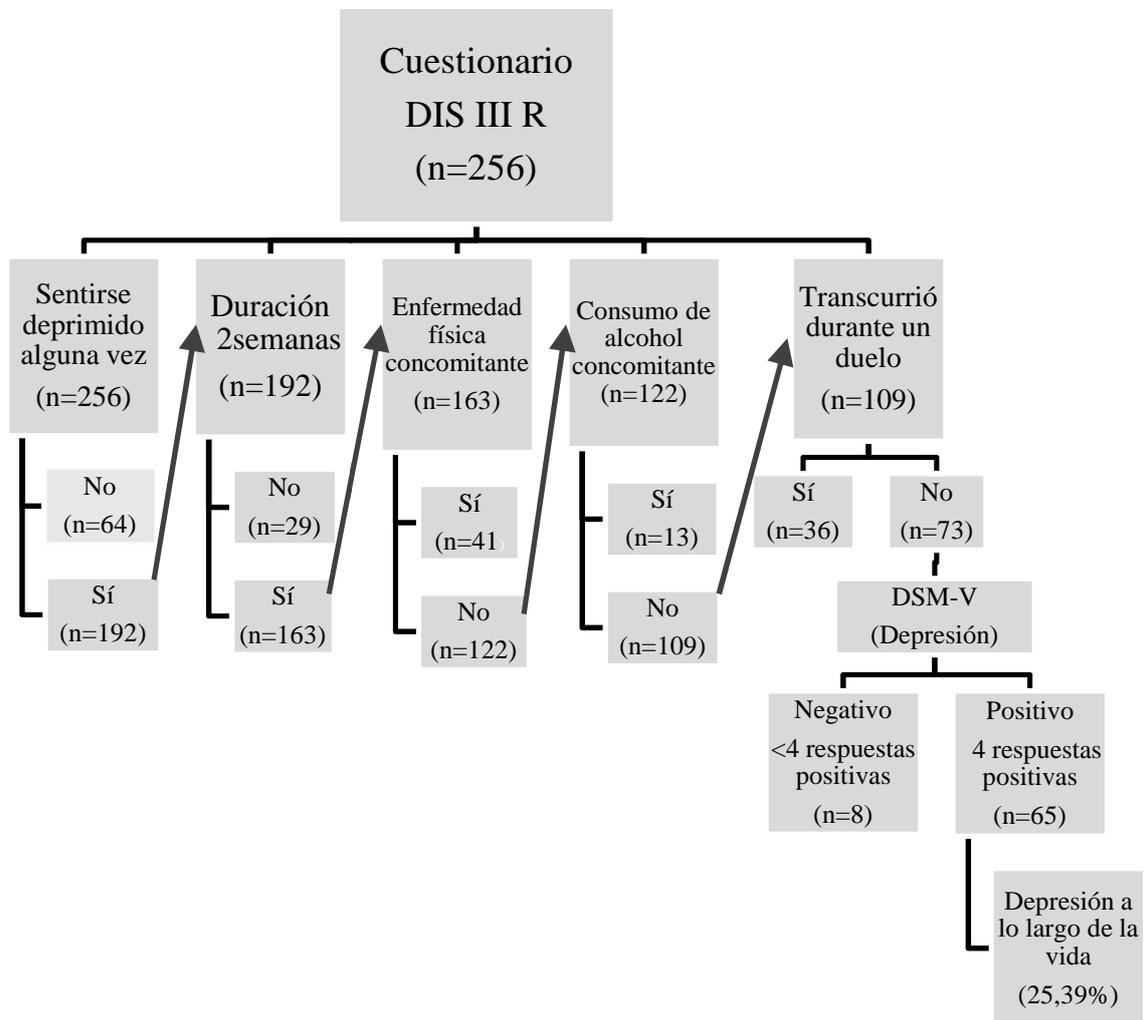
Tabla 15. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo según la American Psychiatric Association (DSM-V).

Criterios DSM-V trastorno depresivo [n (%)]	Sí	No
Sintió depresión la mayor parte del día	68 (93,15)	5 (6,85)
Pérdida de interés por las cosas durante el día	64 (87,67)	9 (12,23)
Dificultad para disfrutar (Anhedonia)	64 (87,67)	9 (12,23)
Alteración del apetito	60 (82,19)	13 (17,81)
Alteración del peso 5%	56 (76,71)	17 (23,29)
Alteración del sueño	65 (89,04)	8 (10,96)
Astenia, cansancio	68 (93,15)	5 (6,85)
Sentimiento de culpabilidad	55 (75,34)	18 (24,66)
Falta de concentración	63 (86,30)	10 (13,70)
Pensamientos suicidas	22 (30,14)	51 (69,86)

Se considera depresión a lo largo de la vida cuando se contesta afirmativamente a cuatro o más de los diez criterios diagnósticos (American Psychiatric Association, 2014). En la tabla 16 podemos observar que 65 mujeres (25,39%) contestaron afirmativamente a cuatro o más de las diez preguntas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo según DSM-V y por tanto dichas mujeres presentaron depresión a lo largo de la vida. La prevalencia de depresión a lo largo de la vida en nuestro estudio es de 25,39%.

Tabla 16. Cuestionario DIS III R trastorno depresivo a lo largo de la vida (n=256).

DIS III R – DSM-V (Depresión) [n (%)]		
Depresión (4 respuestas positivas)	65	(25,39)
Negativo (<4 respuestas positivas)	191	(74,61)



5 CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES SEGÚN EL CONSUMO DE ALCOHOL

5.1 Asociación entre las características sociodemográficas y el consumo de riesgo de alcohol (20 g/día)

En la tabla 17 podemos observar la asociación entre las diferentes variables de las características sociodemográficas y la presencia o no de consumo de riesgo de alcohol (20 g/día). No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las variables estudiadas.

Tabla 17. Distribución de las características sociodemográficas de las mujeres según el consumo de riesgo o no de alcohol (20 g/día) (n=256).

	No consumo de riesgo(<20g/día)	Consumo de riesgo(20g/día)	*p
Edad grupos [n (%)]			
18-30 años	51 (89,5)	6 (10,5)	0,383
31-45 años	91 (91)	9 (9)	
>45 años	84 (84,8)	15 (15,2)	
Estado civil grupos [n (%)]			
Solas	95 (87,2)	14 (12,8)	0,385
En pareja	131 (89,1)	16 (10,9)	
Tiene hijos [n (%)]			
Sí	145 (87,3)	21 (12,7)	0,340
No	81 (90)	9 (10)	
Ocupación grupos [n (%)]			
Desempleadas / sus labores	95 (85,6)	16 (14,4)	0,164
En activo	131 (90,3)	14 (9,7)	
Nivel académico [n (%)]			
Sin estudios	6 (75)	2 (25)	0,496
Estudios primarios	105 (86,8)	16 (13,2)	
Estudios secundarios	70 (89,7)	8 (10,3)	
Estudios universitarios	45 (91,8)	4 (8,2)	
Nacionalidad [n (%)]			
Española	211 (88,3)	28 (11,7)	0,617
Otras	15 (88,2)	2 (11,8)	

*Prueba Chi-cuadrado.

En la tabla 18 podemos observar la asociación entre el patrón de consumo de alcohol y la presencia o no de consumo de riesgo (20 g/día). Hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el patrón de consumo de riesgo o no y las siguientes variables: Circunstancias en las que consumen; cantidad de alcohol consumida al día durante el último mes medida en gramos; tipo de bebida alcohólica que consumen y si consumen o no otras drogas distintas del alcohol. Cuando se realiza el consumo solamente en fiestas es mayoritariamente consumo no de riesgo. Sin

embargo, cuando el consumo de alcohol es en casa o en casa y en fiestas aumenta significativamente el porcentaje de consumo de riesgo.

El consumo de cerveza exclusivamente se asocia al consumo de no riesgo y el consumo de vino aumenta el porcentaje de consumo de riesgo. El consumo de riesgo aumenta al incrementar el número de bebidas alcohólicas que se consumen.

Las mujeres que no consumen otras drogas mayoritariamente no presentan consumo de riesgo. Sin embargo, el consumo de otras drogas aumenta significativamente la prevalencia de consumo de riesgo.

Tabla 18. Distribución del patrón de consumo de alcohol según consumo o no de riesgo de alcohol (20 g/día).

Variables relacionadas con consumo de alcohol	No consumo de riesgo (<20g/día)	Consumo de riesgo (20g/día)	*p
Edad de comienzo de consumo de alcohol [media±de]	18,56 (4,6)	18,32 (4,56)	0,675
Edad comienzo consumo [n (%)]			
<18 años	139 (90,3)	15 (9,7)	0,156
18 años	87 (85,3)	15 (14,7)	
Circunstancias en las que consume alcohol [n (%)]			
En fiestas	138 (90,8)	14 (9,2)	<0,0001
En casa	13 (68,4)	6 (31,6)	
En fiestas y en casa	6 (42,9)	8 (57,1)	
Cantidad de alcohol al día durante el último mes (g) [media±de]	5,90 (4,6)	53,56 (47, 1)	<0,0001
Bebidas alcohólicas que consume [n (%)]			
Cerveza	66 (86,8)	10 (13,2)	0,045
Vino	14 (66,7)	7 (33,3)	
Destilados	29 (87,9)	4 (12,1)	
Cerveza + Destilados	30 (93,8)	2 (6,3)	
Cerveza + Vino + Destilados	6 (60)	4 (40)	
Cerveza + Vino	8 (88,9)	1 (11,1)	
Vino + Destilados	4 (80)	1 (20)	
Consumo de otras drogas [n (%)]			
Sí	4 (50)	4 (50)	0,008
No	222 (89,5)	26 (10,5)	

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Mann-Whitney (Edad de comienzo consumo de alcohol y Cantidad de alcohol al día durante el último mes).

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

5.2 Asociación de las características sociodemográficas de las mujeres con el cuestionario CAGE

En la tabla 19 figura la asociación entre las características sociodemográficas de las mujeres con los diferentes niveles de consumo de alcohol según el cuestionario CAGE. Se considera que el resultado CAGE igual a 0 indica que no existen problemas con el consumo de alcohol. CAGE igual a 1 indica indicios de problemas con el consumo de alcohol. CAGE igual o superior a 2 indica abuso/dependencia al alcohol.

Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la nacionalidad. El 58,8% de las mujeres inmigrantes no presentaba problemas con el alcohol y el 11,8% presentaba indicios de problemas con el alcohol. Sin embargo, 85,8% de las mujeres españolas no presentaba problemas con el alcohol y el 5,9% presentaba indicios de problemas con el alcohol. El 29,4% de las inmigrantes presentó abuso/dependencia frente al 8,4% de las españolas.

Tabla 19. Asociación de las características sociodemográficas de las mujeres con el cuestionario CAGE (n=256).

	No problemas alcohol (CAGE=0)	Indicios problemas alcohol (CAGE=1)	Abuso / dependencia (CAGE 2)	p
Edad grupos [n (%)]				
18-30 años	49 (86)	4 (7)	4 (7)	0,886
31-45 años	82 (82)	6 (6)	12 (12)	
>45 años	84 (84,8)	6 (6,1)	9 (9,1)	
Estado civil grupos [n (%)]				
Solas	87 (79,8)	6 (5,5)	16 (14,7)	0,072
En pareja	128 (87,1)	10 (6,8)	9 (6,1)	
Tiene hijos [n (%)]				
Sí	140 (84,3)	9 (5,4)	17 (10,2)	0,728
No	75 (83,3)	7 (7,8)	8 (8,9)	
Ocupación grupos [n (%)]				
Desempleadas / sus labores	88 (79,3)	8 (7,2)	15 (13,8)	0,163
En activo	127 (87,6)	8 (5,5)	10 (6,9)	
Nivel académico [n (%)]				
Sin estudios	7 (87,5)	0 (0)	1 (12,5)	0,535
Estudios primarios	104 (86)	6 (5)	11 (9,1)	
Estudios secundarios	61 (78,2)	6 (7,7)	11 (14,1)	
Estudios universitarios	43 (87,8)	4 (8,2)	2 (4,1)	
Nacionalidad [n (%)]				
Española	205 (85,8)	14 (5,9)	20 (8,4)	0,009
Otras	10 (58,8)	2 (11,8)	5 (29,4)	

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

En la tabla 20 podemos observar la asociación entre el patrón de consumo de alcohol y el consumo de alcohol medido mediante el cuestionario CAGE. Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre los diferentes niveles de consumo medidos mediante CAGE y las siguientes variables: Circunstancias en las que consumen; cantidad de alcohol consumida al día en gramos durante el último mes y el consumo o no de otras drogas distintas del alcohol.

Cuando se realiza el consumo exclusivamente en fiestas es mayoritariamente en mujeres que no presentan problemas con el consumo de alcohol. Sin embargo, cuando el consumo de alcohol es en casa o combinado tanto en casa como en fiestas aumenta significativamente el porcentaje de abuso/dependencia.

Las mujeres que no consumen otras drogas mayoritariamente no presentan problemas con el consumo de alcohol (85,9%). Sin embargo, el consumo de otras drogas aumenta significativamente el porcentaje de abuso/dependencia (62,5%).

La media del consumo de alcohol al día durante el último mes es significativamente superior en las mujeres que presentan abuso/dependencia (CAGE 2) (media = 57,8) frente a las que presentan indicios de problemas con el alcohol (media= 8,9) y frente a las que no presentan problemas con el alcohol (media= 5,6).

Tabla 20. Distribución del patrón de consumo de alcohol según cuestionario CAGE.

Variables relacionadas con consumo de alcohol	No problemas alcohol (CAGE=0)	Indicios problemas alcohol (CAGE=1)	Abuso / dependencia (CAGE 2)	p
Edad de comienzo de consumo de alcohol [media±de]	18,1 (3,4)	17,6 (2,7)	21,1 (8,8)	0,463
Edad comienzo consumo [n (%)]				
<18 años	133 (86,4)	10 (6,5)	11 (7,1)	0,221
18 años	82 (80,4)	6 (5,9)	14 (13,7)	
Circunstancias en las que consume alcohol [n (%)]				
En fiestas	127 (83,6)	14 (9,2)	11 (7,2)	<0,0001
En casa	14 (73,7)	0 (0)	5 (26,3)	
En fiestas y en casa	7 (50)	0 (0)	7 (50)	
Cantidad de alcohol al día durante el último mes (g) [media±de]	5,6 (6,6)	8,9 (12)	57,8 (56,7)	<0,0001
Bebidas alcohólicas que consume [n (%)]				
Cerveza	57 (75)	9 (11,8)	10 (13,2)	0,345
Vino	18 (85,7)	0 (0)	3 (14,3)	
Destilados	25 (75,8)	1 (3)	7 (21,2)	
Cerveza + Destilados	28 (87,5)	3 (9,4)	1 (3,1)	
Cerveza + Vino + Destilados	8 (80)	0 (0)	2 (20)	
Cerveza + Vino	8 (88,9)	1 (11,1)	0 (0)	
Vino + Destilados	5 (100)	0 (0)	0 (0)	
Consumo de otras drogas [n (%)]				
Sí	2 (25)	1 (12,5)	5 (62,5)	<0,0001
No	213 (85,9)	15 (6)	20 (8,1)	

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Kruskal-Wallis (Edad de comienzo consumo de alcohol y Cantidad de alcohol al día durante el último mes).

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

En la tabla 21 figura la asociación entre las características sociodemográficas de las mujeres con los resultados del cuestionario CAGE. Se ha considerado un resultado en el CAGE negativo si la puntuación en dicho cuestionario es 0 ó 1 (no dependencia). Si la puntuación obtenida en el test CAGE es mayor o igual a 2 se considera positivo (abuso/dependencia). Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de CAGE y las siguientes variables: estado civil y nacionalidad.

De las mujeres que vivían solas el 14,7% presentaban abuso/dependencia (CAGE 2) frente al 6,1% de las mujeres que vivían en pareja.

Entre las mujeres inmigrantes el 29,4% presentaba abuso/dependencia frente al 8,4% de las mujeres españolas.

Tabla 21. Asociación de las características sociodemográficas de las mujeres con resultado del cuestionario CAGE (diagnóstico de no dependencia o abuso/dependencia) (n=256).

	CAGE negativo (0-1)	CAGE positivo (2)	P
Edad grupos [n (%)]			
18-30 años	53 (93)	4 (7)	
31-45 años	88 (88)	12 (12)	0,575
>45 años	90 (90,9)	9 (9,1)	
Estado civil [n (%)]			
Solas	93 (85,3)	16 (14,7)	0,020
En pareja	138 (93,9)	9 (6,1)	
Tiene hijos [n (%)]			
Sí	149 (89,8)	17 (10,2)	
No	82 (91,1)	8 (8,9)	0,456
Ocupación grupos [n (%)]			
Desempleadas / sus labores	96 (86,5)	15 (13,5)	
En activo	135 (93,1)	10 (6,9)	0,061
Nivel académico [n (%)]			
Sin estudios	7 (87,5)	1 (12,5)	
Estudios primarios	110 (90,9)	11 (9,1)	
Estudios secundarios	67 (85,9)	11 (14,1)	0,309
Estudios universitarios	47 (95,9)	2 (4,1)	
Nacionalidad [n (%)]			
Española	219 (91,6)	20 (8,4)	
Otras	12 (70,6)	5 (29,4)	0,016

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

En la tabla 22 podemos observar la asociación entre las diferentes variables relacionadas con el consumo de alcohol y el resultado del cuestionario CAGE (diagnóstico de no dependencia o abuso/dependencia). Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del test CAGE y las siguientes variables: circunstancias en las que se consume; cantidad de alcohol consumida al día durante el último mes en gramos; la depresión según la clasificación Beck y el consumo o no de otras drogas distintas del alcohol.

El consumo de alcohol en casa se asocia estadísticamente con el abuso/dependencia de alcohol. Así, cuando se consume solamente en casa el 26,3% de las mujeres presentan abuso/dependencia y si se combina con el consumo en fiestas aumenta al 50%.

De las mujeres que padecen depresión, el 17,2%, presentan abuso/dependencia al alcohol. Podemos afirmar que existe una fuerte asociación entre dependencia al alcohol y depresión.

Como se puede observar en la tabla 22, la media del consumo de alcohol al día durante el último mes es significativamente superior en las mujeres que presentan abuso/dependencia (CAGE = 2) (media = 57,8) frente a las que no lo presentan (media= 8,6).

Las mujeres que no consumen otras drogas mayoritariamente no presentan abuso/dependencia del alcohol (91,9%). Sin embargo, el consumo de otras drogas aumenta significativamente el porcentaje de abuso/dependencia (62,5%).

Tabla 22. Distribución del patrón de consumo de alcohol según cuestionario CAGE.

Variables relacionadas con consumo de alcohol	CAGE negativo (0-1)	CAGE positivo (2)	P
Edad de comienzo de consumo de alcohol [media±de]	18,12 (3,36)	21,08 (8,85)	0,415
Edad comienzo consumo [n (%)]			
<18 años	143 (92,9)	11 (7,1)	0,065
18 años	88 (86,3)	14 (13,7)	
Circunstancias en las que consume alcohol [n (%)]			
En fiestas	141 (92,8)	11 (7,2)	<0,0001
En casa	14 (73,7)	5 (26,3)	
En fiestas y en casa	7 (50)	7 (50)	
Cantidad de alcohol al día durante el último mes (g) [media±de]	8,6 (11,6)	57,8 (56,7)	<0,0001
Bebidas alcohólicas que consume [n (%)]			
Cerveza	66 (86,8)	10 (13,2)	0,274
Vino	18 (85,7)	3 (14,3)	
Destilados	26 (78,8)	7 (21,2)	
Cerveza + Destilados	31 (96,9)	1 (3,1)	
Cerveza + Vino + Destilados	8 (80)	2 (20)	
Cerveza + Vino	9 (100)	0 (0)	
Vino + Destilados	5 (100)	0 (0)	
Clasificación Beck [n (%)]			
No depresión (<17)	149 (94,9)	8 (5,1)	0,002
Depresión (17)	82 (82,8)	17 (17,2)	
Consumo de otras drogas [n (%)]			
Sí	3 (37,5)	5 (62,5)	<0,0001
No	228 (91,9)	20 (8,1)	

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Mann-Whitney (Edad de comienzo consumo de alcohol y Cantidad de alcohol al día durante el último mes).

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

En la tabla 23 figura la asociación de las características sociodemográficas de las mujeres con los resultados de la cuarta pregunta del cuestionario CAGE: ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca? La respuesta afirmativa a este ítem (de síntomas de abstinencia) es casi patognomónica de dependencia (no tiene prácticamente falsos positivos, su

especificidad es próxima al 100% y su valor predictivo positivo es del 84%) (Pastor y cols., 2013). Como hemos comentado anteriormente en la tabla 5 el 5,5% de las mujeres contestó afirmativamente al ítem 4 (dependencia al alcohol).

No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 23. Asociación de las características sociodemográficas de las mujeres con la cuarta pregunta del cuestionario CAGE: ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

	BEBER AL LEVANTARSE (CAGE)		p
	Positivo	Negativo	
Edad grupos [n (%)]			
18-30 años	2 (3,5)	55 (96,5)	0,761
31-45 años	6 (6,0)	94 (94,0)	
>45 años	6 (6,1)	93 (93,9)	
Estado civil grupos [n (%)]			
Solas	4 (3,7)	105 (96,3)	0,210
En pareja	10 (6,8)	137 (93,2)	
Tiene hijos [n (%)]			
Sí	11 (6,6)	155 (93,4)	0,210
No	3 (3,3)	87 (96,7)	
Ocupación grupos [n (%)]			
Desempleadas / sus labores	9 (8,1)	102 (91,9)	0,089
En activo	5 (3,4)	140 (96,6)	
Nivel académico [n (%)]			
Sin estudios	0 (0,0)	8 (100,0)	0,849
Estudios primarios	7 (5,8)	114 (94,2)	
Estudios secundarios	5 (6,4)	76 (93,6)	
Estudios universitarios	2 (4,1)	47 (95,9)	
Nacionalidad [n (%)]			
Española	12 (5,0)	227 (95,0)	0,236
Otras	2 (11,8)	15 (88,2)	

*Prueba Chi-cuadrado.

En la tabla 24 también figura la asociación de variables relacionadas con la depresión y consumo de otras drogas con el resultado de la cuarta pregunta del cuestionario CAGE: ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca? Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre la respuesta al ítem 4 y las siguientes variables: Clasificación según el cuestionario Beck (Depresión/No depresión); los distintos niveles de depresión (Grupos Beck); las circunstancias en las que consumen; los criterios DSM-V de dependencia al alcohol y el consumo de otras drogas.

En relación a la clasificación según el cuestionario Beck podemos observar que las mujeres que no presentaban depresión en el momento del estudio (puntuación Beck < 17) el 3,2% contestaron afirmativamente a la cuarta pregunta de CAGE

(dependencia), sin embargo de las mujeres que presentaban depresión en el momento del estudio (puntuación Beck = 17) el 9,1% contestó afirmativamente al ítem 4 del cuestionario CAGE.

En relación a los grupos de los diferentes niveles de depresión según el cuestionario Beck podemos observar que a medida que aumenta el grado de depresión, de moderada a extrema, aumenta el porcentaje de mujeres que contestan afirmativamente al ítem 4 de CAGE. En depresión moderada el 9,4% contestaron afirmativamente al ítem 4 de CAGE, en depresión grave el 20% contestaron afirmativamente y en la depresión extrema el 50 %. Como podemos observar el grado de dependencia al alcohol se duplica a medida que aumenta el nivel de depresión.

También se asocia significativamente con la dependencia en el consumo de alcohol las circunstancias en las que se consume alcohol, así, cuando se realiza el consumo en fiestas exclusivamente el porcentaje de dependencia es del 3,9%. Sin embargo, cuando el consumo de alcohol es en casa aumenta significativamente la prevalencia de dependencia (15,8%) y cuando el consumo se produce en ambas situaciones alcanza el 28,6%. Por tanto con estos resultados podemos afirmar que la dependencia al alcohol en la mujer está asociada a un patrón de consumo en solitario, en casa, oculto.

En cuanto a la relación existente entre los criterios DSM-V de dependencia al alcohol y la respuesta al ítem 4 del cuestionario CAGE, podemos observar que las mujeres que cumplen criterios de dependencia al alcohol según DSM-V el 63,6% contestaron afirmativamente al ítem 4 del cuestionario CAGE. El cuestionario CAGE diagnostica a los no dependientes con un 2,9% de falsos positivos y a un 36,4% de falsos negativos (mujeres dependientes que no son diagnosticadas).

En cuanto a la relación entre el consumo de otras drogas y la respuesta al ítem 4 del cuestionario CAGE hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas. De las mujeres que consumen otras drogas el 37,5% contestaron afirmativamente al ítem 4 del cuestionario CAGE. De las mujeres que no consumen otras drogas el 4,4% contestaron afirmativamente al ítem 4 del cuestionario CAGE y el 95,6% contestaron negativamente al ítem 4.

Tabla 24. Asociación de variables relacionadas con la depresión y consumo de otras drogas con el resultado de la cuarta pregunta del cuestionario CAGE: ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

	BEBER AL LEVANTARSE (CAGE)		P
	Positivo	Negativo	
Toma medicación para la depresión [n (%)]			
Sí	5 (8,6)	53 (91,4)	0,188
No	9 (4,5)	189 (95,5)	
Medicación [n (%)]			
Benzodiacepinas	1 (5,0)	19 (95,0)	0,130
Antidepresivos	0 (0,0)	14 (100,0)	
Antidepresivos + Benzodiacepinas	4 (19,0)	17 (81,0)	
Antidepresivos + Benzodiacepinas + Neurólépticos	1 (33,3)	2 (66,7)	
Clasificación BECK [n (%)]			
No depresión (<17 puntos)	5 (3,2)	152 (96,8)	0,042
Depresión (≥ 17 puntos)	9 (9,1)	90 (90,9)	
Grupos BECK [n (%)]			
Normal	6 (3,6)	163 (96,4)	<0,0001
Leve perturbación estado de ánimo	0 (0,0)	32 (100,0)	
Depresión intermitente	0 (0,0)	7 (100,0)	
Depresión moderada	3 (9,4)	29 (90,6)	
Depresión grave	2 (20,0)	8 (80,0)	
Depresión extrema	3 (50,0)	3 (50,0)	
DIS III R- DSM-V (Depresión)[n (%)]			
Negativo (<4 preguntas positivas)	8 (4,3)	179 (95,7)	0,143
Positivo (≥ 4 preguntas positivas)	6 (8,7)	63 (91,3)	
Edad comienzo consumo [n (%)]			
< 18 años	6 (3,9)	148 (96,1)	0,141
≥ 18 años	8 (7,8)	94 (92,2)	
Circunstancias en las que consume [n (%)]			
En fiestas	6 (3,9)	146 (96,1)	0,001
En casa	3 (15,8)	16 (84,2)	
En fiestas y en casa	4 (28,6)	10 (71,4)	
DSM-V (Alcohol) [n (%)]			
Negativo (<3 preguntas positivas)	7 (2,9)	238 (97,1)	<0,0001
Positivo (≥ 3 preguntas positivas)	7 (63,6)	4 (36,4)	
Consumo de otras drogas [n (%)]			
Sí	3 (37,5)	5 (62,5)	0,006
No	11 (4,4)	237 (95,6)	

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resultados en negrita.

A continuación en la tabla 25 se describe la relación entre las variables sociodemográficas y el diagnóstico de consumo de riesgo a partir del cuestionario CAGE, considerando consumo de riesgo una puntuación en CAGE mayor o igual a 1. Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE ≥ 1) y las siguientes variables: ocupación laboral; nacionalidad y circunstancias en las que consume.

La relación entre consumo de riesgo (CAGE 1) y la ocupación laboral es la siguiente: de las mujeres desempleadas o dedicadas a sus labores el 20,7% presentaban consumo de riesgo, sin embargo, entre las mujeres que se encontraban en activo el 12,4% presentaba consumo de riesgo (CAGE 1).

En relación a la nacionalidad, entre las mujeres inmigrantes el 41,2% presentaba consumo de riesgo frente al 14,2% entre las mujeres españolas.

Tabla 25. Asociación de las características sociodemográficas de las mujeres con diagnóstico de consumo de riesgo mediante el cuestionario CAGE (puntuación CAGE 1) (n=256).

	CAGE 1 (consumo de riesgo)		P
	Positivo (1)	Negativo (0)	
Edad [n (%)]			
18-30 años	8 (14,0)	49 (86,0)	
31-45 años	18 (18,0)	82 (82,0)	0,773
>45 años	15 (15,2)	84 (84,8)	
Estado civil [n (%)]			
Solas	22 (20,2)	87 (79,8)	0,082
En pareja	19 (12,9)	128 (87,1)	
Tiene hijos [n (%)]			
Sí	26 (15,7)	140 (84,3)	0,483
No	15 (16,7)	75 (83,3)	
Ocupación [n (%)]			
Desempleadas / sus labores	23 (20,7)	88 (79,3)	0,043
En activo	18 (12,4)	127 (87,6)	
Nivel académico [n (%)]			
Sin estudios	1 (12,5)	7 (87,5)	
Estudios primarios	17 (14,0)	104 (86,0)	0,411
Estudios secundarios	17 (21,8)	61 (78,2)	
Estudios universitarios	6 (12,2)	43 (87,8)	
Nacionalidad [n (%)]			
Española	34 (14,2)	205 (85,8)	0,009
Otras	7 (41,2)	10 (58,8)	

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

En la tabla 26 podemos observar la asociación entre el patrón de consumo de alcohol y el diagnóstico de consumo de riesgo mediante el cuestionario CAGE (puntuación CAGE 1). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE 1) y las siguientes variables: circunstancias en las que consumen; cantidad de alcohol consumida al día durante el último mes en gramos y consumo de otras drogas.

En relación a las circunstancias en las que se consume alcohol entre las mujeres que lo hacen exclusivamente en fiestas el 16,4% presenta consumo de riesgo (CAGE 1) frente al 26,3% que consumen exclusivamente en casa y al 50% de las mujeres que

lo hacen en ambas circunstancias. El consumo en solitario realizado en el hogar se asocia con mayor frecuencia a las consumidoras de riesgo.

La media del consumo de alcohol al día durante el último mes es significativamente superior en las mujeres que presentan consumo de riesgo (CAGE 1) (media = 36 ±50,48) frente a las que no lo presentan (media = 9 ±12).

Las mujeres que no consumen otras drogas mayoritariamente no presentan consumo de riesgo de alcohol (85,9%). Sin embargo, el consumo de otras drogas aumenta significativamente el porcentaje de consumo de riesgo (75%). Por tanto se confirma la asociación entre consumo de riesgo de alcohol y consumo de otras drogas.

Tabla 26. Distribución del patrón de consumo de alcohol según diagnóstico de consumo de riesgo mediante el cuestionario CAGE (puntuación CAGE 1).

Variables relacionadas con consumo de alcohol	CAGE 1 (consumo de riesgo)		p
	Positivo (1)	Negativo (0)	
Edad de comienzo de consumo de alcohol [media±de]	20 (7,33)	18 (3,42)	0,997
Edad comienzo consumo [n (%)]			
<18 años	21 (13,6)	133 (86,4)	0,136
18 años	20 (19,6)	82 (80,4)	
Circunstancias en las que consume alcohol [n (%)]			
En fiestas	25 (16,4)	127 (83,6)	0,008
En casa	5 (26,3)	14 (73,7)	
En fiestas y en casa	7 (50)	7 (50)	
Cantidad de alcohol al día durante el último mes (g) [media±de]	36 (50,48)	9 (12,00)	0,002
Bebidas alcohólicas que consume [n (%)]			
Cerveza	19 (25)	57 (75)	0,566
Vino	3 (14,3)	18 (85,7)	
Destilados	8 (24,2)	25 (75,8)	
Cerveza + Destilados	4 (12,5)	28 (87,5)	
Cerveza + Vino + Destilados	2 (20)	8 (80)	
Cerveza + Vino	1 (11,1)	8 (88,9)	
Vino + Destilados	0 (0)	5 (100)	
Consumo de otras drogas [n (%)]			
Sí	6 (75)	2 (25)	<0,0001
No	35 (14,1)	213 (85,9)	

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Mann-Whitney (Edad de comienzo consumo de alcohol y Cantidad de alcohol al día durante el último mes).

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

En la tabla 27 figura la asociación de variables relacionadas con consumo de alcohol, depresión y consumo de otras drogas con el consumo de riesgo según el cuestionario CAGE (puntuación CAGE 1). Hemos hallado diferencias

estadísticamente significativas entre el diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE 1) y las siguientes variables: medicación que toman para la depresión; niveles de depresión (grupos Beck); diagnóstico de dependencia al alcohol (según criterios DSM-V); consumo de otras drogas y consumo de riesgo (g/día).

En relación a la medicación que toman para la depresión se han obtenido los siguientes resultados: de las mujeres que toman benzodiazepinas el 10% presentan consumo de riesgo (CAGE 1), entre las mujeres que toman antidepresivos el 7,1% lo presentan, entre las que toman antidepresivos y benzodiazepinas el 33,3% presentan consumo de riesgo y entre las que toman antidepresivos, benzodiazepinas y neurolépticos el 66,7% presentan consumo de riesgo. La depresión está asociada con el consumo de riesgo, así a mayor gravedad del trastorno depresivo existe mayor prevalencia de consumo de riesgo.

Entre los diferentes niveles de depresión podemos observar que el porcentaje de mujeres que presentan consumo de riesgo va aumentando a medida que aumenta la gravedad de la depresión. Así, las mujeres con depresión intermitente el 14,3% presentaban consumo de riesgo. Mujeres con depresión moderada el 21,9% presentaba consumo de riesgo, mujeres con depresión grave el 50% presentaba consumo de riesgo y entre mujeres con depresión extrema el 66,7% presentaba consumo de riesgo.

La relación entre los criterios diagnósticos de dependencia alcohólica DSM-V y el diagnóstico de consumo de riesgo mediante el cuestionario CAGE es la siguiente; entre las mujeres sin dependencia al alcohol (menos de 3 criterios DSM-V positivos) el 12,2% presentaba consumo de riesgo frente al 100% de mujeres con 3 o más criterios DSM-V positivos. Existe un 12,2% de mujeres que son consumidoras de riesgo pero no cumplen criterios de dependencia al alcohol.

Como podemos observar en la tabla 27, entre las mujeres que consumen otras drogas el 75% presenta consumo de riesgo de alcohol, frente al 14,1% de mujeres que no consumen otras drogas. Existe una asociación entre el consumo de riesgo de alcohol y el consumo de otras drogas.

En relación con el diagnóstico de consumo de riesgo, a partir del cálculo de la cantidad consumida en gramos al día, podemos observar que las que no son diagnosticadas como consumidoras de riesgo (consumo < 20 gramos/día) el 11,5% son

diagnosticadas como consumidoras de riesgo mediante el cuestionario CAGE. Entre las mujeres diagnosticadas como consumidoras de riesgo según el cálculo de alcohol consumido al día (≥ 20 gramos/día) el 50% son diagnosticadas como consumidoras de riesgo mediante CAGE y el 50% no son diagnosticadas como consumidoras de riesgo mediante CAGE.

Tabla 27. Asociación de variables relacionadas con la depresión y consumo de otras drogas con diagnóstico de consumo de riesgo mediante el cuestionario CAGE (puntuación CAGE ≥ 1).

	CAGE ≥ 1 (consumo de riesgo)		p
	Positivo	Negativo	
Toma medicación para la depresión [n (%)]			
Sí	12 (20,7)	46 (79,3)	0,183
No	29 (14,6)	169 (85,4)	
TOTAL	41 (16,0)	215 (84,0)	
Medicación [n (%)]			
Benzodiacepinas	2 (10,0)	18 (90,0)	0,031
Antidepresivos	1 (7,1)	13 (92,9)	
Antidepresivos + Benzodiacepinas	7 (33,3)	14 (66,7)	
Antidepresivos + Benzodiacepinas + Neurolepticos	2 (66,7)	1 (33,3)	
TOTAL	12 (20,7)	46 (79,3)	
Clasificación BECK [n (%)]			
No depresión (<17 puntos)	21 (13,4)	136 (86,6)	0,102
Depresión (≥ 17 puntos)	20 (20,2)	79 (79,8)	
TOTAL	41 (16,0)	215 (84,0)	
Grupos BECK [n (%)]			
Normal	15 (8,9)	154 (91,1)	<0,0001
Leve perturbación estado de ánimo	9 (28,1)	23 (71,9)	
Depresión intermitente	1 (14,3)	6 (85,7)	
Depresión moderada	7 (21,9)	25 (78,1)	
Depresión grave	5 (50,0)	5 (50,0)	
Depresión extrema	4 (66,7)	2 (33,7)	
TOTAL	41 (16,0)	215 (84,0)	
DIS III R- DSM-V (depresión) [n (%)]			
Negativo (<4 preguntas positivas)	29 (15,5)	158 (84,5)	0,424
Positivo (≥ 4 preguntas positivas)	12 (17,4)	57 (82,6)	
TOTAL	41 (16,0)	215 (84,0)	
DSM-V (Alcohol) [n (%)]			
Negativo (<3 preguntas positivas)	30 (12,2)	215 (87,8)	<0,0001
Positivo (≥ 3 preguntas positivas)	11 (100,0)	0 (0,0)	
TOTAL	41 (16,0)	215 (84,0)	
Consumo de otras drogas [n (%)]			
Sí	6 (75,0)	2 (25,0)	<0,0001
No	35 (14,1)	213 (85,9)	
TOTAL	41 (16,0)	215 (84,0)	
Riesgo de consumo g/día [n (%)]			
No riesgo (<20 g/día)	26 (11,5)	200 (88,5)	<0,0001
Riesgo (≥ 20 g/día)	15 (50,0)	15 (50,0)	
TOTAL	41 (16,0)	215 (84,0)	

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

5.3 Diferencias de medias entre la edad de inicio del consumo de alcohol y el grado de consumo

En la tabla 28 se recogen las medias de la edad de inicio del consumo de alcohol y el grado de consumo. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas tanto para el consumo de riesgo medido en gramos de alcohol/día ni para el resultado del cuestionario CAGE (abuso/dependencia).

Tabla 28. Medias de la edad de inicio del consumo de alcohol según consumo de riesgo (g/día) y resultados del cuestionario CAGE (diagnóstico de riesgo o abuso/dependencia).

	Edad de inicio de consumo	p
Consumo de riesgo (g/día) [media ± de]		
No riesgo < 20g	18,56 (4,6)	0,675
Consumo de riesgo ≥ 20g	18,32 (4,56)	
Resultados CAGE [media ± de]		
CAGE Negativo (0-1)	18,12 (3,36)	0,415
CAGE Positivo (≥ 2)	21,08 (8,85)	

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Mann-Whitney (Consumo de riesgo y Resultados CAGE).

*Prueba Chi-cuadrado.

5.4 Diferencias de media entre el consumo de alcohol (g/día) y diagnóstico de consumo de riesgo-abuso/dependencia

Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las medias del consumo de alcohol (g/día) y la clasificación del diagnóstico de consumo de riesgo (< 20 g/día). Las medias de gramos de alcohol que consumen las mujeres como consumidoras de riesgo es de 53,56 g/día frente a 5,9 g/día de las que no son consumidoras de riesgo

Como se observa en la tabla 29 existen diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol (g/día) y el diagnóstico de abuso/dependencia (cuestionario CAGE).

Las medias de gramos de alcohol que consumen las mujeres identificadas como dependientes es de 57,85 g/día frente a 8,61 g/día de las que son consumidoras de riesgo.

Tabla 29. Diferencias de medias del consumo de alcohol (g/día) con los diagnósticos de consumo de riesgo-abuso/dependencia.

	Alcohol g/día	p
Consumo de riesgo (g/día) [media ± de]		
No riesgo < 20g	5,90 (4,67)	
Consumo de riesgo ≥ 20g	53,56 (47,11)	<0,0001
Resultados CAGE [media ± de]		
CAGE Negativo (0-1)	8,61 (11,61)	
CAGE Positivo (2)	57,85 (56,71)	<0,0001

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Mann-Whitney (Consumo de riesgo y Resultados CAGE).

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

6 CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON TRASTORNO DEPRESIVO

En la tabla 30 figuran las asociaciones entre las características sociodemográficas de las mujeres con el diagnóstico de depresión según el cuestionario Beck. Hemos identificado diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil y el diagnóstico de depresión. Entre las mujeres que vivían solas el 45,9% presentaban depresión en el momento del estudio frente al 33,3% de las mujeres que vivían en pareja. Por tanto, existe una asociación entre la situación de convivencia y padecer depresión.

Con el resto de variables sociodemográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 30. Asociación de las características sociodemográficas de las mujeres con diagnóstico de depresión en el momento actual según el cuestionario Beck.

	No depresión (<17 puntos) n=157	Depresión (17 puntos) n=99	*p
Edad [n (%)]			
18-30 años	31 (54,4)	26 (45,6)	
31-45 años	60 (60)	40 (40)	0,298
>45 años	66 (66,7)	33 (33,3)	
Estado civil [n (%)]			
Solas	59 (54,1)	50 (45,9)	0,028
En pareja	98 (66,7)	49 (33,3)	
Tiene hijos [n (%)]			
Sí	105 (63,3)	61 (36,7)	
No	52 (57,8)	38 (42,2)	0,234
Ocupación [n (%)]			
Desempleadas / sus labores	62 (55,9)	49 (44,1)	0,075
En activo	95 (65,5)	50 (34,5)	
Nivel académico [n (%)]			
Sin estudios	5 (62,5)	3 (37,5)	
Estudios primarios	75 (62)	46 (38)	0,996
Estudios secundarios	47 (60,3)	31 (39,7)	
Estudios universitarios	30 (61,2)	19 (38,8)	
Nacionalidad [n (%)]			
Española	147 (61,5)	92 (38,5)	0,508
Otras	10 (58,8)	7 (41,2)	

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

En la tabla 31 podemos observar las asociaciones de las características sociodemográficas de las mujeres y el diagnóstico de depresión a lo largo de la vida según el cuestionario DIS III R. Aunque no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables analizadas, existe una mayor prevalencia de depresión entre mujeres menores de 45 años que no tienen pareja ni hijos, nivel más bajo de estudios, desempleadas y de nacionalidad distinta a la española.

Tabla 31. Asociación de las características sociodemográficas con depresión a lo largo de la vida.

	DIS III R – DSM-V (4)		*p
	Negativo n=187	Positivo n=69	
Edad grupos [n (%)]			
18-30 años	42 (73,7)	15 (26,3)	
31-45 años	67 (67)	33 (33)	0,172
>45 años	78 (78,8)	21 (21,2)	
Estado civil grupos [n (%)]			
Solas	78 (71,6)	31 (28,4)	0,374
En pareja	109 (74,1)	38 (25,9)	
Tiene hijos [n (%)]			
Sí	126 (75,9)	40 (24,1)	0,106
No	61 (67,8)	29 (32,2)	
Ocupación grupos [n (%)]			
Desempleadas / sus labores	79 (71,2)	32 (28,8)	0,326
En activo	108 (74,5)	37 (25,5)	
Nivel académico [n (%)]			
Sin estudios	7 (87,5)	1 (12,5)	
Estudios primarios	89 (73,6)	32 (26,4)	0,279
Estudios secundarios	60 (76,9)	18 (23,1)	
Estudios universitarios	31 (63,3)	18 (36,7)	
Nacionalidad [n (%)]			
Española	175 (73,2)	64 (26,8)	0,503
Otras	12 (70,6)	5 (29,4)	

*Prueba Chi-cuadrado.

La tabla 32 muestra las diferencias de medias del consumo de alcohol (g/día) según los niveles de depresión obtenidos con el cuestionario Beck. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,002$). Existe una asociación entre la media de consumo de gramos de alcohol/día y la gravedad de la depresión.

Tabla 32. Medias del consumo de alcohol en g/día en función de los niveles de depresión de Beck.

	Alcohol g/día	p
Grupos Beck [media ± de]		
Normal	9,12 ±9,62	
Leve perturbación del estado de ánimo	9,63 ±10,05	
Estados de depresión intermitentes	5,83 ±6,52	
Depresión moderada	31,37 ±63,30	0,002
Depresión grave	32,85 ±36,66	
Depresión extrema	87 ±36,27	

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Kruskal-Wallis (Grupos Beck).

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

7 DIFERENCIAS DE MEDIAS DE LA EDAD; LA EDAD DE COMIENZO DE CONSUMO Y CONSUMO DE ALCOHOL (GRAMOS/DÍA) SEGÚN LA CUARTA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO CAGE

En la tabla 33 podemos observar las medias de gramos de alcohol consumido al día según la respuesta a la cuarta pregunta del cuestionario CAGE. Hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre estas variables ($p=0,017$), siendo de 73,81 gramos de alcohol/día en el caso de haber contestado positivamente a la cuarta pregunta del cuestionario CAGE frente a una media de 10,36 gramos de alcohol/día en el caso de las mujeres con una respuesta negativa a esta pregunta del CAGE.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con las otras variables estudiadas.

Tabla 33. Diferencias de medias de la edad; la edad de comienzo de consumo y consumo de alcohol (gramos/día) según la cuarta pregunta del cuestionario CAGE.

	BEBER AL LEVANTARSE		P
	Positivo	Negativo	
Edad [media ± de]	40,57 (9,06)	41,09 (11,84)	0,562
Edad comienzo consumo [media ± de]	19,21 (6,04)	18,46 (4,46)	0,920
Alcohol g/día [media ± de]	73,81 (72,13)	10,36 (13,95)	0,017

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Mann-Whitney (Edad, Edad de comienzo consumo de alcohol y Alcohol g/día).

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

8 DIFERENCIAS DE MEDIAS DE LA EDAD; LA EDAD DE COMIENZO DE CONSUMO Y CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDA (GRAMOS/DÍA) SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE RIESGO MEDIANTE EL CUESTIONARIO CAGE (1)

En la tabla 34 podemos observar las medias de gramos de alcohol consumido al día según el diagnóstico de consumo de riesgo mediante el cuestionario CAGE (1). Se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables ($p=0,002$), siendo de 36,35 gramos de alcohol/día en el caso de mujeres consumidoras de riesgo frente a una media de 8,93 gramos de alcohol/día en el caso de las mujeres que no son consumidoras de riesgo.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con las otras variables.

Tabla 34. Diferencias de medias de la edad; la edad de comienzo de consumo y cantidad de alcohol consumida (gramos/día) según el diagnóstico de consumo de riesgo mediante el cuestionario CAGE (1).

	CAGE 1 (consumo de riesgo)		P
	Positivo	Negativo	
Edad [media ± de]	40,78 (10,85)	41,12 (11,87)	0,993
Edad comienzo consumo [media ± de]	19,80 (7,33)	18,17 (3,42)	0,997
Alcohol g/día [media ± de]	36,35 (50,48)	8,93 (12,00)	0,002

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Mann-Whitney (Edad, Edad de comienzo consumo de alcohol y Alcohol g/día).

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

9 ASOCIACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN SEGÚN EL CUESTIONARIO BECK Y EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA SEGÚN CRITERIOS DEL DSM-V

En la tabla 35 podemos observar la asociación entre el diagnóstico de depresión de Beck y el diagnóstico de las mujeres de dependencia al alcohol mediante los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-V. Existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0,004$). El 9,1% de las mujeres diagnosticadas de depresión con el cuestionario de Beck cumplían criterios de dependencia según DSM-V, frente al 1,3% de mujeres sin depresión.

Tabla 35. Asociación entre el diagnóstico de depresión según el cuestionario Beck y el diagnóstico de las mujeres de dependencia al alcohol mediante los criterios DSM-V.

	Dependencia (DSM-V)		P
	Negativo	Positivo	
Clasificación Beck [n (%)]			
No depresión (<17)	155 (98,7)	2 (1,3)	
Depresión (17)	90 (90,9)	9 (9,1)	0,004

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

En la tabla 36 podemos observar las diferencias de medias de la puntuación obtenida en el cuestionario Beck y el diagnóstico de consumo de riesgo (g/día). Hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del cuestionario Beck ($p=0,003$), ya que las mujeres con consumo de riesgo (20g/día) tienen una puntuación significativamente superior a aquellas sin consumo de riesgo.

Así mismo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el cuestionario Beck y los diferentes niveles de consumo medidos con el cuestionario CAGE ($p<0,0001$). Las mujeres con abuso/dependencia

tienen una puntuación significativamente superior a la de las mujeres que no presentan problemas con el alcohol, seguida de aquellas mujeres que tienen indicios de problemas con el alcohol.

Existen también diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación del cuestionario Beck y el diagnóstico de abuso/dependencia al alcohol medido por el cuestionario CAGE ($p < 0,0001$). Las mujeres con dependencia al alcohol (CAGE 2) tienen una puntuación significativamente superior a aquellas mujeres que no presentan dependencia.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación del cuestionario Beck y el diagnóstico de dependencia al alcohol medido por los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) ($p < 0,0001$). Las mujeres que cumplen criterios de dependencia al alcohol según DSM-V tienen una puntuación tres veces mayor que las que no cumplen criterios de dependencia.

Tabla 36. Diferencias de medias entre la puntuación del cuestionario de Beck y variables relacionadas con el consumo de alcohol.

	Suma Beck	*p
Consumo de riesgo (g/día) [media ± de]		
No riesgo < 20g	8,93 (9,44)	
Consumo de riesgo ≥ 20g	18,13 (16,90)	0,003
CAGE [media ± de]		
No problemas alcohol	8,57 (9,38)	
Indicios problemas alcohol	5,06 (5,68)	<0,0001
Abuso / dependencia	25,56 (13,51)	
Resultados CAGE [media ± de]		
CAGE Negativo (0-1) No dependencia	8,33 (9,21)	<0,0001
CAGE Positivo (≥ 2) Dependencia	25,56 (13,51)	
DSM-V dependencia alcohol [media ± de]		
Negativo (< 3 respuestas positivas)	9,18 (10,09)	<0,0001
Positivo (≥ 3 respuestas positivas)	28,64 (13,26)	

Los valores mostrados corresponden a valores medios. Prueba de Mann-Whitney (Consumo de riesgo, Resultados CAGE y DSM-V dependencia al alcohol) y Prueba de Kruskal-Wallis (niveles de consumo según CAGE)

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

10 ANÁLISIS DE CORRELACIONES ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

En la tabla 37 podemos observar análisis de correlaciones entre la edad, número de hijos, edad de comienzo de consumo, número de respuestas positivas en el cuestionario CAGE (0-4), puntuación obtenida en el cuestionario Beck y cantidad de alcohol consumida (g/día). Hemos encontrado una correlación significativa y positiva entre la edad y el número de hijos ($p < 0,0001$); la edad de comienzo de consumo ($p < 0,0001$) y la puntuación obtenida en el cuestionario Beck ($p = 0,008$).

Existe una correlación positiva y significativa entre la edad de comienzo de consumo y el número de respuestas positivas en el cuestionario CAGE ($p = 0,003$) y la puntuación obtenida en el cuestionario Beck ($p = 0,014$).

También hallamos correlaciones significativas entre el número de respuestas positivas en el cuestionario CAGE y el consumo de gramos de alcohol al día ($p < 0,0001$) y la puntuación en el cuestionario Beck ($p = 0,0001$).

Así mismo se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el cuestionario Beck y el diagnóstico de los gramos de alcohol consumidos al día ($p < 0,0001$).

Tabla 37. Correlaciones entre variables sociodemográficas, variables relacionadas con el consumo de alcohol y depresión.

	Nº hijos	Edad comienzo consumo	Nº de respuestas positivas en el CAGE	Suma Beck	Alcohol g/día
Edad [Correlación de Pearson (p)]	0,474 (<0,0001)	0,313 (<0,0001)	0,019 (0,760)	0,167 (0,008)	0,035 (0,660)
Nº hijos [Correlación de Pearson (p)]		0,136 (0,065)	0,016 (0,795)	0,090 (0,150)	-0,023 (0,773)
Edad comienzo consumo [Correlación de Pearson (p)]			0,216 (0,003)	0,180 (0,014)	0,021 (0,799)
Número de respuestas positivas en el CAGE [Correlación de Pearson (p)]				0,456 (<0,0001)	0,641 (<0,0001)
Suma Beck [Correlación de Pearson (p)]					0,501 (<0,0001)

11 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE RIESGO (CAGE 1)

Mediante la realización de un análisis de regresión logística se pretende estudiar los factores que se asocian al consumo de riesgo. En primer lugar se llevó a cabo un análisis univariante en el que se incluyeron las variables de los participantes que se asociaron de forma significativa al consumo de riesgo, y posteriormente, aquellas que resultaron ser estadísticamente significativas en este primer análisis se introdujeron en el modelo de regresión logística multivariante.

11.1 Análisis de regresión logística univariante

Para analizar la relación de la variable principal, que fue el consumo de riesgo, con las variables independientes (características de los participantes), se empleó primeramente un análisis de regresión logística simple o univariante, introduciendo cada vez en el modelo una de las variables independientes que previamente habían resultado estar asociadas de forma significativa al consumo de riesgo. Cuando la variable independiente tuvo una significación estadística inferior o igual a 0,05 se incorporó a la ecuación de regresión.

Las variables evaluadas en este primer análisis fueron:

- Variables sociodemográficas:
 - Edad por grupos: “18-30 años” vs “31-45 años” y “>45 años”.
 - Estado civil: “solas” vs “en pareja”.
 - Existencia de descendencia: “sí” vs “no”.
 - Ocupación por grupos: “desempleada/sus labores” vs “en activo”.
 - Nivel académico: “sin estudios” vs “estudios primarios” vs “estudios secundarios” y “estudios universitarios”.
 - Nacionalidad: “española” vs “otras”
- Variables relacionadas con el consumo de alcohol y depresión:
 - Edad de comienzo de consumo: “ 18 años” vs “<18 años”.
 - Tratamiento para la depresión: “Sí” vs “No”
 - Diagnóstico de depresión según el cuestionario Beck: “No depresión (<17 puntos)” vs “Depresión (17 puntos)”

- Diagnóstico de depresión a lo largo de la vida (DIS III R grupos): “Negativo (<4 respuestas positivas)” vs “Positivo (4 respuestas positivas)”
- Consumo de otras drogas: “Sí” vs “No”

A continuación se detalla el resultado del análisis univariante, comprobando que sólo dos factores resultaron ser estadísticamente significativos (p 0,05) como fue la nacionalidad y el consumo de otras drogas. El resto de variables no se mostraron como factores de riesgo significativos.

Las mujeres de otras nacionalidades distintas a la española tienen cuatro veces más riesgo de ser consumidoras de riesgo de alcohol frente a las mujeres españolas.

Tabla 38. Resultados de la regresión logística univariante con variables sociodemográficas asociadas al consumo de riesgo (CAGE 1).

	Odds Ratio	IC 95%	*Sig.
Edad grupos			
18-30 años	Ref.		
31-45 años	1,345	0,544 – 3,323	0,521
>45 años	1,094	0,433 – 2,765	0,850
Estado civil			
En pareja	Ref.		
Solas	1,704	0,870 – 3,334	0,120
Tiene hijos			
No	Ref.		
Sí	0,929	0,464 – 1,860	0,834
Ocupación grupos			
Desempleadas / sus labores	Ref.		
En activo	0,543	0,276 – 1,064	0,075
Nivel académico			
Estudios universitarios	Ref.		
Sin estudios	1,024	0,107 – 9,838	0,984
Estudios primarios	1,171	0,433 – 3,172	0,756
Estudios secundarios	1,997	0,728 – 5,479	0,179
Nacionalidad			
Española	Ref.		
Otras	4,221	1,504 – 11,844	0,006

*Prueba Chi-cuadrado. Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

Las mujeres que consumen otras drogas distintas del alcohol tienen dieciocho veces más probabilidad de ser consumidoras de riesgo de alcohol frente a otras mujeres que no consumen otras sustancias de abuso.

Tabla 39. Resultados de la regresión logística univariante con variables relacionadas con consumo de alcohol, consumo de otras drogas y depresión asociadas al consumo de riesgo (CAGE 1).

	Odds Ratio	IC 95%	*Sig.
Edad comienzo consumo			
18 años	Ref.		
<18 años	0,647	0,331 – 1,267	0,204
Tratamiento para la depresión			
No	Ref.		
Sí	1,520	0,720 – 3,210	0,272
Clasificación Beck			
No depresión (<17 puntos)	Ref.		
Depresión (17 puntos)	1,640	0,837 – 3,211	0,149
DIS III R Grupos			
Negativo (<4)	Ref.		
Positivo (4)	1,147	0,548 – 2,399	0,716
Consumo de otras drogas			
No	Ref.		
Sí	18,257	3,542 – 94,095	0,001

*Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

11.2 Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados al consumo de riesgo

Las variables que tuvieron significación estadística en la regresión univariante se incluyeron en el análisis de regresión logística multivariante para poder predecir los factores de riesgo que se asocian al consumo de riesgo.

La regresión logística multivariante se realizó, en todos los casos, comprobando que se cumplían los supuestos o condiciones de aplicación del modelo. Estos supuestos, básicamente, fueron:

- Tamaño muestral elevado.
- Variables independientes relevantes en la predicción de la variable dependiente.
- Variables predictoras categóricas.
- Ausencia de colinealidad entre las variables predictoras.
- Aditividad.
- Celdillas de “no cero”.
- Homocedasticidad.

Las variables incluidas en el análisis multivariante fueron:

- Consumo de otras drogas: “No” vs “Sí”.
- Nacionalidad: “española” vs “otras”.

Como podemos observar en el análisis multivariante, consumir otras drogas obtuvo una OR de 23,43 [IC 95%: 3,33-164,54] respecto a la referencia, que fue no consumir otras drogas, siendo éste el único factor de riesgo para el consumo de riesgo de alcohol.

Aquellas mujeres que consumen otras drogas tienen veintitrés veces más riesgo de realizar un consumo de riesgo de alcohol.

Tabla 40. Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados al consumo de riesgo (CAGE 1).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Odds Ratio	IC (95%)
Consumo otras drogas							
No						1	
Sí	3,154	0,994	10,059	1	0,002	23,431	3,337 – 164,542

En el análisis multivariante solamente permanece como factor asociado al consumo de riesgo de alcohol el consumo de otras drogas con una OR superior al del análisis univariante. Este valor de OR está ajustado para dicha variable y representa una estimación de su fuerza de asociación con la variable consumo de riesgo, una vez ajustadas las comparaciones y controladas todas las otras variables incluidas en el modelo.

12 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS AL ABUSO/DEPENDENCIA (CAGE 2)

12.1 Análisis de regresión logística univariante de factores asociados al abuso/dependencia (CAGE 2)

De la misma manera hemos analizado la relación entre la variable principal abuso/dependencia (CAGE 2) y las variables independientes que hemos mencionado anteriormente. En las tablas 41 y 42 se detallan los resultados del análisis univariante, comprobando que ocho factores resultaron ser estadísticamente significativos ($p < 0,05$), como fueron el estado civil, la ocupación, el nivel académico, la edad de comienzo de consumo, la nacionalidad, presencia de tratamiento para la depresión, diagnóstico de depresión según el cuestionario Beck y consumo de otras drogas. El resto de variables no se mostraron como factores de riesgo significativos.

En el caso del estado civil, estar con pareja actúa como factor protector, es decir, tiene 2,6 veces más riesgo de presentar abuso/dependencia al alcohol una mujer sin pareja frente a una mujer con pareja.

Las mujeres desempleadas o dedicadas a sus labores tienen el doble de probabilidad de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a las mujeres que se encuentran en activo.

Aquellas mujeres con estudios secundarios casi cuadruplican el riesgo de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a aquellas que tienen estudios universitarios.

Las mujeres de otras nacionalidades distinta a la española tienen 4,5 veces más riesgo de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a las mujeres españolas.

Tabla 41. Resultados de la regresión logística univariante. Factores sociodemográficos asociados al abuso/dependencia (CAGE = 2).

	Odds Ratio	IC 95%	*Sig.
Edad			
18-30 años	Ref.		
31-45 años	1,807	0,554 – 5,891	0,327
>45 años	1,325	0,389 – 4,514	0,653
Estado civil			
En pareja	Ref.		
Solas	2,638	1,119 -6,221	0,027
Tiene hijos			
Sí	Ref.		
No	0,855	0,354 – 2,067	0,728
Ocupación			
En activo	Ref.		
Desempleadas / sus labores	2,109	1,290 -4,895	0,044
Nivel académico			
Estudios universitarios	Ref.		
Sin estudios	3,357	0,268 -42,076	0,348
Estudios primarios	2,350	0,501 -11,015	0,278
Estudios secundarios	3,858	1,817 – 18,216	0,048
Nacionalidad			
Española	Ref.		
Otras	4,562	1,460 – 14,256	0,009

*Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

En el caso de la edad de comienzo de consumo de alcohol, las mujeres que comenzaron a consumir alcohol después de los 18 años tienen el doble de probabilidad de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a las mujeres cuya edad de comienzo de consumo es anterior a los 18 años.

Las mujeres que consumen medicación para la depresión tienen tres veces más probabilidad de presentar abuso/dependencia frente a las mujeres que no toman ningún tratamiento para la depresión.

Aquellas mujeres con diagnóstico de depresión según el cuestionario Beck tienen 3,8 veces más riesgo de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a las mujeres que no presentan depresión.

Las mujeres que consumen otras drogas distintas del alcohol tienen 19 veces más probabilidad de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a otras que no consumen otras sustancias de abuso.

Tabla 42. Resultados de la regresión logística univariante con variables relacionadas con consumo de alcohol, consumo de otras drogas y depresión asociadas al abuso/dependencia (CAGE 2).

	Odds Ratio	IC 95%	*Sig.
Edad comienzo consumo			
<18 años	Ref.		
18 años	2,068	1,898 - 4,758	0,047
Tratamiento para la depresión			
No	Ref.		
Sí	3,076	1,312 – 7,212	0,010
Clasificación Beck			
No depresión (<17 puntos)	Ref.		
Depresión (17 puntos)	3,861	1,598 – 9,332	0,003
DIS III R Grupos			
Negativo (<4)	Ref.		
Positivo (4)	1,944	0,828 – 4,561	0,127
Consumo de otras drogas			
No	Ref.		
Sí	19	4,229 – 85,371	<0,0001

*Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

12.2 Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados al abuso/dependencia (CAGE 2)

Las variables que tuvieron significación estadística en la regresión univariante se incluyeron en el análisis de regresión logística multivariante para poder predecir los factores de riesgo que se asocian al abuso/dependencia.

La regresión logística multivariante se realizó, en todos los casos, comprobando que se cumplieran los supuestos o condiciones de aplicación del modelo anteriormente citado.

Las variables incluidas en el análisis multivariante fueron:

- Estado civil: “En pareja” vs “Sol@s”.
- Ocupación: “En activo” vs “Desempleadas/sus labores”.
- Nivel académico: “Estudios universitarios” vs “Estudios secundarios”.
- Nacionalidad: “Española” vs “Otras”.
- Edad de comienzo de consumo de alcohol: “<18 años” vs “ 18 años”.
- Presencia de tratamiento para la depresión: “No” vs “Sí”.
- Diagnóstico de depresión según cuestionario Beck: “No depresión (< 17 puntos)” vs “Depresión (17 puntos)”.
- Consumo de otras drogas: “No” vs “Sí”.

Como podemos observar en la tabla 43, consumir otras drogas obtuvo una OR de 35,21 [IC 95%: 6,201-199,936] respecto a la referencia, que fue no consumir otras drogas, siendo éste el principal factor de riesgo para el abuso/dependencia de alcohol.

El segundo factor de riesgo más importante después del consumo de otras drogas, fue la nacionalidad, estando asociado el ser inmigrante a una probabilidad 9,75 veces mayor [IC 95%: 2,583- 36,803] de presentar abuso/dependencia que las mujeres españolas.

El tercer factor de riesgo más importante, fue el consumo de medicación para la depresión, estando asociado el tomar tratamiento a una probabilidad 3,85 veces mayor [IC 95%: 1,354- 10,985] de presentar abuso/dependencia que las mujeres que no toman tratamiento.

Tabla 43. Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados al abuso/dependencia (CAGE 2).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Odds Ratio	IC(95%)
Nacionalidad							
Española						1	
Otras	2,277	0,678	11,292	1	0,001	9,750	2,583 – 36,803
Medicación depresión							
No						1	
Sí	1,350	0,534	6,388	1	0,011	3,857	1,354 – 10,985
Consumo otras drogas							
No						1	
Sí	3,561	0,886	16,155	1	<0,0001	35,211	6,201 – 199,936

En la tabla 43 podemos comprobar que los valores de OR obtenidos en el análisis multivariante son: en el caso de medicación para la depresión muy similar al calculado con la regresión logística univariante, mientras que en el caso del consumo de otras drogas y la nacionalidad dichos valores de OR casi se duplican. Los tres factores que resultaron ser significativos en el primer análisis, se confirman en el segundo análisis. Estos valores de OR están ajustados para cada variable y representan una estimación de su fuerza de asociación con la variable abuso/dependencia, una vez ajustadas las comparaciones y controladas todas las otras variables incluidas en el modelo.

13 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL MOMENTO ACTUAL

13.1 Análisis de regresión logística univariante de factores asociados a la depresión en el momento actual

De la misma manera hemos analizado la relación entre la variable principal depresión en el momento actual y las variables independientes (características de los participantes). Se empleó primeramente un análisis de regresión logística simple o univariante, introduciendo cada vez en el modelo una de las variables independientes que previamente habían resultado estar asociadas de forma significativa a la depresión en el momento actual. Cuando la variable independiente tuvo una significación estadística inferior o igual a 0,05 se incorporó a la ecuación de regresión.

Las variables evaluadas en este primer análisis fueron:

- Variables sociodemográficas:
 - Edad por grupos: “18-30 años” vs “31-45 años” y “>45 años”.
 - Estado civil: “solas” vs “en pareja”.
 - Existencia de descendencia: “sí” vs “no”.
 - Ocupación por grupos: “desempleada/sus labores” vs “en activo”.
 - Nivel académico: “sin estudios” vs “estudios primarios” vs “estudios secundarios” y “estudios universitarios”.
 - Nacionalidad: “española” vs “otras”
- Variables relacionadas con el consumo de alcohol, depresión y consumo de otras drogas:
 - Edad de comienzo de consumo: “ 18 años” vs “<18 años”.
 - Diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE): “Positivo (1 respuestas positivas)” vs “Negativo (<1 respuestas positivas)”.
 - Diagnóstico abuso/dependencia (CAGE):”Negativo (<2 respuestas positivas)” vs “Positivo (2 respuestas positivas)”.
 - Diagnóstico de dependencia al alcohol (DSM-V): “Negativo (<3 respuestas positivas)” vs “Positivo (3 respuestas positivas)”.
 - Diagnóstico de depresión a lo largo de la vida (DIS III R grupos): “Negativo (<4 respuestas positivas)” vs “Positivo (4 respuestas positivas)”
 - Consumo de otras drogas: “Sí” vs “No”

En las tablas 44 y 45 se detallan los resultados del análisis univariante, comprobando que cinco factores resultaron ser estadísticamente significativos ($p < 0,05$), como fueron el estado civil, la edad de comienzo de consumo, diagnóstico de depresión a lo largo de la vida (DIS III R), diagnóstico de dependencia al alcohol (DSM-V) y diagnóstico de abuso/dependencia (CAGE). El resto de variables no se mostraron como factores de riesgo significativos.

Las mujeres que viven solas tienen 1,6 veces más probabilidad de presentar depresión en el momento del estudio frente a las mujeres que viven en pareja.

Tabla 44. Resultados de la regresión logística univariante. Factores sociodemográficos asociados a la depresión en el momento actual.

	Odds Ratio	IC 95%	*Sig.
Edad grupos			
>45 años	Ref.		
18-30 años	1,677	0,860 – 3,272	0,129
31-45 años	1,333	0,748 – 2,378	0,330
Estado civil			
En pareja	Ref.		
Solas	1,695	1,018 – 2,821	0,042
Tiene hijos			
Sí	Ref.		
No	1,258	0,745 – 2,124	0,391
Ocupación grupos			
En activo	Ref.		
Desempleadas / sus labores	1,502	0,904 – 2,495	0,116
Nivel académico			
Sin estudios	Ref.		
Estudios primarios	1,022	0,233 – 4,480	0,977
Estudios secundarios	1,099	0,245 – 4,934	0,902
Estudios universitarios	1,056	0,226 – 4,936	0,945
Nacionalidad [n (%)]			
Española	Ref.		
Otras	1,118	0,411 – 3,042	0,826

*Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

En el caso de la edad de comienzo de consumo de alcohol, las mujeres que comenzaron dicho consumo después de los 18 años tienen casi el doble de probabilidad de presentar depresión en el momento del estudio frente a las mujeres cuya edad de comienzo de consumo es anterior a los 18 años.

Las mujeres con diagnóstico de abuso/dependencia al alcohol obtenido mediante el cuestionario CAGE (2) tienen 3,8 veces más probabilidad de presentar depresión en el momento del estudio frente a aquellas mujeres que no presentaban abuso/dependencia al alcohol.

Aquellas mujeres diagnosticadas de dependencia al alcohol mediante los criterios DSM-V (3) presentan 7,7 veces más riesgo de padecer depresión en el momento del estudio frente a aquellas no dependientes del alcohol.

Las mujeres que presentaron depresión a lo largo de su vida diagnosticadas mediante el cuestionario DIS III R tienen el doble de probabilidad de padecer depresión en el momento del estudio frente a las mujeres que no habían presentado depresión.

Tabla 45. Resultados de la regresión logística univariante con variables relacionadas con consumo de alcohol, consumo de otras drogas y depresión asociadas a la depresión en el momento actual.

	Odds Ratio	IC 95%	*Sig
Edad comienzo consumo			
<18 años	Ref.		
18 años	1,923	1,150 – 3,217	0,013
Consumo de riesgo (CAGE)			
Positivo (1)	Ref.		
Negativo (<1)	0,610	0,311 – 1,195	0,149
Abuso/dependencia (CAGE)			
Negativo (<2)	Ref.		
Positivo (2)	3,861	1,598 – 9,332	0,003
Dependencia (DSM-V)			
Negativo (<3)	Ref.		
Positivo (3)	7,750	1,638 – 36,662	0,010
Depresión a lo largo de la vida (DIS III R)			
Negativo (<4)	Ref.		
Positivo (4)	1,978	1,130 – 3,465	0,017
Consumo de otras drogas			
No	Ref.		
Sí	1,611	0,393 – 6,592	0,507

*Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

13.2 Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados a la depresión en el momento actual

Las variables que tuvieron significación estadística en la regresión univariante se incluyeron en el análisis de regresión logística multivariante para poder predecir los factores de riesgo que se asocian a la depresión en el momento actual.

La regresión logística multivariante se realizó, en todos los casos, comprobando que se cumplieran los supuestos o condiciones de aplicación del modelo anteriormente citado.

Las variables incluidas en el análisis multivariante fueron:

- Estado civil: “En pareja” vs “Solos”.
- Edad de comienzo de consumo de alcohol: “<18 años” vs “ ≥ 18 años”.
- Diagnóstico de abuso/dependencia (CAGE): “Negativo (<2 respuestas positivas)” vs “Positivo (≥ 2 respuestas positivas)”.
- Diagnóstico de dependencia (DSM-V): “Negativo (<3 respuestas positivas)” vs “Positivo (≥ 3 respuestas positivas)”.
- Diagnóstico de depresión a lo largo de la vida (DIS III R): “Negativo (<4 respuestas positivas)” vs “Positivo (≥ 4 respuestas positivas)”.

Como podemos observar en la tabla 46, el diagnóstico de dependencia al alcohol obtenido mediante los criterios DSM-V obtuvo una OR de 5,6 [IC 95%: 1,170-27,741] respecto a la referencia, que fue no presentar dependencia al alcohol, siendo éste el principal factor de riesgo para la depresión en el momento actual.

El segundo factor de riesgo más importante después del diagnóstico de dependencia al alcohol según DSM-V, fue la edad de comienzo de consumo, estando asociado el haber iniciado el consumo de alcohol después de la mayoría de edad, a una probabilidad 1,95 veces mayor [IC 95%: 1,139- 3,339] de presentar depresión en el momento del estudio que las mujeres que iniciaron el consumo de alcohol antes de los 18 años.

El tercer factor de riesgo más importante, es el diagnóstico de depresión a lo largo de la vida (DIS III R), estando asociado el haber presentado depresión a una probabilidad 1,9 veces mayor [IC 95%: 1,065- 3,416] de presentar depresión en el

momento del estudio que las mujeres que no habían presentado depresión a lo largo de la vida.

El último factor de riesgo es el estado civil, presentando las mujeres que viven solas una probabilidad 1,7 veces mayor [IC 95%: 1,001- 2,913] de presentar depresión en el momento actual que las mujeres que viven en pareja.

Tabla 46. Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados a la depresión en el momento actual.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Odds Ratio	IC(95%)
Estado civil							
En pareja						1	
Solas	0,535	0,273	3,855	1	0,050	1,708	1,001 – 2,913
Edad comienzo consumo							
<18 años						1	
18 años	0,668	0,274	5,923	1	0,015	1,950	1,139 – 3,339
Depresión a lo largo de la vida (DIS III R)							
Negativo (<4)						1	
Positivo (4)	0,646	0,297	4,716	1	0,030	1,907	1,065 – 3,416
Dependencia (DSM-V)							
Negativo (<3)						1	
Positivo (3)	1,740	0,808	4,643	1	0,031	5,698	1,170 – 27,741

En la tabla 46 podemos comprobar que los valores de OR obtenidos en el análisis multivariante son muy similares a los calculados con la regresión logística univariante, es decir que los cuatro factores que resultaron ser significativos en el primer análisis, se confirman en el segundo aunque siendo algo menor en el caso de el diagnóstico de dependencia al alcohol según DSM-V. Estos valores de OR están ajustados para cada variable y representan una estimación de su fuerza de asociación con la variable depresión en el momento actual, una vez ajustadas las comparaciones y controladas todas las otras variables incluidas en el modelo.

14 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN A LO LARGO DE LA VIDA

14.1 Análisis de regresión logística univariante de factores asociados a la depresión a lo largo de la vida

A continuación hemos analizado la relación entre la variable principal “depresión a lo largo de la vida” (diagnosticada mediante DIS III R) y el resto de variables independientes. Se realizó un análisis de regresión logística simple o univariante comprobando que ningún factor de los analizados se asoció significativamente con haber sufrido una depresión a lo largo de la vida tal y como se muestra en las tablas 47 y 48.

Las variables evaluadas en este primer análisis fueron:

- Variables sociodemográficas:
 - Edad por grupos: “18-30 años” vs “31-45 años” y “>45 años”.
 - Estado civil: “solas” vs “en pareja”.
 - Existencia de descendencia: “sí” vs “no”.
 - Ocupación por grupos: “desempleada/sus labores” vs “en activo”.
 - Nivel académico: “sin estudios” vs “estudios primarios” vs “estudios secundarios” y “estudios universitarios”.
 - Nacionalidad: “española” vs “otras”
- Variables relacionadas con el consumo de alcohol y depresión:
 - Edad de comienzo de consumo: “ 18 años” vs “<18 años”.
 - Diagnóstico de consumo de riesgo (g/día): “No riesgo <20 g/día” vs “Riesgo 20 g/día”.
 - Consumo de otras drogas: “Sí” vs “No”

Tabla 47. Resultados de la regresión logística univariante. Factores sociodemográficos asociados a la depresión a lo largo de la vida.

	Odds Ratio	IC 95%	Sig.
Edad grupos			
18-30 años	Ref.		
31-45 años	1,379	0,670 – 2,839	0,383
>45 años	0,754	0,352 – 1,614	0,467
Estado civil			
En pareja	Ref.		
Solas	1,140	0,654 – 1,988	0,644
Tiene hijos			
Sí	Ref.		
No	1,498	0,849 – 2,641	0,163
Ocupación grupos			
En activo	Ref.		
Desempleadas / sus labores	1,182	0,679 – 2,060	0,554
Nivel académico			
Sin estudios	Ref.		
Estudios primarios	2,517	0,298 – 21,261	0,397
Estudios secundarios	2,100	0,242 – 18,218	0,501
Estudios universitarios	4,065	0,462 – 35,752	0,206
Nacionalidad			
Española	Ref.		
Otras	1,139	0,386 – 3,361	0,813

Tabla 48. Resultados de la regresión logística univariante con variables relacionadas con consumo de alcohol y consumo de otras drogas asociadas a la depresión a lo largo de la vida.

	Odds Ratio	IC 95%	Sig.
Edad comienzo consumo			
18 años	Ref.		
<18 años	0,959	0,546 – 1,684	0,884
Consumo de riesgo			
<20 g/día	Ref.		
20 g/día	1,677	0,753 – 3,733	0,205
Consumo de otras drogas			
No	Ref.		
Sí	2,815	0,684 – 11,584	0,151

15 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL DIAGNOSTICADA MEDIANTE LOS CRITERIOS DSM-V

15.1 Análisis de regresión logística univariante de factores asociados a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V

De la misma manera hemos analizado la relación entre la variable principal dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V y las variables independientes (características de los participantes). Se empleó primeramente un análisis de regresión logística simple o univariante, introduciendo cada vez en el modelo una de las variables independientes que previamente habían resultado estar asociadas de forma significativa a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V. Cuando la variable independiente tuvo una significación estadística inferior o igual a 0,05 se incorporó a la ecuación de regresión.

Las variables evaluadas en este primer análisis fueron:

- Variables sociodemográficas:
 - Edad por grupos: “18-30 años” vs “31-45 años” y “>45 años”.
 - Estado civil: “solas” vs “en pareja”.
 - Existencia de descendencia: “sí” vs “no”.
 - Ocupación por grupos: “desempleada/sus labores” vs “en activo”.
 - Nivel académico: “sin estudios” vs “estudios primarios” vs “estudios secundarios” y “estudios universitarios”.
 - Nacionalidad: “española” vs “otras”
- Variables relacionadas con el consumo de alcohol y depresión:
 - Edad de comienzo de consumo: “ 18 años” vs “<18 años”.
 - Diagnóstico de consumo de riesgo (g/día): “No riesgo <20 g/día” vs “Riesgo 20 g/día”.
 - Tratamiento para la depresión: “Sí” vs “No”.
 - Diagnóstico de depresión (cuestionario Beck): “Depresión (17puntos)” vs “No depresión (<17 puntos)”.
 - Diagnóstico de depresión a lo largo de la vida (DIS III R grupos): “Negativo (<4 respuestas positivas)” vs “Positivo (4 respuestas positivas)”
 - Consumo de otras drogas: “Sí” vs “No”

En las tablas 49 y 50 se detallan los resultados del análisis univariante, comprobando que cuatro factores resultaron ser estadísticamente significativos ($p < 0,05$), como fueron la nacionalidad, diagnóstico de consumo de riesgo (g/día), diagnóstico de depresión (cuestionario Beck) y el consumo de otras drogas. El resto de variables no se mostraron como factores de riesgo significativos.

Las mujeres de otras nacionalidades distinta a la española tienen 6,1 veces más riesgo de ser diagnosticadas como dependientes al alcohol mediante los criterios DSM-V frente a las mujeres españolas.

Tabla 49. Resultados de la regresión logística univariante. Factores sociodemográficos asociados a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V.

	Odds Ratio	IC 95%	*Sig.
Edad grupos			
18-30 años	Ref.		
31-45 años	2,947	0,336 – 25,873	0,329
>45 años	2,979	0,339 – 26,151	0,325
Estado civil			
En pareja	Ref.		
Solas	2,4531,695	0,7 – 8,602	0.161
Tiene hijos			
Sí	Ref.		
No	0,396	0,084 – 1,876	0,243
Ocupación grupos			
En activo	Ref.		
Desempleadas / sus labores	1,600	0,475 – 5,384	0,448
Nivel académico			
Sin estudios	Ref.		
Estudios primarios	0,302	0,031 – 2,945	0,303
Estudios secundarios	0,378	0,037 – 3,867	0,412
Estudios universitarios	0,146	0,008 – 2,606	0,191
Nacionalidad [n (%)]			
Española	Ref.		
Otras	6,187	1,477 – 25,917	0,013

*Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

Las mujeres diagnosticadas como consumidoras de riesgo mediante la cantidad de alcohol consumida en gramos/día tienen 27 veces más riesgo de ser diagnosticadas como dependientes al alcohol mediante los criterios DSM-V frente a las mujeres que no son consumidoras de riesgo.

La asociación entre el diagnóstico de depresión y la dependencia al alcohol es la siguiente: las mujeres que presentaban depresión en el momento del estudio según el cuestionario Beck tienen 7,7 veces más probabilidad de ser diagnosticadas como

dependientes al alcohol mediante los criterios DSM-V frente a las mujeres que no padecían depresión.

Aquellas mujeres que consumen otras drogas distintas del alcohol tienen 8,8 veces más probabilidad de ser diagnosticadas como dependientes al alcohol mediante los criterios DSM-V frente a aquellas que no consumen otras drogas.

Tabla 50. Resultados de la regresión logística univariante con variables relacionadas con consumo de alcohol, depresión y consumo de otras drogas asociadas a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V.

	Odds Ratio	IC 95%	*Sig.
Edad comienzo consumo			
18 años	Ref.		
<18 años	0,362	0,103 – 1,270	0,112
Consumo de riesgo			
No riesgo (<20 g/día)	Ref.		
Riesgo (20 g/día)	27,030	6,683 – 109,320	<0,0001
Tratamiento para la depresión			
No	Ref.		
Sí	3,019	0,887 – 10,278	0,077
Clasificación Beck			
No depresión (<17 puntos)	Ref.		
Depresión (17 puntos)	7,750	1,638 – 36,662	0,010
DIS III R Grupos			
Negativo (<4)	Ref.		
Positivo (4)	2,357	0,695 – 7,987	0,169
Consumo de otras drogas			
No	Ref.		
Sí	8,852	1,564 – 50,089	0,014

*Valores de P inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

15.2 Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V

Las variables que tuvieron significación estadística en la regresión univariante se incluyeron en el análisis de regresión logística multivariante para poder predecir los factores de riesgo que se asocian a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V.

La regresión logística multivariante se realizó, en todos los casos, comprobando que se cumplieran los supuestos o condiciones de aplicación del modelo anteriormente citado.

Las variables incluidas en el análisis multivariante fueron:

- Nacionalidad: “Española” vs “Otras”.
- Consumo de riesgo (g/día): “Riesgo (20g/día)” vs “No riesgo (<20 g/día)”.
- Diagnóstico de depresión (cuestionario Beck): “Depresión (17 puntos)” vs “No depresión (<17 puntos)”.
- Consumo de otras drogas: “Sí” vs “No”.

Como podemos observar en la tabla 51, el diagnóstico de consumo de riesgo (20 g/día) obtuvo una OR de 38,79 [IC 95%: 7,648-196,756] respecto a la referencia, que fue no ser consumidoras de riesgo, siendo éste el principal factor de riesgo para la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V.

El segundo factor de riesgo fue la nacionalidad, estando asociado el ser inmigrante, a una probabilidad 13,48 veces mayor [IC 95%: 1,910- 95,123] de presentar dependencia al alcohol mediante los criterios DSM-V que las mujeres españolas.

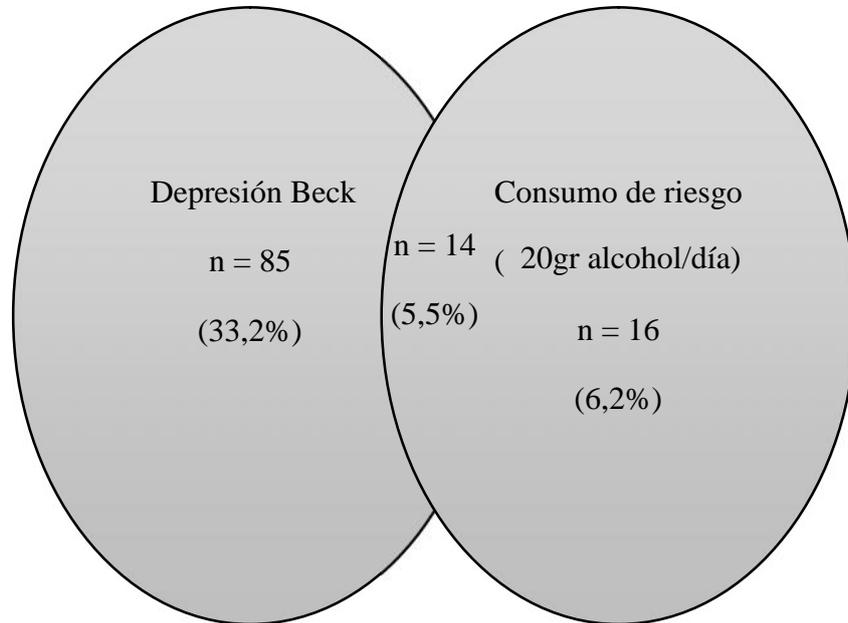
Tabla 51. Análisis de regresión logística multivariante de factores asociados a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Odds Ratio	IC(95%)
Nacionalidad							
Española						1	
Otras	2,601	0,997	6,808	1	0,009	13,481	1.910 – 95,123
Consumo de riesgo							
No riesgo (<20 g/día)						1	
Riesgo (20 g/día)	3,658	0,828	19,498	1	<0,0001	38,792	7,648 – 196,756

En la tabla 51 podemos comprobar que los valores de OR obtenidos en el análisis multivariante son: en el caso de la nacionalidad se duplica dicho valor con respecto al calculado en la regresión logística univariante, mientras que en el caso del consumo de riesgo dicho valor de OR aumenta considerablemente. Los dos factores que resultaron ser significativos en el primer análisis, se confirman en el segundo análisis. Estos valores de OR están ajustados para cada variable y representan una estimación de su fuerza de asociación con la variable dependencia al alcohol según los criterios DSM-V, una vez ajustadas las comparaciones y controladas todas las otras variables incluidas en el modelo.

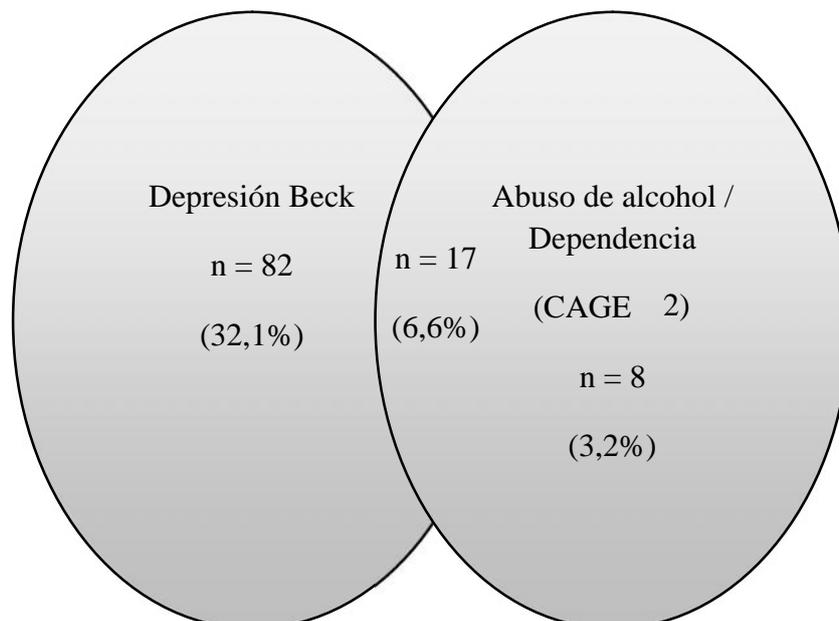
16 DISTRIBUCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y LA DEPRESIÓN Y SU COMORBILIDAD

16.1 Distribución de la depresión (Beck) y consumo de riesgo (20gr alcohol/día) y su comorbilidad



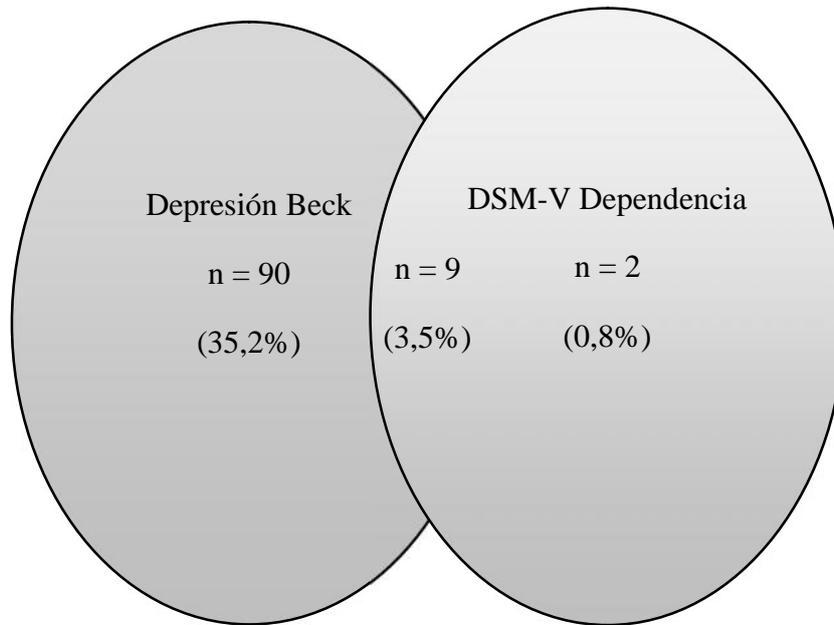
Como se puede observar en el gráfico 1 de las 256 mujeres incluidas en el estudio, 99 (38,7%) presentaban depresión en el momento del estudio (Beck = 17); 30 (11,7%) eran consumidoras de riesgo (= 20 gramos alcohol/día) y 14 (5,5%) presentaban ambos diagnósticos (depresión y consumo de riesgo).

16.2 Distribución de la depresión (Beck) y dependencia al alcohol (CAGE) y su comorbilidad



Como se puede observar en el gráfico 2 de las 256 mujeres incluidas en el estudio, 99 (38,7%) presentaban depresión en el momento del estudio (Beck = 17); 25 (9,8%) presentaban abuso/dependencia según CAGE (= 2) y 17 (6,6%) presentaban ambos (depresión y abuso/dependencia según CAGE).

16.3 Distribución de la depresión (Beck) y dependencia al alcohol (DSM-V) y su comorbilidad.



Como se puede observar en el gráfico 3 de las 256 mujeres incluidas en el estudio, 99 (38,7%) presentaban depresión en el momento del estudio (Beck = 17); 11 (4,3%) fueron diagnosticadas como dependientes del alcohol según los criterios DSM-V de dependencia y 9 mujeres (3,5%) fueron diagnosticadas de depresión (Beck) y dependencia según DSM-V.

17 ANÁLISIS DISCRIMINANTE

Tras la realización de un análisis discriminante, las variables que permiten clasificar correctamente el diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE 1) son: circunstancias en las que consume alcohol, consumo de otras drogas y edad de comienzo de consumo. El porcentaje de casos clasificados correctamente fue del 84,4%.

Tabla 52. Diagnóstico de consumo de riesgo mediante CAGE 1.

Consumo de riesgo	Negativo (0)	Positivo (1)	Total
Circunstancias en las que consume			
No ponderado	148	37	185
Ponderado	148,000	37,000	185,000
Consumo otras drogas			
No ponderado	148	37	185
Ponderado	148,000	37,000	185,000
Edad comienzo consumo			
No ponderado	148	37	185
Ponderado	148,000	37,000	185,000

Tabla 53. Resultados de la clasificación^{b,c} de consumo de riesgo mediante CAGE.

Consumo de riesgo	Grupo de pertenencia pronosticado		Total
	Negativo (0)	Positivo (1)	
Original [n (%)]			
Negativo (0)	207 (96,3)	8 (3,7)	215 (100)
Positivo (1)	32 (78)	9 (22)	41 (100)
Validación cruzada^a [n (%)]			
Negativo (0)	207 (96,3)	8 (3,7)	215 (100)
Positivo (1)	32 (78)	9 (22)	41 (100)

- La validación cruzada sólo se aplica a los casos del análisis. En la validación cruzada, cada caso se clasifica mediante las funciones derivadas a partir del resto de los casos.
- Clasificados correctamente el 84,4% de los casos agrupados originales.
- Clasificados correctamente el 84,4% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

Mediante el análisis discriminante, las variables que permiten clasificar correctamente el diagnóstico de abuso/dependencia (CAGE 2) son: circunstancias en las que consume alcohol, consumo de otras drogas y edad de comienzo de consumo. El porcentaje de casos clasificados correctamente fue del 89,8%

Tabla 54. Diagnóstico de abuso/dependencia mediante CAGE 2.

Abuso/Dependencia	Negativo (1)	Positivo (2)	Total
Circunstancias en las que consume			
No ponderado	162	23	185
Ponderado	162,000	23,000	185,000
Consumo otras drogas			
No ponderado	162	23	185
Ponderado	162,000	23,000	185,000
Edad comienzo consumo			
No ponderado	162	23	185
Ponderado	162,000	23,000	185,000

Tabla 55. Resultados de la clasificación^{b,c} de abuso/dependencia mediante CAGE.

Abuso/Dependencia	Grupo de pertenencia pronosticado		Total
	Negativo (1)	Positivo (2)	
Original [n (%)]			
Negativo (1)	222 (96,1)	9 (3,9)	231 (100)
Positivo (2)	17 (68)	8 (32)	25 (100)
Validación cruzada^a [n (%)]			
Negativo (1)	222 (96,1)	9 (3,9)	231 (100)
Positivo (2)	17 (68)	8 (32)	25 (100)

- a. La validación cruzada sólo se aplica a los casos del análisis. En la validación cruzada, cada caso se clasifica mediante las funciones derivadas a partir del resto de los casos.
- b. Clasificados correctamente el 89,8% de los casos agrupados originales.
- c. Clasificados correctamente el 89,8% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

Así mismo, mediante el análisis discriminante, las variables que permiten clasificar correctamente el diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE 1) y depresión son: circunstancias en las que consume alcohol, consumo de otras drogas y edad de comienzo de consumo. El un porcentaje de casos agrupados originales clasificados correctamente fue del 82% y el de los casos agrupados validados mediante validación cruzada clasificados correctamente fue del 81,3%.

Tabla 56. Diagnóstico de consumo de riesgo mediante CAGE 1 y depresión.

Consumo de riesgo	Negativo (0)	Positivo (1)	Total
Circunstancias en las que consume			
No ponderado	133	37	170
Ponderado	133,000	37,000	170,000
Consumo otras drogas			
No ponderado	133	37	170
Ponderado	133,000	37,000	170,000
Edad comienzo consumo			
No ponderado	133	37	170
Ponderado	133,000	37,000	170,000

Tabla 57. Resultados de la clasificación^{b,c} de consumo de riesgo mediante CAGE y depresión.

Consumo de riesgo	Grupo de pertenencia pronosticado		Total
	Negativo (0)	Positivo (1)	
Original [n (%)]			
Negativo (0)	195 (90,7)	20 (9,3)	215 (100)
Positivo (1)	26 (63,4)	15 (36,6)	41 (100)
Validación cruzada^a [n (%)]			
Negativo (0)	195 (90,7)	20 (9,3)	215 (100)
Positivo (1)	28 (68,3)	13 (31,7)	41 (100)

- a. La validación cruzada sólo se aplica a los casos del análisis. En la validación cruzada, cada caso se clasifica mediante las funciones derivadas a partir del resto de los casos.
- b. Clasificados correctamente el 82,0% de los casos agrupados originales.
- c. Clasificados correctamente el 81,3% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

DISCUSIÓN

La repercusión del consumo de alcohol en la salud es de gran trascendencia. El alcohol es la tercera causa más importante de enfermedad (después del tabaco y la hipertensión), siendo más importante que los niveles elevados de colesterol y el sobrepeso (Anderson y cols., 2006). Tal y como hemos señalado con anterioridad, en las últimas décadas la población general ha adelantado la edad de inicio de consumo de alcohol (Colell y cols., 2013; Dawson y cols., 2015; Erol y col., 2015).

En nuestro estudio se incluyeron 256 mujeres. La edad media de la muestra fue de 41 años (DE: 11,69, rango: 18-65 años). La edad se ha clasificado en tres grupos: en el 22,3% de las mujeres sus edades comprendían entre los 18 y 30 años. El 39,1% presentaban edades comprendidas entre los 31 y 45 años y el 38,7% eran mayores de 45 años. En nuestro conocimiento la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha han analizado muestras masculinas de la población. Consecuentemente existe una mayor limitación para comparar con otros estudios realizados en mujeres.

Del total de mujeres incluidas, más de la mitad (57,4%) estaban casadas y tenían hijos el 64,8% de las mujeres. La media del número de hijos fue de 1,49 (DE: 1,48, rango: 0-12).

En cuanto a la ocupación el 45,3% trabajaban como técnicos; 34,8% eran amas de casa o pensionistas y el 8,6% desempleadas. Se ha clasificado a las mujeres según su ocupación en dos grupos: desempleadas/sus labores (43,4%) o en activo (56,6%). En relación al nivel académico la mayoría de las mujeres tenían estudios primarios (46%) y secundarios (30%). Del total de mujeres incluidas en el estudio el 92,2% eran españolas y el 7,8% eran de otras nacionalidades.

Se considera que el estudio tiene una gran validez dado que presenta una gran uniformidad. Todos los datos han sido recogidos, estudiados y analizados por un único observador. Se trata de un estudio novedoso ya que ha sido realizado en mujeres. Existen pocos estudios documentados sobre el alcohol realizados en población femenina. (Ettorre, 1998; García, 2016). En general, bien por el tipo de usuarios bien por el tipo de trastorno, los estudios suelen realizarse mayoritariamente sobre población masculina en edad adulta. La detección y captación de usuarios que se alejan del perfil mencionado anteriormente reviste una mayor complejidad. Las mujeres, los ancianos o los adolescentes presentan un patrón de consumo de alcohol diferencial y pueden no estar bien representados en los instrumentos diseñados para la población general. Por

esta razón en nuestro estudio se han utilizado cuestionarios adaptados para la subpoblación de mujeres y se han realizado los puntos de corte o modificaciones necesarias para intentar superar esta limitación (Bobes- Bascarán y cols., 2013).

En nuestro estudio hemos observado que la cantidad media de alcohol consumida diariamente por las mujeres durante el último mes fue 14,62 gramos (DE: 27,46, rango: 1-224).

Hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de gramos de alcohol al día y las siguientes variables: Edad de comienzo de consumo de alcohol, circunstancias en las que consumen y consumo de otras drogas. Se puede observar que la media del consumo de gramos de alcohol al día es mayor para las mujeres que comenzaron a beber a los 18 años o más ($p= 0,044$).

En relación a las circunstancias en las que consumen, la media del consumo de gramos de alcohol al día es mayor para las mujeres que consumen alcohol en casa y en fiestas frente a las que beben exclusivamente en fiestas, seguidas de aquellas que consumen solamente en casa ($p< 0,0001$).

Observamos una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de otras drogas y el consumo de alcohol. La media del consumo de gramos de alcohol al día es mucho mayor (72,5) para las mujeres que consumen otras drogas frente a las que no las consumen (12,47) ($p= 0,003$).

Aunque no existen diferencias estadísticas se observa un mayor consumo de alcohol en aquellas mujeres que consumen medicación para la depresión.

El estudio realizado mediante los resultados obtenidos con el cuestionario CAGE nos muestra que un 16% de las mujeres contestó afirmativamente a alguna de las preguntas del CAGE. La respuesta afirmativa al ítem 4 (de síntomas de abstinencia) es casi patognomónica de dependencia (no tiene prácticamente falsos positivos, su especificidad es próxima al 100% y su valor predictivo positivo es del 84%) (Pastor y cols., 2013). El 5,5% de las mujeres contestó afirmativamente al ítem 4 (dependencia al alcohol).

Al realizar la clasificación según la puntuación del cuestionario CAGE (en dicha clasificación se considera que no existen problemas con el alcohol cuando la puntuación

obtenida en el cuestionario fue 0. Si la puntuación obtenida fue 1 se clasifica como indicios de problemas con el alcohol. Si la puntuación fue 2 o más se clasifica como abuso/dependencia) (Abdin y cols., 2017; Pérez-Milena y cols., 2017) podemos observar que el 84% de las mujeres no presentaba problemas con el consumo de alcohol; el 6,2% presentaba indicios de problemas con el consumo de alcohol y el 9,8% presentaba abuso/dependencia.

En la mayoría de las sociedades la población adulta tiene un patrón diferenciado de consumo de alcohol según el sexo. Los hombres beben más frecuentemente y en mayores cantidades que las mujeres y como consecuencia tienen más problemas asociados al consumo de alcohol. Aunque, al igual que ha ocurrido en el consumo de tabaco, se ha sugerido la hipótesis de convergencia, todavía las diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres son importantes.

Dos enfoques teóricos se han emplazado para explicar estas diferencias. Uno de ellos enfatiza las diferencias biológicas en la ingesta de alcohol, basándose en el hecho de que en las mujeres los procesos de absorción y metabolización del alcohol son diferentes. Principalmente, las mujeres por su menor contenido corporal de agua para un mismo peso, tienen mayores concentraciones de alcohol en sangre después de beber cantidades equivalentes de alcohol, lo que podría influir en beber menos para obtener los mismos efectos. Sin embargo, las explicaciones biológicas tienen muchas debilidades, ya que no existen evidencias de que las mujeres limiten el consumo de bebidas alcohólicas debido a una mayor percepción de intoxicación, a menores dosis que los hombres. Tampoco se han demostrado diferencias de consumo en mujeres con diferente contenido corporal de agua. No explica por qué no sólo las mujeres beben menos cantidad de alcohol sino también menos frecuentemente.

Un segundo enfoque destaca las razones culturales y sociales, desde la evidencia de que el consumo de alcohol en las mujeres ha sido sistemáticamente restringido, bajo la creencia de que puede afectar adversamente el comportamiento o rol social de la mujer, considerándolo incompatible con las responsabilidades domésticas y signo de fallo del control sobre las relaciones familiares y sociales (Galán y cols., 2014).

A continuación describimos el estudio realizado por Galán y cols. (2014) realizado en población española de quince años o mayor en el que utilizaron como

fuelle de información la Encuesta Nacional de Salud. En dicho estudio se describieron los patrones de consumo según las principales características sociodemográficas. Clasificaron en no bebedores actuales a los que no consumieron alcohol en los últimos 12 meses, bebedor de bajo riesgo si consumieron entre 1-39 g/día en hombres y 1-23 g/día en mujeres, y bebedores de alto riesgo si consumieron ≥ 40 g/día (hombres) o ≥ 24 g/día (mujeres). Los resultados fueron los siguientes: La proporción de no bebedores actuales fue del 22,6% en los hombres y del 46% en las mujeres. La categoría más frecuente en ambos sexos fue la de bebedores de bajo riesgo, un 75,4% de los hombres y 53,4% de las mujeres. Finalmente, el 2% de los hombres y el 0,7% de las mujeres eran bebedores de alto riesgo desde la perspectiva del consumo promedio. Estos resultados contrastan con los obtenidos en nuestro estudio en el que el 11,7% de las mujeres fueron diagnosticadas como consumidoras de riesgo (≥ 20 gramos/día); el 9,8% de las mujeres fueron clasificadas como Abuso/dependencia, al haber contestado al menos dos respuestas positivas en el test CAGE y el 4,3% de las mujeres del presente estudio cumplían los criterios diagnósticos de dependencia según el DSM-V.

Galán y cols. (2014) analizaron el consumo promedio y su relación con las variables sociodemográficas y observaron que el consumo de bajo riesgo en los hombres fue más frecuente entre los 30 y 64 años, aumentaba a medida que se incrementaba el nivel educativo y era menor en los sujetos nacidos en el extranjero. En las mujeres, la distribución por nivel de estudios y país de nacimiento siguió el mismo patrón que en los hombres. Sin embargo, el consumo de bajo riesgo se realizó con mayor frecuencia en el grupo más joven. Respecto al consumo promedio de alto riesgo, los hombres de 45-64 años mostraron un OR de 2,92 respecto a los más jóvenes. No se observaron diferencias con el nivel de estudios pero sí con el país de nacimiento, en este sentido, las personas nacidas fuera de España tenían menor probabilidad de ser bebedoras de alto riesgo. En las mujeres no se observaron diferencias en la edad o país de nacimiento pero sí con el nivel de estudios, ya que la probabilidad de realizar un consumo de riesgo, aumentó con el nivel educativo, siendo máxima en las mujeres universitarias frente a las que tenían estudios primarios o inferiores (Galán y cols., 2014). Estos resultados contrastan con los obtenidos en nuestro estudio ya que en la muestra estudiada de mujeres se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol y la nacionalidad. La probabilidad de presentar abuso/dependencia es mayor en inmigrantes que en mujeres españolas. En

nuestro estudio no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el nivel educativo y el consumo de alcohol de riesgo evaluado con el test CAGE ni con el consumo de alcohol gramos/día.

Galán y cols. (2014) también estudiaron la magnitud y distribución del *binge drinking*. El 19,6% de los hombres y el 7,1% de las mujeres realizaron este consumo en el último año, mientras que el 7,1% y 2,1% de hombres y mujeres, respectivamente, tuvo este patrón mensualmente. Su distribución fue bastante similar entre hombres y mujeres: en ambos disminuyó a medida que aumentaba la edad y se incrementó al aumentar el nivel de estudios, especialmente en las mujeres, en las que se observó un OR de 3,63 en el grupo de universitarias, en relación a las que tenían estudios primarios o inferiores. Las personas nacidas en el extranjero tuvieron menor probabilidad de realizar este patrón aunque las diferencias ajustadas sólo fueron estadísticamente significativas en los hombres. Globalmente la cerveza fue la bebida preferida, para el 28,7% de las personas la mayor parte de la ingesta de alcohol puro fue de esta bebida, ligeramente por encima del vino (23%). En las mujeres, sin embargo, el consumo de ambas fue muy similar. En ambos sexos la preferencia del vino aumentó con la edad, mientras que ocurrió lo contrario con los licores de alta graduación que, junto con la cerveza, fueron las bebidas preferidas en el grupo más joven.

En dicho estudio analizaron la evolución del consumo promedio de alto riesgo desde 1987 hasta la actualidad. Globalmente, de una prevalencia estandarizada en 1987 del 18,8%, descendió hasta el 1,3% en 2011- 2012. El descenso fue rápido desde 1987 a 1993, estabilizándose durante la década de los noventa para descender de nuevo a partir del año 2000. Este descenso se produjo en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

Teniendo en cuenta el consumo promedio, la magnitud de la prevalencia de consumo de riesgo en la población española de 15 a 64 años se sitúa en el 5% estimado en EDADES 2015 (medido a través del AUDIT) y en el 5,8% del Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA) en población mayor o igual a 18 años. Aunque estas diferencias disminuyen si tenemos en cuenta la tendencia descendente de este indicador, las estimaciones a través de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 son inferiores.

Mientras que el consumo promedio de riesgo es más prevalente en edades intermedias de la vida, el *binge drinking* se produce más frecuentemente en el último

periodo de la adolescencia y primera etapa de la edad adulta, al igual que ocurre en otros países de nuestro entorno (Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2013). Este consumo en edades tempranas de grandes cantidades de alcohol relacionado con la búsqueda de rápidos efectos psicoactivos no era frecuente en los países mediterráneos y podría estar relacionado con la disminución de la edad de inicio del consumo de alcohol que se ha producido en España (Galán y cols., 2014).

Según la encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España EDADES 2015 (Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales) el consumo de alcohol en España se inicia en torno a los 16,6 años de media. En nuestro estudio la edad media de comienzo de consumo de alcohol fue 18,52 (DE: 4,58). Esta media es en nuestra muestra mayor que la edad media actual de inicio de consumo de alcohol. Todo ello confirma que en las últimas décadas se ha adelantado la edad de inicio de consumo (Colell y cols., 2013; Dawson y cols., 2015; Erol y col., 2015).

Nuestros resultados, al igual que en estudios previos, (Christie y cols., 2013; Pereiro y cols., 2013) confirman que el tipo de bebida que se consume con más frecuencia en nuestro país es la cerveza (40,9%) frente al vino (11,3%) y destilados (17,7%). Estos datos se confirman también en los obtenidos en la encuesta EDADES 2015.

En nuestro estudio la cantidad media de alcohol consumida diariamente durante el último mes fue 14,62 gramos (DE: 27,46). En nuestro conocimiento, no hemos encontrado datos en la bibliografía sobre la media de consumo de alcohol en gramos al día en mujeres a nivel nacional.

En las mujeres los factores socio-psico-culturales relacionados con el género han influido a lo largo de la historia de manera trascendente en el consumo de alcohol y en el patrón de dicho consumo. Los cambios socio-psico-culturales de los últimos años han hecho que las diferencias en el consumo de alcohol relacionadas con el género disminuyan. Consecuentemente, en las mujeres se ha incrementado el consumo de alcohol y el patrón de bebedora social. A pesar de ello, el patrón de bebida en mujeres con dependencia al alcohol sigue siendo en solitario en contraste con el patrón masculino (Varela y col., 2011).

Existen diferentes métodos diagnósticos para el consumo de riesgo, abuso y dependencia al alcohol. Hasta ahora no existía gran uniformidad en cuanto a la definición de los grados de consumo de alcohol. En este estudio se pretende analizar los diferentes métodos diagnósticos con la finalidad de definir mejor cada uno de ellos, los resultados que con los mismos obtenemos y mejorar su aplicabilidad para la práctica clínica.

El consumo de sustancias psicoactivas está muy extendido en la población general, siendo los consumos más prevalentes los de las sustancias legales, como el alcohol y el tabaco. Además de las consecuencias estrictamente sanitarias, el consumo tiene repercusión en otros ámbitos, entre ellos el social y el económico, y de forma más concreta en la situación laboral y en las condiciones de empleo y de trabajo.

Centrándonos en el medio laboral, el consumo de alcohol puede tener importantes repercusiones para los trabajadores, tanto por afectar a la realización de las tareas que han de llevar a cabo en su medio de trabajo, como por los problemas sociosanitarios que pueden generar en el ámbito familiar e individual. Además, en algunos casos el consumo de estas sustancias puede afectar a terceros, contribuyendo a causar accidentes laborales.

Algunos estudios muestran que la inseguridad en el empleo posee efectos considerables sobre el uso de algunas drogas, como el alcohol, mientras que las características de la propia actividad tienen efectos de menor magnitud. La compleja relación entre empleo y consumo de sustancias psicoactivas tiene, en el momento actual, un especial interés, a consecuencia de la crisis económica que padecemos, que podría influir en cómo la población se comporta ante el consumo de drogas.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas publicó un estudio basado en el consumo de drogas en el medio laboral en el que se analizan los datos de la encuesta EDADES, realizada en 2007-2008 (OEDT 2011). Así, se incluyó en esta edición de la Encuesta un módulo específico en la población laboral para ampliar la información disponible y contribuir a la orientación de las políticas sanitarias para poder planificar actuaciones sobre el consumo de drogas en este ámbito.

Existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo de riesgo (CAGE 1) entre desempleadas y mujeres en activo, siendo del 12,4% en estas mujeres frente al 20,7% en aquellas no empleadas o amas de casa.

Según el estudio de Pereiro y cols. (2013), en el análisis bivariado parecen claramente asociados con el consumo diario de alcohol: un nivel bajo de ingresos, bajo nivel de estudios y trabajar en el sector primario, en la construcción o en la hostelería. Por otra parte, trabajar en la construcción y tener jornada de noche parecen estar asociados a los atracones de alcohol o las borracheras.

Tanto el consumo de alcohol diario, como el consumo de alto riesgo en los hombres, son mayores entre los directivos/profesionales. En las mujeres, las diferencias son menores y no se encuentran diferencias significativas tras ajustar por edad, nivel educativo, estado civil y país de origen (salvo en trabajadoras manuales cualificadas que consumen significativamente menos alcohol que las directivas y profesionales).

Los hombres con jornada reducida/media jornada tienen un mayor consumo de alcohol de alto riesgo. En las mujeres, este tipo de consumo se concentra en jornada continua de tarde y jornada continua/ rotatorio noche.

Los hombres que dicen ejecutar tareas peligrosas o en condiciones penosas (calor, frío, malos olores, posturas incómodas, etc.) son también los que declaran consumir más alcohol, especialmente los bebedores de alto riesgo o los consumidores de alcohol diario. Las mujeres muestran un patrón similar.

En relación con los riesgos psicosociales se aprecia un patrón muy consistente en los hombres, siendo el consumo de alcohol siempre más elevado entre los trabajadores que declaran estar expuestos a dichos riesgos. Sin embargo, las condiciones de empleo (salario y seguridad laboral) parecen tener poca influencia sobre el consumo de alcohol.

En el estudio de Pereiro y cols. (2013), cerca de la mitad de la población laboral opina que el consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral es un problema muy importante que, además, puede afectar la productividad o el rendimiento laboral, motivar malas relaciones entre compañeros y mal ambiente laboral e incluso aumentar el riesgo de accidentabilidad laboral. Sin embargo, 8 de cada 10 entrevistados declaran

no conocer, o no haber conocido a ningún compañero que realizase un consumo excesivo de alcohol u otras drogas (Pereiro y cols., 2013).

La prevalencia de consumo alguna vez en la vida es de 92,7% en hombres y 87,6% en mujeres, en los últimos 12 meses es de 82,4% en hombres y 71,3% en mujeres, en los últimos 30 días es de 73,7% en hombres y 53,8% en mujeres y el consumo diario es de 15,3% y 4,7% en hombres y mujeres respectivamente (Pereiro y cols., 2013).

Se consideran bebedores de riesgo (más de 20 cc/día para las mujeres y más de 30 cc/día para los hombres) el 12,2% de los hombres y el 4,9% de las mujeres, y bebedores de alto riesgo (> 50 cc/día hombres y > 30 cc/día mujeres) el 5,0% de los hombres y el 2,3% de las mujeres. Se han emborrachado en el último año el 26,5% de los hombres y el 14,0% de las mujeres. El atracón de alcohol o *binge drinking* (consumo de 5 ó más unidades estándar de alcohol en un intervalo aproximado de dos horas) se sitúa en el 19,7% y 7,7% en hombres y mujeres respectivamente (Pereiro y cols., 2013).

Las prevalencias de todos los indicadores de consumo de alcohol son mayores entre los varones que entre las mujeres. No hay grandes diferencias en las prevalencias de consumo en la vida, en los 12 meses, en los 30 días o durante los fines de semana según grupo de edad (16-34 y 35-64). Sin embargo, la prevalencia de consumo diario o en días laborables es más elevada en el grupo de mayor edad, y la prevalencia de atracones y borracheras es mayor entre los más jóvenes (Pereiro y cols., 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud se considera consumo de riesgo en mujeres el consumo de 20 gramos al día de alcohol. En nuestro estudio, según este criterio, el 11,7% de las mujeres presentaba consumo de riesgo. El estudio de Pereiro y cols. analizó los datos de la encuesta EDADES (Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España), aplicada a una muestra de la población española de 15-64 años no institucionalizada. Los datos de nuestro estudio contrastan con los obtenidos por Pereiro y cols. (2013) en los que el 4,9% de las mujeres eran bebedoras de riesgo. Probablemente el porcentaje en el estudio de Pereiro y cols. es inferior al de nuestro estudio debido a que nuestra muestra fue recogida en un Centro de salud por lo que hemos obtenido un porcentaje de mujeres consumidoras de riesgo mayor. Las mujeres jóvenes presentan prevalencias de consumo más elevadas que las de mayor edad, dato

inequívoco que demuestra la progresiva incorporación de la mujer al consumo de bebidas alcohólicas (Vallejo, 2015).

Se define bebedores de riesgo como la pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física y mental, pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos actuales. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública. Se ha comprobado que para este tipo de consumidores existe un riesgo de muerte violenta cinco veces mayor, el riesgo de cirrosis y esteatosis hepática es seis veces superior y el de hipertensión arterial se duplica, aumentando las cifras de triglicéridos. La importancia de su diagnóstico radica en las consecuencias negativas que ocasiona en la salud de la población. Debido a ello siempre se debe tener presente este problema en la anamnesis de pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria.

El grado de riesgo no estará sólo relacionado con el nivel del consumo de alcohol, sino también con otros factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral, estilo de vida, pobreza, etc. Se trata, por tanto, de un concepto subjetivo, que presenta variaciones en relación con la consecuencia concreta del consumo de alcohol que se esté estudiando (Cáceres, 2006).

La detección precoz de los bebedores de riesgo constituye una prioridad desde una perspectiva de salud pública, dada la elevada prevalencia del consumo de riesgo y la efectividad de las intervenciones breves dirigidas a la reducción de consumos (Vallejo, 2006).

En nuestro estudio con referencia a las situaciones en las que consumen alcohol las mujeres de nuestra muestra, destaca que la mayoría de ellas, 82,16% lo hacen en ambientes festivos, como también señalan Erol y col. (2015). Los cambios socio-psico-culturales de los últimos años han hecho que las diferencias en el consumo de alcohol relacionadas con el género disminuyan. Consecuentemente en las mujeres se ha incrementado el consumo de alcohol y el patrón de bebedora social (Varela y col., 2011).

En los resultados del cuestionario CAGE en nuestro estudio el 9,8% de las mujeres presenta abuso/dependencia (CAGE 2). El 5,5% de las mujeres presenta dependencia (CAGE) al alcohol. Al aplicar los criterios diagnósticos del síndrome de

dependencia alcohólica según la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) el porcentaje de mujeres con dependencia fue del 4,3%. Según estos resultados el empleo de los métodos diagnósticos cuestionario CAGE y criterios diagnósticos de DSM-V en Atención Primaria es muy recomendable para diagnosticar dependencia al alcohol. Su brevedad los hace muy útiles en la práctica clínica de las consultas de Atención Primaria. Como se ha descrito en los resultados al comparar los resultados obtenidos al aplicar ambos métodos hemos podido observar que las mujeres que no cumplen criterios de dependencia al alcohol según DSM-V el 2,9% contestaron afirmativamente al ítem 4 del cuestionario CAGE. De las mujeres que cumplen criterios de dependencia al alcohol según DSM-V el 63,6% contestaron afirmativamente al ítem 4 del cuestionario CAGE.

Para el diagnóstico de consumo de riesgo y abuso/dependencia es preferible calcular la cantidad de alcohol consumida al día en gramos de alcohol puro consumidos al día o utilizar el cuestionario CAGE respectivamente, a pesar de la infraestimación y declaración del consumo por parte de la población.

Al estudiar la asociación entre las variables de las características sociodemográficas y los diferentes métodos diagnósticos de consumo de alcohol se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre consumo de riesgo de alcohol (medido mediante gramos consumidos al día y mediante $CAGE \geq 1$) y las circunstancias en las que consumen. El patrón de bebida en mujeres con consumo de riesgo de alcohol es predominantemente en solitario (Varela y col., 2011). De la misma manera se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre la contestación al ítem 4 del cuestionario CAGE (dependencia al alcohol) y las circunstancias en las que consumen. Así, cuando se realiza el consumo en fiestas exclusivamente el porcentaje de dependencia es del 3,9%. Sin embargo, cuando el consumo de alcohol es en casa aumenta significativamente la prevalencia de dependencia (15,8%) y cuando el consumo se produce en ambas situaciones alcanza el 28,6%. Por tanto con estos resultados podemos afirmar que la dependencia al alcohol en la mujer está asociada a un patrón de consumo en solitario, en casa, oculto. Las mujeres a causa del estigma social y el juicio más severo de la sociedad se esfuerzan por ocultar, enmascarar y negar el problema. El alcoholismo en la mujer es más secreto, solitario y controlado por el sentimiento de pudor que desencadena culpabilidad; afecta más a la mujer en su status y sus papeles femeninos y maternos que al hombre en su status y papeles masculinos y

paternales. El rechazo y la intolerancia social son mayores para la mujer que para el hombre. Por este motivo las mujeres ocultan sus problemas por el alcohol por miedo al estigma y a otras pérdidas sociales (Dio Bleichmar, 1999; García, 2016).

En cuanto a la relación entre las variables de las características sociodemográficas y los resultados obtenidos en el cuestionario CAGE se observó una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de riesgo (CAGE \geq 1); abuso/dependencia al alcohol e inmigración. Las mujeres inmigrantes tienen mayor probabilidad de presentar consumo de riesgo y/o abuso/dependencia al alcohol que las mujeres españolas. Los sujetos migrantes experimentan conflictos culturales y de identidad. Asentarse en una sociedad de cultura y valores diferentes a la propia requiere esfuerzos de adaptación más o menos notables. En buena medida los requerimientos adaptativos dependen del clima hacia la diversidad y la convivencia multicultural que exista en las sociedades receptoras, pero también de las expectativas, culturas e intereses de los propios inmigrantes. En nuestro estudio la mayoría de mujeres inmigrantes procedían de países de Sudamérica.

De la misma manera se observó una asociación estadísticamente significativa con el estado civil hallando un mayor porcentaje de mujeres con abuso/dependencia al alcohol entre las que vivían solas.

Según los resultados de nuestro estudio encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol (g/día) y los diagnósticos de consumo de riesgo o de abuso/dependencia. Muchos investigadores están de acuerdo en que el volumen de alcohol consumido tiende a determinar las consecuencias; altos niveles de consumo han sido relacionados con alteraciones de la salud físicas y mentales, mientras que el consumo moderado puede ser protector e incluso beneficioso para algunas condiciones de salud (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Vallejo, 2015).

Hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre los criterios diagnósticos de dependencia alcohólica DSM-V y el diagnóstico de consumo de riesgo mediante el cuestionario CAGE (CAGE \geq 1). Como se ha comentado anteriormente en los resultados se puede observar que, como era lógico esperar, de las mujeres diagnosticadas como dependientes (3 o más criterios DSM-V positivos) el 100% fueron

diagnosticadas como consumidoras de riesgo. Existe un 12,2% de mujeres que son consumidoras de riesgo pero no cumplen criterios de dependencia al alcohol.

El 3,1% de las mujeres del estudio afirman consumir otras drogas. Según los resultados de la encuesta EDADES 2015 el policonsumo adquiere mayor prevalencia entre la población que ha hecho botellón en el último año, tanto entre la totalidad de la población como entre la población más joven. De cada 10 individuos de 15 a 24 años que han hecho botellón en el último año, 6 registran un policonsumo en este periodo, el doble que los jóvenes que no hicieron botellón. Dichos hallazgos se confirman con los resultados obtenidos en el presente estudio al analizar la relación entre el consumo de otras drogas y la respuesta al ítem 4 del cuestionario CAGE (dependencia al alcohol). En cuanto a la relación entre el consumo de otras drogas y la respuesta al ítem 4 del cuestionario CAGE hemos hallado diferencias estadísticamente significativas. De las mujeres que consumen otras drogas el 37,5% contestaron afirmativamente al ítem 4 del cuestionario CAGE. De las mujeres que no consumen otras drogas el 4,4% contestaron afirmativamente al ítem 4 del cuestionario CAGE y el 95,6% contestaron negativamente al ítem 4.

Lo mismo ocurre al estudiar la relación entre el consumo de otras drogas y el diagnóstico de consumo de riesgo mediante el cuestionario CAGE ($CAGE \geq 1$). La media del consumo de gramos de alcohol al día es mucho mayor (72,5) para las mujeres que consumen otras drogas frente a las que no las consumen (12,47) ($p = 0,003$). Podemos concluir que la dependencia al alcohol y el consumo de riesgo están asociados significativamente con el consumo de otras drogas. Las mujeres dependientes al alcohol presentan mayor riesgo de consumir otras drogas y viceversa.

En el análisis de regresión logística univariante de factores asociados al consumo de riesgo ($CAGE \geq 1$) se puede observar que sólo dos factores resultaron ser estadísticamente significativos ($p < 0,05$) como fue la nacionalidad y el consumo de otras drogas. El resto de variables no se mostraron como factores de riesgo significativos.

Las mujeres de otras nacionalidades distintas a la española tienen cuatro veces más riesgo de ser consumidoras de riesgo de alcohol ($CAGE \geq 1$) frente a las mujeres españolas.

Aquellas mujeres que consumen otras drogas distintas del alcohol tienen dieciocho veces más probabilidad de ser consumidoras de riesgo de alcohol frente a otras mujeres que no consumen otras sustancias de abuso.

En el análisis de regresión logística multivariante de factores asociados al consumo de riesgo (CAGE 1) se puede observar que consumir otras drogas obtuvo una OR de 23,43 [IC 95%: 3,33-164,54] respecto a la referencia, que fue no consumir otras drogas, siendo éste el único factor de riesgo para el consumo de riesgo de alcohol.

Aquellas mujeres que consumen otras drogas tienen veintitrés veces más riesgo de realizar un consumo de riesgo de alcohol.

En el análisis de regresión logística univariante de factores asociados al abuso/dependencia (CAGE 2) se puede observar que ocho factores resultaron ser estadísticamente significativos ($p < 0,05$), como fueron el estado civil, la ocupación, el nivel académico, la edad de comienzo de consumo, la nacionalidad, presencia de tratamiento para la depresión, diagnóstico de depresión según el cuestionario Beck y consumo de otras drogas. El resto de variables no se mostraron como factores de riesgo significativos.

En el caso del estado civil, estar con pareja actúa como factor protector, es decir, las mujeres que viven solas tienen 2,6 veces más probabilidad de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a las mujeres que viven en pareja.

Las mujeres desempleadas o dedicadas a sus labores tienen el doble de probabilidad de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a las mujeres que se encuentran en activo.

En relación al nivel académico, las mujeres con estudios secundarios casi cuadruplican el riesgo de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a aquellas mujeres que tienen estudios universitarios.

Las mujeres de otras nacionalidades distinta a la española tienen 4,5 veces más riesgo de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a las mujeres españolas.

Aquellas mujeres que comenzaron a consumir alcohol después de los 18 años tienen el doble de probabilidad de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a las mujeres cuya edad de comienzo de consumo es anterior a los 18 años.

En relación al consumo de medicación para la depresión, observamos que las mujeres que toman medicación para la depresión tienen tres veces más probabilidad de presentar abuso/dependencia frente a las mujeres que no toman ningún tratamiento para la depresión.

Las mujeres con diagnóstico de depresión según el cuestionario Beck tienen 3,8 veces más riesgo de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a las mujeres que no presentan depresión.

La asociación entre el consumo de otras drogas distintas del alcohol y el diagnóstico de abuso/dependencia es la siguiente: las mujeres que consumen otras drogas tienen 19 veces más probabilidad de presentar abuso/dependencia al alcohol frente a otras que no consumen otras sustancias de abuso.

En el análisis de regresión logística multivariante de factores asociados al abuso/dependencia (CAGE 2) obtuvimos los siguientes resultados:

Consumir otras drogas obtuvo una OR de 35,21 [IC 95%: 6,201-199,936] respecto a la referencia, que fue no consumir otras drogas, siendo éste el principal factor de riesgo para el abuso/dependencia de alcohol.

El segundo factor de riesgo más importante después del consumo de otras drogas, fue la nacionalidad, estando asociado el ser inmigrante a una probabilidad 9,75 veces mayor [IC 95%: 2,583- 36,803] de presentar abuso/dependencia que las mujeres españolas.

El tercer factor de riesgo más importante, fue el consumo de medicación para la depresión, estando asociado el tomar tratamiento a una probabilidad 3,85 veces mayor [IC 95%: 1,354- 10,985] de presentar abuso/dependencia que las mujeres que no toman tratamiento.

En el análisis de regresión logística univariante de factores asociados a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V, cuatro factores resultaron ser estadísticamente significativos ($p < 0,05$), como fueron la nacionalidad, diagnóstico de consumo de riesgo (g/día), diagnóstico de depresión (cuestionario Beck) y el consumo de otras drogas. El resto de variables no se mostraron como factores de riesgo significativos.

En el caso de la nacionalidad, las mujeres cuya nacionalidad es distinta a la española tienen 6,1 veces más riesgo de ser diagnosticadas como dependientes al alcohol mediante los criterios DSM-V frente a las mujeres españolas.

Las mujeres diagnosticadas como consumidoras de riesgo mediante la cantidad de alcohol consumida en gramos/día tienen 27 veces más riesgo de ser diagnosticadas como dependientes al alcohol mediante los criterios DSM-V frente a las mujeres que no son consumidoras de riesgo.

Aquellas mujeres que presentaban depresión en el momento del estudio según el cuestionario Beck tienen 7,7 veces más probabilidad de ser diagnosticadas como dependientes al alcohol mediante los criterios DSM-V frente a las mujeres que no padecían depresión.

La asociación entre el consumo de otras drogas distintas del alcohol y la dependencia al alcohol es la siguiente: las mujeres que consumen otras drogas tienen 8,8 veces más probabilidad de ser diagnosticadas como dependientes al alcohol mediante los criterios DSM-V frente a otras mujeres que no consumen otras drogas.

En el análisis de regresión logística multivariante de factores asociados a la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V se puede observar que el diagnóstico de consumo de riesgo (≥ 20 g/día) obtuvo una OR de 38,79 [IC 95%: 7,648-196,756] respecto a la referencia, que fue no ser consumidoras de riesgo, siendo éste el principal factor de riesgo para la dependencia al alcohol diagnosticada mediante los criterios DSM-V.

El segundo factor de riesgo fue la nacionalidad, estando asociado el ser inmigrante, a una probabilidad 13,48 veces mayor [IC 95%: 1,910- 95,123] de presentar dependencia al alcohol mediante los criterios DSM-V que las mujeres españolas.

La prevalencia de la depresión en la población general oscila, según las estadísticas, entre el 10 y 20%. La prevalencia/vida se sitúa, por otra parte, en torno al 17%, si bien en Europa las diferencias de prevalencia son notables (8,8-23,6%) (Copeland y cols., 1999), pero siempre más frecuentes en mujeres que en hombres (Nurnberger y cols., 2001; Vallejo, 2015).

El trastorno depresivo es una de las principales causas de discapacidad en los países desarrollados. Estudios de calidad en atención primaria evidencian que esta razón de consulta ocupa el 30-40% de las visitas al médico de familia (Roca y cols., 2009; Martín- López y cols., 2010; Gili y cols., 2014). Sólo el 10% de los pacientes con trastorno depresivo llegan a las consultas psiquiátricas especializadas, por lo que el 90% restante son tratados por médicos de familia o especialistas no psiquiatras o no reciben tratamiento. La explicación de este hecho puede deberse a que aproximadamente la mitad de las depresiones se presentan de forma enmascarada. Las depresiones se presentan frecuentemente como enfermedad somática lo que hace a veces difícil el diagnóstico diferencial.

En relación a las variables relacionadas con el tratamiento de la enfermedad depresiva analizadas en este estudio, el porcentaje de mujeres que están tomando medicación para la depresión fue del 22,7%. La distribución de las mujeres según el tratamiento que toman es la siguiente: 36,2% toman antidepresivos y benzodiazepinas, seguido en frecuencia por benzodiazepinas exclusivamente (34,5%).

En el presente estudio de las mujeres que han presentado un episodio depresivo a lo largo de su vida ($n = 73$), la media de duración del episodio depresivo fue de 25 meses (DE: 48,73), (1-360). El tratamiento de dichas mujeres fue en el 41,7% de los casos exclusivamente benzodiazepinas; en el 30,6% antidepresivos y benzodiazepinas y en el 19,3% antidepresivos. El 4,2% de dichas mujeres refieren que no recibieron tratamiento médico ni consultaron con ningún profesional.

Según los resultados obtenidos en el cuestionario Beck, la distribución de las mujeres fue el 2,7% de las mujeres presentaba en el momento del estudio estado de depresión intermitente; el 12,5% depresión moderada; el 3,9% depresión grave y el 2,3% depresión extrema.

La prevalencia de depresión en las mujeres en el momento del estudio fue de 38,67%. Según el cuestionario Beck, se diagnostica depresión al obtener una puntuación en el cuestionario de 17 o más (Beck, 1972).

Con las preguntas del cuestionario DIS III R correspondiente a trastorno depresivo (criterios diagnósticos de trastorno depresivo DSM-V) confirmamos que el porcentaje de mujeres que presentaron un episodio depresivo a lo largo de su vida fue

del 25,39%. Estos datos corroboran los resultados de estudios previos realizados como el de Vallejo, 2015.

En lo que respecta a la asociación entre las variables sociodemográficas y el diagnóstico de depresión en nuestro estudio, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil y el diagnóstico de depresión. Existe un mayor porcentaje de mujeres con depresión entre las que vivían solas. No está clara la relación entre el estado civil y el riesgo de padecer depresión, sin embargo, sí está demostrado que la separación y el divorcio están ligados a la sintomatología depresiva (Vallejo, 2006).

En el análisis de regresión logística univariante de factores asociados a la depresión en el momento actual se puede observar que cinco factores resultaron ser estadísticamente significativos ($p < 0,05$), como fueron el estado civil, la edad de comienzo de consumo, diagnóstico de depresión a lo largo de la vida (DIS III R), diagnóstico de dependencia al alcohol (DSM-V) y diagnóstico de abuso/dependencia (CAGE). El resto de variables no se mostraron como factores de riesgo significativos.

En el caso del estado civil, el hecho de tener pareja actúa como un factor protector, es decir, las mujeres que viven solas tienen 1,6 veces más probabilidad de presentar depresión en el momento del estudio frente a las mujeres que viven en pareja.

Las mujeres que comenzaron a consumir alcohol después de los 18 años tienen casi el doble de probabilidad de presentar depresión en el momento del estudio frente a las mujeres cuya edad de comienzo de consumo es anterior a los 18 años.

Aquellas mujeres con diagnóstico de abuso/dependencia al alcohol obtenido mediante el cuestionario CAGE (2) tienen 3,8 veces más probabilidad de presentar depresión en el momento del estudio frente a las mujeres que no presentaban abuso/dependencia al alcohol.

La asociación entre el diagnóstico de dependencia al alcohol (DSM-V) y la depresión es la siguiente: las mujeres diagnosticadas de dependencia al alcohol mediante los criterios DSM-V (3) presentan 7,7 veces más riesgo de padecer depresión en el momento del estudio frente a aquellas mujeres no dependientes del alcohol.

Las mujeres que presentaron depresión a lo largo de su vida diagnosticadas mediante el cuestionario DIS III R tienen el doble de probabilidad de presentar depresión en el momento del estudio frente a las mujeres que no habían presentado depresión.

En el análisis de regresión logística multivariante de factores asociados a la depresión en el momento actual se puede observar que el diagnóstico de dependencia al alcohol obtenido mediante los criterios DSM-V obtuvo una OR de 5,6 [IC 95%: 1,170-27,741] respecto a la referencia, que fue no presentar dependencia al alcohol, siendo éste el principal factor de riesgo para la depresión en el momento actual.

El segundo factor de riesgo más importante después del diagnóstico de dependencia al alcohol según DSM-V, fue la edad de comienzo de consumo, estando asociado el haber iniciado el consumo de alcohol después de la mayoría de edad, a una probabilidad 1,95 veces mayor [IC 95%: 1,139- 3,339] de presentar depresión en el momento del estudio que las mujeres que iniciaron el consumo de alcohol antes de los 18 años.

El tercer factor de riesgo más importante, es el diagnóstico de depresión a lo largo de la vida (DIS III R), estando asociado el haber presentado depresión a una probabilidad 1,9 veces mayor [IC 95%: 1,065-3,416] de presentar depresión en el momento del estudio que las mujeres que no habían presentado depresión a lo largo de la vida.

El último factor de riesgo es el estado civil, presentando las mujeres que viven solas una probabilidad 1,7 veces mayor [IC 95%: 1,001- 2,913] de presentar depresión en el momento actual que las mujeres que viven en pareja.

En los últimos años se ha intentado objetivar la importancia de los acontecimientos de vida y el soporte social en la etiopatogenia de la depresión. El trabajo de Brown y Harris (1978), efectuado en Camberwell (Londres), fue un punto de partida importante para desarrollar un modelo psicosocial de la depresión. En dicho modelo se valoran unos factores precipitantes, que suelen incidir más frecuentemente en clases sociales bajas, y unos factores de vulnerabilidad (pobre relación interpersonal, especialmente con la pareja, desempleo, presencia en el hogar de más de 3 hijos menores de 14 años y pérdida de la madre antes de los 11 años), que mediatizan el

impacto de los factores precipitantes o acontecimientos de la vida. La importancia y el estudio de estos factores confirman la relevancia de los acontecimientos adversos en la infancia y del soporte social (Champion, 1990; Keitner y Miller, 1990; Harris y Brown, 1996; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Wang, 2017).

Los acontecimientos más o menos importantes (generalmente negativos que implican pérdidas afectivas) se constatan con cierta frecuencia en el año previo al inicio de un cuadro depresivo, incluso melancólico (Vallejo 2015). En las melancolías y trastornos bipolares, sin embargo, el impacto de los acontecimientos es más importante en el primer episodio, ya que posteriormente las siguientes crisis pueden aparecer de forma autónoma sin que concurren circunstancias concretas (Silverstone y Romans, 1989; Vallejo 2015). Sin embargo, si bien los acontecimientos previos al inicio de un cuadro depresivo no parecen influir en la respuesta terapéutica, el soporte social no sólo tiene importancia en el marco etiopatogénico de las depresiones no melancólicas, sino que condiciona el resultado terapéutico, incluso en las melancolías (Vallejo y cols., 1991; Kessler y cols., 1998; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En cuanto a la asociación entre el consumo de alcohol (g/día) y los niveles de depresión obtenidos con el cuestionario Beck, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas, existiendo una asociación entre consumo de alcohol y la depresión. También hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas entre la clasificación según cuestionario Beck (Depresión/No depresión), los niveles de depresión (grupos Beck) con el diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE \geq 1) y la cuarta pregunta del cuestionario CAGE (dependencia). De la misma manera hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la medicación que toman las mujeres para la depresión y el diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE \geq 1). Podemos señalar que la depresión está asociada con el consumo de alcohol de riesgo. Cuanto mayor es la gravedad del trastorno depresivo existe mayor probabilidad de presentar consumo de riesgo y viceversa.

Los sujetos con dependencia al alcohol tienen desajustes sociofamiliares, laborales, problemas físicos, y todo ello incrementa el riesgo de estas personas a padecer depresiones (Boden y col., 2011; Foulds y cols., 2015; Hunt y cols., 2015). En numerosos casos las mujeres con depresión empiezan a beber en un intento de salir de la depresión, lo que deteriora su estado físico y realimenta su depresión (Dio Bleichmar,

1999; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; García, 2016). Hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el cuestionario Beck y los diferentes métodos diagnósticos del consumo de alcohol: Consumo de riesgo (20 g/día), cuestionario CAGE, criterios DSM-V de dependencia al alcohol. En los resultados podemos observar las diferencias de medias de la puntuación obtenida en el cuestionario Beck y el diagnóstico de consumo de riesgo (g/día). Hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del cuestionario Beck ($p=0,003$), ya que las mujeres con consumo de riesgo (20g/día) tienen una puntuación significativamente superior a aquellas sin consumo de riesgo.

Así mismo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el cuestionario Beck y los diferentes niveles de consumo medidos con el cuestionario CAGE ($p<0,0001$). Las mujeres con abuso/dependencia tienen una puntuación significativamente superior a la de las mujeres que no presentan problemas con el alcohol seguida de aquellas mujeres que tienen indicios de problemas con el alcohol.

Existen también diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación del cuestionario Beck y el diagnóstico de abuso/dependencia al alcohol medido por el cuestionario CAGE ($p<0,0001$). Las mujeres con dependencia al alcohol (CAGE 2) tienen una puntuación significativamente superior a aquellas mujeres que no presentan dependencia.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación del cuestionario Beck y el diagnóstico de dependencia al alcohol medido por los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) ($p<0,0001$). Las mujeres que cumplen criterios de dependencia al alcohol según DSM-V tienen una puntuación tres veces mayor que las que no cumplen criterios de dependencia.

Según el estudio realizado por Boden y Fergusson (2011) se analizaron diferentes estudios realizados sobre el trastorno por consumo de alcohol y depresión. Dicho estudio reveló que la presencia de cualquiera de los dos trastornos doblaba el riesgo de presentar el segundo trastorno (rango AORs desde 2,00 a 2,09). Los datos epidemiológicos sugieren que la unión entre ambas patologías no puede ser explicada por completo por factores comunes que influyen en ambas y que parecen estar unidos de una forma causal. La evidencia sugiere que la asociación causal más probable entre ambas es aquella en la cual el consumo de alcohol aumenta el riesgo de depresión más

que viceversa. Entre los mecanismos potenciales que subyacen estas uniones causales se incluyen los cambios neurofisiológicos y metabólicos que resultan de la exposición al alcohol.

La alta comorbilidad entre el consumo abusivo de alcohol y las enfermedades mentales está bien documentada. Dados los factores sociales, ambientales y de estilo de vida que contribuyen a la conducta alcohólica, la relación entre alcohol y salud mental es compleja. Aunque el alcohol está clasificado como un depresor, sus propiedades moduladoras del humor son buscadas por bebedores sociales y casuales, a menudo para el beneficio de su salud. A la inversa, el consumo de alcohol crónico y excesivo-frecuentemente como auto-medicación o como un mecanismo de copia- es marcadamente tóxico e incrementa el riesgo para los trastornos físicos y mentales (Dash, 2015).

Está bien documentado que el abuso de sustancias y la enfermedad mental - particularmente trastornos del humor y del comportamiento- a menudo co-ocurren, y que padecer uno incrementa el riesgo de desarrollar el otro. Esta superposición puede ser particularmente entendida porque ambos comparten factores de riesgo sociales y biológicos. Los dos tienden a ser más prevalentes entre aquellos que presentan estrés crónico, también sistemáticamente en los que tienen problemas socioeconómicos y niveles bajos de educación o factores familiares/sociales, enfermedad o trauma (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Wang, 2017).

Hay evidencias que sugieren que beber en exceso, entre otros comportamientos de riesgo del estilo de vida como fumar, dieta pobre, o inactividad física, puede ser un factor de riesgo significativo en el desarrollo de algunas patologías mentales. Además, individuos con una salud mental pobre suelen consumir sustancias con más frecuencia, tales como alcohol como un mecanismo de copia y tienen más riesgo de dependencia al alcohol. Mientras beber en exceso puede ser a corto plazo una estrategia de manejo del estrés, las consecuencias fisiológicas y del comportamiento de beber en exceso pueden crear un círculo de riesgo, contribuyendo a un empeoramiento de la salud mental o a complicaciones en el tratamiento o manejo de una enfermedad mental.

Se ha demostrado que el consumo crónico perjudicial interrumpe al sistema de respuesta al estrés, respuesta inflamatoria, y microflora intestinal y promueve el estrés oxidativo- todos factores de riesgo conocidos para una variedad de condiciones de salud

físicas y mentales. Los investigadores ahora entienden la naturaleza inflamatoria de algunos trastornos mentales y la relación entre esta inflamación y la salud digestiva. La dependencia al alcohol interrumpe el balance saludable y la estructura de la microflora intestinal. Se ha demostrado que *binge drinking* causa endotoxemia. Nuevas investigaciones sobre la salud digestiva son determinantes de la salud global (Dash, 2015; Vallejo, 2015).

Se han observado alteraciones en el cerebro como consecuencia del abuso de alcohol crónico como disminución en la sustancia blanca y un menor volumen del hipocampo en los cerebros de adultos con antecedentes de abuso de alcohol, indicando pérdida neuronal o disfunción. Además la alta dependencia al alcohol promueve una elevada respuesta al estrés por medio de una disregulación en la vía del cortisol y una mayor activación del eje hipotálamo- hipofisario- adrenal y puede también interrumpir los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos. Estos efectos estructurales pueden ser problemáticos por sí mismos pero también pueden incrementar el riesgo de demencia, enfermedad de Alzheimer, disminución de la función cognitiva y trastornos del humor. Es difícil diferenciar si el consumo de alcohol es causa o consecuencia de una condición mental, y se necesitan más investigaciones para entender la dirección de esta relación (Dash, 2015; Topiwala, 2017).

Mientras la literatura sobre el consumo de alcohol excesivo y crónico está bien documentada, se constata que algunas de las más saludables culturas del mundo son bebedores moderados, donde el alcohol es una parte integral de la vida diaria. Beber siguiendo las guías de bajo riesgo puede atenuar algunos de los efectos perjudiciales de los radicales libres y estrés oxidativo, lo cual se ha demostrado que protege contra algunas enfermedades crónicas. El consumo de alcohol social a menudo ofrece a los individuos un sentido de percepción, un factor que se conoce que está fuertemente unido al bienestar mental.

La evidencia sugiere que puede haber individuos quienes- por un rango de razones demográficas, genéticas y sociales- son particularmente vulnerables a las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol y pueden tener particularmente riesgo de co-ocurrencia entre el abuso de sustancias y problemas de salud mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Dash, 2015).

Estudios futuros deberían investigar la variabilidad individual de respuesta al alcohol. Mientras algunos pueden elegir abstenerse por una variedad de razones, las guías del alcohol deben promover el verdadero y aconsejable estilo de vida de moderación como parte de un estilo de vida que cultiva la salud global y el bienestar.

Levola y Aalto (2015) realizaron un estudio en una muestra de la población general finlandesa, analizando la detección de bebedores de riesgo mediante el test AUDIT en pacientes que presentaban depresión. Comparando nuestros resultados con los del estudio de Levola y Aalto (2015) encontramos que considerando que es bebedor de alto riesgo cuando el consumo diario excede los 20 gramos (140 gramos a la semana), hemos encontrado que 30 mujeres son bebedoras de alto riesgo (11,7%). En dicho estudio se comprueba que el screening para detectar bebedores de riesgo entre pacientes que presentan síntomas de depresión se recomienda usar el test AUDIT total o la utilización del AUDIT-C. Los puntos de corte del test AUDIT deberían ajustarse en función del género, pero no en función de la severidad de los síntomas depresivos.

Cuando evaluamos métodos de screening, es importante recordar que un resultado de screening positivo al alcohol debería siempre llevar consigo una evaluación más específica del consumo de alcohol, posibles daños ocasionados por el alcohol y diagnóstico.

En previos estudios (Levola y Aalto, 2015) se ha demostrado que el cálculo de marcadores bioquímicos CDT y GGT no detectan bien a los bebedores de alto riesgo en sus puntos de corte designados. Esto podría ser debido al hecho de que el nivel designado de bebedor de alto riesgo es más bajo que el nivel en el cual se espera que ocurra la elevación de estos marcadores.

De las 256 mujeres incluidas en el estudio, 99 (38,7%) presentaban depresión en el momento del estudio (Beck 17); según CAGE, 25 (9,8%) presentaban abuso/dependencia (CAGE 2) y 17 (6,6%) presentaban ambos (depresión y abuso/dependencia); según los criterios DSM-V de dependencia, 11 mujeres (4,3%) fueron diagnosticadas como dependientes del alcohol y 9 (3,5%) fueron diagnosticadas de depresión (Beck) y dependencia según DSM-V; según la cantidad de alcohol consumida al día, 30 mujeres (11,7%) eran consumidoras de riesgo (> 20 g alcohol/día) y 14 (5,5%) presentaban ambos diagnósticos (depresión y consumo de riesgo).

Tras la realización de un análisis discriminante, las variables que permiten clasificar correctamente el diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE 1) son: circunstancias en las que consume alcohol, consumo de otras drogas y edad de comienzo de consumo. Con un porcentaje de 84,4% de casos clasificados correctamente.

Mediante el análisis discriminante, las variables que permiten clasificar correctamente el diagnóstico de abuso/dependencia (CAGE 2) son: circunstancias en las que consume alcohol, consumo de otras drogas y edad de comienzo de consumo. Con un porcentaje de 89,8% de casos clasificados correctamente.

Así mismo, mediante el análisis discriminante, las variables que permiten clasificar correctamente el diagnóstico de consumo de riesgo (CAGE 1) y depresión son: circunstancias en las que consume alcohol, consumo de otras drogas y edad de comienzo de consumo. Con un porcentaje de 82% de casos agrupados originales clasificados correctamente y un porcentaje del 81,3% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada clasificados correctamente.

Limitaciones del estudio

Una limitación de este estudio es la pérdida de aquellas mujeres con depresión y dependencia al alcohol severas que no están bien representadas en ejemplos de población general. Estas mujeres están típicamente poco representadas en estudios que incluyen cuestionarios de salud.

Otra limitación es el número relativamente bajo de mujeres incluidas en el estudio, especialmente aquellas con síntomas severos de depresión y con alta dependencia al alcohol.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Según el criterio de la OMS, el 11,7% de las mujeres de nuestro estudio presenta un consumo de riesgo de alcohol. Mediante el cuestionario CAGE se ha identificado un 9,8% de abuso/dependencia y un 5,5% de dependencia y cumplen con los criterios diagnósticos del síndrome de dependencia alcohólico, establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V), el 4,3% de las mujeres.

SEGUNDA: El patrón de consumo de alcohol de riesgo y/o dependencia se realiza mayoritariamente en casa y/o fiestas y con una media de consumo de alcohol/día en el último mes superior a 50 g. El tipo de bebida consumido con mayor frecuencia es el vino, seguido de cerveza y destilados. Estos patrones de consumo de alcohol se encuentran significativamente asociados al consumo de otras drogas, constatándose un porcentaje significativamente superior entre mujeres de nacionalidad distinta a la española, sin pareja y laboralmente inactivas.

TERCERA: Según los resultados obtenidos en el cuestionario Beck la prevalencia de depresión en las mujeres en el momento del estudio fue del 38,67%. Con el cuestionario DIS III R correspondiente a trastorno depresivo (criterios diagnósticos de trastorno depresivo DSM-V) confirmamos que el porcentaje de mujeres que presentaron un episodio depresivo a lo largo de su vida fue del 25,39%.

CUARTA: La media de duración del episodio depresivo que han padecido las mujeres de nuestra muestra ha sido de 25 meses, siendo la prescripción de benzodiazepinas el tratamiento de elección, seguido de su combinación con antidepresivos. Aunque se trata de un porcentaje bajo, hay que destacar que el 4,2% de las mujeres refieren que no recibieron tratamiento médico ni consultaron con ningún profesional sanitario.

QUINTA: El nivel de depresión según los grupos establecidos por Beck, se asocia significativa y positivamente con los gramos de alcohol consumidos al día. Las puntuaciones del cuestionario de Beck son significativamente superiores en las mujeres con consumo de riesgo y abuso y/o dependencia al alcohol.

SEXTA: El consumo de otras drogas constituye el principal factor de riesgo asociado al consumo de alcohol, tanto en el consumo de riesgo (CAGE 1), como en el abuso/dependencia (CAGE 2). El hecho de ser inmigrante y el consumo de medicación para la depresión son también factores de riesgo para el abuso/dependencia de alcohol.

SÉPTIMA: El diagnóstico de depresión en el momento de realización del estudio se asocia al padecimiento de un episodio previo de depresión, así como a variables relacionadas con patrones de consumo de alcohol, tales como el diagnóstico de dependencia al alcohol, la edad tardía de inicio del consumo y factores sociodemográficos como no convivir en pareja.

OCTAVA: Según las diferentes pruebas diagnósticas aplicadas la comorbilidad entre depresión y diferentes estadios de consumo de alcohol se encuentra entre el 3,5 y el 6,6%. Así mismo, se observa una intensa correlación positiva entre el número de respuestas positivas en el cuestionario CAGE y la puntuación obtenida en el cuestionario Beck.

NOVENA: El consumo elevado de alcohol y la depresión presentan una elevada prevalencia, comorbilidad y morbimortalidad. Por esta razón, las medidas de prevención selectiva, dirigidas a mujeres con elevada probabilidad de incurrir en situaciones de riesgo de consumo de alcohol y/o depresión, así como las actuaciones de prevención indicada, dirigidas a las mujeres ya identificadas como sujetos de riesgo, deben ser objetivos prioritarios en Atención primaria de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

Abdin E, Sagayadevan V, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA, Subramaniam M: *A non-parametric ítem response theory evaluation of the CAGE instrument among older adults*. Substance use and misuse 2017 Septiembre.

Adrien J: *Neurobiological bases for the relation between sleep and depression*. Sleep Medicine Reviews 2002; 6: 341-351.

Aizpiri Díaz JJ, Marcos Frías JF: *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. Barcelona, Masson, 1996.

Alvarez FJ, Del Rio MC: *Screening for problem drinkers in a general population survey in Spain by use of the CAGE scale*. Journal of Studies on Alcohol and drugs 1994 July; 55 (4): 471-474.

Ammon L, Bond J, Matzger H, Weisner C: *Gender differences in the relationship of community services and informal support to seven-year drinking trajectories of alcohol-dependent and problem drinkers*. Journal of Studies on Alcohol and drugs 2008; 69: 140-150.

Anderson P, Baumberg B: *Alcohol in Europe. A public health perspective*. Institute of Alcohol Studies 2006 June.

Argimon JM, Jiménez J: *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Tercera Edición. Elsevier, 2004.

Asociación Americana de Psiquiatría: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-V*. Quinta Edición. Virginia (Estados Unidos), Panamericana, 2014; 155-80, 490-503.

Ayuso JL, Saíz Ruiz E: *Las depresiones. Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas*. Madrid, Interamericana, 1981.

Azar MM, Springer SA, Meyer JP, Altice FL: *A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization*. Drug and Alcohol Dependence 2010; 112: 178-193. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.06.014.

Baker AL, Kay-Lambkin FJ, Gilligan C, Kavanagh DJ, Baker F, Lewin TJ: *When does change begin following screening and brief intervention among depressed problem drinkers?* Journal of Substance Abuse Treatment 2013; 44 (3): 264-270.

Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI: *Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: a systematic review*. Journal of Affective Disorders 2012; 139 (3): 217-229.

Baliunas D, Rehm J, Irving H, Shuper P: *Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: A metaanalysis*. International Journal of Public Health 2010; 55: 159-166. doi: 10.1007/s00038-009-0095-x.

Balslev J, Dam H, Bolwing T: *The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review*. Acta Psychiatrica Scandinavica 1998; 1: 1-13.

Baraona E, Abittan CS, Dohmen K, Moretti M, Pozzato G, Chayes ZW, Schaefer C, Lieber CS: *Gender differences in pharmacokinetics of alcohol*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2001; 25: 502-507.

Barbado Alonso A: *Estrategias preventivas en el alcoholismo. Guía de la buena práctica: uso y abuso del alcohol*. Guías clínicas de SEMFYC, 2007.

Bassett D: *Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review*. Australian and New Zealand journal of psychiatry 2012; 46: 327-339.

Batterham PJ, Glozier N, Christensen H: *Sleep disturbance, personality and the onset of depression and anxiety: Prospective cohort study*. Australian and New Zealand journal of psychiatry 2012; 46: 1089-1098.

Bauman Z: *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: fondo de cultura económica.

Bazargan-Hejazi S, Bazargan M, Gaines T, Jemanez M: *Alcohol misuse and report of recent depressive symptoms among ED patients*. American Journal of Emergency Medicine 2008; 26: 537-544.

Beck AT: *Depression causes and treatment*. University of Pennsylvania, 1972.

Beckam LJ: *Women alcoholics: A review of social psychological studies*. Journeys of Studies on alcohol 1975; 36(7): 696-894.

Bell S, Britton A, Kubinova R, Malyutina S, Pajak A, Nikitin Y, Bobak M: *Drinking pattern, abstention and problem drinking as Risk Factors for Depressive Symptoms: Evidence from Three Urban Eastern European Populations*. Plos One 2014 August; 9 (8): e104384.

Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G: *Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action "Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study"*. Alcohol 2006; 41 (Suppl 1): 26-36.

Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G, Rehn N: *International comparisons of alcohol consumption*. Alcohol Research and Health 2003; 27: 95-109.

Bobes- Bascarán MT, García- Portilla MP, Marín M, Ponce G, Martínez- Gras I, Rubio G: *Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol*. Guía clínica Socidrogalcohol 2013 Julio; (5): 99-138.

Boden J, Fergusson D: *Alcohol and depression*. Addiction 2011; 106: 906-914.

Borrell F, Bargalló MC: *"Trastornos de salud mental"*. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Quinta edición. España, Elsevier, 2003; Volumen II: 1015-1046.

Bowen R, Balbuena L, Baetz M y cols: *Maintaining sleep and physical activity alleviate mood instability*. Preventive medicine 2013; 57: 461-465.

Bracht N: *Health promotion at the community level*. Newbury park, CA, Sage Publications, 1990.

Bravo de Medina R, Echeburúa E, Aizpiri J: *Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad*. Bilbao, Psicothema, 2008; 20, 2, 218-223.

Bríñez- Horta JA: *Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo*. Adicciones 2001; 13, 4, 439-455.

Britton A, Bell S: *Reasons why people change their alcohol consumption in later life: findings from the Whitehall II cohort study*. Plos One 2015 March; 10 (3): e 0119421

Broome MR, He Z, Iftikhar M y cols: *Neurobiological and behavioural studies of affective instability in clinical populations: a systematic review*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews 2015; 51: 11.

Brown G y Harris T: *Social origins of depression: A study of psychiatry disorder in women*. Tavistock, Londres, 1978.

Buendía J: *“Estrés y depresión”*. En Buendía J.1993. Estrés y psicopatología. Primera edición. Madrid, Pirámide. 103-106.

Burrueo J: *Primeros vínculos*. Revista Pediatría de Atención Primaria 2002; vol.4, nº15.

Cáceres Anillo D, Arias Latorre MT: *Etiología del alcoholismo. Actualización en drogodependencia. Actualización, epidemiología, patología y tratamiento del alcoholismo*. Sexta edición 2006.

Cáceres Anillo D: *Conceptos básicos en alcoholismo. Actualización en drogodependencia. Actualización, epidemiología, patología y tratamiento del alcoholismo*. Sexta edición 2006.

Calafat A: *Estrategias preventivas del abuso del alcohol*. Adicciones 2002; vol 14, supl.1: 317-332.

Calafat A y Amengual M: *Educación sobre el alcohol. Actuar es posible*. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. 1999.

Carneiro LS, Fonseca AM, Vieira-Coelho MA, Mota MP, Vasconcelos-Raposo J: *Effects of structured exercise and pharmacotherapy vs. Pharmacotherapy for adults with depressive symptoms: A randomized clinical trial*. Journal of Psychiatric research 2015 Diciembre-Enero; 71: 48-55.

Cassano P, Fava M: *Depression and public health, an overview*. Journal of Psychosomatic Research 2002 Oct; 53(4): 849-857.

Champion L: *The relationship between social vulnerability and the occurrence of severely threatening life events*. Psychological Medicine 1990; 20: 157-161.

Chartier K, Caetano R: *Ethnicity and health disparities in alcohol research*. Alcohol Research and Health 2010; 33(1-2): 152-160.

Choi NG, DiNitto DM: *Psychological distress, binge/heavy drinking, and gender differences among older adults*. The American Journal on Addictions 2011; 20: 420-428.

Christie MM, Bamber D, Powell C, Arrindell T, Pant A: *Older adult problem drinkers: who presents for alcohol treatment?* Aging and Mental Health 2013; 17: 24-32.

Chung W, Lim S, Lee S: *Why is high-risk drinking more prevalent among men than women? Evidence from South Korea*. BMC Public Health 2012; 12, 101.

Ciurana R, Brotons C: “*Actividades de prevención y promoción de la salud en el adulto*”. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Quinta edición. España, Elsevier, 2003; Volumen I: 585.

Colell E, Sanchez-Niubo A, Domingo-Salvany A: *Sex differences in the cumulative incidence of substance use by birth cohort*. International Journal of Drug Policy 2013; 24: 319-325.

Compton W, Conway K, Stinson F, Grant B: *Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002*. The American Journal of Psychiatry 2006 December; 163 (12): 2141-2147.

Conner KR, Piquart M, Gamble SA: *Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders*. Journal of Substance Abuse Treatment 2009; 37 (2): 127-137.

Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF: *Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Journal of Clinical Psychiatry 2006 Feb; 67(2): 247-257.

Copeland J, Beekman A, Dewey C y cols: *Depression in Europe*. British Journal of Psychiatry 1999; 174: 312-321.

Corral P, Echeburúa e Irureta M: *Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento*. Análisis y Modificación de Conducta. 2005; 31: 539-556.

Corsi J. *Algunas cuestiones básicas sobre la violencia familiar*. Separata de Doctrina y Acción Postpenitenciaria 1990; nº6.

Cortés M, Climent B, Flórez G, Torrens M, Giménez JA, Espandian A, Rossi P, Espert R, Gadea M: *Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol*. Guía clínica Socidrogalcohol 2013 Julio; (4): 35- 98.

Crespo J, Martínez Delgado JM, O'Ferral Gozález C y cols: *Prevención primaria y secundaria del alcoholismo desde Atención Primaria. Manual de estudios sobre alcohol*. Coordinadores: García- Rodríguez JA; López Sánchez C. EDAF. 2001.

Cronin-Stubbs D, Leon Mendes DE, Beckett CF, Field LA, Glynn TS y cols: *Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults*. Archives of Internal Medicine 2000; 160 (20): 3074-3080.

Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK: *Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model*. Archives of General Psychiatry 2000; 57: 21-27.

Dash SR: *How does alcohol influence mental health? Disclosures*. Current opinion in Psychiatry 2015 October.

Dawson DA, Goldstein RB, Saha TD, Grant BF: *Changes in alcohol consumption: United States, 2001–2002 to 2012–2013*. Drug and Alcohol Dependence 2015; 148: 56-61.

de Graaf R, Bijl RV, Spijker J, Beekman ATF, Vollebergh WAM: *Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2003; 38: 1-11.

Del Pozo J: *Intervención sobre problemas derivados del consumo de alcohol. Manual de estudios sobre alcohol*. Coordinadores: García- Rodríguez JA; López Sánchez C. EDAF. 2001: 85-120.

De Pablo F, Albacete A, Meroño A, Artiz M, Berbell F, García A, Giménez L, Martínez de Salazar A, Mateu A, Plaza R y cols: *Validez de la versión española del Diagnostic Interview Schedule*. Tercera versión española revisada (DIS-III-R). Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 1992 Nov-Dec; 20 (6): 257-262.

De Pablos F, Climent AL, Caballero E: *Comorbilidad psicopatológica*. *Psiquis* 1993 Octubre; (14): 35-44.

De Pablo F: “*Estrés y psicopatología: el papel de la investigación epidemiológica*”. En Buendía J. *Estrés y psicopatología*. Primera edición. Madrid, Pirámide, 1993: 220-242.

Depression in Women, ACOG Technical Bulletin # 182. USA, 1993 July.

de Visser RO, McDonnell EJ: ‘*That’s OK. He’s a guy*’: a mixed-methods study of gender double-standards for alcohol use. *Health Psychology* 2012; 27: 618-639.

Devane CL, Chiao E, Franklin M, Kruep EJ: *Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression*. *American Journal of Managed Care* 2005 Oct; 11(Suppl. 12): 344-353.

DGPNSD. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España EDADES 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2013 (disponible en <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm>)

Diehl A, Croissant B, Batra A, Mundle G, Nakovics H, Mann K: *Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men?* *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2007; 257: 344-351.

Dio Bleichmar E: *La depresión en la mujer*. España, 1999.

Douglas KM, Porter RJ: *Longitudinal assessment of neuropsychological function in major depression*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2009; 43: 1105-1117.

DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson S.A. Versión revisada, año 2000.

Durkheim E: *El suicidio*. Madrid, Akal, 1982.

Eagon PK: *Alcoholic liver injury: influence of gender and hormones*. World Journal of Gastroenterology 2010; 16: 1377-1384.

Echeburúa E, Bravo de Medina R, y Aizpiri JJ: *Alcoholism and personality disorders: An exploratory study*. Alcohol and Alcoholism 2005; 4: 323-326.

Echeburúa E, Salaberría K, Corral P, Cenea R y Berasategui T: *Treatment of mixed anxiety-depression disorder: Long-term outcome*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2006; 34: 95-101.

Ehlers CL, Gizer IR, Vieten C, Gilder A, Gilder DA, Stouffer GM, Lau P, Wilhelmsen KC: *Age at regular drinking, clinical course, and heritability of alcohol dependence in the San Francisco family study: a gender analysis*. The American Journal on Addictions 2010; 19: 101–110.

Elovainio M, Jokela M, Rosenström T et al: *Temperament and depressive symptoms: What is the direction of the association?* Journal of affective disorders 2014.

Erol A, Karpyak VM: *Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations*. Drug and alcohol dependence 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>

Ettorre EM: *Self-Help groups as an alternative to benzodiazepine use en Jonathan Gabe y Paul Williams, eds, Tranquillisers: social, psychological and clinical perspectives*. London, Tavistock, 1986.

Ettorre E: *Mujeres y alcohol. ¿Placer privado o problema público?* Madrid, Narcea, 1998.

Everitt BS: *Statistical Methods for Medical Investigations*. Second Edition. New Cork, Oxford University Press, 1994.

Farreras, Rozman. *Medicina Interna*. Décimoquinta edición. España, Elsevier, 2005; Volumen II: 1593-1595.

Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ: *Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression*. Archives of General Psychiatry 2009; 66: 260-266.

Fernández-Montalvo J y Echeburúa E: *Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE*. Journal of Personality Disorders 2004; 18: 500-505.

Fernández-Montalvo J y Echeburúa E: *Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio-piloto con el MCMI-II*. Psicothema 2006; 18: 453-458.

Fernández-Montalvo J, Landa N, López-Goñi JJ y Lorea I: *Personality disorders in alcoholics: A comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II*. Addictive Behaviors 2006; 31: 1442-1448.

Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG: *Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review*. Archives of Internal Medicine 2000; 160(13): 1977-1989.

First M, Gibbon M, Spitzer RL, William JBW, Benjamin L: *Structured Clinical Interview for DSM--IV Axis II Personality Disorders*. Washington, American Psychiatric Press 1997.

Flensborg-Madsen T, Mortensen EL, Knop J, Becker U, Sher L, Gronbaek M: *Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study*. Comprehensive Psychiatry 2009; 50: 307-314.

Foulds JA, Adamson SJ, Boden JM, Williman JA, Mulder RT: *Depression in patients with alcohol use disorders: Systematic review and meta- analysis of outcomes for independent and substance- induced disorders*. Journal of affective disorders 2015; 185: 47-59.

Frank E, Grochocinski V, Spanier C y cols: *Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression*. The Journal of Clinical Psychiatry 2000; 61: 51-57.

Fu S, Zhu F, Deng X, Shi X: *Alcohol intake induces diminished ovarian reserve in childbearing age women*. The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 2013; 39: 516-521.

Gabarrón E, Vidal JM, Haro JM, Boix I, Jover A, Arenas M: *Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria*. Atención Primaria 2002 Abril; 29 (6): 329-337.

Galán I, Álvarez J: “*Magnitud del problema*” En: Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1^a Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2008: 8-37. Disponible en:
www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf

Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL: *Patrones de consumo de alcohol en España: Un país en transición*. Revista Española de Salud Pública 2014 Julio-Agosto; 88, n°4: 529-540.

Gallant DM: *The female alcohol abuse: Vulnerability to multiple organ damage*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1990; 14: 260.

Galtung J: *Cultural violence*. Journal of Peace Research 1990; 27, n°3: 291-305.

García M: *Mujer, trabajo y salud*. Ábaco: Revista de cultura y ciencias sociales 1995; 6, n° 7: 59-68.

García M, Ramos MZ, Cabrera CM, Jiménez A: *Mujer y alcohol. La soledad acompañada*. Primera edición. España. Punto rojo libros 2016.

García-Rodríguez JA, López Sánchez C: *Medida de las actitudes en la prevención de las drogodependencias: el alcohol. Manual de estudios sobre alcohol*. Coordinadores: García-Rodríguez JA; López Sánchez C. EDAF. 2001.

Gili M, Castro A, Navarro C, Molina R, Magallón R, García-Toro M, Roca M: *Gender differences on functioning in depressive patients*. Journal of affective disorders 2014 May; 166: 292-296.

Goldstein RB, Dawson DA, Chou SP, Grant BF: *Sex differences in prevalence and comorbidity of alcohol and drug use disorders: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 2012; 73: 938-950.

Gómez Moya J: *El alcoholismo femenino: una perspectiva profesional*. Revista de Servicios Sociales y Política Social 2005; 72: 105-116.

González Guzman R, Alcalá Ramirez J: *Consumo de alcohol y salud pública*. Revista Facultad de Medicina UNAM Noviembre-Diciembre 2006; Vol 49 N 6: 238-241.

Grant BF, Goldstein RB, Chou SP et al: *Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Molecular psychiatry 2008; 14: 1051-1066.

Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS: *Epidemiology of DSM-V Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III*. JAMA Psychiatry (Epub ahead of print) 2015.

Grant VV, Stewart SH, Mohr CD: *Coping-anxiety and coping-depression motives predict different daily mood-drinking relationships*. Psychology Addictive Behaviors 2009; 23: 226-237.

Grupo de trabajo de alcohol de la semFYC Recomendaciones Alcohol. Publicaciones semFYC 2000.

Gual A: "Alcoholismo" En Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Sexta edición. Barcelona, Elsevier-Masson 2006: 599-613.

Guardia J, Becoña E, Flórez G, Bustos T: *Etiopatogenia: factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo*. Guía clínica Socidrogalcohol 2013 Julio; (3): 15-34.

Gutierrez-Fisac JL: *Indicadores de consumo de alcohol en España*. Medicina Clínica (Barcelona) 1995; 104: 544-550.

Hankin BL, Abramson LY: *Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory*. Psychological Bulletin 2001 Nov; 127(6): 773-796.

Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Hendriks SM, Licht CMM, Nolen WA, Penninx BWJH, Beekman ATF: *Recurrence of major depressive disorder across different treatment settings: results from the NESDA study*. Journal of Affective Disorders 2013; 147 (1-3), 225-231.

Harrison: *Principios de Medicina Interna*. Decimoquinta edición. Madrid. McGraw Hill 2001; Volumen II: 2992-3003.

Harrison: *Principios de Medicina Interna*. Decimosexta edición. Madrid. McGraw Hill 2006; Volumen II: 2811-2815.

Harris T y Brown G: *Social causes of depression*. Current Opinion in Psychiatry 1996; 9: 3-10.

Hasin DS, Grant BF: *Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence*. Archives of General Psychiatry 2002; 59 (9): 794-800. (<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.59.9.794>)

Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF: *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Archives of General Psychiatry 2007; 64: 830-842.

Hazell, Watson, Viney: *The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism*. Alcoholics Anonymous. Aylesbury, UK. 1963; 8.

Hazell, Watson, Viney: *Twelve steps and twelve traditions*. Alcoholics Anonymous. Séptima edición británica. Aylesbury, UK. 1974.

Hendershot CS, Stoner SA, Pantalone DW, Simoni JM: *Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2009; 52: 180-202.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi TBA, Kraus L: *The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries*. European School Survey Project On Alcohol And Other Drugs (ESPAD), Stockholm 2012.

Hilton J: *Race and Ethnicity in Fatal Motor Vehicle Traffic Crashes 1999–2004*. National Center for Statistics and Analysis, National Highway Traffic and Safety Administration, U.S. Department of Transportation; Washington DC. 2006: 34 (<http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/809956.PDF> [accessed 07/30/2010])

Holdcraft LC, Iacono WG: *Cohort effects on gender differences in alcohol dependence*. Addiction 2002; 97: 1025-1036.

Hunt SA, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Michie PT: *Systematic review of neurocognition in people with co-occurring alcohol misuse and depression*. Journal of affective disorders 2015; 179: 51-64.

Informe sobre el alcohol. Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Febrero 2007.

Jackson A, Cavanagh J and Scott J: *A systematic review of manic and depressive prodromes*. Journal of affective disorders 2003; 74: 209-217.

Jorgensen B, Dam H, Bolwing T: *The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review*. Acta Psychiatrica Scandinavica 1998; 98: 1-13.

Katon W, Von Korff M, Bush T, Ormel E: *Adequacy and duration of antidepressant treatment in Primary Care*. Medical Care 1992; 30 (1): 67-75.

Keitner G y Miller I: *Family functioning and major depression: an overview*. American Journal of Psychiatry 1990; 147: 1128-1137.

Kendell R: *"The classification of depression: A review of contemporary confusion"*. En Burrows G (dir.): Handbook of studies on depression. Excerpta Medica. Amsterdam 1977.

Kessler RC: *Epidemiology of women and depression*. Journal of Affective Disorders 2003; 74 (1): 5-13.

Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM: *Screening for serious mental illness in the general population*. Archives of General Psychiatry 2003 Feb; 60(2): 184-189.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS: *The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. Journal of the American Medical Association 2003; 289(3): 3095-3105.

Kessler R, Walters E y Forthofer M: *The social consequences of psychiatric disorders. III: probability of marital stability*. American Journal of Psychiatry 1998; 155: 1092-1096.

Keyes KM, Liu XC, Cerda M: *The role of race/ethnicity in alcohol-attributable injury in the United States*. Epidemiologic Reviews 2012; 34(1): 89-102. [PubMed: 21930592]

Kleber H, Chair MD y cols: *Treatment of patients with substance use disorders*. Second edition. Supplement to the American journal of psychiatry 2007 April; 164, 4: 61-70.

Kleber H, Weiss R, McIntyre J, Charles S y colaboradores: *Treatment of patients with substance use disorders, second edition*. Supplement to the American Journal of Psychiatry 2007 April; 164(4): 61-68.

Kleinbaum DG: *Logistic Regression. A self-Learning Text*. Statistics in the Health Sciences Series. New Cork. Springer-Verlag Inc. 1994.

Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E et al: *Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries*. International Journal of Epidemiology 2005; 34: 295-305.

Kuntsche E, Rehm J, Gmel G: *Characteristics of binge drinkers in Europe*. Social Science & Medicine 2004; 59: 113-127.

Lau-Barraco C, Skewes MC, Stasiewicz PR: *Gender differences in high-risk situations for drinking: are they mediated by depressive symptoms?* Addictive Behaviors 2009; 34: 68-74.

Lee S: *Femininity and domination*. New York and London. Routledge 1990: 83-98.

Levola J, Aalto M: *Screening for at-risk drinking in a population reporting symptoms of depression: A validation of the Audit, Audit- C and Audit-3*. Alcoholism: clinical and experimental research 2015 July; 39(7): 1186-1192.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H: *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet 2012; 380: 2224-2260. (doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8 [PMID: 23245609]).

Liu IC, Chiu CH, Yang TT: *The effects of gender and a co-occurring depressive disorder on neurocognitive functioning in patients with alcohol dependence*. Alcohol and Alcoholism 2010; 45 (3): 231-236.

Loeber S, Duka T, Welzel H, Nakovics H, Heinz A, Flor H, Mann K: *Impairment of cognitive abilities and decision making after chronic use of alcohol: the impact of multiple detoxifications*. Alcohol and Alcoholism 2009; 44 (4): 372-381.

López S, Rico N: “*Salud Mental y mujer. Su especificidad*”. En Ciencias Sociales y Medicina. Santiago, Ed. Universitaria 1992.

Lukes S: *Émile Durkheim. Su vida y su obra*. Madrid. Siglo XXI de España Editores. 1984: 183.

Luo X, Kranzler HR, Zuo L, Wang S, Blumberg HP, Gelernter J et al: *CHRM2 gene predisposes to alcohol dependence, drug dependence and affective disorders: results from an extended case-control structured association study*. Human Molecular Genetics 2005; 14: 2421-2434.

Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S et al: *Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries*. International Journal of Epidemiology 2003; 32: 830-837.

Marín M, Ponce G, Rubio G. *Alcoholismo: Síndrome de dependencia y trastornos por uso de alcohol*. Medicine 2011; 10(86).

Marmorstein NR: *Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: early adolescence through early adulthood*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2009; 33: 49-59.

Martín-López LM, Oller S, Duñó L, San Emeterio L, Fernández M, Bulbena A: *Guías y algoritmos clínicos de tratamiento de la depresión en atención primaria: ¿son todos iguales?* Semergen. 2010; 37(2): 54-60.

Martín Zurro A, Gené Badia J, Subías Loren P: “*Actividades preventivas y de promoción de la salud*”. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Quinta edición. España. Elsevier 2003; Volumen I: 535-551.

Martínez M, Rubio G: *Marcadores biológicos del alcoholismo*. En G. Rubio Valladolid & J. Santo-Domingo Carrasco (Eds.), Curso de Especialización en Alcoholismo 2000.

Martínez Quintana, V: *El absentismo: un indicador de salud laboral*. Ábaco: Revista de Cultura y Ciencias Sociales, segunda época 1995; nº 6 y 7: 69-93.

Marwaha S, He Z, Broome M, et al: *How is affective instability defined and measured? A systematic review*. Psychological medicine 2014; 44: 1793-1808.

Marwaha S, Parsons N and Broome M: *Mood instability, mental illness and suicidal ideas: results from a household survey*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2013a: 1-7.

Marwaha S, Parsons N, Flanagan S, et al: *The prevalence and clinical associations of mood instability in adults living in England: results from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007*. Psychiatry research 2013b, 205: 262-268.

McCrary B, Rodríguez Villarino R, y Otero-López JM: *Los problemas de bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid. Pirámide 1998.

McEachin RC, Keller BJ, Saunders EF, McInnis MG: *Modeling gene-by-environment interaction in comorbid depression with alcohol use disorders via an integrated bioinformatics approach*. BioData Mining 2008; 1: 2.

Méndez MA, Muñoz M, Sevilla L: *Enfermería ante la depresión*. Boletín de Enfermería de Atención Primaria 2006; 3, nº6.

Miller J and Pilkonis P: *Neuroticism and affective instability: the same or different?* American Journal of Psychiatry 2006; 163: 839-845.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011. Disponible en:
[/www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm)

Montero I: *“Factores de riesgo de depresión en las mujeres”*. En Leal C. Trastornos depresivos en la mujer. Barcelona. Masson 1999.

Montesó MP: *La depresión en las mujeres. Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género*. Primera edición. Tarragona. Arola 2015.

Monti JM: *Serotonin control of sleep-wake behavior*. Sleep Medicine Reviews 2011; 15: 269-281.

Moral MV, Rodríguez Díaz FJ, y Sirvent C: *Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas*. Psicothema 2006; 18: 52-58.

Mulia N, Ye Y, Greenfield TK, Zemore SE: *Disparities in alcohol-related problems among white, black, and Hispanic Americans*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2009; 33(4): 654-662. [PubMed: 19183131]

Nolen-Hoeksema S: *Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems*. Clinical Psychology Review 2004; 24: 981-1010.

Nolen-Hoeksema S, Hilt L: *Possible contributors to the gender differences in alcohol use and problems*. Journal of General Psychology 2006; 133: 357-374.

Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C: *Explaining the gender difference in depressive symptoms*. Journal of Personality and Social Psychology 1999; 77(5): 1061-1072.

Nurnberger JI, Foroud T, Flury L, Su J, Meyer ET, Hu K, Crowe R, Edenberg H, Goate A, Bierut L, Reich T, Schuckit M, Reich W: *Evidence for a Locus on chromosome 1 that influences vulnerability to alcoholism and affective disorder*. The American Journal of Psychiatry 2001 May; 158 (5): 718-724.

Ocio S, Hernández M: *Manual de la urgencia psiquiátrica en Atención Primaria*. TCC SA. 2007.

Pacini M, Maremmani I, Vitali M, et al: *Affective temperaments in alcoholic patients*. Alcohol 2009; 43: 397-404.

Pampallona S, Boccini P, Tibaldi G y cols: *Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. A systematic review*. Archives of General Psychiatry 2004; 61: 714-719.

Pancoast DL, Parker P, Froland C: *Rediscovering self- help: Its role in social care*. Beverly Hills, CA. Sage Publications 1983.

Parker G, Brotchie H: *Gender differences in depression*. International Review of Psychiatry 2010; 22 (5): 429-436.

Parker G: *“Diagnosis, classification, and differential diagnosis of the mood disorders”*. En Gelder MG, López-Ibor JJ (Jr.), Andreasen NC (eds.). New Oxford Textbook of Psychiatry Vol I-II. Oxford. Oxford University Press 2000: 688-695.

Pastor FP, Pérez-Martorell B, Monzonis Y: *Coste-efectividad de la intervención en los problemas relacionados con el alcohol. Alcoholismo: Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol.* Saned 2013; 267-290.

Pedersen SL, McCarthy DM: *Differences in acute response to alcohol between African Americans and European Americans.* Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2013; 37(6): 1056-1063. [PubMed: 23398190]

Pereiro C, Villabí JR, Gurrea A, Luna A: *Epidemiología del consumo de alcohol.* Guía clínica Socidroalcohol 2013 Julio; (2): 9-14.

Pérez- Milena A, Redondo-Olmedilla MD, Martínez- Fernández ML, Jiménez-Pulido I, Mesa-Gallardo I, Leal-Helmling FJ: *Cambios en el consumo alcohólico de riesgo en población adolescente en la última década (2004-2013): una aproximación cuantitativa.* Atención Primaria 2017.

Petrakis IL, Limoncelli D, Gueorguieva R, Jatlow P, Boutros N, Trevisan L, Gelernter J, Krystal J: *Altered NMDA glutamate receptor antagonist response in individuals with a family vulnerability to alcoholism.* The American Journal of Psychiatry 2004 October; 161 (10): 1776-1782.

Pettinati HM: *Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target.* The American Journal of Psychiatry 2013; 170 (1): 23-30. (<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010112>)

Piccinelli M, Wilkinson G: *Gender differences in depression. Critical review.* British Journal of Psychiatry 2000; 177: 486-492.

Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* 2009. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: www.pnsd.msc.es/en/Categoria2/observa/pdf/EDADES_2009.pdf

Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. Disponible en: www.pnsd.msc.es/en/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf

P. O'Brien C: *The Mosaic of Addiction*. The American Journal of Psychiatry 2004 October; 161 (10): 1741-1742.

Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R: *Depression, gender and the treatment gap in Mexico*. Journal of Affective Disorders 2012; 138: 165-169.

Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kessler CT, Schatzberg AF: *Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders*. British Journal of Psychiatry 1998; 173(Suppl. 34): 24-28.

Rehm J, Samokhvalov AV, Neuman MG, Room R, Parry CD, Lönnroth K et al: *The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review*. BMC Public Health 2009; 9: 450. (doi: 10.1186/1471-2458-9-450).

Rehm J, Rehm MX, Shield KD, Gmel G, Gual A: *Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence*. Adicciones 2013; 25: 11-18.

Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, Roerecke M: *Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis*. Drug and Alcohol Review 2010; 29: 437-445.

Rehm L, Room M, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N et al: "Alcohol use". En Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. Comparative quantification of health risk: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva. World Health Organization 2004: 959-1109.

Restrepo H et al: *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Primera edición. Colombia. Ed Médica Internacional 2001: 24-26.

Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, Comas A: *Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care*. Journal of Affective Disorders 2009; 119 (1-3): 52-58.

Rodríguez-Martos A: *Casos clínicos. Intervención breve en un bebedor de riesgo desde la atención primaria de salud*. Trastornos adictivos 2005; 7(4): 197-210.

Rodriguez-Martos A, Gual A, Llopis Llacer J: *La unidad de bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas*. Medicina Clínica (Barcelona) 1999; 112: 446-450.

Rohan KJ, Lindsey KT, Roecklein KA, Lacy TJ: *Cognitive-behavioral therapy, light therapy and their combination in treating seasonal affective disorder*. Journal of Affective Disorders 2004; 80: 273-283.

Room R: *Internacional control of alcohol: alternative paths forward*. Drug and Alcohol Review 2006; 25(6): 581-595.

Room R, Makela K: *Typologies of the cultural position of drinking*. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 2000; 61: 475-483.

Sacks JJ, Roeber J, Bouchery EE, Gonzales K, Chaloupka FJ, Brewer R. *State costs of excessive alcohol consumption, 2006*. American Journal of Preventive Medicine 2013; 45: 474-485.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M: *Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II*. Addiction 1993; 88(6): 791-804.

Schuckit MA: *Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions*. Addiction 2006; 101: 76-88. (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01592.x>)

Scott DM, Taylor RE: *Health-related effects of genetic variations of alcohol metabolizing enzymes in African Americans*. Alcohol Research and Health 2007; 30(1): 18-21.

Scott J: *Cognitive therapy of affective disorders: a review*. Journal of Affective Disorders 1996; 37: 1-11.

Secades R y Fernández-Hermida JR: *Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína*. Psicothema 2001; 13: 365-380.

Secades R y Fernández-Hermida JR: “*Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína*”. En Pérez M, Fernández-Hermida JR, Fernández C e Amigo I (eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid. Pirámide 2003: 107-132.

Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, Demyttenaere K, De Girolamo G, Haro JM, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Medina Mora ME, Ono Y, Ormel J, Pennell B, Posada-Villa J, Sampson NA, Williams D, Kessler RC: *Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. Archives of General Psychiatry 2009; 66 (7): 785-795.

Segura García L, Gual Solé A, Mestre OM, Bueno Belmonte A, Colom Farran J: *Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña*. Atención Primaria 2006; 37 (9): 484-490.

Shield KD, Rylett M, Gmel G, Gmel G, KehoeChan TA, et al. *Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005- a contribution to the Comparative Risk Assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study*. Addiction 2013; 108: 912-922.

Silverstein B, Edwards T, Gamma A, Ajdacic-Gross V, Rossler W, Angst J: *The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2013; 48 (2): 257-263.

Silverstone T y Romans S: *Bipolar affective disorder: Causes and prevention of relapse*. British Journal of Psychiatry 1989; 154: 321-335.

Sinyor M, Schaffer A and Levitt A: *The sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D) trial: a review*. Canadian Journal of Psychiatry 2010; 55: 126-135.

Sjoholm LK, Kovanen L, Saarikoski ST, Schalling M, Lavebratt C, Partonen T: *CLOCK is suggested to associate with comorbid alcohol use and depressive disorders*. Journal of Circadian Rhythms 2010; 8: 1.

Skipko: *Alexithimia and somatization*. Psychotherapy and Psychosomatics 1982; 37 (4): 193-201.

Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DH: *Neurocognitive impairment in euthymic young adults with bipolar spectrum disorder and recurrent major depressive disorder*. Bipolar Disorders 2006; 8 (1): 40-46.

Soler-Vila H, Galan I, Valencia-Martin JL, Leon-Munoz LM, Guallar-Castillon P et al: *Binge Drinking in Spain, 2008-2010*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2013.

Stavro K, Pelletier J, Potvin S: *Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis*. Addiction Biology 2013; 18 (2): 203-213. (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x>.)

St John PD, Montgomery PR, Tyas SL: *Alcohol misuse, gender and depressive symptoms in community-dwelling seniors*. International Journal of Geriatric Psychiatry 2009; 24: 369-375.

- Talarn A: *Globalización y salud mental*. Barcelona. Herder Editorial 2007: 197-198.
- Tezanos JF. *Tendencias sociales de nuestra época. Los impactos de la revolución tecnológica*. Lección inaugural del curso 2002-2003, 8 de Octubre de 2002. Madrid. UNED. 2002.
- Thase M: *Psychotherapy and psychological assessment*. Current Opinion in Psychiatry 1997; 10: 486-493.
- Topiwala A, Allan CL, Valkanova V, Zsoldos E, Filippini N, Sexton C, Mahmood A, Fooks P, Singh-Manoux A, Mackay CE, Kivimaki M, Ebmeier KP: *Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study*. BMJ 2017; 357: 2353.
- Trillo AD, Merchant RC, Baird JR, Liu T, Nirenberg TD: *Sex differences in alcohol misuse and estimated blood alcohol concentrations among emergency department patients: implications for brief interventions*. Academic Emergency Medicine 2012; 19: 924-933.
- Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV: *Gene-environment interactions in mental disorders*. World Psychiatry 2004 June; 3(2): 73-83.
- Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F: *Binge drinking in Madrid, Spain*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2007; 31: 1723-1730.
- Vallejo J, Catalán R, Gastó C y cols: *Predictors of antidepressant treatment outcome in melancholia: psychosocial clinical and biological indicators*. Journal of Affective Disorders 1991; 21: 151-162.
- Vallejo J: *“Depresión atípica”*. En Vallejo J y Gastó C (dirs.). Trastornos afectivos. Ansiedad y depresión. Barcelona. Salvat Editores 1990.
- Vallejo Ruiloba J: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Octava edición. Barcelona. Masson 2015: 366-384.

Vallejo Ruiloba J: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Sexta edición. Barcelona. Masson 2006: 485-512, 599-614.

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C: *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona. Ars Médica 2005; Volumen I: 750-771.

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C: *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona. Ars Médica 2005; Volumen II.

Valls C: *La salud de las mujeres: de la invisibilidad a la medicalización*. Mujeres y salud 2005.

Varela A, Pritchard ME: *Peer influence: use of alcohol, tobacco, and prescription medications*. Journal of American College Health 2011; 59: 751-756.

Vederhus JK: *Mind the gap-a European viewpoint on Alcoholics Anonymous*. Addiction 2017 June; 112 (6): 937-938.

Vieta E, Gastó C. *Trastornos bipolares*. Springer, Barcelona 1997.

Wang JC, Hinrichs AL, Stock H, Budde J, Allen R, Bertelsen S et al: *Evidence of common and specific genetic effects: association of the muscarinic acetylcholine receptor M2 (CHRM2) gene with alcohol dependence and major depressive syndrome*. Human Molecular Genetics 2004; 13: 1903-1911.

Wang K, White JM, Biello KB, O' Cleirigh C, Mayer KH, Rosenberger JG, Novak DS, Mimiaga MJ: *The role of distress intolerance in the relationship between childhood sexual abuse and problematic alcohol use among Latin American MSM*. Drug and alcohol dependence 2017; 175: 151-156.

Whitlock EP, Orleans CT, Pender N y cols: *Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence- based approach*. American Journal of Preventive Medicine 2002; 22: 267-284.

WHO, 2014. *Global Status Report on Alcohol and Health*. WHO, Geneva. 2014: 1-58.

WHOSIS. *WHO Statistical Information System*. 2003. Disponible en: <http://www.who.int/whosis>.

Wingenfeld K, Spitzer C, Rullkötter N, et al: *Borderline personality disorder: hypothalamus pituitary adrenal axis and findings from neuroimaging studies*. *Psychoneuroendocrinology* 2010; 35: 154-170.

Witbrodt J, Mulia N, Zeng SE, Kerr WC: *Racial/Ethnic disparities in alcohol-related problems: Differences by gender and level of heavy drinking*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2014 June; 38 (6): 1662-1670.

World Health Organization. *Global NCD Action plan 2013-2020*. Geneva 2013. (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan2013.pdf?ua=1).

World Health Organization. *The global status report on alcohol and health 2011*. Geneva 2011. (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/).

Wu L, Ringwalt CL: *Alcohol dependence and use of treatment services among women in the community*. *The American Journal of Psychiatry* 2004 October; 161 (10): 1790-1797.

Yoon YH, Yi HY: *Liver Cirrhosis Mortality in the United States, 1970–2004* [Surveillance Report #79]. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Arlington, VA. 2007.

Zywiak WH, Stout RL, Trefry WB, Glasser I, Connors GJ, Maisto SA, Westerberg VS: *Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity*. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2006; 30: 349-353.