



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

"Estudio de prevalencia de depresión en pacientes con dependencia de alcohol en usuarios de UNITRA."

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Julio-Agosto 2018.

*Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas
Prof. Dra. Sandra Romano*

Ciclo de Metodología Científica II - año 2018

Nº de grupo: 66

Integrantes:

Br. Gastelú, Leandro.

Br. González, Daniela.

Br. Laporte, Manuela.

Br. Lecchini, Pierina.

Br. Peñalva, M^a Fernanda.

Br. Reyes, Agustín.

Orientadores:

Prof. Agdo. Dr. Pablo Fielitz

Prof. Adj. Dra. Gabriela López Rega

Prof. Adj. Dra. Lía Redes

ÍNDICE

RESUMEN. PALABRAS CLAVES.....	Pág. 2
INTRODUCCIÓN.....	Pág. 2
MARCO TEÓRICO.....	Pág. 4
OBJETIVOS.....	Pág. 12
METODOLOGÍA.....	Pág. 13
RECURSOS NECESARIOS.....	Pág. 15
NORMAS ÉTICAS.....	Pág. 15
RESULTADOS.....	Pág. 16
DISCUSIÓN.....	Pág. 21
CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS.....	Pág. 23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 24
AGRADECIMIENTOS.....	Pág. 26
ANEXOS.....	Pág. 27

RESUMEN

El alcoholismo es un problema de salud pública en continua expansión hacia sectores tradicionalmente no consumidores, que asociado a la depresión conlleva a mayores riesgos para la salud tanto físico como mental. Objetivo: determinar la prevalencia de depresión en pacientes con dependencia de alcohol en usuarios de la Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol (UNITRA), en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela en el periodo julio – agosto 2018. Métodos y materiales: se implementó un estudio transversal de encuestas, se realizó en un total de 30-50 pacientes, donde se tomaron en cuenta variables relacionadas al alcohol y depresión, y respecto a datos sociodemográficos. Las variables cualitativas fueron analizadas usando el Modelo de Chi-cuadrado (X^2) y las cuantitativas por el modelo Test de Student (test de T). Las encuestas fueron aplicadas en dos grupos (psicoterapéutica inicial y de mantenimiento) incluyendo los test de Hamilton y AUDIT. Resultados y discusión: al comparar el consumo de alcohol con la presencia de depresión mediante el test de Chi cuadrado, se obtuvo que no hay asociación entre dichas variables ya que el valor p no fue significativo. Conclusiones: el objetivo general del trabajo fue parcialmente alcanzado determinando que un 39% de la población de la UNITRA presenta depresión. Con el término parcialmente se refiere a que la investigación se encuentra sesgada principalmente por el “n” pequeño.

Palabras claves: alcoholismo, depresión, UNITRA.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es un problema de salud pública en continua expansión hacia sectores tradicionalmente no consumidores, siendo considerado prioridad de intervención en la actual gestión de gobierno de la República Oriental del Uruguay. Según datos de la Junta Nacional de Drogas (JND) del año 2014, 261.000 uruguayos de entre 15 y 64 años presentan uso problemático de alcohol.¹ El 23% de los uruguayos consumidores de alcohol presentan uso problemático del mismo. El uso problemático de alcohol refiere a cualquier tipo de uso que incide negativamente en una o más de las siguientes áreas: salud física o mental, relaciones sociales y problemas con la ley.

En este contexto se crea en Uruguay: La Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol dependiente de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR), integrada por un equipo interdisciplinario conformado por médicos psiquiatras e internistas, psicólogos, licenciados en trabajo social y enfermería. Funciona desde marzo de 2013 y es el único servicio en el país – público o privado- destinado exclusivamente al tratamiento específico de los pacientes alcoholistas, ubicado en el ala este del primer piso del Hospital de Clínicas.²

Como comorbilidades principales aparejadas al consumo problemático de alcohol se encuentran los trastornos depresivos, de ansiedad y de personalidad.

Dentro de los trastornos de humor, el trastorno depresivo mayor es el más frecuente y su incidencia va en aumento. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre".³

Esta patología puede derivar a intentos de autoeliminación, conductas agresivas, parasuicidas y suicidas, conllevando riesgos propios y de terceros; surgiendo también aumento o interés en el consumo de alcohol.

En la mayoría de los casos el consumo de alcohol podría ser visto como una estrategia de automedicación para aliviar el malestar emocional. Dicho lo anterior es importante abordar en forma simultánea ambas problemáticas para lograr un tratamiento eficaz.

Al ser el alcohol la droga más consumida y socialmente aceptada por los uruguayos, y la depresión un problema creciente y frecuentemente asociada a dicho consumo, se considera de importancia el conocimiento de su prevalencia.

Se justifica la realización de este estudio dado que es de interés estudiar la relación alcohol y depresión en nuestro país utilizando como población objetivo los usuarios de UNITRA ya que aquí aún no se ha estudiado dicha prevalencia. Es importante la determinación de la misma porque como vimos ambas patologías de forma individual o asociadas conllevan riesgos para la salud.

Bajo el supuesto de que los resultados demuestren que existe asociación entre la dependencia de alcohol y depresión, los beneficiarios últimos serán los pacientes, debido que a la hora de realizar la evaluación de consumo problemático de alcohol también se evaluará la presencia de síntomas depresivos. De ser detectados se les brindará la ayuda correspondiente.

Los resultados obtenidos de esta investigación se encontrarán en la Cátedra de Psiquiatría del Hospital de Clínicas a disposición de estudiantes y docentes para que puedan dar uso productivo de los mismos.

Como futuros profesionales de la salud es nuestro deber reconocer tempranamente los riesgos que suponen la asociación de depresión en un paciente con uso problemático de alcohol.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la temática de estudio:

En la Institución Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de México, se realizó en febrero – 2012 un estudio "Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura", por los autores González, A., Juárez, F., Solís, C., González, C., Giménez, A., Medina, M., Fernández, H.⁴ Tuvieron como objetivo analizar las diferencias que existen respecto a la depresión en cuatro grupos de adolescentes (consumidores de alcohol, consumidores de tabaco, no consumidores de alcohol ni de tabaco, consumidores de alcohol y de tabaco). Los datos obtenidos revelaron que ha habido una tendencia a la homogeneidad de consumo tanto de alcohol como de tabaco por parte de hombres y mujeres. También que el consumo de alcohol implica más riesgo de presentar sintomatología depresiva que aquellos que presentan el hábito tabáquico, potenciándose con la asociación de ambos. Otro dato relevante fue que la mujer presentó mayor sintomatología depresiva que los hombres. En lo que refiere al nivel educativo se vio que el grupo de nivel superior obtuvo promedios más elevados de sintomatología depresiva. Como posible solución al problema se propuso estrategias para estudiar la depresión y el consumo de drogas en conjunto creando así intervenciones mejor sustentadas y específicas que resultarían más costo–efectivas, ya que la asociación de estas problemáticas es uno de los principales retos para las instituciones académicas y de salud.

Continuando con los antecedentes, en el Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia en año 2012 se llevó a cabo un estudio transversal analítico titulado "Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012" por los autores Segura, A., Cardona, D., Segura, A., y Garzón, M.⁵ con el objetivo de explorar la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores del departamento de Antioquia en el año 2012. A partir de los resultados se concluyó que el riesgo de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica de su padecimiento. Existen ciertos aspectos que aumentan la probabilidad de padecer síntomas depresivos tales como ser mayor de 90 años, vivir solo, tener bajo nivel educativo, baja puntuación en la calidad de vida, contar con pocos recursos sociales, ser mujer y presentar dependencia para la realización de las actividades cotidianas. La prevalencia de depresión en mujeres es aproximadamente el doble de la observada en los hombres. Con respecto a la autonomía del adulto mayor, este estudio encontró que la mayor prevalencia de riesgo de depresión estuvo asociada con la dependencia para realizar las actividades diarias, lo que lleva a la sensación de vulnerabilidad, malestar y frustración.

Otro estudio de interés fue el realizado en noviembre-diciembre del año 2015, en el Centro de Atención Psicosocial en Alcohol y otras Drogas de la ciudad de São Paulo, sobre "Uso de drogas, salud mental y problemas relacionados con el crimen y la violencia: estudio transversal" a cargo de Garcia, H., Ferreira, M., Titus, J., Lopes, F., Hayasi, P., Ribeiro, R.⁶ El objetivo del presente fue investigar la correlación entre los trastornos relacionados con el uso de alcohol y otras drogas y los síntomas de trastornos mentales, problemas relacionados con el crimen y la violencia, a la edad y al género. Los autores concluyeron que hay correlación entre la gravedad de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y la severidad de los síntomas de salud mental y con el crimen y la violencia en la muestra estudiada; por tanto, los resultados enfatizan la necesidad de un carácter interdisciplinario e intersectorial de atención al usuario de alcohol y otras drogas, ya que viven en un ambiente de vulnerabilidad social.

Como último antecedente a mencionar referente al estudio de ambas patologías es el estudio "Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence", publicado en Abril – 2018, por los autores Agabio, R., Trogu, E., Pani, PP.⁷ En éste se estudió los efectos de los antidepresivos para el tratamiento de los pacientes con depresión y dependencia de alcohol. Dentro de los resultados obtenidos se vio que frente a la administración de antidepresivos hubo cierta reducción del consumo de alcohol evaluado como el número de participantes abstinentes durante el tratamiento y el número de bebidas que consumían a diario. Así mismo, se concluyó que existe evidencia de baja calidad que sustenta el uso de antidepresivos en aquellas personas que padecen depresión y dependencia de alcohol, viéndose que estos medicamentos tienen efectos positivos relevantes ante estas patologías asociadas.

¿Qué es el alcoholismo, y qué es la depresión?

"Tradicionalmente se ha considerado que los síntomas depresivos llevan a los sujetos a beber alcohol en un intento de automedicación. Pero también los dependientes del alcohol pueden experimentar síntomas depresivos como consecuencia de su consumo. De hecho, hay estudios que demuestran que el alcohol produce sintomatología depresiva más que su alivio."⁸

ALCOHOLISMO

Según el informe final sobre "Incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito en el Uruguay: generación de un sistema de información permanente" del año 2007: "Entre los siniestros fatales ocurre un salto en la incidencia del alcohol-consistente con la experiencia internacional- llegando a un total de 6 siniestros fatales entre 16 casos totales".⁹ De lo anterior se deduce que hay un paralelismo entre el consumo de esta droga y los siniestros de tránsitos fatales.

El impacto social del consumo del alcohol y su repercusión social con respecto a la violencia, delitos, accidentes de tránsito, accidentes y ausentismos laborales, disgregación familiar y marginalidad lo elevan como un importante dilema social.

Según la OMS en su reporte global sobre alcohol y salud del año 2011 revela: "el consumo de alcohol causa la muerte de 2,5 millones de personas al año, tiene un papel causal significativo en la incidencia de 60 tipos diferentes de enfermedades y causa daños al bienestar y la salud de las personas de convivencia del usuario".¹⁰

Según el estudio sobre "El costo de los problemas causados por el abuso del alcohol" informó que: "las consecuencias del uso indebido de alcohol y drogas van más allá de las relacionadas con el daño a la salud de los individuos abusadores, existiendo consecuencias de impacto público, así como también pérdida de productividad que esta misma sociedad sufre como consecuencia de las lesiones en la salud de las personas afectadas por este problema".¹¹

Por este motivo es necesario abordar a los usuarios de alcohol y drogas desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico de forma temprana, ahorrando costes económicos y legales.

Según la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, informe de diciembre de 2014, nueve de cada diez personas entre 15 y 65 años han probado alcohol alguna vez en la vida y siete de cada diez lo ha consumido en los últimos 12 meses. El consumo habitual es declarado por más de la mitad de las personas (52,1%). Uno de cada cinco consumidores de alcohol del último año presenta uso problemático de alcohol, ya sea por abusos por ingesta puntuales, habituales o por notorios signos de dependencia o uso nocivo. En términos absolutos esto representa a 261.000 personas. Siendo los hombres más afectados que las mujeres en todos los grupos (dependencia, abuso sostenido, abuso agudo, conducta de riesgo) y para todas las edades.¹

Otros datos aportados por la encuesta fueron: en el año 2011 el consumo de alcohol mostró un leve descenso, pero aún continúa siendo la sustancia de mayor consumo y la que causa la mayor proporción de consumo problemático. Ha habido un cambio en la iniciación de consumo de alcohol: la edad de inicio tiene un marcado descenso desde las personas más adultas a los más jóvenes.¹

Es de suma importancia destacar que los pacientes alcoholistas tienen una expectativa de vida de 10 a 15 años menor que la población general; siendo la patología cardiovascular y oncológica las principales causas de muerte.

El alcohol trae consigo aparejadas comorbilidades tales como trastornos depresivos, de ansiedad y de personalidad. En la mayoría de los casos el consumo de alcohol podría ser visto

como una estrategia de automedicación para aliviar el malestar emocional. El trastorno de ansiedad social (fobia social) es otra afección que aumenta el riesgo de consumo problemático de alcohol, esto se debe a que el mismo actúa como desinhibidor favoreciendo que disminuya la ansiedad social y de esta forma facilita la comunicación y promueve la interacción social. Por otro lado, el consumo problemático de alcohol por sí mismo puede provocar sintomatología depresiva.

Existen dos organizaciones dedicadas a la asistencia de esta patología, jugando un rol social primordial, estas son: la organización de Alcohólicos Anónimos (AA) y grupos para familiares de alcoholistas (AI-Anon). El papel que cumple AA ha sido invaluable, ofreciendo a miles de uruguayos una opción de tratamiento sin costo.

En el país la asistencia para los pacientes alcoholistas se encontraba desorganizada y fragmentada en el sistema de salud, careciendo de un enfoque interdisciplinario, hasta la formación de UNITRA.

UNITRA, es el servicio principal del país especializado en el tratamiento de personas con trastornos por el consumo de alcohol. Esta fue inaugurada el 12 de noviembre del 2013. La unidad está a cargo de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la UDELAR localizada en el primer piso del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. En ella se dedican a prestar atención a usuarios de ASSE, mayores de 15 años, mediante la asistencia semanal a un grupo terapéutico, reunión de grupo de referentes (familiares, cuidadores del Mides, amigos), internación para desintoxicación en casos seleccionados con eventual internación en Comunidad Terapéutica (Izcali) e intervención terapéutica individual y grupal.¹²

Los pacientes para poder ingresar al servicio deben solicitar fecha y hora. Esto lo pueden hacer por sus propios medios o derivados de otros servicios o centros de salud, MIDES o por medio del dispositivo Ciudadela.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

1. Presencia de abuso o dependencia a otras sustancias psicoactivas asociadas al trastorno por consumo de alcohol.
2. Pacientes con sobredosis de alcohol que requieran asistencia médica de tercer nivel (el ingreso al servicio se difiere, una vez otorgada el alta médica del paciente)
3. Pacientes que por su patología psiquiátrica asociada impliquen en el momento un riesgo importante para sí o para los demás (se difiere el ingreso para luego de compensado el paciente en un servicio de psiquiatría especializado)
4. Pacientes que no les corresponda la asistencia por ASSE.

Durante el primer año de trabajo de la UNITRA, se hizo evidente que la detección de la presencia de comorbilidades psiquiátricas en los pacientes que se encontraban en tratamiento, era clave para lograr resultados positivos en el mismo.

Si bien el lograr una abstinencia sostenida mediante la prevención de recaídas y técnicas de manejo del stress son fundamentales, el tema central es la elaboración por parte del paciente de un Proyecto de Vida Saludable, donde la abstinencia constituye sin duda alguna un elemento capital y necesario, pero no el único.¹³

Retomando con la problemática referida al consumo de alcohol: ¿A partir de que cantidades de bebida alcohólica decimos que estamos frente a un uso problemático? Ésta, es una interrogante que aún no tiene una respuesta definida, algunos autores plantean que un consumo diario mayor a 40 gramos en el hombre y 20 gramos en la mujer ya podría ser problemático, actualmente es la respuesta más aceptada.

El prototipo de usuario problemático de alcohol desde décadas es el hombre mayor a 40 años consumidor diario de alcohol. En los últimos años se le han sumado otros grupos de usuarios problemáticos con modalidades de consumo diferente como ya se ha dicho.

Si se habla de alcoholismo, existen dos conceptos fundamentales los cuales son el "craving", deseo intenso de consumir alcohol, y el "priming", incapacidad de frenar el consumo una vez que se inició.

Dentro de las diferentes formas de evaluar el impacto que el consumo de alcohol está teniendo sobre una persona existen diferentes escalas, cuestionarios de Cage, AUDIT y ASSIST. Así como también será importante solicitar determinada paraclínica para valorar las repercusiones biológicas (cardiovasculares, hepáticas, pancreáticas, neoplásicas).

El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) se utiliza para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. Fue creado por la OMS como un método de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo para que puedan evitar las consecuencias perjudiciales del mismo. También ayuda a identificar la dependencia de alcohol y ciertas consecuencias específicas del consumo perjudicial. Ha sido diseñado para ser utilizado por personal sanitario, si bien con las instrucciones adecuadas puede ser auto-administrado o utilizado por profesionales no sanitarios como por ejemplo por los investigadores del alcohol.¹⁹

Otras de las complicaciones de la progresión del consumo de alcohol son aquellas derivadas de la abstinencia, estos experimentan síntomas físicos y psíquicos si se suspenden o disminuye significativamente el consumo en forma abrupta. Dicho lo anterior es importante evitar dichos síntomas con inicio precoz de tratamiento.

La abstinencia alcohólica puede dar sintomatología no complicada (primeras 12 a 48 horas) siendo los síntomas principales el temblor distal de manos, flapping, insomnio, ansiedad, inquietud motora, malestar abdominal, sudoración, aumento de la presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura corporal; o bien dar sintomatología complicada como convulsiones o la progresión hacia el delirium. La mortalidad de este cuadro llega a un 10% de los pacientes por el grave desequilibrio hidroelectrolítico que se produce.

Una variante de la confusión mental en los alcoholistas es la encefalopatía de Wernicke por déficit de vitamina B1, que agrega parálisis oculomotora y ataxia; si no se corrige queda como secuela la Enfermedad de Korsakoff.

¿Cómo se aborda esta problemática?

El tratamiento de la dependencia de alcohol tiene tres pilares: farmacológico, psicoterapéutico y social. Es importante la participación de diferentes disciplinas, dado que una sola no tiene todas las respuestas para el problema.

El tratamiento primero es de la abstinencia, ya sea en forma preventiva o sintomática, luego una vez el paciente estable se prosigue con el tratamiento de mantenimiento y la prevención de las recaídas.

Dentro de lo farmacológico se incluye la sertalina y otros ISRS, naltrexona, tiapridal, topiramato, aripirazol, acamprosato, disulfiram. En el caso de existir polineuropatía alcohólica se debe prolongar por meses el tratamiento con vitaminas B1, B6, B12 y ácido nicotínico.

El tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual puede ser abordado de forma individual, grupal o ambas. Es de suma importancia trabajar con la familia y referentes para lograr los objetivos terapéuticos.

Por último, el tratamiento social más conocido y al que más se acude es Alcohólicos Anónimos (AA).

Alcohólicos Anónimos es una estrategia de autoayuda, siendo pionero en el desarrollo de los "grupos de doce pasos", cumpliendo un rol fundamental a nivel mundial y nacional en el tratamiento de la dependencia de alcohol.

DEPRESIÓN:

Según la OMS, informe 2018, "la depresión es una enfermedad frecuente y se estima que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo. Esta patología es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Más de la mitad de los afectados no recibe tratamiento debido a la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Se estima que para el año 2020 serán la segunda causa de morbilidad en el mundo." ³

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos y psicosociales. Hay ciertas situaciones que promueven su desarrollo: desempleo, duelo, experiencias traumáticas. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. La misma puede influir negativamente sobre la salud física de la persona así también su prevalencia se puede relacionar con una moderada tasa de suicidio.¹⁴

Investigaciones epidemiológicas muestran que los trastornos mentales son la principal causa de más del 10% de los años perdidos de vida saludable y más del 30% del total de años vividos con discapacidad, trastornos de alta prevalencia, y en la gran mayoría, de naturaleza crónica. Las bajas tasas de reconocimiento de casos y el tratamiento eficaz agravan el problema, especialmente en los países pobres o en desarrollo.^{14, 15}

Las Guías de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas elaboradas por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Mental, nombran cuatro grupos de factores de riesgo para trastornos de salud mental: Sociales (tensión social, cambio de posición socio económica, problemas con las redes sociales de apoyo, pérdidas personales, pérdida de empleo, catástrofes, desarraigo, aislamiento, exposición al suicidio de otras personas, violencia ambiental, de género y violencia intergeneracional); familiares (funcionamiento familiar problemático, alta carga suicida familiar, abandono afectivo y desamparo, familia inexistente, violencia doméstica, abuso sexual); psicológicos (intento de autoeliminación anterior, pérdidas familiares, frustraciones intensas, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambio brusco del estado anímico, alteraciones del sueño., abandono personal); biológicos (trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, edades extremas de la vida,

edades avanzadas, adolescencia, enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras), enfermedades terminales, trastornos psiquiátricos y deterioro cognitivo

17

La depresión se relaciona con diversas conductas problemáticas y con otros aspectos emocionales que potencian el riesgo para afectar la salud mental (ansiedad, ideación suicida y desesperanza, entre otras). En el caso de los jóvenes, y particularmente de los estudiantes, se debe prestar atención a lo que está ocurriendo en esta población respecto a la depresión.¹

Los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Aquellos con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, esto no le representa una carga tal que se derive en las suspendan completamente. Por otra parte, en el episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas, y si las realiza es con grandes limitaciones.³

Clínicamente se puede evaluar mediante la presentación, las fascies, la conciencia, el humor, los afectos, el pensamiento, el discurso, la psicomotricidad, las conductas basales, el apetito y las conductas complejas que presente el individuo. Las características varían según la personalidad del paciente o la edad del mismo.

"El trastorno depresivo mayor es el trastorno del humor más frecuente y su prevalencia oscila entre el 5 al 12% en los hombres y entre el 10 al 25% en las mujeres. Dicho trastorno tiene una edad de inicio entre los 30 y 35 años y es la primera causa de suicidio. El 15% de los pacientes deprimidos acaba quitándose la vida." ¹⁶

El diagnóstico de este es exclusivamente clínico y se realiza si la sintomatología no dura más de dos semanas y no son ocasionados por efectos de una sustancia, o secundario a una patología médica. Muchas veces debemos tener en cuenta los diagnósticos diferenciales y dentro de estos se incluye el consumo de alcohol, ya que este puede en ocasiones ser un intento por parte del paciente de mejorar sus síntomas.

El trastorno depresivo mayor puede ser causado por múltiples factores como lo genética, problemas psicológicos presentes en la infancia y estrés psicosocial reciente. Aquellos más relacionados son: la muerte de alguien cercano, un asalto, problemas relacionados con la pareja. ¹⁶

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente

la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.¹⁸

El tratamiento se realiza de forma integral. Dentro del tratamiento biológico se incluyen los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), utilizándose como de primera línea. En depresiones más severas se usan los antidepresivos duales, que a dosis bajas inhiben los receptores serotoninérgicos, pero a dosis mayores también inhiben la recaptación de noradrenalina.

Si nos referimos al tratamiento psicológico es fundamental la psicoterapia, la cual es siempre indicada. Es de vital importancia que las familias y/u otras redes sociales del paciente sean psicoeducadas con respecto a la enfermedad.¹⁶

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con dependencia de alcohol en usuarios de UNITRA en el periodo de Julio-Agosto 2018.

Objetivos específicos:

- Identificar presencia de sintomatología depresiva en los usuarios de UNITRA.
- Determinar cuántos usuarios de UNITRA se encuentran en tratamiento para la depresión.
- Verificar si el sexo femenino tiene mayor sintomatología depresiva que el masculino.
- Evidenciar en qué grado el estado civil, la ocupación y el nivel educacional de la persona se relacionan con presencia de depresión.
- Determinar si las personas del grupo de psicoterapéutico de mantenimiento tienen menor incidencia de depresión que los del grupo psicoterapéutico de inicio.
- Evaluar si las personas en las que se detectó síntomas depresivos presentan peor evolución de su patología alcohólica.
- Comprobar que el servicio brindado por UNITRA es un beneficio para el paciente alcohólico, ayudándolo a reducir o cesar el consumo de alcohol.

METODOLOGÍA

Materiales y Métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, siendo la estrategia de búsqueda a realizar, encuestas personales a los usuarios de UNITRA. Estos se dividen en dos grupos, un grupo psicoterapéutico de inicio y otro de mantenimiento, con un N total de 30-50 personas. Estos grupos tienen como criterios de inclusión el ser paciente en tratamiento en UNITRA. Los criterios de exclusión incluyen la negación por parte del paciente de hacer las encuestas y que el paciente no se encuentre competente al momento de realizar las mismas.

Definición operacional de las variables en estudio:

Nombre	Definición	Tipo	Escala de medida
Edad	Número de años entre el nacimiento y la fecha actual	Cuantitativa continua	De razón
Sexo	Femenino/ masculino	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Soltera-o/ casada-o/ unión libre/ viuda-o/ divorciada-o	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Estudiante/ trabajador (oficio/profesión)/ desempleado/ empleador esporádico/ jubilado/ beneficio social por enfermedad física o psíquica (pensionista)	Cualitativa	Nominal
Escolaridad	Primaria completa/ primaria incompleta/ secundaria completa/ secundaria incompleta/ estudios terciarios/ estudios universitarios	Cualitativa	Nominal
Número de hijos	Número de hijos	Cuantitativa discreta	De razón
Lugar de residencia	Refugio/ vivienda	Cualitativa	Nominal
Lugar de procedencia	Montevideo/interior del país, zona urbana/ interior del país, zona rural)	Cualitativa	Nominal
Grupo	Inicio/ Mantenimiento	Cualitativa	Nominal
Consumo de alcohol	Si/No	Cualitativa	Nominal

Tipo de alcohol	Destilado/fermentado/ Destilado y fermentado	Cualitativa	Nominal
Tiempo de abstinencia de consumo de alcohol	Tiempo transcurrido en días entre el último consumo de alcohol hasta el momento de la entrevista	Cuantitativa continua	De razón
Tipo de tratamiento para la dependencia de alcohol	Farmacológico/ Psicoterapéutico/ Farmacológico y Psicoterapéutico/ Ninguno	Cualitativa	Nominal
Diagnóstico de depresión	Si/No	Cualitativa	Nominal
Tratamiento por depresión actual	Si/No	Cualitativa	Nominal
Tratamiento por depresión previo	Si/No	Cualitativa	Nominal
Tipo de tratamiento para la depresión	Farmacológico/ Psicoterapéutico/ Farmacológico y Psicoterapéutico/ Ninguno	Cualitativa	Nominal
Intentos de autoeliminación (IAE)	Si/No	Cualitativa	Nominal
Número de IAE	Número de IAE	Cuantitativa discreta	De razón
Internaciones psiquiátricas	Si/No	Cualitativa	Nominal
Número de internaciones psiquiátricas	Número de internaciones psiquiátricas	Cuantitativa discreta	De razón
Lugar de la internación psiquiátrica	Hospital Psiquiátrico/ Hospital General/ Otros/ Ninguno	Cualitativa	Nominal
Puntaje en la evaluación de	Puntaje en la evaluación de Hamilton	Cuantitativa discreta	De razón

Hamilton			
Rango obtenido en la evaluación de Hamilton	0-7 Estado normal/ 8-12 Depresión menor/ 13-17 Menos que depresión mayor/ 18-29 Depresión mayor/ 30-52 Más que depresión mayor	Cualitativa	Ordinal
Puntaje en la evaluación de AUDIT	Puntaje en la evaluación de AUDIT	Cuantitativa discreta	De razón
Rango obtenido en la evaluación de AUDIT	0-8, 9-15, 16-20, >20	Cualitativa	Ordinal

En la recolección de datos el método a usar será la encuesta y la técnica la entrevista usuario-investigador. Además, como instrumentos de recolección se utilizaron el test de Hamilton y la escala AUDIT. Previa realización de los test antes mencionados se entregó y explicó el consentimiento informado a cada paciente. (Ver anexo pág. 27)

La difusión de los resultados será mediante artículo, póster y comunicación oral.

En cuanto al análisis estadístico, se realizará una descripción de los datos obtenidos, determinando la prevalencia de depresión en pacientes con dependencia de alcohol de la población de UNITRA. Para determinar la asociación de depresión en pacientes dependientes de alcohol se utilizará el test de chi cuadrado, el cual permite ver la asociación de variables cualitativas entre dos grupos. Por otra parte, para la comparación de las variables cuantitativas se realizará el test de student (test de "t").

RECURSOS NECESARIOS

Los recursos humanos son la base de esta investigación.

El proyecto no está financiado puesto que se realizará bajo el marco de la Carrera Doctor en Medicina, con recursos docentes provistos por la Facultad de Medicina.

NORMAS ÉTICAS

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas.

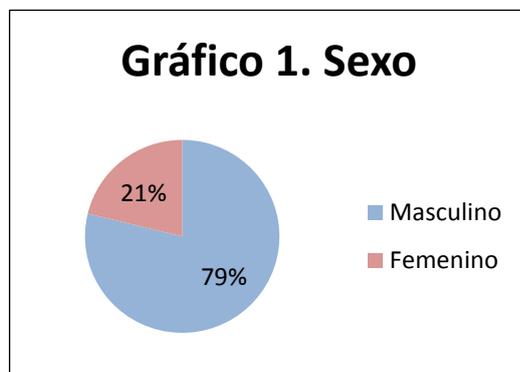
RESULTADOS

Durante el periodo Julio-Agosto-Setiembre se entrevistaron a 33 usuarios de UNITRA correspondientes a grupos de ingreso y mantenimiento.

A continuación se exponen las distintas variables sociodemográficas de los usuarios con el fin de realizar una caracterización general de la población.

SEXO

Se vio que el sexo predominante en la población es el sexo masculino con un 79%, siendo el porcentaje restante (21%) población femenina. Ver gráfico 1. (Ver anexo Tabla 1 pág. 36).

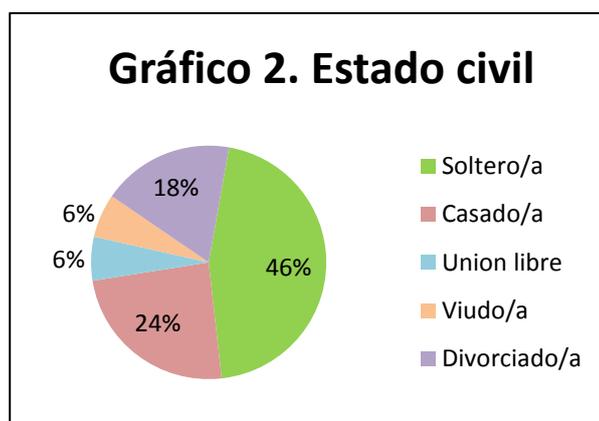


EDAD

La edad promedio fue de 48 años, con una moda de 38 años. (Ver anexo Tabla 2 pág. 36).

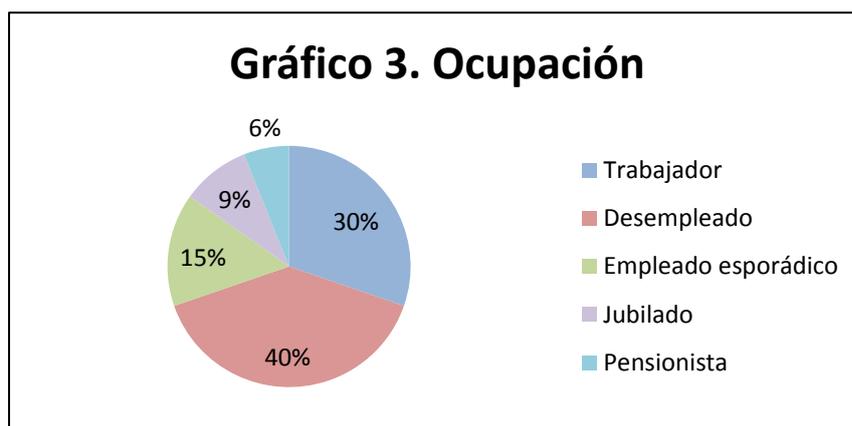
ESTADO CIVIL

Alrededor de la mitad de los usuarios corresponden a personas solteras (46%), seguido en frecuencia por la población casada (24%), divorciado/a (18%) y por último unión libre y viudo/a con un 6% cada uno. Ver gráfico 2. (Ver anexo Tabla 3 pág. 36).



OCUPACION

En cuanto a la ocupación, se observa que el 40% de la población se encuentra desempleado/a. Actualmente un 30% presenta trabajo estable y un 15% es empleado esporádico. 9% son jubilados y el 6% restante se encuentran recibiendo beneficio social por discapacidad física y/o psíquica. Ver gráfico 3. (Ver anexo Tabla 4 pág. 36).



ESCOLARIDAD

Dentro del nivel de instrucción, 18% tienen primaria completa y el 9% no terminaron primaria. Otro 18% de la población tiene secundaria completa mientras que casi la mitad de la población (46%) tienen secundaria incompleta. El 9% restante presenta estudios terciarios. Ver gráfico 4. (Ver anexo Tabla 5 pág. 36).

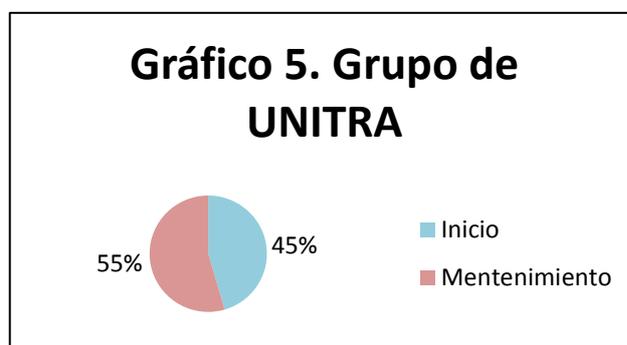
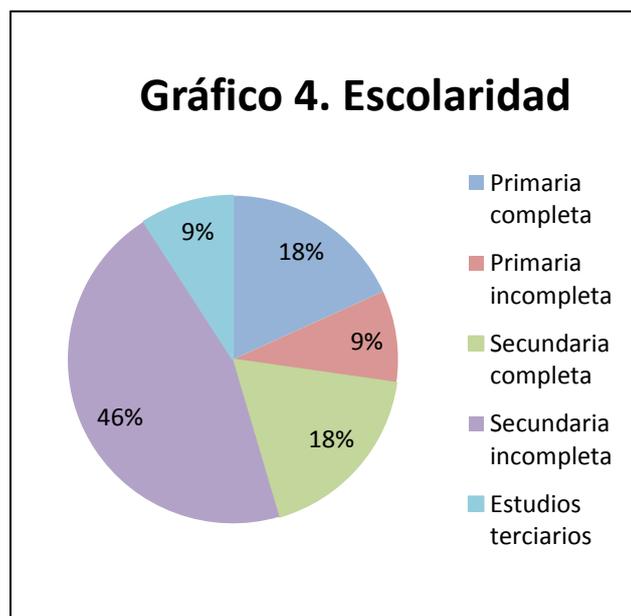
LUGAR DE RESIDENCIA

Se identifica que más de la mitad de la población habita en refugios, el restante en viviendas. (Ver anexo Tabla 6 pág. 36)

GRUPO DE UNITRA

Dentro de los grupos de la UNITRA se evidencia que el grupo de mantenimiento es el que presenta un “n” mayor, con un 55% del total. Ver gráfico 5 y tabla 1.

	Frecuencia	%
Mantenimiento	18	54,5
Inicio	15	45,5
Total	33	100,0



Luego de realizarse el análisis de los datos sociodemográficos, se procedió al análisis de las distintas variables de interés:

CONSUMO ACTUAL DE ALCOHOL

Se detecta que un 46% de la población de la UNITRA consume alcohol actualmente. Ver gráfico 6 y tabla 2.

TABLA 2. CONSUMO ACTUAL DE ALCOHOL		
	Frecuencia	%
No	18	54,5
Si	15	45,5
Total	33	100



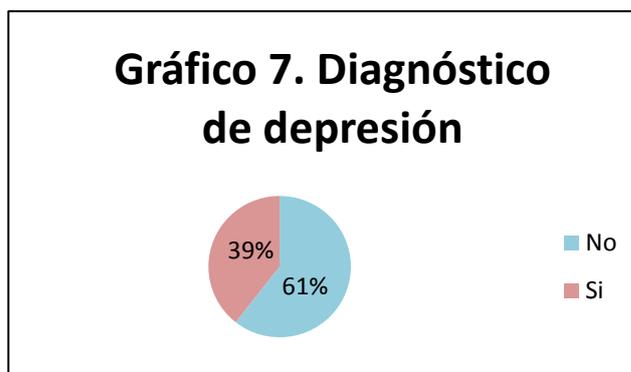
TIPO DE ALCOHOL CONSUMIDO

La mayor parte de la población consume alcohol fermentado (49%), le sigue en frecuencia el consumo de alcohol destilado y fermentado (33%) y por último solo destilado (18%). (Ver anexo Tabla 7 pág. 36 y gráfico 1 pág. 37).

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

Se evidencia que una minoría (39%) de pacientes presentan actualmente diagnóstico de depresión. Ver gráfico 7 y tabla 3.

TABLA 3. DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN		
	Frecuencia	%
No	20	60,6
Si	13	39,4
Total	33	100,0



PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN ACTUAL

Acorde con el diagnóstico de depresión actual, el 33% de los pacientes se encuentran en tratamiento para la depresión. (Ver anexo Tabla 8 y gráfico 2 pág. 37).

RANGO DE PUNTACIÓN HAMILTON

Según el rango de la escala de depresión de Hamilton, un 31% de los usuarios presenta menos que depresión mayor, 24% presentan estado normal, 24% depresión mayor, y por último un 21% con depresión menor. Ningún usuario presenta más que depresión mayor. Ver gráfico 8 y tabla 4.

Gráfico 8. Rango de puntuación - Hamilton.

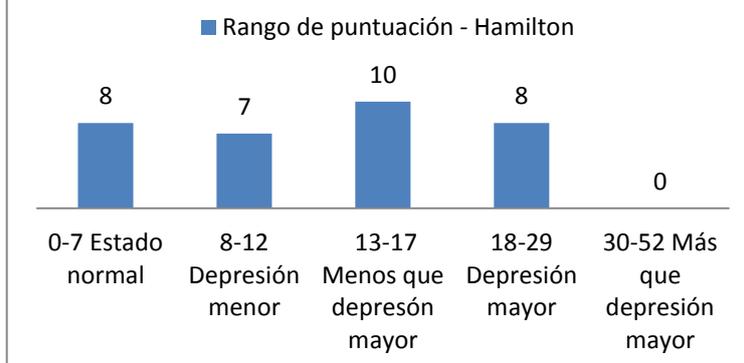


TABLA 4. RANGO DE PUNTUACION HAMILTON

	Frecuencia	%
0-7 Estado normal.	8	24,2
8-12 Depresión menor.	7	21,2
13-17 Menos que depresión mayor.	10	30,3
18-29 Depresión mayor.	8	24,2
30-52 Más que depresión mayor.	0	0
Total	33	100,0

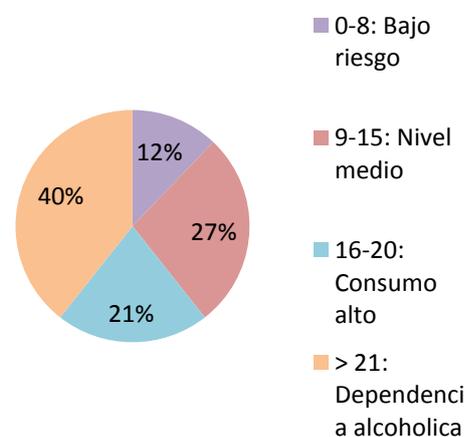
ESCALA DE CONSUMO DE ALCOHOL: TEST DE AUDIT

Los resultados revelan que el 40% de los pacientes de la UNITRA tienen un elevado índice de dependencia alcohólica, seguida por un 27% con un índice de dependencia medio, luego un 21% con consumo alto y un 12% con bajo riesgo de dependencia de alcohol. Ver gráfico 9 y tabla 5.

TABLA 5. RANGO DE PUNTUACIÓN AUDIT

	Frecuencia	%
0-8	4	12,1
9-15	9	27,3
16-20	7	21,2
>21	13	39,4
Total	33	100,0

Gráfico 9. Rango de puntuación Test Audit



ANALISIS DE LAS ASOCIACIONES ENTRE VARIABLES

1. Asociación entre el consumo de alcohol actual y la presencia de depresión utilizando el Test de Chi-Cuadrado.

Frente a dicha asociación las hipótesis que a plantear serían las siguientes:

Hipótesis nula (H_0): No existe asociación entre el consumo de alcohol actual y la presencia de depresión.

Hipótesis alternativa (H_a): Existe asociación entre el consumo de alcohol actual y la presencia de depresión.

Los datos obtenidos fueron: al comparar el consumo de alcohol con la presencia de depresión mediante el test de Chi cuadrado, se mostró que no hay asociación entre dichas variables ya que el valor p no es significativo (0,515) siendo mayor a nuestro valor de significación (0,05). (Ver Anexo pág. 38)

2. Asociación entre el sexo de la persona y la presencia de depresión utilizando el Test de Chi-Cuadrado.

Frente a dicha asociación las hipótesis a plantear son las siguientes:

H_0 : No existe asociación entre el sexo de la persona y la presencia de depresión.

H_a : Existe asociación entre el sexo de la persona y la presencia de depresión.

Los datos obtenidos fueron: con un nivel de significación de 0,05, se acepta la hipótesis nula, por lo tanto, no existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de depresión. (Ver Anexo pág. 40).

3. Asociación entre el estado civil y la presencia de depresión utilizando el Test de Chi-Cuadrado.

Las hipótesis a plantear son las siguientes:

H_0 : No existe asociación entre el estado civil y la presencia de depresión.

H_a : Existe asociación entre el estado civil y la presencia de depresión.

Los datos obtenidos fueron: el valor p es mayor al nivel de significación establecido, por tanto, no se rechaza la hipótesis nula, y no se puede afirmar que exista una asociación entre el estado civil y la presencia de depresión. (Ver Anexo pág. 42).

4. Asociación entre la ocupación y la presencia de depresión utilizando el Test de Chi-Cuadrado.

Las hipótesis a plantear son las siguientes:

Ho: No existe asociación entre la ocupación y la presencia de depresión.

Ha: Existe asociación entre la ocupación y la presencia de depresión.

Los datos obtenidos fueron: por revelar un valor p mayor al nivel de significación establecido, no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, la ocupación y la presencia de depresión son independientes. (Ver Anexo pág. 43).

5. Asociación entre nivel de instrucción y la presencia de depresión utilizando el Test de Chi-Cuadrado.

Las hipótesis a plantear son las siguientes:

Ha: No existe asociación entre el nivel de instrucción y la presencia de depresión.

Ho: Existe asociación entre el nivel de instrucción y la presencia de depresión.

Los datos obtenidos fueron: se afirma que la presencia de depresión no depende del nivel de instrucción con un nivel de significación de 0,05. (Ver Anexo pág. 45)

6. Asociación entre lugar de residencia y presencia de depresión utilizando el Test de Chi-Cuadrado.

Las hipótesis a plantear son las siguientes:

Ha: No existe asociación entre el lugar de residencia y la presencia de depresión.

Ho: Existe asociación entre el lugar de residencia y la presencia de depresión.

Los datos obtenidos fueron: la presencia de depresión no depende del valor de residencia, debido a que el valor p no es estadísticamente significativo. (Ver Anexo pág. 46)

DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión en la población de UNITRA es de 39,4%. Mientras que en la evaluación mediante el test de Hamilton se observa que posiblemente el 76% de los usuarios tengan algún grado de la misma.

Es de interés para esta investigación evaluar si existe asociación entre el consumo de alcohol y la presencia de depresión, porque luego de analizar la bibliografía se vio que "Tradicionalmente se ha considerado que los síntomas depresivos llevan a los sujetos a beber

alcohol en un intento de automedicación. Pero también los dependientes del alcohol pueden experimentar síntomas depresivos como consecuencia de su consumo. De hecho, hay estudios que demuestran que el alcohol produce sintomatología depresiva más que su alivio."⁸ Uno de los objetivos del presente estudio es corroborar dicha asociación, sin evaluar la relación causa-efecto.

Al analizar si existe asociación entre consumo actual de alcohol y la presencia de depresión no se puede afirmar que exista una asociación entre los mismos porque los datos no fueron estadísticamente significativos. Este resultado obtenido puede estar sesgado por el pequeño de la muestra (33). También hay que tener en cuenta que la mayor parte de la población de la UNITRA pertenece al grupo de mantenimiento, por lo que están la mayoría en abstinencia alcohólica por un tiempo prolongado, por tanto no podemos afirmar con total certeza que las personas que presentan consumo problemático de alcohol no asocien depresión.

Se estableció que el 33% de los usuarios se encuentran en tratamiento actual para la depresión.

Mayoritariamente la población de la UNITRA está compuesta por el sexo masculino, coincidiendo con los datos obtenidos de la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas (2014)¹, que afirma que los hombres son el grupo más afectado.

Coincidentemente con el estudio "Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura", realizado en México⁴, y el estudio "Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores", realizado en Colombia⁵, los cuales especifican que la mujer presenta mayor sintomatología depresiva que los hombre, se puede decir que se obtuvieron datos similares en los cuales se evidencia que el sexo femenino tiene más prevalencia de depresión con una relación de 3 mujeres con depresión cada 7, en relación con los hombres 10 de 26 hombres. Estos datos no se pueden confirmar de forma estadística porque el valor p obtenido no es significativo siendo de 0,833; pero al observar la proporción entre el sexo y la presencia de depresión se concluye lo previamente explicitado.

Como ya fue mencionado en el marco teórico, el prototipo de persona con consumo problemático de alcohol es el hombre mayor de 40 años. Esto ratifica lo dicho en el párrafo anterior en cuanto al sexo y es concordante con la edad promedio de los usuarios que concurren a UNITRA (48 años). Aunque es necesario agregar que según el estudio "Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura", México⁴, ha habido una tendencia a la homogeneidad de consumo tanto de alcohol como de tabaco por parte de hombres y mujeres, hecho que se podría corroborar en el futuro si se realiza una investigación que englobe a los pacientes con consumo problemático de alcohol, no únicamente de la población de

la UNITRA, sino tomando una muestra de mayor tamaño y más representativa de la población Uruguaya. Interesa agregar que ha habido un cambio en la iniciación de consumo de alcohol: la edad de inicio tiene un marcado descenso desde las personas más adultas a los más jóvenes.¹

Respecto al estado civil, aproximadamente el 50% de los usuarios son solteros. Analizando esta variable con la presencia de depresión se vio que no existe una asociación estadísticamente significativa.

En el apartado “depresión” del marco teórico, se nombran factores que propician a su desarrollo, tales como el desempleo, factores de riesgos sociales, psicológicos, familiares y biológicos. Paralelamente con lo anterior, algunos de los factores nombrados fueron evaluados en el estudio de "Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012".⁵, en el cual se verificó que ciertos aspectos aumentan la probabilidad de padecer síntomas depresivos, éstos fueron: ser mayor de 90 años, vivir solo, tener bajo nivel educativo, baja puntuación en la calidad de vida, contar con pocos recursos sociales, ser mujer y presentar dependencia para la realización de las actividades cotidianas. En esta investigación no se obtuvieron datos estadísticamente significativos al asociar el nivel de instrucción y ocupación con la presencia de depresión, por lo tanto, no existe evidencia de que puedan incidir en la aparición o en la persistencia de sintomatología depresiva.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

El objetivo general del trabajo fue parcialmente alcanzado determinando que un 39% de la población de la UNITRA presenta depresión. Con el término parcialmente se refiere a que la investigación se encuentra sesgada. Algunos sesgos identificados fueron: “n” pequeño, que la información brindada por parte de los pacientes no era del todo fidedigna, falta de entendimiento sobre algunas preguntas del interrogatorio por parte de los usuarios quizás debido a la formulación imprecisa de los encuestadores.

Con respecto a los objetivos específicos, en el primero se pretendía determinar la presencia de síntomas depresivos en los usuarios de UNITRA, se identificó que un 73% de la población presenta algún grado de sintomatología. Esto fue evaluado mediante el test de Hamilton.

En segundo lugar se determinó que un total de 11 pacientes pertenecientes a la unidad actualmente se encuentran en tratamiento para la depresión.

Se logró verificar que el sexo femenino posee mayor sintomatología depresiva que el masculino.

No se logró evidenciar si la presencia de depresión dependía del estado civil, la ocupación o el nivel educacional del usuario debido a que los resultados fueron estadísticamente no significativos.

Al no existir asociación estadística significativa entre dependencia de alcohol y presencia de depresión no se pudo determinar si aquellas personas del grupo psicoterapéutico de mantenimiento tenían menor incidencia de depresión que los del grupo psicoterapéutico de inicio. Por esta misma razón tampoco se pudo evaluar si las personas en las que se detectaron síntomas depresivos presentaban peor evolución de su patología alcohólica.

Se comprobó de forma subjetiva que el servicio brindado por la UNITRA es un beneficio para el paciente alcohólico ayudándolo a reducir o cesar el consumo de alcohol, porque aquellos usuarios que se encuentran en el grupo psicoterapéutico de mantenimiento han logrado cesar o reducir su consumo.

Para que la investigación hubiese sido de mejor calidad, se debería estudiar una población con un n mayor, que incluya una población con consumo problemático de alcohol sin asociación de otras sustancias para que los datos obtenidos puedan ser extrapolables a la población general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República. Observatorio Uruguayo de Drogas. Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares. Uruguay. 2014. Disponible en: https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2015/noticias/NO_Q202/encuesta.pdf
- 2- Fielitz P., Premios Concursables JND 2016. “Ante el problema de drogas: Un compromiso con la Salud, la Convivencia y el Desarrollo”. Secretaría Nacional de Drogas. Montevideo. 2016.
- 3- Organización Mundial de la Salud. Marzo. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- 4- González A., Juárez F., Solís C., González C., Jiménez A., Medina M., Fernández H. Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. Salud Mental vol.35 no.1 México ene./feb. 2012.
- 5- Segura A., Cardona D., Segura Á., Garzón M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev. salud pública. 17 (2): 184-194, Colombia. 2015.
- 6- Garcia H., Ferreira de Oliveira M., Titus J., Lopes I., Hayasi P., Ribeiro R. Uso de drogas, salud mental y problemas relacionados con el crimen y la violencia: estudio transversal. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dic. 2015;23(6):1173-80.

- 7- Agabio R, Trogu E, Pani PP. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. Cochrane Drugs and Alcohol Group. April. 2018.
- 8- Rubio G., Ponce G., Jiménez M., Ferre F. Tratamiento de los trastornos depresivos en sujetos dependientes del alcohol. 3er Congreso virtual de psiquiatría. Madrid. 2014.
- 9- Fielitz P. Alcoholismo. En Bocchino S., Aquines C. Temas de psiquiatría. Manual de psiquiatría para médicos. Oficina del Libro-FEFMUR. Montevideo-Uruguay. Diciembre 2013. Pág. 243-256.
- 10- World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2014
- 11- Gallassi A., Alvarenga P., Andrade A, Couttolenc B. The cost of problems caused by alcohol abuse. Rev Psiquiatr Clín. 2008;35(supl 1):6.
- 12- Bocchino S., Fielitz P. Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol. Clínica Psiquiátrica. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UDELAR. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/unitra_20150519.pdf .
- 13- Epifanio, L., Postiglione, D. Monografía de Posgrado de Psiquiatría. UNITRA. Hospital de Clínicas. 2013
- 14- Chisholm D, Saxena S, Ommeren Mv, World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Abuse. Dollars, DALYs and decisions : economic aspects of the mental health system. Geneva: World Health Organization; 2006. pág56.
- 15- Funk M, Drew N, Freeman M, Faydi E, World Health Organization. Mental health and development : targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organizations; 2010. Pág74.
- 16- Wschebor M., Aquines C., García S. Trastornos del Humor: Trastornos Depresivos. En Bocchino S., Aquines C. Temas de psiquiatría. Manual de psiquiatría para médicos. Oficina del Libro-FEFMUR. Montevideo-Uruguay. Diciembre 2013. Pág. 135-151.
- 17- Guías de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud Mental. Disponible en:
[file:///C:/Users/danig/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/GUIASALUDMENTAL\[1\]%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/danig/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/GUIASALUDMENTAL[1]%20(1).pdf).
- 18- Purriños, M. Escala de Hmlton – Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Servicio de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde.
- 19- Thomas F. Babor J. Higgins-Biddle J. Saunders M. Monteiro. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Editorial Generaliat Valenciana. Conselleria de benestar social. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf .

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al equipo docente referente y a la cátedra de psiquiatría por permitirnos realizar esta investigación y brindarnos una orientación en todo el proceso. También un enorme agradecimiento a los usuarios de la UNITRA por su colaboración.

ANEXOS

INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Estudio de prevalencia de depresión en pacientes con dependencia de alcohol en usuarios de UNITRA, del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Julio-Agosto 2018.”

Esta investigación se llevará a cabo por los bachilleres Gastelú, L., González, D., Laporte, M., Lecchini, P., Peñalva, F., Reyes, A. supervisados por los docentes Prof. Agdo. Dr. Fielitz, P., Prof. Adj. Dra. López, G, y Prof. Adj. Dra. Redes, L. integrantes de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital de Clínicas. Este trabajo es un paso más necesario y obligatorio para culminar con nuestra formación académica de la Carrera Doctor en Medicina, de la Universidad de la República.

El fin de este estudio consiste en determinar la prevalencia de depresión en pacientes con dependencia de alcohol en la Unidad de Trastornos relacionados con el Alcohol (UNITRA), población en la cual no se ha analizado este tipo de asociación. Consideramos de importancia su realización por el riesgo que conlleva para la salud individual y colectiva presentar este conjunto de patologías.

Por este medio es usted invitado a participar de esta investigación. La misma constará de una encuesta breve y de dos test; el total de preguntas a realizar en la entrevista será aproximadamente de 50 con un tiempo estimado de entre 20 – 30 minutos. El lugar donde se llevará a cabo será en los consultorios de UNITRA, media hora antes o después del horario de la consulta para no interrumpir la misma.

En la encuesta se le indagarán aspectos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, número de hijos, ocupación, escolaridad, procedencia) y antecedentes personales relacionados con la depresión y el consumo de alcohol.

Respecto a los test que se aplicarán, uno de ellos detecta síntomas depresivos (Test de Hamilton) y el segundo evalúa la dependencia de consumo de alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT).

El Test de Hamilton consta de 17 preguntas, en cada una de ellas usted deberá indicar si ha notado la presencia de síntomas y en qué intensidad.

El Test AUDIT consta de 10 preguntas con tres o más opciones. Usted deberá elegir la opción que considere más adecuada.

A la hora de procesar los datos obtenidos, éstos estarán completamente anonimizados, por lo que no habrá ninguna conexión con usted.

Usted no obtendrá ningún beneficio individual de la investigación pero si existirá un beneficio colectivo destinado a la población general que reúna similares características a los participantes de este estudio.

De detectar una situación de riesgo o de ideación suicida mediante la realización del test de Hamilton se le proporcionará asistencia médica adecuada.

Debido a que los cuestionarios indagan sobre sus emociones e ideas suicidas, el único riesgo que usted podría correr sería angustiarse pudiendo necesitar asistencia inmediata, la cual será brindada.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y anónima. Si elige no participar, su atención médica no será afectada. Usted tiene plena libertad de abstenerse a responder total o parcialmente las preguntas que le sean formuladas y a prescindir de su colaboración cuando lo considere, sin ser objeto de represalias.

Usted podrá solicitar cuando lo estime conveniente información ya sea durante o una vez finalizada la investigación en relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y la proyección y/o socialización de la investigación.

No recibirá ninguna compensación económica por la participación en el mismo, ya que los fines de la presente investigación son eminentemente formativos, académicos y profesionales sin pretensión económica.

Los investigadores procuran mantener la privacidad y la confidencialidad de cada participante, así como comprometerse a no informar en su publicación ninguno de los nombres de los participantes ni otra información que permitiese identificar al paciente.

Los resultados serán divulgados por medio de la presentación de un póster y comunicación oral al finalizar el curso para todo aquel que esté interesado. También van a quedar a disposición de docentes y estudiantes en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de la República.

Los investigadores contarán con el acompañamiento permanente del grupo de docentes en las diferentes etapas del proceso de investigación, quienes brindarán la asesoría teórica, metodológica y ética pertinente para la realización del trabajo.

He leído toda la información proporcionada. He podido evacuar todas mis dudas. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo derecho de retirarme de la misma en cualquier momento sin que se afecte de ninguna manera mi cuidado médico.

Firma participante _____ Aclaración de firma _____

CI participante _____ Número de caso _____

Firma investigador _____ Aclaración de firma _____

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y ANTECEDENTES PERSONALES

Sexo: 0-Femenino 1-Masculino	Estado civil: 0- Soltero/a 1- Casado/a 2- Unión libre 3- Viudo/a 4- Divorciado/a
Edad: _____	Ocupación: 0- Estudiante 1- Trabajador: Oficio/Profesión 2- Desempleado 3- Empleador esporádico 4- Jubilado 5- Beneficio social por enfermedad física o psíquica (pensionista)
Escolaridad: 0- Primaria completa 1- Primaria incompleta 2- Secundaria completa 3- Secundaria incompleta 4- Estudios terciarios 5- Estudios Universitarios	Número de hijos: _____
Lugar de residencia: 0- Refugio 1- Vivienda	Lugar de procedencia: 0- Montevideo 1- Interior del país, de responder si: 0- zona urbana 1- zona rural
Consumo de alcohol 0- No 1- Si	¿Qué tipo de alcohol consume? 0- Destilado 1- Fermentado
¿Hace cuánto tiempo (en días) que no consume alcohol? _____	¿Qué tipo de tratamiento realiza para la dependencia de alcohol? 0-Farmacológico. 1-Psicoterapeutico. 2-Ambos.

¿Tienen diagnóstico de depresión? 0-No 1-Si	¿Estuvieron en tratamiento por depresión previa? 0-No 1-Si
¿Se encuentran actualmente con tratamiento para la depresión? 0-No 1-Si	¿Qué tipo de tratamiento? 0-Farmacológico. 1-Psicoterapeutico. 2-Ambos.
¿Alguna vez intentó quitarse la vida? 0- Si 1- No ¿Cuántas veces? _____	Internaciones psiquiátricas 0- No 1- Si, de responder si: <ul style="list-style-type: none"> • Numero de internaciones: _____ • Lugar de internación 0- Hospital psiquiátrico 1- Hospital general 3- Otros (IZCALI)

ESCALA DE HAMILTON DEPRESIÓN

1) Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0 puntos - Ausente.

1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.

2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.

4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

2) Sensación de culpabilidad

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3) Idea de suicidio

0 puntos - Ausente.

1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 puntos - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.

3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.

4 puntos - Intentos de suicidio.

4) Insomnio precoz

0 puntos - Ausente.

1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.

5) Insomnio intermedio

0 puntos - Ausente.

1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

6) Insomnio tardío

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.

2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7) Problemas en el trabajo y actividades

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.

2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.

3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8) Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

0 puntos - Palabra y pensamiento normales.

1 punto - Ligero retraso en el diálogo.

2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.

3 puntos - Dificultad para expresarse.

4 puntos - Incapacidad para expresarse.

9) Agitación psicomotora

0 puntos - Ninguna.

1 punto - Juega con sus dedos

2 puntos - Juega con sus manos, cabello, etc.

3 puntos – No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

10) Ansiedad psíquica

0 puntos - No hay dificultad.

1 punto - Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 puntos - Preocupación por pequeñas cosas.

3 puntos - Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 puntos - Terrores expresados sin preguntarle.

11) Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad

Ejemplos:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros.
- Frecuencia urinaria.
- Sudoración.

0 puntos - Ausente.

1 punto - Ligera.

2 puntos - Moderada.

3 puntos - Grave.

4 puntos - Incapacitante.

12) Síntomas somáticos gastrointestinales

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2 puntos - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

13) Síntomas somáticos generales

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

14) Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Débiles.

2 puntos - Graves.

15) Hipocondría

0 puntos - No la hay.

1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 puntos - Preocupado por su salud.

3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.

16) Pérdida de peso (completar sólo A o B)

0 puntos - Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

1 punto - Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).

2 puntos - Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).

17) Insight (conciencia de enfermedad)

0 puntos - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 punto - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 puntos - Niega estar enfermo.

El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro.

Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

A: ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

0- Nunca

1- Una o menos veces al mes

2- 2 a 4 veces al mes

3- 2 o 3 veces a la semana

4- o más veces a la semana

B: ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente los días que bebes?

0- 1 o 2

1- 3 o 4

2- 5 o 6

3- 7 a 9

4- 10 o más

C: ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

0- Nunca

1- Menos de una vez al mes

2- Mensualmente

3- Semanalmente

4- A diario o casi a diario

D: ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?

0- Nunca

1- Menos de una vez al mes

2- Mensualmente

3- Semanalmente

4- A diario o casi a diario

E: ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste cumplir con tus obligaciones porque habías bebido?

0- Nunca

1- Menos de una vez al mes

2- Mensualmente

3- Semanalmente

4- A diario o casi a diario

F: ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?

0- Nunca

1- Menos de una vez al mes

3- Mensualmente

4- Semanalmente

5- A diario o casi a diario

G: ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

0- Nunca

1- Menos de una vez al mes

2- Mensualmente

3- Semanalmente

4- A diario o casi a diario

H: ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?

0- Nunca

1- Menos de una vez al mes

2- Mensualmente

3- Semanalmente

4- A diario o casi a diario

I: ¿Tú o alguna otra persona habéis resultado heridos porque habías bebido?

0- No

1- Sí, pero no en el curso del último año

2- Sí, en el último año

J: ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas, o te han sugerido que dejes de beber?

0- No

1- Sí, pero no en el curso del último año

2- Sí, en el último año

DATOS COMPLEMENTARIOS

	Frecuencia	%
Masculino	26	79,0
Femenino	7	21,0
Total	33	100,0

Media	47,91
Moda	38

	Frecuencia	%
Soltero/a	15	45,5
Casado/a	8	24,2
Divorciado/a	6	18,2
Unión libre	2	6,1
Viudo/a	2	6,1
Total	33	100,0

	Frecuencia	%
Desempleado	13	39,4
Trabajador	10	30,3
Empleador esporádico	5	15,2
Jubilado	3	9,1
Pensionista	2	6,1
Total	33	100,0

	Frecuencia	%
Primaria completa	6	18,2
Primaria incompleta	3	9,1
Secundaria completa	6	18,2
Secundaria incompleta	15	45,5
Estudios terciarios	3	9,1
Total	33	100,0

	Frecuencia	%
Refugio	19	57,6
Vivienda	14	42,4
Total	33	100

	Frecuencia	%
Fermentado	16	48,5
Destilado y fermentado	11	33,3
Destilado	6	18,2
Total	33	100,0

Grafico 1. Tipo de alcohol

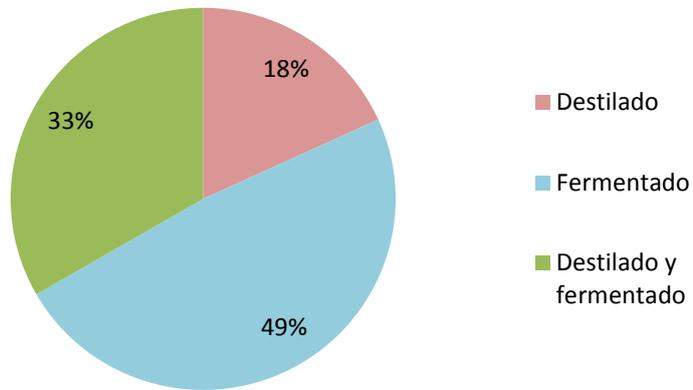
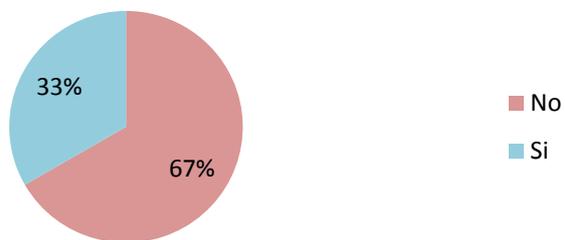


TABLA 8. USUARIOS CON TRATAMIENTO DE DEPRESION

	Frecuencia	%
No	22	66,7
Si	11	33,3
Total	33	100,0

Grafico 2. Pacientes en tratamiento para depresión



1. TABLAS DE ASOCIACIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PRESENCIA DE DEPRESIÓN.

Tabla de contingencia ¿Consume alcohol actualmente? * ¿Tiene diagnóstico de depresión?

			¿Tiene diagnóstico de depresión?		Total
			No	Si	
¿Consume alcohol actualmente?	No	Recuento	10	8	18
		Frecuencia esperada	10,9	7,1	18,0
	Si	Recuento	10	5	15
		Frecuencia esperada	9,1	5,9	15,0
Total		Recuento	20	13	33
		Frecuencia esperada	20,0	13,0	33,0

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,423 ^a	1	,515		
Corrección por continuidad ^b	,086	1	,770		
Razón de verosimilitudes	,425	1	,514		
Estadístico exacto de Fisher				,722	,386
Asociación lineal por lineal	,410	1	,522		
N de casos válidos	33				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,91.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

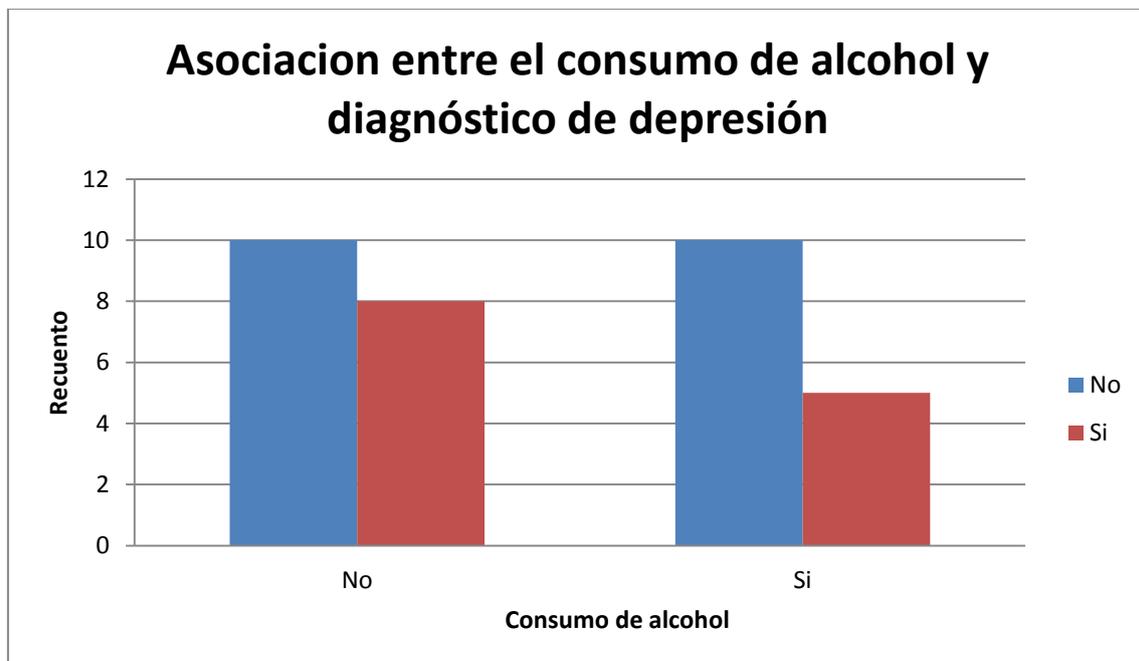
Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por R de Pearson	-,113	,172	-,635	,530 ^c
Ordinal por Correlación de Spearman	-,113	,172	-,635	,530 ^c
N de casos válidos	33			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.



2. TABLA DE ASOCIACIÓN ENTRE EL SEXO Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN.

Tabla de contingencia ¿Cuál es su sexo? * ¿Tiene diagnóstico de depresión?

		¿Tiene diagnóstico de depresión?		Total	
		No	Si		
¿Cuál es su sexo?	Femenino	Recuento	4	3	7
		Frecuencia esperada	4,2	2,8	7,0
	Masculino	Recuento	16	10	26
		Frecuencia esperada	15,8	10,2	26,0
Total	Recuento	20	13	33	
	Frecuencia esperada	20,0	13,0	33,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,045 ^a	1	,833		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,044	1	,833		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,581
Asociación lineal por lineal	,043	1	,835		
N de casos válidos	33				

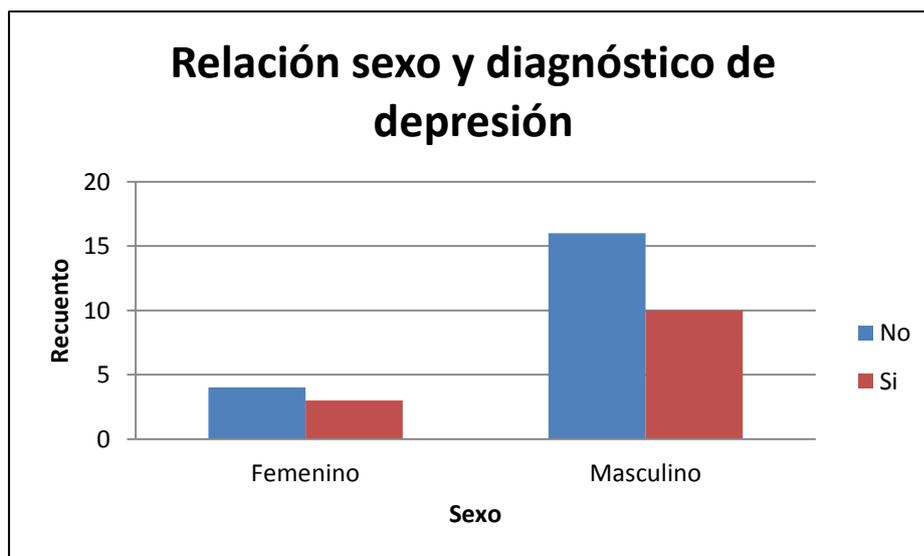
a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,76.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Error típic. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,037	,176	-,205	,839 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,037	,176	-,205	,839 ^c
N de casos válidos		33			

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.
- c. Basada en la aproximación normal.



3. TABLA DE ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN.

Tabla de contingencia ¿Cuál es su estado civil? * ¿Tiene diagnóstico de depresión?

			¿Tiene diagnóstico de depresión?		Total
			No	Si	
¿Cuál es su estado civil?	Soltero/a	Recuento	9	6	15
		Frecuencia esperada	9,1	5,9	15,0
	Casado/a	Recuento	5	3	8
		Frecuencia esperada	4,8	3,2	8,0
	Unión libre	Recuento	0	2	2
		Frecuencia esperada	1,2	,8	2,0
	Viudo/a	Recuento	1	1	2
		Frecuencia esperada	1,2	,8	2,0
	Divorciado/a	Recuento	5	1	6
		Frecuencia esperada	3,6	2,4	6,0
	Total	Recuento	20	13	33
		Frecuencia esperada	20,0	13,0	33,0

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,484 ^a	4	,345
Razón de verosimilitudes	5,297	4	,258
Asociación lineal por lineal	,344	1	,558
N de casos válidos	33		

a. 8 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,79.

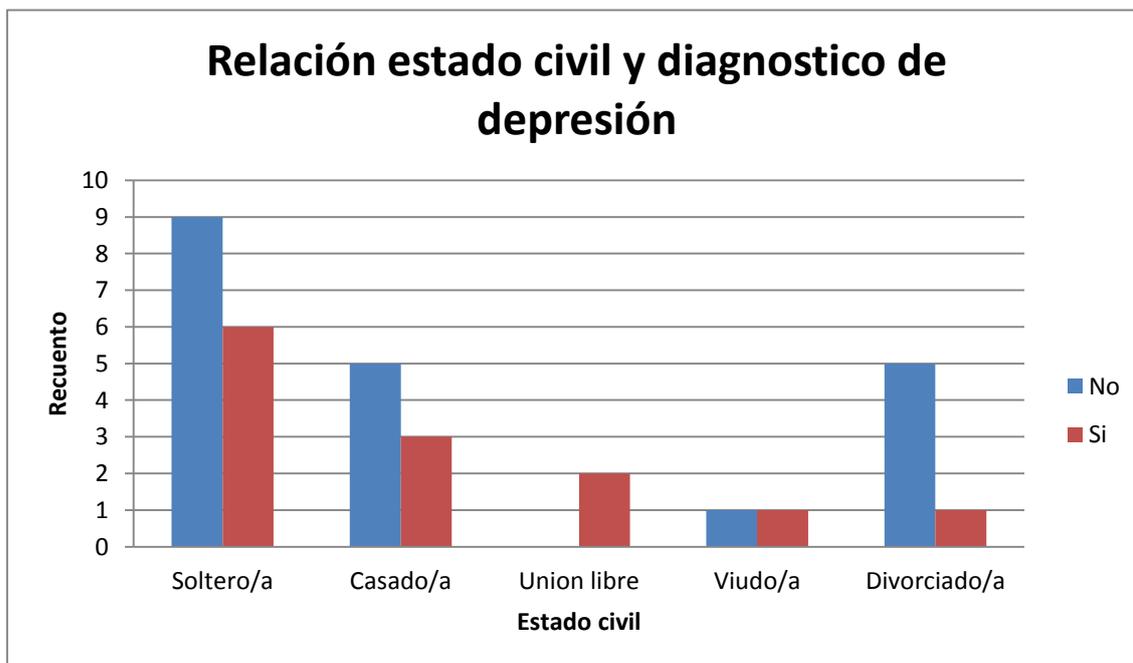
Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,104	,161	-,580	,566 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,059	,170	-,328	,745 ^c
N de casos válidos		33			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.



4. TABLA DE ASOCIACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN.

Tabla de contingencia ¿Cuál es su ocupación? * ¿Tiene diagnóstico de depresión?

			¿Tiene diagnóstico de depresión?		Total
			No	Si	
¿Cuál es su ocupación?	Trabajador	Recuento	6	4	10
		Frecuencia esperada	6,1	3,9	10,0
	Desempleado	Recuento	8	5	13
		Frecuencia esperada	7,9	5,1	13,0
	Empleador esporádico	Recuento	3	2	5
		Frecuencia esperada	3,0	2,0	5,0
	Jubilado	Recuento	3	0	3
		Frecuencia esperada	1,8	1,2	3,0
	Pensionista	Recuento	0	2	2
		Frecuencia esperada	1,2	,8	2,0
	Total	Recuento	20	13	33
		Frecuencia esperada	20,0	13,0	33,0

Pruebas de chi-cuadrado

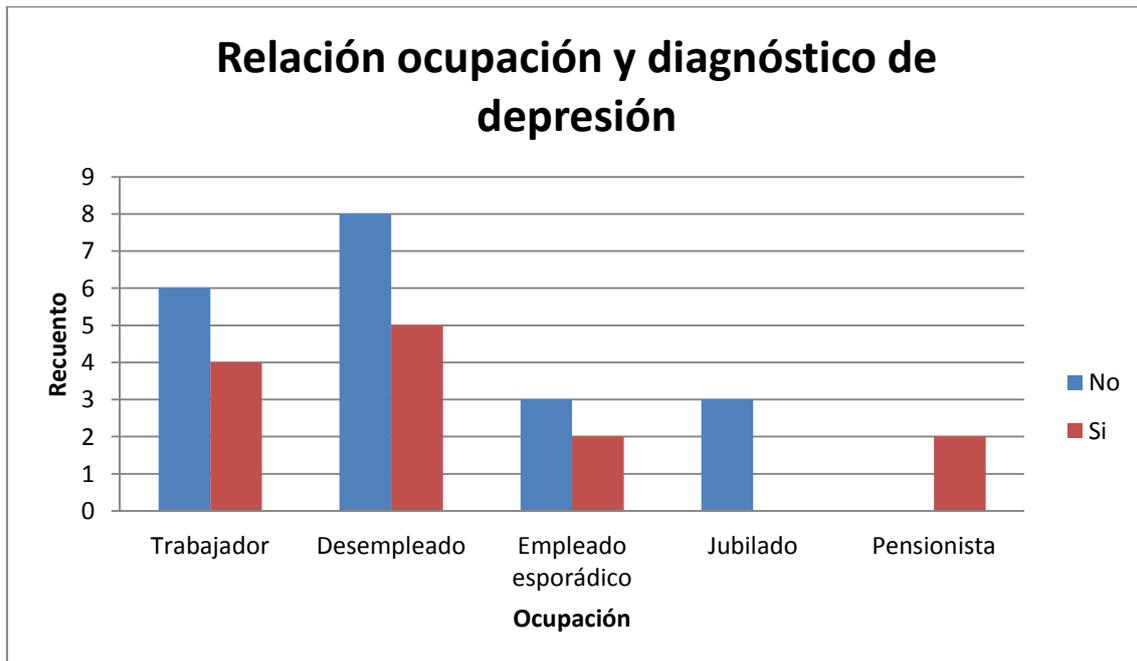
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,034 ^a	4	,284
Razón de verosimilitudes	6,738	4	,150
Asociación lineal por lineal	,144	1	,704
N de casos válidos	33		

a. 7 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,79.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	,067	,180	,374	,711 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	,021	,178	,114	,910 ^c
N de casos válidos	33			

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.
- c. Basada en la aproximación normal.



5. TABLA DE ASOCIACIÓN ENTRE LA NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN.

Tabla de contingencia ¿Cuál es su nivel de instrucción superior? * ¿Tiene diagnóstico de depresión?

			¿Tiene diagnóstico de depresión?		Total
			No	Si	
¿Cuál es su nivel de instrucción superior?	Primaria completa	Recuento	4	2	6
		Frecuencia esperada	3,6	2,4	6,0
	Primaria incompleta	Recuento	1	2	3
		Frecuencia esperada	1,8	1,2	3,0
	Secundaria completa	Recuento	2	4	6
		Frecuencia esperada	3,6	2,4	6,0
	Secundaria incompleta	Recuento	12	3	15
		Frecuencia esperada	9,1	5,9	15,0
	Estudios terciarios	Recuento	1	2	3
		Frecuencia esperada	1,8	1,2	3,0
	Total	Recuento	20	13	33
		Frecuencia esperada	20,0	13,0	33,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,194 ^a	4	,185
Razón de verosimilitudes	6,325	4	,176
Asociación lineal por lineal	,143	1	,706
N de casos válidos	33		

a. 8 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,18.

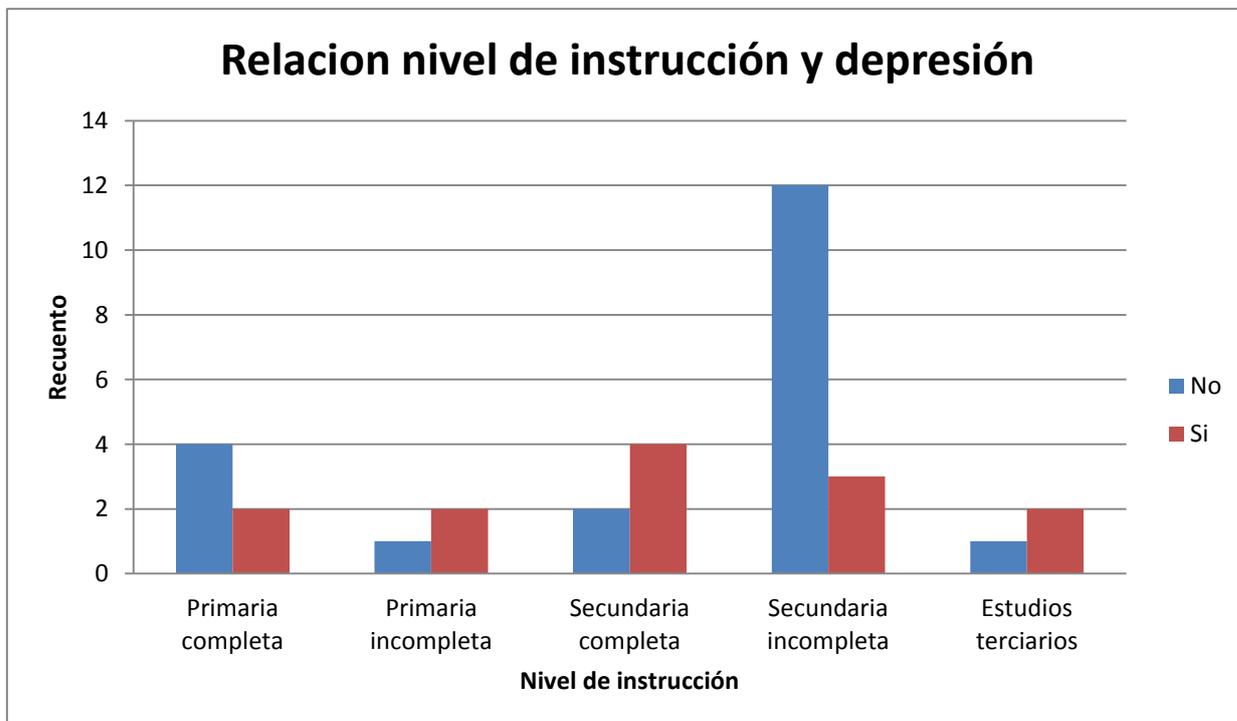
Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,067	,175	-,373	,712 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,103	,183	-,579	,567 ^c
N de casos válidos		33			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.



6. TABLA DE ASOCIACIÓN ENTRE LUGAR DE RESIDENCIA Y PRESENCIA DE DEPRESIÓN.

Tabla de contingencia ¿Dónde vive? * ¿Tiene diagnóstico de depresión?

			¿Tiene diagnóstico de depresión?		Total
			No	Si	
¿Dónde vive?	Refugio	Recuento	13	6	19
		Frecuencia esperada	11,5	7,5	19,0
	Vivienda	Recuento	7	7	14
		Frecuencia esperada	8,5	5,5	14,0
Total	Recuento	20	13	33	
	Frecuencia esperada	20,0	13,0	33,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,146 ^a	1	,284		
Corrección por continuidad ^b	,504	1	,478		
Razón de verosimilitudes	1,145	1	,285		
Estadístico exacto de Fisher				,472	,239
Asociación lineal por lineal	1,111	1	,292		
N de casos válidos	33				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,52.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,186	,173	1,056	,299 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,186	,173	1,056	,299 ^c
N de casos válidos		33			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

