

**FRECUENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y  
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE PRIMERO A TERCER SEMESTRE DE LA  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN  
DE LA CIUDAD DE PASTO, AÑO 2008.**

**ANA CRISTINA JACHO CAICEDO  
KARINA NATALY ORDOÑEZ GARCÍA  
MARIA KATALINA RODRIGUEZ SALAS  
MILENA CONSTANZA ROSERO BUCHELY**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN  
FACULTAD DE MEDICINA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: PSIQUIATRÍA  
SAN JUAN DE PASTO  
2008 – 2009**

**FRECUENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y  
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE PRIMERO A TERCER SEMESTRE DE LA  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN  
DE LA CIUDAD DE PASTO,  
AÑO 2008.**

**ANA CRISTINA JACHO CAICEDO  
KARINA NATALY ORDOÑEZ GARCÍA  
MARIA KATALINA RODRIGUEZ SALAS  
MILENA CONSTANZA ROSERO BUCHELY**

Trabajo de grado como requisito para optar el título de Médico General

**DR. CÁSTULO F. CISNEROS RIVERA**  
Asesor Científico

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN  
FACULTAD DE MEDICINA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: PSIQUIATRÍA  
SAN JUAN DE PASTO  
2008 – 2009**

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos con este proyecto a Dios que nos permite día a día ser lo que somos brindándonos esa gran oportunidad de existir como sus hijos.

A nuestros padres y familiares por acompañarnos en cada momento de nuestra carrera y apoyarnos en nuestros sueños y metas.

A esos Docentes que nos guían y enseñan a ser mejores para seguir sirviendo al mundo.

Y finalmente a esta bella fundación que nos recibió cuando apenas éramos unos pequeños buscando una respuesta y que ahora finaliza esta etapa de nuestras vidas compartiendo en nosotros hasta el final.

## DEDICATORIA

A mi Dios, Mi Madre Blanca Luz García M,  
Mi Padre Eduardo R. Ordoñez y mi hermano David Eduardo Ordóñez G.  
Demás familiares y amigos.

**Karina Nataly Ordoñez García.**

A Dios Padre todo poderoso, a mi Madre Magdalena Salas Rosero por  
acompañarme con su incondicionalidad en este camino que juntas escogimos, a  
mi Padre  
Álvaro Rodríguez Cortés por sembrar en mí su vocación, a mi familia.

**María Katalina Rodríguez Salas.**

A mi Madre Ligia Caicedo, a mi hija  
Ángela Daniela Viteri y David Viteri.

**Ana Cristina Jacho Caicedo.**

A mi Madre Cecilia de Rosero,  
Mi Padre Jesús Rosero, Hermanos Gustavo  
y Luís Eduardo Rosero Buchely y a todas las personas que  
me acompañaron en este largo camino.

**Milena Constanza Rosero Buchely.**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

\_\_\_\_\_  
**Presidente del jurado**

\_\_\_\_\_  
**Jurado No. 1**

\_\_\_\_\_  
**Jurado No. 2**

**San Juan de Pasto, Febrero 16 de 2009.**

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. ASPECTOS GENERALES	15
1.1 TÍTULO	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2.1 Descripción del problema	15
1.2.2 Formulación del problema	16
1.3 OBJETIVOS	16
1.3.1 Objetivo General	16
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 JUSTIFICACIÓN	17
1.5 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	18
1.6 METODOLOGÍA	18
1.6.1 Enfoque	18
1.6.2 Tipo de Estudio	18
1.6.3 Población	18
1.6.4 Fuentes de Recolección de Información	19
1.6.5 Técnicas para Recolección de Información	21
1.6.6 Criterios	22
2. MARCO REFERENCIAL	23
2.1 MARCO TEÓRICO	23
2.2 MARCO CONCEPTUAL	40
2.3 MARCO CONTEXTUAL	41
2.4 MARCO LEGAL	42
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	46
3.1 ANÁLISIS UNIVARIADO	46
3.2 ANÁLISIS BIVARIADO	63
4. DISCUSIÓN	77
5. PROPUESTA	78
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA	
NETGRAFÍA	
ANEXOS	

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Listado de variables y puntaje total de la escala de ZUNG y CAGE en la muestra tomada de estudiantes de medicina de la F.U.S.M	46
Tabla 11. Frecuencia de la relación existente entre la edad y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión moderada de la FUSM sede Pasto, de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.	
Tabla 2. Puntaje bruto de la escala de ZUNG transformada en índice porcentual (puntuación x 100 /80) del total de la población en estudiantes de medicina de la F.U.S.M sede Pasto que cursan primero, segundo y tercer semestre.	.51
Tabla 3. Frecuencia en edad de la población con estudiantes de medicina de la F.U.S..M sede Pasto que cursan primero, segundo y tercer semestre.	55
Tabla 4. Frecuencia en género de la muestra con estudiantes de medicina de la F.U.S..M sede Pasto que cursan primero segundo y tercer semestre.	56
Tabla 5. Frecuencia del estrato socioeconómico en los estudiantes de medicina de la F.U.S..M sede pasto que cursan primero segundo y tercer	56
Tabla 12. Frecuencia de la relación existente entre la edad y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión grave de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.	
Tabla 6. Frecuencia del consumo de alcohol según el cuestionario de CAGE en los estudiantes de medicina de la F.U.S..M sede Pasto que cursan primero, segundo y tercer semestre.	57
Tabla 7. Frecuencia del puntaje total expresado en porcentaje de la escala ZUNG en los estudiantes de medicina de la F.U.S..M sede Pasto que cursan primero, segundo y tercer semestre.	57
Tabla 8. Asociación de estudiantes con problemas de dependencia alcohólica y algún grado de depresión de la F.U.S..M sede Pasto que cursan primero, segundo y tercer semestre.	58

Tabla 9. Frecuencia de la relación existente entre la edad y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes sin depresión de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.	63
Tabla 10. Frecuencia de la relación existente entre la edad y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión leve de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.	64
Tabla 11. Frecuencia de la relación existente entre la edad y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión moderada de la FUSM sede Pasto, de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.	65
Tabla 12. Frecuencia de la relación existente entre la edad y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión grave de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.	66
Tabla 13. Frecuencia de la relación existente entre el estrato y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes sin depresión de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.	67
Tabla 14. Frecuencia de la relación existente entre el estrato y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión leve de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.	67
Tabla 15. Frecuencia de la relación existente entre el estrato y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión moderada de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.	68
Tabla 16. Frecuencia de la relación existente entre el estrato y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión grave de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.	68
Tabla 17. Frecuencia de la relación existente entre el género y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes sin depresión de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.	69

Tabla 18. Frecuencia de la relación existente entre el género y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión leve de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.	70
Tabla 19. Frecuencia de la relación existente entre el género y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión moderada de la FUSM sede Pasto de primer, segundo y tercer semestre en el año 2008.	70
Tabla 20. Frecuencia de la relación existente entre el género y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión grave de la FUSM sede Pasto.	71
Tabla 21. Frecuencia que relaciona la edad y el test de CAGE en estudiantes que no tienen problemas relacionados con el alcohol de primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.	71
Tabla 22. Frecuencia que relaciona la edad y el test de CAGE en estudiantes que tienen indicio de problemas relacionados con el alcohol en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.	72
Tabla 23. Frecuencia que relaciona la edad y el test de CAGE en estudiantes que tienen dependencia alcohólica en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.	73
Tabla 24. Frecuencia que relaciona el estrato socioeconómico y el test de CAGE en estudiantes que no tiene problemas relacionados con el alcohol en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.	74
Tabla 25. Frecuencia que relaciona el estrato socioeconómico y el test de CAGE en estudiantes que tienen indicio de problemas relacionados con el alcohol en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.	74
Tabla 26. Frecuencia que relaciona el estrato socioeconómico y el test de CAGE en estudiantes que tienen dependencia alcohólica en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.	75
Tabla 27. Frecuencia que relaciona el género y el test de CAGE en estudiantes que no tiene problemas relacionados con el alcohol en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.	75

Tabla 28. Frecuencia que relaciona el género y el test de CAGE en estudiantes que tienen indicio de problemas relacionados con el alcohol en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto. 76

Tabla 29. Frecuencia que relaciona el género y el test de CAGE en estudiantes que tienen dependencia alcohólica de primero, segundo, tercer semestre de la FUSM sede Pasto. 76

## INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO

<b>TITULO:</b> Frecuencia y asociación entre consumo de alcohol y depresión en estudiantes de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín de la Ciudad de Pasto, año 2008.	
<b>INVESTIGADORAS:</b> MILENA CONSTANZA ROSERO BUCHELY MARIA KATALINA RODRIGUEZ SALAS ANA CRISTINA JACHO CAICEDO KARINA NATALY ORDOÑEZ GARCIA	
<b>DATOS DE CONTACTO:</b> FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN	
<b>DIRECCIÓN:</b> Calle 12 A No. 34 – 46 <b>EMAIL:</b> <a href="mailto:karinagarcia86@hotmail.com">karinagarcia86@hotmail.com</a>	
<b>TELEFONOS:</b> 3165450706	
<b>CIUDAD:</b> Pasto	<b>DEPARTAMENTO:</b> Nariño
Nombre del grupo de investigación:	Reconocido: SI ( ) NO ( X ) Clasificación:
Línea de Investigación: PSIQUIATRIA	
Correo electrónico del grupo de investigación: <a href="mailto:karinagarcia86@hotmail.com">karinagarcia86@hotmail.com</a>	
El proyecto se desarrollará en alianza con el grupo:	
Reconocido: SI ( ) NO ( x ) Clasificación:	
Nombre de todas las investigadoras que participan en el proyecto: MILENA CONSTANZA ROSERO BUCHELY MARIA KATALINA RODRIGUEZ SALAS ANA CRISTINA JACHO CAICEDO	

KARINA NATALY ORDÓÑEZ GARCIA		
Si el grupo de investigación con el cual se realizó la alianza para el desarrollo de este proyecto pertenece a otra Institución, debe diligenciar la siguiente información:		
<b>Nombre de la institución:</b>		
Tipo de Entidad: (Seleccione el tipo de Entidad)		
Universidad pública:		Universidad Privada:
Entidad o Instituto público:		ONG:
Centro de Investigación privado:		Centro de Desarrollo Tecnológico:
Lugar del Ejecución del proyecto: <b>FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN</b>		
Duración del proyecto en meses: 13 meses		
Tipo de proyecto:	Investigación aplicada:	Desarrollo tecnológico o
Investigación básica	SI	Experimental:

## INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la sociedad hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión, sin importar raza, género, religión, nivel socioeconómico, presentándose tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

Además, se sabe que ésta enfermedad suele estar siempre acompañada de otras enfermedades de carácter físico, mental y social, destruyendo poco a poco, no solo a los jóvenes sino a todo el entorno como familia, amigos, trabajo, entre otros.

Es por eso se quiere mostrar cómo esta problemática llega a las aulas de clase acompañada en algunos casos del alcoholismo, catalogado hoy en día como una etapa normal de la juventud, con la cual gran parte de la sociedad no está de acuerdo.

Para la realización de éste estudio se tuvo en cuenta a los estudiantes de los tres (3) primeros semestres de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín – Sede Pasto, a quienes se les aplicó 2 escalas llamadas ZUNG Y CAGE destinadas a evaluar algún grado de depresión y alcoholismo respectivamente. Además, se analizaron variables como edad, género, estrato socioeconómico, con el fin de describir si ésta problemática está más inclinada o enfocada hacia alguna de estas variables.

En total se analizaron 176 estudiantes distribuidos de la siguiente manera: 1 semestre: 44; 2º semestre: 73, y 3º semestre: 59; durante la aplicación de las escalas se tuvo en cuenta previamente realizar una sensibilización de los estudiantes para evitar sesgos en la información obtenida.

Los resultados que arrojo el estudio fueron que en la Fundación Universitaria San Martín se observó una asociación entre consumo de alcohol y depresión como lo muestran los resultados de las escalas de ZUNG Y CAGE aplicadas en los estudiantes de primer a tercer semestre de la facultad de medicina. Además se observó que a menor edad mayor la gravedad del trastorno depresivo siendo en un 66, 7 %. De estudiantes de estrato 3 con depresión grave; así como también a mayor estrato socioeconómico, mayor gravedad del trastorno depresivo.

El género femenino se presenta con mayor frecuencia en indicios de problemas relacionados con el alcohol en un 52 % y el género masculino presenta mayor frecuencia de padecer dependencia alcohólica en un 63%.

La edad que con mayor frecuencia se presentó tanto en trastornos de alcoholismo y depresión fue de 18 años.

La mayoría de la muestra no presentó trastorno depresivo grave; aunque se encontraron 3 casos de dependencia alcohólica asociada a depresión grave.

## **1. ASPECTOS GENERALES**

### **1.1 TÍTULO**

Frecuencia y asociación entre consumo de alcohol y depresión en estudiantes de primer a tercer semestre de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín de la Ciudad de Pasto, año 2008.

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1 Descripción del problema**

En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés.

“A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión y la dependencia de alcohol y de otras sustancias afectan cada vez más a los jóvenes, teniendo en cuenta que a nivel mundial, 70 millones de personas sufren trastornos relacionados con el consumo de alcohol”.<sup>1</sup>

Entre algunos conceptos y conclusiones emitidas por otros investigadores, se tuvo en cuenta la realización de un estudio descriptivo que pretendía conocer el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de primeros semestres de medicina en una universidad de la Habana Cuba, en la cual se utilizó una encuesta que permitiera recoger la información necesaria.

Finalmente, el estudio titulado: “comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de medicina” concluyó que la mayor parte de los estudiantes de medicina consumen bebidas alcohólicas siendo los hombres los que mas beben, además se observó que el ron es la bebida consumida con mayor frecuencia por los jóvenes de la muestra en el estudio anteriormente mencionado.

Por otra parte, en un estudio realizado en Colombia en la facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, acerca de la asociación que existía entre síntomas de depresión y consumo de alcohol, se determinó que “existe una

---

<sup>1</sup> Organización mundial de la salud 55ª asamblea mundial de la salud 11 abril de 2002: salud mental respuesta al llamamiento a favor de la acción.

relación importante entre síntomas depresivos con importancia clínica y consumo abusivo de alcohol” en adolescentes”<sup>2</sup>

Otro estudio en docentes de Medicina de la Universidad del Valle (Colombia), el objetivo principal era determinar mediante la Escala de Zung la prevalencia de depresión, en la cual se encontró que existe una asociación inversa entre depresión, estado socioeconómico y el año académico en curso, así como también la existencia de mayor prevalencia de depresión en mujeres.

Con lo anterior se observa que ésta enfermedad no solo se presenta y afecta a jóvenes a nivel mundial, sino que también toca a adolescentes de otros países tales como: Colombia, Perú, Cuba y Argentina, sembrando particularmente la duda sobre cuál es el estado real de ésta situación o problema en la actualidad y hacia dónde se dirige.

En el Departamento de Nariño hay pocos estudios en este campo, lo cual impulsó y motivó al desarrollo de ésta investigación, obteniendo estadísticamente cifras reales que responden a la duda planteada en el párrafo anterior.

## **1.2.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la frecuencia y asociación entre el consumo de alcohol y depresión, utilizando encuestas en las que se incluye la escala de CAGE y ZUNG respectivamente en estudiantes de 1<sup>o</sup> a 3<sup>o</sup> semestres de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín de la ciudad de Pasto en el segundo período del año 2008?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la frecuencia y asociación entre consumo de alcohol y depresión en estudiantes de primero a tercer semestre de la facultad de medicina de la fundación Universitaria San Martín de la ciudad de Pasto en el segundo período del año 2008, con el propósito de generar un diagnóstico de la situación actual y entregarlo a la Universidad para que promueva estrategias de intervención.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

---

<sup>2</sup> *Article Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia 2005.*

- Determinar algún grado de depresión en estudiantes de 1º a 3º semestre de la facultad de medicina de la FU.S.M., mediante la aplicación de la escala de ZUNG.
- Determinar algún grado de alcoholismo en estudiantes de 1º a 3º semestre de la facultad de medicina de la FU.S.M., mediante la aplicación de la escala de CAGE.
- Identificar la asociación que existe entre el consumo de alcohol y depresión en estudiantes de 1º a 3º semestre de la facultad de medicina de la FUSM.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

Existen múltiples problemas y enfermedades en la salud pública, así como también tratamientos para su cura siendo estos erradicados o sanados, pero hay algunos que a pesar de la lucha persisten y se convierten en algo común, normal e inclusive costumbrista. Es la misma sociedad la que enseña a convivir en un ambiente melancólico, turbulento, acelerado, estresante, con salidas fáciles como el alcoholismo, la drogadicción, el suicidio, entre otros, dejando de lado muchas veces la práctica de valores y principios, adecuadas alternativas de superación que conducen a mejorar la convivencia buscando un equilibrio entre el medio y la cotidianidad.

Por lo anterior, el desarrollo de ésta investigación permitió ratificar que ésta problemática está presente en los adolescentes y específicamente en la comunidad universitaria, debido al entorno que rodea estas instituciones, como: bares, billares, discotecas, entre otros, los cuales incitan a los estudiantes a frecuentar dichos lugares.

Además, permitió identificar que la carga de estrés que maneja el estudiante es muy compleja (pesada), lo que genera un cambio en el estado de ánimo, obligándolo a buscar refugio en actividades diferentes a las académicas que le permitan esparcir la mente, tratando de escaparse de la sobrecarga mental y encausándolo hacia el incumplimiento de su responsabilidad académica.

De otra parte, se generó un conocimiento científico basado en datos estadísticos de la población objeto de estudio, que demostró la frecuencia y asociación entre el consumo de alcohol y depresión en los estudiantes de medicina de los semestres 1º, 2º y 3º de la Fundación Universitaria San Martín – Sede Pasto, la cual sea que se presente en mayor o menor escala, es un hecho que afecta a personas y estudiantes, exigiendo la intervención oportuna en la etapa inicial del proceso de

formación profesional, lo que permitiría cambiar el futuro y mejorar la calidad de vida.

Se piensa que ésta investigación servirá de base y motivación para continuar con el desarrollo de estudios futuros relacionados con ésta temática en el departamento de Nariño, y de ésta manera impulsar una serie de estrategias que permitan controlar los riesgos y efectos de éstas dos (2) enfermedades en los adolescentes.

Finalmente, ésta investigación apoya la visión de la Fundación Universitaria San Martín, cual es la de formar médicos de excelencia académica, personal y humanística, porque la implementación de estrategias de intervención conducen a lograr cambios sustanciales en el estado de ánimo del estudiante, disminuyendo el riesgo de caer en el alcoholismo y la depresión y perfilándolo como mejor persona y mejor profesional hacia el futuro.

## **1.5 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO**

Para este estudio se tomaron en cuenta los estudiantes de medicina de la F.U.S.M sede Pasto de 1º, 2º y tercer semestre siendo en total 280 de los cuales se lograron encuestar un total de 176 estudiantes distribuidos así: primer semestre 44, segundo semestre 73 y tercero 59.

## **1.6 METODOLOGÍA**

**1.6.1 Enfoque:** El estudio fue de tipo cuantitativo, ya que midió variables como género, edad, estrato socioeconómico y las variables planteadas en la escala de ZUNG y CAGE las cuales fueron analizadas e interpretadas de forma individual arrojando en cada uno de ellos un valor numérico que determinó el grado de depresión ó alcoholismo según el caso de cada estudiante, permitiéndonos posteriormente haber realizado un análisis estadístico del total de la muestra.

**1.6.2 Tipo de Estudio:** Se realizará un estudio que por sus características es de tipo descriptivo, debido a que identifica las enfermedades (depresión-alcoholismo) en la población estudiantil de 1º, 2º y 3º semestre, en un tiempo determinado: segundo período del año 2008 y un lugar específico como lo es la universidad . Además también es un estudio retrospectivo debido a que se toman datos que ya están presentes antes del estudio y no después de este.

### **1.6.3 Población**

- **Población:** Se tomó a estudiantes de los semestres primeros, segundos y terceros de la Facultad de Medicina de la FUSM sede Pasto

### **1.6.4 Fuentes de Recolección de Información**

**Primarias:** se utilizó como fuente primaria la información recogida directamente de los estudiantes a través de encuestas bajo el marco de las escalas de ZUNG y CAGE para depresión y alcoholismo respectivamente, a las cuales se agregaron preguntas de edad, género y estrato socioeconómico.

## **ESCALA DE ZUNG:**

### **Descripción de la escala de ZUNG**

Desarrollada por Zung en 1965, es una escala autoaplicada formada por 20 ítems relacionada con la depresión, siendo alternados los ítems realizados en sentido positivo con los ítems en sentido negativo para evitar el acostumbramiento en las respuestas.

“Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).”<sup>3</sup>

### **Interpretación de la escala de ZUNG**

Proporciono una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones de los 20 ítems.

“Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir la respuesta (nunca) vale 1 punto y repuesta (siempre) vale 4 puntos.

Los ítems en sentido negativo son los números 1, 3, 4, 7-10, 13, 15 y 19.

Los ítems en sentido positivo reciben menor puntuación a mayor presencia de tal modo que la respuesta (nunca) vale 4 puntos y la repuesta (siempre) vale 1 punto.

Los ítems en sentido positivo son los números 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16-18 y 20.”<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Zung WW. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatr 1965; 12: 63-70. Zung WW. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatr 1965; 12: 63-70.

<sup>4</sup> julio bobes banco de instrumentos basicos para la practica de psiquiatria clinica 3ª edición

**ESCALA DE ZUNG QUE SE APLICO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE F.U.S.M SEDE PASTO PARA DETERMINAR ALGUN GRADO DE DEPRESION**

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				

## **CUESTIONARIO DE CAGE**

### **Descripción de cuestionario de CAGE**

Consta de 4 ítems de respuesta dicotómica si/no, dentro de los cuales 3 de ellos evalúan aspectos subjetivos del estudiante relación con el consumo de alcohol, y el último evalúa aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica.

### **Interpretación de cuestionario de CAGE**

En cada ítem si el estudiante respondió afirmativamente valdría 1 punto y si respondió negativamente valdría 0 puntos lo cual administro una puntuación total después de sumar la respuesta de los cuatro ítems.

“Tomando puntos de corte:

0: no hay problemas relacionados con el alcohol.

1: indicio de problemas relacionados con el alcohol.

2-4: dependencia alcohólica.”<sup>5</sup>

## **CUESTIONARIO DE CAGE QUE SE APLICO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA F.U.S.M SEDE PASTO**

¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?

SI NO

¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?

SI NO

¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?

SI NO

¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse del guayabo?

- Fuentes Secundarias

Se obtuvo datos del total de estudiantes matriculados en la F.U.S.M sede pasto de 1º, 2º y 3º semestre por medio del archivo de la universidad, el cual nos fue facilitado previa autorización del coordinador académico.

---

<sup>5</sup> julio bobes banco de instrumentos básicos para la práctica de psiquiatría clínica 3º edición

Además de la distinta información recolectada en textos físicos y virtuales enfocados en la salud mental o psiquiatría como también artículos en formato pdf de revistas colombianas y extranjeras relacionados con el tema estudiado en esta investigación .

### **1.6.5 Técnicas para Recolección de Información**

Para la recolección de los datos se aplicaron la escala de ZUNG y el cuestionario de CAGE a los estudiantes de facultad de medicina de la F.U.S.M. sede pasto de los 1º, 2º y 3º semestre en sus respectivas aulas y de forma individual, previa información del por qué, para qué y su importancia de participación en esta encuesta, además se solicito la autorización de directivas y personal docente, dicha aplicación de encuestas se realizo por parte de las investigadoras de este estudio quienes previamente fueron capacitadas respecto al temario por parte de su asesor científico y la información recolectada en la estructuración del proyecto.

### **1.6.6 Criterios**

#### **Criterios Inclusión:**

- ✓ Estudiantes universitarios del Programa de Medicina de la FUSM-Sede Pasto.
- ✓ Encontrarse matriculado en 1º, 2º y 3º semestre.
- ✓

#### **Criterios Exclusión:**

- ✓ No ser estudiante del Programa de Medicina de la F.U.S.M - Sede Pasto.
- ✓ Pertener a un semestre diferente a los mencionados.

#### **Consideraciones Éticas:**

Se respetó la confidencialidad de la información obtenida, además del consentimiento informado.

#### **Control errores y sesgos**

Se aplicó una prueba piloto a los estudiantes de tercer semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nariño, mediante las escalas de CAGE y ZUNG para alcoholismo y depresión respectivamente, cuestionarios que fueron revisados con anterioridad, evitando que sean extensos y complicados para los participantes, además de la capacitación exhaustiva de las investigadoras.

Posteriormente, los datos obtenidos fueron revisados y corregidos por el asesor científico, con el fin de que en el momento de ejecutar la investigación se pueda controlar los errores y sesgos.

## **2. MARCO REFERENCIAL**

### **2.1 MARCO TEÓRICO**

#### **DEPRESIÓN**

Siendo la depresión uno de los despreciados pero más importantes diagnósticos en salud mental hoy en día, padecido por miles de personas en el mundo y pronosticado hacia el futuro como la segunda causa de incapacidad medica para el año 2020.

Proviene del latín de y premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo), documentado desde el pasado en la época griega por el tan famoso y conocido Hipócrates, el cual describió en dicha época que el hombre constaba de 4 humores:

- sangre
- bilis amarilla
- bilis negra
- flema

Los cuales eran de tal importancia que si uno de estos era alterado se producía un desequilibrio en el organismo llevando a la aparición de enfermedades. Así como también el predominio de un humor; sobre los otros determinaba la clase o tipo de temperamento y manera de ser de cada individuo.

Apareciendo de tal manera cuatro temperamentos según el predominio del humor:

- sanguíneo
- colérico
- melancólico
- flemático

Y de esta manera son muchos los manuscritos, textos y hasta pinturas que relatan cómo a partir de la historia la depresión fue ganando campo en la humanidad y la sociedad como enfermedad.

A continuación se muestran algunos anunciados proclamados por personajes de distinta época a partir del tiempo reconfirmando la antigua existencia de esta enfermedad.

Comenzando desde el Siglo I donde Areteo de Capadocia enunciaba:

“La melancolía es una alteración apirética del ánimo que está siempre frío y adherido a un mismo pensamiento, inclinado a la tristeza y a la pesadumbre”<sup>6</sup>

En el Siglo II Galeno enunciaba:

“Normalmente se ven acosados por el miedo aunque no siempre se presentan el mismo tipo de imágenes sensoriales anormales”<sup>6</sup>

En el Siglo X El árabe Isaq ibn Imran enunciaba:

“En la melancolía hay un cierto sentimiento de aflicción y aislamiento que se forma en el alma debido a algo que el paciente cree que es real pero que es irreal”<sup>6</sup>.

Siglo XI Constantino el Africano enunciaba:

“La melancolía perturba el espíritu más que otras enfermedades del cuerpo”<sup>6</sup>.

En la edad moderna época de la química y la electricidad En 1621 Robert Burton ofrece una “concepción multifactorial de la depresión según la cual la enfermedad no tiene una única causa, sino que puede tener varias: desde el amor a la religión, pasando por la política o el simple aburrimiento. Y si varias pueden ser las causas, varios pueden ser los remedios, que van desde la música a la compañía”<sup>6</sup>.

En 1621-1675 Thomas Willis menciona que existen alteraciones químicas producidas en el cerebro y el corazón siendo las causantes de esta enfermedad.

Dividiendo la enfermedad en cuatro tipos de melancolías según el origen de la alteración química:

- “Por desorden inicial del cerebro.
  - Derivada de los hipocondrios (bazo).
  - La que comprende todo el cuerpo.
-

- Originada en el útero”<sup>6</sup>.

1725 Richard Blackmore, habla de estar deprimido en profunda tristeza y melancolía. 1764 Robert Whytt, relaciona depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía.

1808 J. Haslam habla de aquellos que están bajo la influencia de pasiones depresivas.

1899 Emil Kraepelin: empieza a usar la enfermedad como una categoría diagnóstica la cual era llamada locura maniaco depresiva.

Además de que hasta esta época la depresión era mal llamada por gentilicio de las personas melancolía, Adolf Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión.

También en los incas con narraciones recopiladas por un español llamado Elferink, El cual describe a la esposa del tercer gobernante Inca:

“La tercera Coya fue miserable, avarienta y mujer desdichada, y no comía casi nada y bebía mucha chicha y de cosas insignificantes lloraba, y de puro mísera no estaba bien con sus vasallos; era triste de corazón”<sup>6</sup>.

Finalmente vemos como hasta entonces en la Biblia se habla de depresión poniendo como ejemplo el fin del rey Antioco Epifanes (Macabeos 1<sup>a</sup>, 6) después de una vida militar sangrienta y devastadora que finaliza con ansiedad en su corazón y muerte.

Se concluye entonces como la depresión a partir del tiempo afecta a toda clase de individuos, siendo explicada por sabios, filósofos y científicos de distinta manera cayendo esta enfermedad en un espiral de hipótesis acerca de su origen y presentación como: relaciones mágico-religioso, químico-mecánico, animismo-orgánico, ambiental-genético, espiritual y vital.

Por lo que en esta investigación se quiso aclarar el ¿por qué nos deprimimos? De una forma científica tomando conceptos y discusiones de distintos autores.

Se concluye que la depresión puede tener su origen en distintos factores como: Hereditarios, Presencia del Cromosoma sexual "X" ya que el sexo femenino es mas susceptible de cursar con la enfermedad, además por estar afectada con factores sociales donde recaen menos oportunidades de trabajo y mayor carga

---

<sup>6</sup><http://www.monografias.com/trabajos13/depre/depre.shtml>

<sup>6</sup><http://www.monografias.com/trabajos13/depre/depre.shtml>

laboral al considerar los oficios domésticos como un trabajo adicional sin contar también con factores biológicos (hormonales) los cuales también logran afectar el estado de ánimo.

Por otro lado también consideramos la crianza y el tipo de sociedad o comunidad donde se desarrollo el individuo como factores que pueden determinar el temperamento de la persona. Para dar un ejemplo se da a conocer la comunidad Amish: comunidad en donde sus integrantes se mezclan únicamente con individuos pertenecientes a la misma evidenciando una alteración y prevalencia del cromosoma N°11 relacionado con un aumento en la frecuencia de la enfermedad "Maniaco-Depresiva" o enfermedad bipolar.

Con todo esto se muestra que el ser humano por naturaleza está predispuesto de una u otra forma a presentar un estado depresivo en el transcurso de su vida, en donde una situación estresante puede resaltar esta predisposición causando cambios mentales y orgánicos en un episodio depresivo.

De tal manera que el cuerpo humano responde en forma defensiva como medida de adaptación preparando al organismo a atacar o huir según el tipo de peligro que se perciba tomando el organismo una expectativa de ser atacado ocasionando una respuesta en nuestro cuerpo cursando el sujeto con taquicardia para mejorar el sistema respiratorio y cardiovascular, dilatación de pupilas aumentando nuestro campo visual y mayor riego sanguíneo al cerebro y músculos proporcionando mayor energía a nuestras extremidades.

Persistiendo la sintomatología mientras permanece la agresión mental o situación estresante causando posteriormente un deterioro del sistema de defensa produciendo finalmente **LA DEPRESION.**

Dentro de todo este sistema generador de estrés y su relación con la depresión existen múltiples estructuras que se encargan de tener una orquestación precisa del sistema ante sospecha de peligro como: el Hipotálamo, Las amígdalas de los lóbulos temporales, Tallo cerebral en una área conocida como el "sitio gris" (núcleo Locus Coeruleus o LC) y a nivel periférico: las glándulas suprarrenales. Los cuales a su vez necesitan de ayudadores para transmitir cada orden y mensaje del cerebro al ejecutar una acción ayudadores que terminan siendo el lenguaje con el que una célula se comunica con otra, sea para aumentar su actividad o no, llamados neurotransmisores.

Ej: La noradrenalina, adrenalina, serotonina, dopamina y acetilcolina también Hormonas: hormona estimulante de las suprarrenales o ACTH, activada por el factor liberador del ACTH o CRF (corticotrophin release hormone).

**¿Pero entonces como sabemos que el sistema de defensa se encuentra mal en la depresión?**

Bueno cuando el sistema de defensa de estrés decae por la persistencia de múltiples factores agresores en el organismo, los neurotransmisores se manifiestan siendo responsables de la sintomatología observada en una persona deprimida.

Por ejemplo la disminución de Norepinefrina producirá baja en el nivel de energía, en el interés para hacer sus actividades habituales, y aun para divertirse, en la serotonina ansiedad, angustia o nerviosismo, mala regulación del apetito y de la sexualidad, la acetilcolina alteraciones del dormir y la dopamina disminución en la regulación del movimiento fino, y en los aspectos que tienen que ver con experimentar placer.

## **DEPRESION SEGÚN EDAD Y GÉNERO**

Depresión en la mujer: de cierto modo las mujeres padecen más de depresión en comparación con los hombres; esto se debe a las diferencias biológicas, cambios hormonales, el ciclo menstrual y otros sucesos que suelen acompañar a la mujer asociados con depresión como: el aborto el embarazo y su puerperio, la violación, el divorcio, ser madre soltera entre otros.

Depresión en el hombre: con lo planteado en el párrafo anterior no queremos decir que los hombres no padecen de esta enfermedad, si no que talvez el sexo masculino se demora mas en aceptar que padecen una condición mental diferente, por lo tanto son menos frecuentes los diagnósticos de depresión en un hombre.

Depresión en la vejez: normalmente cuando en el entorno se observa la presencia de un anciano lo asociamos a descanso, enfermedad, soledad, tristeza, inutilidad, invalides. Pero en realidad este se considera un concepto inadecuado ya que la edad no debe condicionar al la persona en su temperamento, capacidades o estado emocional y no siempre el ser un anciano significa estar en un estado depresivo, Por lo cual el anciano debe estar rodeado de un ambiente sano, prospero y motivador.

En caso que la persona curse con un estado depresivo debe tratarse con psicoterapia y medicamentos según la gravedad, como si cursara con una enfermedad orgánica siendo esta de tal importancia como las demás.

Depresión en la niñez:

Dependiendo de la edad del niño este puede en su primera etapa escolar empezar a sentirse abandonado cuando ingresa a la escuela, sintiendo este el temor de perder a sus padres, simulando entonces el estar enfermo para faltar.

A medida que va creciendo su comportamiento puede variar desde ponerse malhumorado hasta meterse en problemas en el colegio, los maestros empiezan a dar llamados de atención y quejas a sus padres de que el niño no es el mismo, por

lo que en muchas ocasiones esta sintomatología puede llegar a ser malentendida como un proceso normal de crecimiento y es ahí donde se debe colocar mas atención a los requerimientos físicos y emocionales del niño evitando la aparición o empeoramiento de la depresión a tan corta edad.

## **TIPOS DE DEPRESION**

La depresión se divide en tres tipos de trastornos que son:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno distímico.
- Trastorno bipolar.

Siendo de manera diferente en cada uno de ellos el número, gravedad y persistencia de los síntomas.

## **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

Pudiendo cursar con un estado de ánimo triste o ansioso, sentimientos de desesperanza, pesimismo, culpa e inutilidad, además del agotamiento y la dificultad para concentrarse en este caso tomando la población del estudio cursan con bajo nivel académico.

### **Criterios diagnósticos:**

Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor deben estar presentes:

- A. "Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa"<sup>7</sup>; en donde deben estar incluidos el primer y segundo criterio.

1. "Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada

---

<sup>7</sup> Thase, M. E.: "Long-term treatments of recurrent depressive disorders". *J. Clin. Psychiatry*, 1992; 53 (9 suppl.)

Dr. Francisco Alonso Fernández. Medicamentos antidepresivos.

L.M. Zieher, S. Rojtenberg Depresión y Antidepresivos. Bases clínicas, psicodinámicas y farmacológicas.

<http://www.respuestasaladepresion.com/profesionales/descargas.php>

por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor”<sup>8</sup>.

## **TRASTORNO DISTÍMICO**

---

<sup>8</sup> Thase, M. E.: "Long-term treatments of recurrent depressive disorders". *J. Clin. Psychiatry*, 1992; 53 (9 suppl.)

Dr. Francisco Alonso Fernández. Medicamentos antidepresivos.

L.M. Zieher, S. Rojtenberg Depresión y Antidepresivos. Bases clínicas, psicodinámicas y farmacológicas.

<http://www.respuestasaladepresion.com/profesionales/descargas.php>

Se considera que este trastorno es menos grave a comparación del anteriormente mencionado, por presentarse con sintomatología de forma crónica (2 años), siendo las afecciones más leves, las cuales no incapacitan al sujeto pero si interfieren en el temperamento y forma de vida social, familiar y económica.

La persona también cursa con sentimientos de incompetencia, anhedonia tristeza, irritabilidad produciéndole aislamiento social y descenso en su nivel académico.

**Criterios diagnósticos:**

A. "Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto y observado por los demás, durante al menos 2 años.

B. Presencia, mientras está deprimido de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante un período de dos años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los 2 primeros años de la alteración.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej: una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo."<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Thase, M. E.: "Long-term treatments of recurrent depressive disorders". *J. Clin. Psychiatry*, 1992; 53 (9 suppl.)

Dr. Francisco Alonso Fernández. Medicamentos antidepresivos.

L.M. Zieher, S. Rojtenberg Depresión y Antidepresivos. Bases clínicas, psicodinámicas y farmacológicas.

<http://www.respuestasaladepresion.com/profesionales/descargas.php>

## TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Se divide en dos tipos:

Tipo I: Donde se ha presentado al menos un episodio maníaco completo; sin embargo, las personas con este tipo de trastorno también pueden experimentar episodios de depresión mayor.

Tipo II: Los períodos de hipomanía implican síntomas maníacos menos severos que alternan con al menos, un episodio depresivo mayor.

A su vez el trastorno bipolar tipo I se subdivide según la frecuencia y presentación del episodio maniaco, depresivo ò ambas en:

### **Episodio maníaco único:**

Donde existe la presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos anteriores y el "episodio maníaco no se explica mejor por presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado"<sup>10</sup>.

### **Episodio más reciente hipomaniaco:**

Cursa actualmente en un episodio hipomaniaco donde previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto con síntomas afectivos que provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

"Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado"<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Thase, M. E.: "Long-term treatments of recurrent depressive disorders". *J. Clin. Psychiatry*, 1992; 53 (9 suppl.)

Dr. Francisco Alonso Fernández. Medicamentos antidepresivos.

L.M. Zieher, S. Rojtenberg Depresión y Antidepresivos. Bases clínicas, psicodinámicas y farmacológicas.  
<http://www.respuestasaladepresion.com/profesionales/descargas.php>

**Episodio más reciente maníaco:**

Cursa actualmente es un episodio maníaco y previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

“Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado”<sup>10</sup>.

**Episodio más reciente mixto:**

Cursa actualmente en un episodio mixto y previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

“Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado”<sup>11</sup>.

**Episodio más reciente depresivo:**

Cursa actualmente (o el más reciente) es un episodio depresivo mayor y previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

“Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado”<sup>11</sup>.

**Episodio más reciente no especificado:**

Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco, hipomaniaco, mixto o episodio depresivo mayor y previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

- Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una

---

<sup>11</sup> Thase, M. E.: "Long-term treatments of recurrent depressive disorders". *J. Clin. Psychiatry*, 1992; 53 (9 suppl.)  
Dr. Francisco Alonso Fernández. Medicamentos antidepresivos.  
L.M. Zieher, S. Rojtenberg Depresión y Antidepresivos. Bases clínicas, psicodinámicas y farmacológicas.  
<http://www.respuestasaladepresion.com/profesionales/descargas.php>

esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

- Los episodios afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej.: una droga, un medicamento y otro Tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej.: hipertiroidismo).

## Bipolar tipo II

Se caracteriza por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

### **Criterios Diagnósticos para el Trastorno Bipolar II**

- A. "Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniaco.
- c. No ha habido ningún episodio maníaco, ni un episodio mixto.
- D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo."<sup>12</sup>

## **TRATAMIENTO**

Al considerar la depresión como una enfermedad de importancia igualmente es su tratamiento, el cual debe ser integral no solo en la administración de medicamentos y psicoterapias si no también debe ir acompañado de personal multidisciplinario como: enfermería, medico, psiquiatra, familia y demás personal que pueda contribuir a la superación de este trastorno.

Dependiendo de la gravedad de la enfermedad se considera el tratamiento, por ejemplo en un estado leve solo se apoya con psicoterapia o actividades de superación y en estado moderado- severo la psicoterapia es apoyada con el uso de antidepresivos.

## **CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS**

---

<sup>12</sup> Thase, M. E.: "Long-term treatments of recurrent depressive disorders". *J. Clin. Psychiatry*, 1992; 53 (9 suppl.)  
Dr. FERNÁNDEZ , Franciso Alonso. Medicamentos antidepresivos.  
L.M. Zieher, S. Rojtenberg Depresión y Antidepresivos. Bases clínicas, psicodinámicas y farmacológicas.  
<http://www.respuestasaladepresion.com/profesionales/descargas.php>

Existen tres tipos de antidepresivos según su cronología de hallazgo, de primera generación, segunda generación o intermedios y los de la tercera generación.

- **Antidepresivos de la primera generación:** antidepresivos tricíclicos, como: la imipramina, desipramina, ciomipramina, amitriptilina y nortriptilina.
- **Antidepresivos de la segunda generación:** se incluyen maprotilina, la mianserina y la viloxacina.
- **Antidepresivos de la tercera generación:** inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, conocidos como IRSS, medicamentos de reciente descubrimiento llamados de última generación (trazodone, nefazodone, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina y citaloprán), y otros como la venlafaxina, la reboxetina y la mirtazapina.

Existen personas que no responden al tratamiento anteriormente mencionado, para los cuales fue investigado otro tipo de medicamentos llamados **IMAO (Inhibidores de la Monoaminooxidasa )** “La **Monoaminooxidasa** metaboliza las monoaminas, los IMAO aumentan los niveles de monoaminas en la sinapsis”<sup>12</sup> entre estos encontramos: tranilcipromina (Parnate, Cuait D, Stelapar, Implicane) Fenzelina.

Con lo anterior se muestran las distintas opciones de tratamiento en el cual reiteramos la importancia de realizarlo de forma integral y multidisciplinario, para obtener el éxito en la mejoría del paciente y por parte de cada psiquiatra se considere el como, con quien y duración del proceso.

## **ALCOHOLISMO**

Siendo otra enfermedad compleja en el mundo por su fácil acceso y uso a nivel social definida por la “OMS como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gr en la mujer y 70 gr en el hombre”<sup>13</sup>.

Históricamente nombrada desde antes de Cristo como bebida social utilizada para integración entre personas y comunidades, pero se sabe que solo hasta el año 800 después de Cristo el hombre aprendió a destilar y fermentar bebidas alcohólicas.

El consumo de alcohol en nuestra comunidad se lo considera como un factor predisponente para ocasionar disfunciones tanto en el mismo individuo, en su familia y la sociedad, trayendo como consecuencia la población presenta alteraciones en su salud física y mental y por ende en sus relaciones intra e interpersonales

---

<sup>12</sup> manual de terapéutica 2006-2007 Marco Antonio Gonzales Agudelo, William Darío Lopera Lotero, Álvaro Arango Villa 12ª edición.

<sup>13</sup> <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales, se produce por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos y se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol causando daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes, se lo considera como una enfermedad compleja, teniendo en cuenta sus efectos y consecuencias alterando el adecuado funcionamiento del sistema nervioso.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas es más frecuente en jóvenes y entre los principales factores predisponentes en esta población tenemos que lo realizan por diversión, por escapar de problemas y olvidar el estrés, para sentirse parte de un grupo específico de amigos, para estar más a gusto en reuniones o por el simple hecho de emborracharse.

## **EFFECTOS DEL ALCOHOLISMO**

“Existen dos tipos de intoxicación que causa el consumo de alcohol, cada una con características diferentes.

### **INTOXICACIÓN AGUDA:**

Es la ocasionada por la ingestión masiva de alcohol y esta determinada por:

- La graduación: concentración de alcohol en la bebida, la composición química de las bebidas, la presencia de comida en el estomago, el peso del sujeto ya que entre menos peso, más absorción, el género las mujeres son más sensibles.
- Una vez absorbido el alcohol, es metabolizado en una compleja serie de reacciones. Los efectos, según la cantidad, pasan por:
  1. FASE PRODRÓMICA  
(0,25 gr/l -0,3 gr./l) Cuando el individuo percibe un cambio en su estado mental produciendo alteración en la percepción de los sentidos y disminución de los reflejos.
  2. EXCITACIÓN  
(0,3 gr. / 1,5 gr./l ) Perdida de la inhibición y perdida del autocontrol con parálisis progresiva de los procesos mentales más complejos produciendo cambios de personalidad.
  3. INCOORDINACIÓN  
(1,5 gr. /l - 3 gr./l) : Temblor, confusión, incoordinación motriz: generalmente, la persona acaba durmiéndose.
  4. COMA Y MUERTE (+3 gr./l).

## **INTOXICACIÓN CRÓNICA:**

Se presenta por intoxicaciones agudas a repetición y consumo excesivo y de manera frecuente de alcohol.

El beber consistentemente y en forma sostenida puede con el transcurso del tiempo causar síntomas de supresión durante los períodos de no tomar y un sentido de dependencia.

Para desarrollar alcoholismo, otros factores generalmente juegan un rol, incluyendo la biología, la genética, la cultura y la psicología”<sup>14</sup>.

## **FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ALCOHOLISMO**

### **Química cerebral.**

“El alcohol actúa como un depresivo en el sistema nervioso central y causa relajación y euforia, un grupo de neurotransmisores, son responsables de los cambios en el comportamiento después de beber alcohol especialmente se tienen en cuenta el ácido aminobutírico gamma (GABA, gamma aminobutyric acid), la dopamina y la serotonina.

### **Factores genéticos.**

En las personas con alcoholismo severo se ha encontrado un gen que afecta la función de una estructura conocida como receptor de dopamina D2, las personas con este gen tienen mayor probabilidad de beber”<sup>15</sup>.

### **Efectos Psicológicos**

El alcohol afecta en primer lugar al Sistema Nervioso Central y su ingesta excesiva y prolongada puede provocar daño cerebral. Popularmente se cree que el alcohol incrementa la excitación, pero en realidad deprime muchos centros cerebrales. La sensación de excitación se debe precisamente a que al deprimirse algunos centros cerebrales se reducen las tensiones y las inhibiciones y la persona experimenta sensaciones de sociabilidad o euforia.

Además podemos encontrar que si la concentración de alcohol excede ciertos niveles en la sangre puede producir percepción visual distorsionada, alteración en la coordinación motora, el balance, el lenguaje y la visión sufren también fuertes deterioros.

Como consecuencia del consumo excesivo y de manera continua de bebidas alcohólicas puede producir úlceras gástricas, hígado graso, además de trastornos

---

<sup>14</sup> <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>

<sup>15</sup> <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>

cerebrales, hepáticos (cirrosis), cardiovasculares y el incremento del nivel de los triglicéridos aumentando el riesgo de presentar un infarto. Finalmente, provoca adicción física y dependencia psicológica.

### **Género y edad.**

“La mayoría son hombres, pero la incidencia del alcoholismo en las mujeres ha aumentado durante los últimos 30 años.

Para los hombres, el riesgo general para desarrollar alcoholismo es un 3% a un 5%, y para las mujeres el riesgo es un 1%. Las mujeres tienden volverse alcohólicas más tarde en la vida que los hombres, pero los problemas médicos que desarrollan debido al trastorno ocurren por la misma edad que cómo en los hombres, sugiriendo que las mujeres son más susceptibles a la toxicidad física del alcohol”<sup>16</sup>.

### **CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO**

“El alcoholismo actualmente se lo considera como una droga que a largo plazo y por su alto consumo puede ser letal para muchos consumidores; y como consecuencia puede producir sobredosis, accidentes y violencia, alteraciones cardiovasculares, enfermedades cancerígenas como Ca de esófago, de garganta y laringe entre otros, alteraciones mentales y neurológicas, problemas gastrointestinales, alteraciones en la piel y en los huesos ya que se relaciona con osteoporosis, heridas en la piel y prurito, supresión del sistema inmunitario por lo tanto es predisponente de presentar infecciones, impotencia sexual en hombres, hipoglicemia que dependiendo del grado de consumo puede llegar a ser muy severa, malnutrición, alteraciones laborales produciendo baja productividad, disminución en el ritmo de producción y ausencias, además de disfunción como persona, en su familia y en sociedad”<sup>16</sup>.

### **SÍNTOMAS INICIALES**

El alcoholismo no es una enfermedad que se puede detectar fácilmente; pero que en fases iniciales se puede encontrar: retrasos y ausencias en el trabajo, desapariciones del puesto sin justa causa, cambios de actitud y comportamiento con si mismo y con los demás y pérdida de interés por el trabajo.

### **DIAGNÓSTICO DEL ALCOHOLISMO**

Inicialmente no es muy fácil ni claro reconocer que existe éste problema, teniendo en cuenta que en la mayor parte de los casos casi siempre se encuentra un antecedente de depresión, ansiedad, insomnio, estrés, enfermedades que conduce al consumo de bebidas alcohólicas. La mayoría de las personas que padecen ésta enfermedad casi siempre niegan el problema.

---

<sup>16</sup> <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>

Las personas que frecuentemente consumen bebidas alcohólicas no tienen control de la cantidad, duración o frecuencia de su beber, haciendo que con el transcurso del tiempo éstas personas se vuelvan tolerantes al mismo, negando la existencia de un problema y requiriendo más cantidad de alcohol para satisfacer su necesidad.

“Existen muchas pruebas que se encuentran disponibles para diagnosticar el alcoholismo, las cuáles las podemos encontrar como cuestionarios estandarizados, diseñadas para obtener respuestas relacionadas con los problemas asociados con el beber en lugar de las cantidades de licor consumidas o de los hábitos específicos del beber. La prueba más rápida se denomina la prueba de CAGE, una sigla para las siguientes preguntas: C, (Cut) intentos de reducir el beber; A, (Annoyance) molestia con críticas acerca del beber; G, (Guilt) culpa acerca del beber; y E, (Eye-opener) uso del alcohol como un abridor de ojos.

Las pruebas de examen selectivo a menudo descubren comportamientos de los cuales los pacientes mismos no están conscientes y pueden ayudar en promover el autoconocimiento. Son útiles en determinar la gravedad de la condición y el tipo de tratamientos que pueden ser sumamente útiles.

#### **Exámenes de laboratorio y otras pruebas.**

“Pruebas para los niveles de alcohol en la sangre no son útiles para diagnosticar el alcoholismo porque sólo reflejan un momento y no el uso de largo plazo.

Se puede realizar el volumen corpuscular, el cual a veces se emplea para medir el tamaño de los eritrocitos, que aumentan con el uso de alcohol. Otro tipo de prueba en sangre puede ser la elevación de ciertas enzimas hepáticas que se asocian con el abuso del alcohol.

Después de haber realizado el diagnóstico, lo más importante es buscar un tratamiento adecuado para cada persona, teniendo en cuenta que el manejo debe ser multidisciplinario tanto de personal de salud, como de la familia y amigos

Las reuniones de grupo entre el paciente y los amigos y los miembros de la familia que han sido afectados por el comportamiento alcohólico han sido muy útiles”.

#### **TRATAMIENTO PARA LA SUPRESIÓN DEL ALCOHOL**

“Cuando una persona con alcoholismo deja de beber, los síntomas de supresión empiezan dentro de 6 a 48 horas”.

Generalmente se le dan a los pacientes uno de los medicamentos de ansiolíticos como benzodiazepinas, que actúan disminuyendo los síntomas y haciendo que el paciente tenga una buena adherencia al tratamiento.

A algunos pacientes el tratamiento les puede ocasionar síntomas como alteraciones gastrointestinales, transpiración e insomnio, que pueden durar de una a tres semanas. Las reacciones secundarias y adversas comunes son somnolencia durante el día y sensación de malestar. Pueden exacerbarse los problemas respiratorios. “Las Benzodiazepinas son potencialmente peligrosas cuando se usan en combinación con alcohol. No deben ser tomadas por mujeres embarazadas o madres lactantes al menos que totalmente sea necesario”<sup>17</sup>.

### **TRATAMIENTO DE LARGO PLAZO PARA EL ALCOHOL**

Las dos metas básicas del tratamiento de largo plazo son la abstinencia y el reemplazo adictivo con comportamientos satisfactorios para pasar el tiempo que pueda llenar el vacío que se crea cuando se ha dejado de beber.

### **POR QUE SE SUFREN RECAÍDAS EN PACIENTES ALCOHÓLICOS**

La mayoría de las personas tratadas para el alcoholismo sufren recaídas incluso después de años de abstinencia. Entre los factores frecuentes para presentar recaída se reconocen la frustración, la ira, la presión social y la tentación interna.

“El tratamiento para las recaídas, no siempre requiere retomar un tratamiento desde su fase inicial, en algunos casos el tratamiento solamente consistiría en la desintoxicación o la admisión a un ambiente de hospitalización, en ciertas situaciones esto suele ser suficiente para la resolución total para el cuadro de recaída”<sup>18</sup>.

### **Estrés mental y emocional.**

El alcohol alivia el dolor emocional y a menudo se percibe como una salida provisoria cuando las relaciones humanas fracasan; también se asocia con la libertad y una pérdida de inhibición que compensa las rutinas diarias. Cuando la persona alcohólica trata de dejar de beber, el cerebro busca restaurar lo que percibe como su propio equilibrio. Las mejores armas del cerebro contra la abstinencia son la depresión y la ansiedad que continúan atrayendo a la persona alcohólica hacia el beber mucho más después de que los síntomas de abstinencia físicos se hayan detenido. Ni la prudencia ni la razón son aliados ante la dependencia al alcoholismo, es importante darse cuenta de que cualquier cambio de vida puede causar daño temporal y ansiedad. Con el tiempo y la sustitución de otros placeres saludables, esta conmoción emocional se debilita y puede superarse.

---

<sup>17</sup> <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>

<sup>18</sup> <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>

### **Relaciones sociales.**

Uno de los problemas más difíciles que una persona con alcoholismo enfrenta es estando alrededor de las personas que pueden beber socialmente sin peligro. El alcohólico puede sentir aislamiento, pérdida de gozo y la creencia del ex bebedor que puede crear rechazo dentro de su círculo social. Los amigos cercanos y hasta los compañeros íntimos pueden tener dificultades en cambiar sus respuestas a esta nueva relación sobria y, aún peor, promover un retorno al beber.

Los amigos quizás no acepten fácilmente al amigo(a) sobrio(a) y tal vez más calmado(a). En tales casos, si los compañeros o amigos no pueden cambiar, entonces la separación puede ser necesaria para la supervivencia. No es nada extraño que, cuando confrontada con tales pérdidas, una persona alcohólica recaer. El mejor curso en estos casos es promover a los amigos y miembros de familia cercanos que busquen la ayuda también, y que comprendan que el mejor tratamiento para su familiar o amigo es el apoyo en cuanto a la abstinencia.

### **Presiones sociales y culturales.**

“Los medios de comunicación son uno de los primeros en representar los placeres de ingerir alcohol que se evidencian en anuncios y en la programación que a diario se observa en nuestro medio”<sup>19</sup>.

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

**Depresión:** Alteración del estado de ánimo de una persona con repercusión en aspectos personales, familiares y sociales.

**Alcoholismo:** Es una forma de dependencia que cursa con adicción a las bebidas alcohólicas provocada principalmente por aspectos psicosociales además se lo considera como la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas de forma frecuente causando pérdida del autocontrol, dependencia física y síndrome de abstinencia.

**Anhedonia:** Disminución total o parcial para disfrutar aquellas situaciones o actividades con las que antes disfrutaba.

**Neurotransmisores:** Sustancia responsable de la transmisión de información a lo largo del sistema nervioso. Los neurotransmisores excitadores desencadenan un impulso nervioso en la célula receptora mientras que los neurotransmisores inhibitorios actúan para evitar la transmisión de un impulso.

---

<sup>19</sup> <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>

**Hipersomnia:** Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados.

**Manía:** Preocupación fija y obsesiva por algo determinado.

**Esquizofrenia:** Es un grave trastorno mental o psicosis, que indica pérdida de contacto con la realidad y una desorganización o desintegración temporal o permanente de la personalidad.

**Ansiedad:** Estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes. Puede afectar a personas de todas las edades y especialmente aquellas que están sometidas a una tensión familiar o laboral constante.

**Abstinencia:** Se caracteriza por presentar una serie de signos y síntomas que se producen por la existencia de una dependencia la cual puede ser de tipo física o psicológica hacia una droga y suprimir bruscamente su empleo.

## **2.3 MARCO CONTEXTUAL**

“En 1981, nace la Fundación Universitaria San Martín. Sus fundadores, Mariano A. Alvear Sofán, Gloria Orozco de Alvear y Arturo Ocampo Álvarez, crean en la ciudad de Bogotá una institución que es hoy día un modelo para Colombia y Latinoamérica.

Iniciada en el área de las Ciencias de la Salud con la Facultad de Odontología, hoy cuenta con 13 facultades de diversas disciplinas en las áreas de Ciencias Administrativas y Afines, Ingeniería y Ciencias Sociales.

En el año 1998 abre la Facultad Abierta y a Distancia, con su metodología a Través de Escenarios Múltiples, lo que le permite extender el conocimiento a todas las regiones del país.

La sede en Pasto de la fundación universitaria San Martín se crea en junio del 2002, donde se inicia la facultad de medicina la cual se crea con la siguiente:

### **MISIÓN:**

Formar médicos generales integrales, con calidad científica, respetuosos de los valores éticos y morales, que contribuyan al propósito de preservar, mejorar y recuperar las condiciones de salud de la comunidad, a través de un modelo constructivista y social que promueve un trabajo en equipo, la investigación y la interdisciplinariedad, con proyección familiar y comunitaria.

### **VISIÓN:**

Avanzamos con un programa líder e innovador en Colombia, dedicada a la formación de médicos generales con proyección comunitaria, de excelencia tanto académica como personal y humanística, ciudadanos ejemplares que sean líderes en el campo de su desempeño, y aporten conocimientos y experiencias para el desarrollo de su comunidad.

## **OBJETIVOS:**

Garantizar un proceso de formación médica integral que otorgue las capacidades necesarias para adaptarse al cambio con creatividad, que sea relevante y que esté acorde con la realidad del sector salud, donde el médico participe activamente en el mejoramiento de la calidad y la cobertura de los servicios, abordando el proceso de salud-enfermedad en toda su dimensión y comprometiendo los actores que en él intervienen y los factores que inciden en el proceso mismo de formación”<sup>20</sup>.

## **2.4 MARCO LEGAL**

LEY NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO ley 24 788.

**“ARTÍCULO 1°** Queda prohibido en todo el territorio nacional, el expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años de edad.

**ARTÍCULO 2°** Declárese de interés nacional la lucha contra el consumo excesivo de alcohol.

**ARTÍCULO 3°** A los efectos de esta ley, se considerarán bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol cualquiera sea su graduación.

**ARTÍCULO 4°** La prohibición regirá cualquiera sea la naturaleza de las bocas de expendio, ya sea que se dediquen en forma total o parcial a la comercialización de bebidas. Queda prohibido el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública y en el interior de los estadios u otros sitios, cuando se realicen en forma masiva actividades deportivas, educativas, culturales y/o artísticas, excepto en los lugares y horarios expresamente habilitados por la autoridad competente.

**ARTÍCULO 5°** Las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, deberán llevar en sus envases, con caracteres destacables y en un lugar visible, la graduación alcohólica correspondiente a su contenido. También se consignarán las siguientes leyendas: "Beber con moderación". "Prohibida su venta a menores de 18 años".

---

<sup>20</sup> [www.sanmartin.edu.com](http://www.sanmartin.edu.com)

**ARTÍCULO 6°** Queda prohibida toda publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas, que:

- a) Sea dirigida a menores de dieciocho 18 años;
- b) Utilicen en ella a menores de dieciocho 18 años bebiendo.
- c) Sugiera que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual de las personas.
- d) Utilice el consumo de bebidas alcohólicas como estimulante de la sexualidad y/o de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones.
- e) No incluya en letra y lugar visible las leyendas "Beber con moderación". "Prohibida su venta a menores de 18 años".

**ARTÍCULO 7°** Prohíbese en todo el territorio nacional la realización de concursos, torneos o eventos de cualquier naturaleza, sea con o sin fines de lucro, que requieran la ingesta de bebidas alcohólicas desnaturalizando los principios de la degustación, de la catación o cualquier otra manera destinada a evaluar la calidad de los productos.

**ARTÍCULO 8°** Créase el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el consumo excesivo de alcohol, que será conformado por representantes de los Ministerios de Salud y Acción Social de la Nación, de Cultura y Educación de la Nación, de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

**ARTÍCULO 9°** El Consejo Federal de Cultura y Educación acordará los aspectos educativos del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, debiendo incluir en los contenidos curriculares de todos los niveles, ciclos y modalidades temas vinculados al consumo excesivo de alcohol.

**ARTÍCULO 10.** Los establecimientos médico-asistenciales públicos, del sistema de seguridad social y privado, deberán encarar acciones de prevención primaria de acuerdo a su nivel de complejidad: y de detección precoz de la patología vinculada con el consumo excesivo de alcohol.

**ARTÍCULO 11.** El Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, contará con un consejo asesor que estará integrado por representantes de instituciones públicas y/o privadas cuyos fines se relacionen con los objetivos del programa y serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

**ARTÍCULO 12.** Las obras sociales y asociaciones de obras sociales, incluidas en la Ley 23.660, beneficiarias del Fondo de Redistribución de la Ley 23.661, y las entidades de medicina prepaga, deberán reconocer en la cobertura para los

tratamientos médicos, farmacológicos y/o psicológicos, la patología del consumo de alcohol, determinada en la Clasificación Internacional de Enfermedades declaradas por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud deberán brindar a los pacientes alcohólicos la asistencia y rehabilitación que su estado requiera, como asimismo encarar acciones de prevención primaria.

**ARTÍCULO 13.** Las obras sociales elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo precedente que deberán presentados ante la ANSSAL para su aprobación y financiamiento, previa existencia en el presupuesto general de la Nación de partidas específicas destinadas a tal fin. La no presentación en tiempo y forma de los programas previstos generará las sanciones establecidas en las leyes 23.660 y 23.661 con relación a las infracciones.

**ARTÍCULO 14.** La violación a la prohibición de expendio de bebidas alcohólicas de los artículos 1° y 4° será sancionada con multa de quinientos a diez mil pesos o la clausura del local o establecimiento por el término de diez días. En caso de reincidencia la multa podrá elevarse hasta mil pesos en su mínimo y cincuenta mil pesos en su máximo, y la clausura del local o establecimiento hasta ciento ochenta días.

**ARTÍCULO 15.** El que infrinja lo dispuesto en el artículo 7°, será reprimido con prisión de seis meses a dos años y con una multa de dos mil a veinte mil pesos. Además se impondrá la clausura del local donde se realizaren los hechos, por un término de hasta treinta días. En caso de reincidencia, la clausura del local será definitiva. Si a consecuencia del hecho resultare la muerte de alguna persona, la pena será de dos a cinco años de prisión, y si resultaren lesiones la pena será de uno a cuatro años de prisión. Si la víctima del hecho resultare un menor de dieciocho años de edad la pena máxima se elevará en un tercio.

**ARTÍCULO 16.** En caso de producirse las consecuencias a que se refiere el tercero y cuarto párrafo del artículo anterior, la clausura del local será definitiva.

**ARTÍCULO 17.** Sustituyese el texto del inciso a) del artículo 48, de la Ley 24.449 por el siguiente:

"Inciso a): Queda prohibido conducir con impedimentos físicos o psíquicos, sin la licencia especial correspondiente, habiendo consumido estupefacientes o medicamentos que disminuyan la aptitud para conducir. Conducir cualquier tipo de vehículos con una alcoholemia superior a 500 miligramos por litro de sangre. Para quienes conduzcan motocicletas o ciclomotores queda prohibido hacerlo con una alcoholemia superior a 200 miligramos por litro de sangre. Para vehículos destinados al transporte de pasajeros de menores y de carga, queda prohibido hacer cualquiera sea la concentración por litro de sangre. La autoridad competente

realizará el respectivo control mediante el método adecuado aprobado a tal fin por el organismo sanitario."

**ARTÍCULO 18.** La violación a lo previsto en los artículos 5° y 6° será sancionada con multa de cinco mil a cien mil pesos. La sanción por la infracción al artículo 6° se aplicará tan al anunciante como a la empresa publicitaria.

**ARTÍCULO 19.** La aplicación de las sanciones previstas en esta ley en el ámbito de Capital Federal, será competencia de la Justicia en lo Correccional; con excepción de las establecidas en los artículos 15 y 16 que será competencia de los tribunales en lo criminal.

**ARTÍCULO 20.** Las multas que se recauden por aplicación de la presente ley serán de tinadas:

- a) Un cuarenta por ciento (40 %) al programa creado en el artículo 8°.
- b) Un sesenta por ciento (60 %) a las jurisdicciones en las que fueran percibidas para ser aplicadas a los programas previstos en los artículos 9° y 10.

**ARTÍCULO 21.** Los contratos relacionados con la publicidad de bebidas alcohólicas respecto de los cuales la autoridad competente tenga acreditado que fueron celebrados con anterioridad la vigencia de la presente ley, podrán ser ejecutados sin atenerse a sus preceptos por el plazo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de la firma de los mismos.

**ARTÍCULO 22.** La presente ley tendrá vigencia en todo el territorio nacional, con la excepción del artículo 17, en el que regirá la adhesión de las provincias y la ciudad de Buenos Aires conforme al artículo 91 de la Ley 24.449.

**ARTÍCULO 23.** Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS CINCO DIAS DEL MES DE: MARZO DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE"<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> [alcoholismon1.blogspot.com/2006/09/marco-legal-resmen.htm](http://alcoholismon1.blogspot.com/2006/09/marco-legal-resmen.htm)

### 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 3.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

**Tabla 1. Listado de variables y puntaje total de la escala de ZUNG y CAGE en la muestra tomada de estudiantes de medicina de la F.U.S.M sede Pasto de los semestres primero, segundo y tercero.**

	Edad	Genero	Estrato	Semestre	CAGE	ZUNG
1	17	f	2	1	0	<50 %
2	16	f	4	1	0	50 - 59 %
3	18	f	2	1	1	50 - 59 %
4	18	f	3	1	0	<50 %
5	17	f	3	1	0	<50 %
6	17	f	3	1	0	<50 %
7	22	f	1	1	02-abr	50 - 59 %
8	17	f	2	1	02-abr	<50 %
9	28	f	3	1	02-abr	<50 %
10	17	f	4	1	0	50 - 59 %
11	17	f	3	1	0	<50 %
12	22	f	3	1	0	<50 %
13	20	f	4	1	0	<50 %
14	17	f	2	1	0	60-69%
15	19	f	3	1	0	<50 %
16	Missing	f	4	1	0	50 - 59 %
17	18	f	3	1	0	<50 %
18	19	f	3	1	0	<50 %
19	Missing	f	4	1	1	50 - 59 %
20	Missing	f	3	1	02-abr	>70
21	16	f	2	1	0	<50 %
22	17	f	3	1	0	<50 %
23	17	f	3	1	0	<50 %
24	Missing	f	4	1	0	50 - 59 %
25	17	m	2	1	1	<50 %
26	18	m	3	1	0	<50 %

27	18	m	2	1	0	<50 %
28	17	m	4	1	0	<50 %
29	Missing	m	1	1	0	<50 %
30	19	m	3	1	02-abr	50 - 59 %
31	24	m	4	1	02-abr	<50 %
32	20	m	3	1	0	<50 %
33	Missing	m	4	1	1	60-69%
34	18	m	3	1	0	<50 %
35	17	f	3	1	0	<50 %
36	17	f	3	1	0	<50 %
37	18	f	4	1	0	<50 %
38	17	m	3	1	0	<50 %
39	23	m	1	1	0	<50 %
40	18	m	3	1	02-abr	<50 %
41	18	m	1	1	0	<50 %
42	18	f	2	1	0	<50 %
43	17	f	2	1	0	50 - 59 %
44	17	f	3	1	0	<50 %
45	Missing	f	3	3	0	<50 %
46	23	m	2	3	1	50 - 59 %
47	18	f	3	3	0	<50 %
48	Missing	f	1	3	0	50 - 59 %
49	18	f	1	3	1	<50 %
50	Missing	f	2	3	0	<50 %
51	21	f	1	3	02-abr	<50 %
52	17	m	1	3	02-abr	50 - 59 %
53	17	m	2	3	0	<50 %
54	19	m	3	3	1	<50 %
55	20	f	3	3	0	<50 %
56	20	f	3	3	02-abr	>70
57	Missing	m	1	3	0	<50 %
58	20	f	2	3	0	50 - 59 %
59	18	m	4	3	0	<50 %
60	18	f	2	3	1	<50 %
61	17	f	1	3	0	50 - 59 %
62	Missing	f	3	3	0	<50 %
63	25	m	1	3	02-abr	50 - 59 %

64	17	f	2	3	0	60-69%
65	17	f	3	3	0	<50 %
66	20	m	4	3	0	<50 %
67	18	m	4	3	02-abr	<50 %
68	Missing	f	3	3	02-abr	50 - 59 %
69	24	f	4	3	1	<50 %
70	19	f	3	3	0	<50 %
71	19	m	1	3	02-abr	<50 %
72	Missing	m	3	3	0	<50 %
73	19	f	2	3	02-abr	<50 %
74	18	f	2	3	0	50 - 59 %
75	Missing	f	3	3	02-abr	50 - 59 %
76	17	m	3	3	0	<50 %
77	Missing	m	3	3	02-abr	50 - 59 %
78	19	f	2	3	02-abr	<50 %
79	25	m	1	3	02-abr	<50 %
80	23	m	3	3	0	<50 %
81	19	f	2	3	0	<50 %
82	19	m	3	3	02-abr	<50 %
83	Missing	m	3	3	0	<50 %
84	19	f	3	3	0	<50 %
85	19	f	3	3	0	<50 %
86	Missing	m	3	3	1	<50 %
87	18	m	1	3	0	<50 %
88	19	f	3	3	1	<50 %
89	18	m	2	3	0	<50 %
90	17	m	3	3	1	50 - 59 %
91	Missing	f	2	3	0	60-69%
92	18	f	3	3	0	<50 %
93	18	m	1	3	02-abr	50 - 59 %
94	25	f	3	3	02-abr	50 - 59 %
95	Missing	f	2	3	02-abr	<50 %
96	Missing	f	2	3	0	50 - 59 %
97	20	f	2	3	0	<50 %
98	18	m	3	3	1	<50 %
99	Missing	f	2	3	0	60-69%
100	22	f	2	3	0	<50 %

101	18	f	2	3	0	<50 %
102	Missing	m	2	3	0	<50 %
103	18	m	4	3	0	50 - 59 %
104	23	f	3	2	02-abr	<50 %
105	20	f	3	2	0	<50 %
106	19	f	3	2	0	50 - 59 %
107	19	f	3	2	1	<50 %
108	23	f	1	2	02-abr	60-69%
109	18	f	3	2	0	<50 %
110	Missing	f	3	2	0	<50 %
111	Missing	f	2	2	0	<50 %
112	Missing	f	3	2	1	<50 %
113	Missing	f	4	2	1	60-69%
114	20	m	2	2	0	<50 %
115	21	m	2	2	02-abr	<50 %
116	18	m	2	2	0	<50 %
117	18	m	2	2	0	50 - 59 %
118	20	f	3	2	0	<50 %
119	22	m	3	2	1	60-69%
120	18	f	3	2	1	50 - 59 %
121	Missing	m	2	2	02-abr	<50 %
122	20	m	3	2	1	<50 %
123	Missing	m	3	2	0	<50 %
124	Missing	m	3	2	02-abr	<50 %
125	Missing	m	4	2	1	50 - 59 %
126	18	f	4	2	0	<50 %
127	Missing	f	4	2	0	<50 %
128	Missing	m	2	2	02-abr	<50 %
129	18	m	4	2	02-abr	<50 %
130	Missing	m	4	2	0	<50 %
131	18	m	1	2	0	<50 %
132	22	m	2	3	1	<50 %
133	32	m	2	2	0	<50 %
134	Missing	m	3	2	0	<50 %
135	Missing	m	3	2	0	<50 %
136	23	m	2	2	0	<50 %
137	Missing	m	2	2	0	<50 %

138	Missing	f	2	2	0	50 - 59 %
139	19	m	3	2	02-abr	<50 %
140	18	m	2	2	02-abr	50 - 59 %
141	18	m	2	2	02-abr	<50 %
142	Missing	f	4	2	0	<50 %
143	18	f	4	2	0	<50 %
144	17	f	2	2	02-abr	<50 %
145	23	f	2	2	1	<50 %
146	Missing	m	4	3	02-abr	<50 %
147	Missing	m	2	2	02-abr	>70
148	17	f	4	2	0	<50 %
149	17	f	2	2	1	<50 %
150	18	f	3	2	0	<50 %
151	17	f	2	3	0	50 - 59 %
152	20	f	4	2	0	50 - 59 %
153	Missing	f	2	3	0	<50 %
154	19	f	2	2	0	60-69%
155	18	f	2	2	1	<50 %
156	18	m	3	2	1	<50 %
157	Missing	m	3	2	02-abr	50 - 59 %
158	19	m	3	2	02-abr	<50 %
159	18	m	2	2	02-abr	<50 %
160	18	m	2	2	02-abr	<50 %
161	24	m	3	2	02-abr	60-69%
162	18	f	2	2	0	60-69%
163	Missing	f	2	2	02-abr	<50 %
164	20	m	1	3	02-abr	<50 %
165	18	m	2	2	02-abr	<50 %
166	Missing	m	3	2	02-abr	50 - 59 %
167	18	m	2	2	0	50 - 59 %
168	20	m	2	2	0	<50 %
169	21	f	2	2	0	50 - 59 %
170	17	f	4	2	0	<50 %
171	21	f	3	2	0	<50 %
172	19	f	2	2	0	<50 %
173	Missing	f	3	3	02-abr	<50 %
174	19	f	4	2	0	<50 %

175	17	f	3	2	0	<50 %
176	20	f	4	2	0	50 - 59 %

Fuente: Esta Investigación.

**Tabla 2. Puntaje bruto de la escala de ZUNG transformada en índice porcentual (puntuación x 100 /80) del total de la población en estudiantes de medicina de la F.U.S.M sede Pasto que cursan primero, segundo y tercero semestre.**

1	35	1	1
2	50	2	1
3	73.75	3	1
4	31.2	4	1
5	44.5	5	1
6	40	6	1
7	50	7	1
8	42.5	8	1
9	42.5	9	1
10	58.75	10	1
11	47.5	11	1
12	32.5	12	1
13	48	13	1
14	63	14	1
15	25	15	1
16	52.5	16	1
16	52.5	16	1
17	46.25	17	1
18	48.75	18	1
19	50	19	1
20	86	20	1
21	33.7	21	1
22	48.75	22	1
23	35	23	1
24	50	24	1
25	30	25	1
26	43.75	26	1
27	30	27	1
28	37.5	28	1
29	41.25	29	1
30	55	30	1
31	43.75	31	1

32	30	32	1
33	60	33	1
34	41	34	1
35	38.7	35	1
36	37.5	36	1
37	40	37	1
38	37	38	1
39	36.5	39	1
40	36.5	40	1
41	38.75	41	1
42	48.75	42	1
43	50	43	1
44	38.5	44	1
45	43.75	45	1
46	58.75	46	1
47	38.75	47	1
48	50	48	1
49	41.25	49	1
50	43.75	50	1
51	36.25	51	1
52	56.25	52	1
53	43.75	53	1
54	30	54	1
55	30	55	1
56	81.25	56	1
57	36.25	57	1
58	56.25	58	1
59	41.25	59	1
60	40	60	1
61	57.5	61	1
62	37.75	62	1
63	51.25	63	1
64	67.5	64	1
65	36.25	65	1
66	36.25	66	1
67	35	67	1
68	51.25	68	1
69	42.5	69	1
70	35	70	1
71	35	71	1

72	36.25	72	1
73	35	73	1
74	51.25	74	1
75	50.75	75	1
76	36.25	76	1
77	52.25	77	1
78	40	78	1
79	46.25	79	1
80	41.25	80	1
81	47.5	81	1
82	31.25	82	1
83	31.25	83	1
84	41.25	84	1
85	35	85	1
86	31.25	86	1
87	36.25	87	1
88	31.25	88	1
89	45	89	1
90	52.5	90	1
91	60	91	1
92	33.75	92	1
93	58.75	93	1
94	53.75	94	1
95	38.75	95	1
96	52.5	96	1
97	41.25	97	1
98	38.75	98	1
99	65	99	1
100	42.5	100	1
101	43.75	101	1
102	42.5	102	1
103	55	103	1
104	32.5	104	1
105	28.75	105	1
106	53.75	106	1
107	38.75	107	1
108	68.75	108	1
109	43	109	1
110	41	110	1
111	47.5	111	1








112	41.2	112	1
113	60	113	1
114	43.75	114	1
115	36.25	115	1
116	46.25	116	1
117	52.5	117	1
118	30	118	1
119	68	119	1
120	53.75	120	1
121	33.75	121	1
122	47.5	122	1
123	30	123	1
124	43.75	124	1
125	50	125	1
126	42.5	126	1
127	33.75	127	1
128	38.75	128	1
129	36.25	129	1
130	40	130	1
131	35	131	1
132	32.5	132	1
133	36.25	133	1
134	48.75	134	1
135	36.25	135	1
136	27.5	136	1
137	27.5	137	1
138	57.5	138	1
139	35	139	1
140	58	140	1
141	43	141	1
142	31.25	142	1
143	31.25	143	1
144	45	144	1
145	47.5	145	1
146	35	146	1
147	42.5	147	1
148	42.5	148	1
149	42.5	149	1
150	43	150	1
151	52	151	1

152	56	152	1
153	45	153	1
154	68	154	1
155	46	155	1
156	35	156	1
157	58.7	157	1
158	40	158	1
159	42.5	159	1
160	43	160	1
161	66	161	1
162	63	162	1
163	33	163	1
164	41	164	1
165	47	165	1
166	55	166	1
167	51	167	1
168	41	168	1
169	56	169	1
170	30	170	1
171	42	171	1
172	33	172	1
173	38.7	173	1
174	43	174	1
175	45	175	1
176	56	176	1

Fuente: Esta Investigación

**Tabla 3. Frecuencia en edad de la población con estudiantes de medicina de la F.U.S..M sede Pasto que cursan primero, segundo y tercer semestre.**





Edad	Frequency	Percent	Cum Percent
16	2	1.5%	1.5%
17	29	22.1%	23.7%
18	41	31.3%	55.0%
19	20	15.3%	70.2%
20	15	11.5%	81.7%
21	4	3.1%	84.7%

22	5	3.8%	88.5%	
23	7	5.3%	93.9%	
24	3	2.3%	96.2%	
25	3	2.3%	98.5%	
28	1	0.8%	99.2%	
32	1	0.8%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta Investigación.

El 31.3% de la población tiene 18 años, seguido de los 17 años con el 22.1% y los 19 años con el 15.3%, siendo los 18 años la edad más frecuente que se presenta en esta investigación.






**Tabla 4. Frecuencia en género de la muestra con estudiantes de medicina de la F.U.S..M sede Pasto que cursan primero segundo y tercer semestre.**


Genero	Frequency	Percent	Cum Percent	
f	101	57.4%	57.4%	
m	75	42.6%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta investigación.

El género femenino con el 57.4 % es el más frecuente en el total de la población de los estudiantes de medicina de la F.U.S.M

**Tabla 5. Frecuencia del estrato socioeconómico en los estudiantes de medicina de la F.U.S..M sede pasto que cursan primero segundo y tercer semestre.**

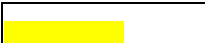
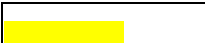

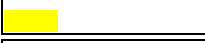

Estrato	Frequency	Percent	Cum Percent	
1	18	10.2%	10.2%	
2	59	33.5%	43.8%	
3	70	39.8%	83.5%	
4	29	16.5%	100.0%	

<b>Total</b>	176	100.0%	100.0%	
--------------	-----	--------	--------	---

Fuente: Esta investigación.

El 39.8% de los estudiantes son de estrato socioeconómico 3, seguido del 2 con el 33.5%.

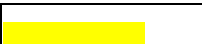
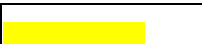


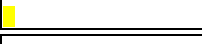

**Tabla 6. Frecuencia del consumo de alcohol según el cuestionario de CAGE en los estudiantes de medicina de la F.U.S..M sede Pasto que cursan primero, segundo y tercer semestre.**

CAGE	Frequency	Percent	Cum Percent	
0	105	59.7%	59.7%	
1	25	14.2%	73.9%	
2-4	46	26.1%	100.0%	
<b>Total</b>	176	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

Se observa que el 59.7% de los estudiantes no presentan problemas relacionados con el alcohol, pero dentro de la otra mitad de la población predomina el consumo de alcohol con el 26.1%.

**Tabla 7. Frecuencia del puntaje total expresado en porcentaje de la escala ZUNG en los estudiantes de medicina de la F.U.S..M sede Pasto que cursan primero, segundo y tercer semestre.**

ZUNG	Frequency	Percent	Cum Percent	
<50 %	125	71.0%	71.0%	
>70	3	1.7%	72.7%	
50 - 59 %	37	21.0%	93.8%	
60-69%	11	6.3%	100.0%	
<b>Total</b>	176	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

El 71.0% de los estudiantes no cursan con depresión, siendo los que cursan con algún grado de depresión, un porcentaje de 21.0% que corresponde a un estado leve de la enfermedad.

**Tabla 8. Asociación de estudiantes con problemas de dependencia alcohólica y algún grado de depresión de la F.U.S.M sede Pasto que cursan primero, segundo y tercer semestre.**

	<b>CAGE</b>	<b>ZUNG</b>
1	0	<50 %
2	0	50 - 59 %
3	1	50 - 59 %
4	0	<50 %
5	0	<50 %
6	0	<50 %
7	02-abr	50 - 59 %
8	02-abr	<50 %
9	02-abr	<50 %
10	0	50 - 59 %
11	0	<50 %
12	0	<50 %
13	0	<50 %
14	0	60-69%
15	0	<50 %
16	0	50 - 59 %
17	0	<50 %
18	0	<50 %
19	1	50 - 59 %
20	02-abr	>70
21	0	<50 %
22	0	<50 %
23	0	<50 %
24	0	50 - 59 %
25	1	<50 %
26	0	<50 %
27	0	<50 %
28	0	<50 %
29	0	<50 %
30	02-abr	50 - 59 %
31	02-abr	<50 %
32	0	<50 %
33	1	60-69%
34	0	<50 %
35	0	<50 %

36	0	<50 %
37	0	<50 %
38	0	<50 %
39	0	<50 %
40	02-abr	<50 %
41	0	<50 %
42	0	<50 %
43	0	50 - 59 %
44	0	<50 %
45	0	<50 %
46	1	50 - 59 %
47	0	<50 %
48	0	50 - 59 %
49	1	<50 %
50	0	<50 %
51	02-abr	<50 %
52	02-abr	50 - 59 %
53	0	<50 %
54	1	<50 %
55	0	<50 %
56	02-abr	>70
57	0	<50 %
58	0	50 - 59 %
59	0	<50 %
60	1	<50 %
61	0	50 - 59 %
62	0	<50 %
64	0	60-69%
65	0	<50 %
66	0	<50 %
67	02-abr	<50 %
68	02-abr	50 - 59 %
69	1	<50 %
70	0	<50 %
71	02-abr	<50 %
72	0	<50 %
73	02-abr	<50 %
74	0	50 - 59 %
75	02-abr	50 - 59 %
76	0	<50 %

77	02-abr	50 - 59 %
78	02-abr	<50 %
79	02-abr	<50 %
80	0	<50 %
81	0	<50 %
82	02-abr	<50 %
83	0	<50 %
84	0	<50 %
85	0	<50 %
86	1	<50 %
87	0	<50 %
88	1	<50 %
89	0	<50 %
90	1	50 - 59 %
91	0	60-69%
92	0	<50 %
93	02-abr	50 - 59 %
94	02-abr	50 - 59 %
95	02-abr	<50 %
96	0	50 - 59 %
97	0	<50 %
98	1	<50 %
99	0	60-69%
100	0	<50 %
101	0	<50 %
102	0	<50 %
103	0	50 - 59 %
104	02-abr	<50 %
105	0	<50 %
106	0	50 - 59 %
107	1	<50 %
108	02-abr	60-69%
109	0	<50 %
110	0	<50 %
111	0	<50 %
112	1	<50 %
113	1	60-69%
114	0	<50 %
115	02-abr	<50 %
116	0	<50 %

117	0	50 - 59 %
118	0	<50 %
119	1	60-69%
120	1	50 - 59 %
121	02-abr	<50 %
122	1	<50 %
123	0	<50 %
124	02-abr	<50 %
125	1	50 - 59 %
126	0	<50 %
127	0	<50 %
128	02-abr	<50 %
129	02-abr	<50 %
130	0	<50 %
131	0	<50 %
132	1	<50 %
133	0	<50 %
134	0	<50 %
135	0	<50 %
136	0	<50 %
137	0	<50 %
138	0	50 - 59 %
139	02-abr	<50 %
140	02-abr	50 - 59 %
141	02-abr	<50 %
142	0	<50 %
143	0	<50 %
144	02-abr	<50 %
145	1	<50 %
146	02-abr	<50 %
147	02-abr	>70
148	0	<50 %
149	1	<50 %
150	0	<50 %
151	0	50 - 59 %
152	0	50 - 59 %
153	0	<50 %
154	0	60-69%
155	1	<50 %
156	1	<50 %

157	02-abr	50 - 59 %
158	02-abr	<50 %
159	02-abr	<50 %
160	02-abr	<50 %
161	02-abr	60-69%
162	0	60-69%
163	02-abr	<50 %
164	02-abr	<50 %
165	02-abr	<50 %
166	02-abr	50 - 59 %
167	0	50 - 59 %
168	0	<50 %
169	0	50 - 59 %
170	0	<50 %
171	0	<50 %
172	0	<50 %
173	02-abr	<50 %
174	0	<50 %
175	0	<50 %
176	0	50 - 59 %

Fuente: Esta investigación.

Del total de la población 17 personas cursan con dependencia alcohólica, de los cuales 12 sufren un trastorno depresivo leve, 2 un trastorno depresivo moderado y 3 un trastorno depresivo grave.

### 3.2 ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla 9. Frecuencia de la relación existente entre la edad y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes sin depresión de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.

ZUNG MENOR 50 %				
Edad	Frequency	Percent	Cum Percent	
16	1	1.0%	1.0%	
17	21	21.4%	22.4%	■
18	32	32.7%	55.1%	■
19	17	17.3%	72.4%	■
20	11	11.2%	83.7%	■
21	3	3.1%	86.7%	
22	3	3.1%	89.8%	
23	5	5.1%	94.9%	
24	2	2.0%	96.9%	
25	1	1.0%	98.0%	
28	1	1.0%	99.0%	
32	1	1.0%	100.0%	
<b>Total</b>	98	100.0%	100.0%	■

Fuente: Esta Investigación.

Los estudiantes de 18 años correspondientes al 32,7 % del total de la población no presentan depresión.

**Tabla 10. Frecuencia de la relación existente entre la edad y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión leve de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.**

<b>ZUNG ENTRE 50 – 59 %</b>				
<b>Edad</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
16	1	4.0%	4.0%	█
17	6	24.0%	28.0%	███
18	8	32.0%	60.0%	█████
19	2	8.0%	68.0%	██
20	3	12.0%	80.0%	███
21	1	4.0%	84.0%	█
22	1	4.0%	88.0%	█
23	1	4.0%	92.0%	█
24	0	0.0%	92.0%	
25	2	8.0%	100.0%	██
28	0	0.0%	100.0%	
32	0	0.0%	100.0%	
<b>Total</b>	25	100.0%	100.0%	████████████████████

Fuente: Esta Investigación.

Los estudiantes de 18 años corresponden al 32% del total de la población presentan depresión leve.

**Tabla 11. Frecuencia de la relación existente entre la edad y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión moderada de la FUSM sede Pasto, de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.**

**ZUNG ENTRE 60 - 69 %**

Edad	Frequency	Percent	Cum Percent	
16	0	0.0%	0.0%	
17	2	28.6%	28.6%	
18	1	14.3%	42.9%	
19	1	14.3%	57.1%	
20	0	0.0%	57.1%	
21	0	0.0%	57.1%	
22	1	14.3%	71.4%	
23	1	14.3%	85.7%	
24	1	14.3%	100.0%	
25	0	0.0%	100.0%	
28	0	0.0%	100.0%	
32	0	0.0%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta investigación.

Los estudiantes de 17 años correspondientes al 28,6 % del total de la población presentan depresión moderada.

**Tabla 12. Frecuencia de la relación existente entre la edad y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión grave de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.**

**ZUNG MAYOR 70 %**

<b>Edad</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
<b>16</b>	0	0.0%	0.0%	
<b>17</b>	0	0.0%	0.0%	
<b>18</b>	0	0.0%	0.0%	
<b>19</b>	0	0.0%	0.0%	
<b>20</b>	2	100.0%	100.0%	
<b>21</b>	0	0.0%	100.0%	
<b>22</b>	0	0.0%	100.0%	
<b>23</b>	0	0.0%	100.0%	
<b>24</b>	0	0.0%	100.0%	
<b>25</b>	0	0.0%	100.0%	
<b>28</b>	0	0.0%	100.0%	
<b>32</b>	0	0.0%	100.0%	
<b>Total</b>	2	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

Se observa que del total de la población, dos (2) estudiantes de 20 años de edad cursan con un trastorno depresivo grave.

**Tabla 13. Frecuencia de la relación existente entre el estrato y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes sin depresión de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.**

<b>ZUNG MENOR 50 %</b>				
<b>Estrato</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
<b>1</b>	11	8.8%	8.8%	
<b>2</b>	40	32.0%	40.8%	
<b>3</b>	56	44.8%	85.6%	
<b>4</b>	18	14.4%	100.0%	
<b>Total</b>	125	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

El 44,8 % de los estudiantes pertenecientes al estrato socioeconómico 3 no padecen de depresión.

**Tabla 14. Frecuencia de la relación existente entre el estrato y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión leve de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.**

<b>ZUNG ENTRE 50 - 59 %</b>				
<b>Estrato</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
<b>1</b>	6	16.2%	16.2%	
<b>2</b>	12	32.4%	48.6%	
<b>3</b>	10	27.0%	75.7%	
<b>4</b>	9	24.3%	100.0%	
<b>Total</b>	37	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

El 32,4 % de los estudiantes pertenecientes al estrato socioeconómico 2 padecen de depresión leve.

**Tabla 15. Frecuencia de la relación existente entre el estrato y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión moderada de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre en el año 2008.**

<b>ZUNG ENTRE 60 - 69 %</b>				
<b>Estrato</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
<b>1</b>	1	9.1%	9.1%	
<b>2</b>	6	54.5%	63.6%	
<b>3</b>	2	18.2%	81.8%	
<b>4</b>	2	18.2%	100.0%	
<b>Total</b>	11	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

El 54,5 % de los estudiantes pertenecientes al estrato socioeconómico 2 padecen de depresión moderada.

**Tabla 16. Frecuencia de la relación existente entre el estrato y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión grave de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.**

<b>ZUNG MAYOR 70 %</b>				
<b>Estrato</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
<b>1</b>	0	0.0%	0.0%	
<b>2</b>	1	33.3%	33.3%	
<b>3</b>	2	66.7%	100.0%	
<b>4</b>	0	0.0%	100.0%	
<b>Total</b>	3	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

El 66,7 % de los estudiantes pertenecientes al estrato socioeconómico 3 padecen de depresión grave.

**Tabla 17. Frecuencia de la relación existente entre el género y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes sin depresión de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.**

<b>ZUNG MENOR 50 %</b>				
<b>Genero</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
<b>f</b>	68	54.4%	54.4%	
<b>m</b>	57	45.6%	100.0%	
<b>Total</b>	125	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

El 54,4% correspondiente al género femenino no presenta trastornos de depresión.

**Tabla 18. Frecuencia de la relación existente entre el género y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión leve de la FUSM sede Pasto de primero, segundo y tercer semestre, en el año 2008.**

**ZUNG ENTRE 50 - 59%**

Genero	Frequency	Percent	Cum Percent	
f	23	62.2%	62.2%	
m	14	37.8%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta investigación.

El 62,2 % correspondiente al género femenino presenta depresión leve.

**Tabla 19. Frecuencia de la relación existente entre el género y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión moderada de la FUSM sede Pasto de primer, segundo y tercer semestre en el año 2008.**

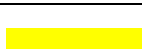


**ZUNG MENOR 60 - 69%**

Genero	Frequency	Percent	Cum Percent	
f	8	72.7%	72.7%	
m	3	27.3%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta investigación.

El 72,7 % correspondiente al género femenino presenta depresión moderada.










**Tabla 20. Frecuencia de la relación existente entre el género y el puntaje de la escala de Zung expresado en porcentaje, en estudiantes con depresión grave de la FUSM sede Pasto.**


<b>ZUNG MAYOR 70 %</b>				
<b>Genero</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
f	2	66.7%	66.7%	
m	1	33.3%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta investigación.

El 66,7 % correspondiente al género femenino presenta depresión grave.

**Tabla 21. Frecuencia que relaciona la edad y el test de CAGE en estudiantes que no tienen problemas relacionados con el alcohol de primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.**

<b>NO TIENEN PROBLEMAS CON EL ALCOHOL</b>				
<b>Edad</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
16	2	2.5%	2.5%	
17	23	28.8%	31.3%	
18	25	31.3%	62.5%	
19	10	12.5%	75.0%	
20	12	15.0%	90.0%	
21	2	2.5%	92.5%	
22	2	2.5%	95.0%	
23	3	3.8%	98.8%	
24	0	0.0%	98.8%	
25	0	0.0%	98.8%	
28	0	0.0%	98.8%	
32	1	1.3%	100.0%	









<b>Total</b>	80	100.0%	100.0%	
--------------	----	--------	--------	---

Fuente: Esta investigación.

Los estudiantes de 18 años correspondientes al 31.3% del total de la población no tienen problemas relacionados con el alcohol.

**Tabla 22. Frecuencia que relaciona la edad y el test de CAGE en estudiantes que tienen indicio de problemas relacionados con el alcohol en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.**

**INDICIO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL**

Edad	Frequency	Percent	Cum Percent	
16	0	0.0%	0.0%	
17	3	15.8%	15.8%	
18	7	36.8%	52.6%	
19	3	15.8%	68.4%	
20	1	5.3%	73.7%	
21	0	0.0%	73.7%	
22	2	10.5%	84.2%	
23	2	10.5%	94.7%	
24	1	5.3%	100.0%	
25	0	0.0%	100.0%	
28	0	0.0%	100.0%	
32	0	0.0%	100.0%	
<b>Total</b>	19	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

Los estudiantes de 18 años correspondientes al 36.8% del total de la población tienen indicio de problemas relacionados con el alcohol.

**Tabla 23. Frecuencia que relaciona la edad y el test de CAGE en estudiantes que tienen dependencia alcohólica en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.**

**TIENEN DEPENDENCIA ALCOHÓLICA**

Edad	Frequency	Percent	Cum Percent	
16	0	0.0%	0.0%	
17	3	9.4%	9.4%	
18	9	28.1%	37.5%	
19	7	21.9%	59.4%	
20	2	6.3%	65.6%	
21	2	6.3%	71.9%	
22	1	3.1%	75.0%	
23	2	6.3%	81.3%	
24	2	6.3%	87.5%	
25	3	9.4%	96.9%	
28	1	3.1%	100.0%	
32	0	0.0%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta investigación.

Los estudiantes de 18 años correspondientes al 28.1% del total de la población tienen dependencia alcohólica.

**Tabla 24. Frecuencia que relaciona el estrato socioeconómico y el test de CAGE en estudiantes que no tiene problemas relacionados con el alcohol en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.**

<b>NO TIENE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL</b>				
<b>Estrato</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
1	8	7.6%	7.6%	
2	36	34.3%	41.9%	
3	41	39.0%	81.0%	
4	20	19.0%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta investigación.

Los estudiantes de estrato socioeconómico 3 correspondientes al 39.0 % del total de la población no tiene problemas relacionados con el alcohol.

**Tabla 25. Frecuencia que relaciona el estrato socioeconómico y el test de CAGE en estudiantes que tienen indicio de problemas relacionados con el alcohol en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.**

<b>INDICIO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL</b>				
<b>Estrato</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
1	1	4.0%	4.0%	
2	8	32.0%	36.0%	
3	11	44.0%	80.0%	
4	5	20.0%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta investigación.

Los estudiantes de estrato socioeconómico 3 correspondientes al 44.0% del total de la población tienen indicio de problemas relacionados con el alcohol.

**Tabla 26. Frecuencia que relaciona el estrato socioeconómico y el test de CAGE en estudiantes que tienen dependencia alcohólica en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.**

<b>TIENEN DEPENDENCIA ALCOHÓLICA</b>				
<b>Estrato</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
<b>1</b>	9	19.6%	19.6%	
<b>2</b>	15	32.6%	52.2%	
<b>3</b>	18	39.1%	91.3%	
<b>4</b>	4	8.7%	100.0%	
<b>Total</b>	46	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

Los estudiantes de estrato socioeconómico 3 correspondientes al 39.1% del total de la población que tienen dependencia alcohólica.

**Tabla 27. Frecuencia que relaciona el género y el test de CAGE en estudiantes que no tiene problemas relacionados con el alcohol en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.**

<b>NO TIENE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL</b>				
<b>Género</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum Percent</b>	
<b>f</b>	71	67.6%	67.6%	
<b>m</b>	34	32.4%	100.0%	
<b>Total</b>	105	100.0%	100.0%	

Fuente: Esta investigación.

Los estudiantes de género femenino que corresponde al 67.6% del total de la población no tiene problemas relacionados con el alcohol.

**Tabla 28. Frecuencia que relaciona el género y el test de CAGE en estudiantes que tienen indicio de problemas relacionados con el alcohol en primero, segundo y tercer semestre de la FUSM sede Pasto.**

**INDICIO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL**

Genero	Frequency	Percent	Cum Percent	
f	13	52.0%	52.0%	
m	12	48.0%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta investigación.

Los estudiantes de género femenino que corresponde al 52.0% del total de la población tienen indicio de problemas relacionados con el alcohol.

**Tabla 29. Frecuencia que relaciona el género y el test de CAGE en estudiantes que tienen dependencia alcohólica de primero, segundo, tercer semestre de la FUSM sede Pasto.**

**TIENEN DEPENDENCIA ALCOHÓLICA**

Género	Frequency	Percent	Cum Percent	
f	17	37.0%	37.0%	
m	29	63.0%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Esta investigación.

Los estudiantes del género masculino que corresponde al 63.0% del total de la población tienen dependencia alcohólica.

#### 4. DISCUSIÓN

En un estudio comparativo de salud mental realizado en dos universidades peruanas, se encontró que la edad de inicio de consumo de alcohol en los estudiantes de medicina fue a los 15 años.

En este estudio la edad de presentación del consumo de alcohol y depresión es a los 18 años con un porcentaje de 31.3%.

En otro estudio realizado en Cuba sobre el consumo de alcohol se encontró que de 178 encuestados el 79.21% ingiere alcohol, además se tomó en cuenta que el 72.27% pertenecía al género femenino y el 84.41% al masculino.

Al comparar los resultados obtenidos en este estudio se halló que de 176 encuestados, 17 hombres correspondientes al 63% tienen dependencia al alcohol, y que el 52% del género femenino presentó indicios de consumo de alcohol.

En un estudio realizado en la universidad del Valle Colombia, se encontró una prevalencia alta de depresión en un 65 – 75% del total de los estudiantes. En el estudio encontramos que existe depresión leve en 37 personas, moderada en 11 personas y severa en 3 personas.

## 5. PROPUESTA

### Plan de acción

**Objetivo general:** Desarrollar una estrategia de prevención ante el consumo de alcohol asociado a la depresión en los jóvenes de primer a tercer semestre de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Diseñar programas de educación, en los que se motive al no consumo de bebidas alcohólicas, y orientar de una manera más adecuada a los estudiantes sobre los efectos negativos que trae consigo el consumo abusivo obteniendo una mejor y óptima calidad de vida.	Talleres lúdicos Terapias de deportes	1. Planeación de actividades 2. Ejecución 3. Evaluación	Bienestar Universitario
Promover diferentes actividades de orientación académica y social en el ambiente universitario para prevenir el inicio y permanencia en el hábito y consumo de alcohol.	Talleres Seminarios sobre alcoholismo y depresión.	1. Programación talleres 2. Ejecución talleres 3. Evaluación	Bienestar Universitario
Detectar y tratar de manera precoz y oportuna a los estudiantes que padezcan trastornos de depresión y/o alcoholismo con el fin de evitar un deterioro progresivo de él mismo y de su alrededor.	Tamizaje. Escala de CAGE y ZUNG dentro del formato de calificación de docentes.	1. Ejecución de encuestas. 2. Tratamiento o multidisciplinario.	Docentes Facultad de Medicina

## CONCLUSIONES

- En la Fundación Universitaria San Martín se observó una asociación entre consumo de alcohol y depresión como lo muestran los resultados de las escalas de ZUNG Y CAGE aplicadas en los estudiantes de primer a tercer semestre de la facultad de medicina.
- Se encontró que los estudiantes de primer a tercer semestre de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín presentan en algunos casos problemas de alcoholismo asociado con síntomas de depresión, por tanto es necesario diseñar una estrategia de prevención de consumo de alcohol con el fin de disminuir o evitar la depresión en los estudiantes.
- Se observó que a menor edad, mayor es la gravedad del trastorno depresivo; y que a mayor estrato socioeconómico, mayor gravedad del trastorno depresivo.
- El género femenino se encuentra por encima de la mitad de la muestra con un 57,4 % más frecuente que el masculino, teniendo en cuenta éste dato el género femenino presenta con mayor frecuencia indicios de problemas relacionados con el alcohol; y el género masculino presenta mayor frecuencia de padecer dependencia alcohólica.
- El estrato socioeconómico 3 con un 39,8 % pertenecen la mayoría de los estudiantes.
- La edad que con mayor frecuencia presentó tanto trastornos de alcoholismo y depresión fue de 18 años.
- La mayoría de la muestra no presentó trastorno depresivo grave; aunque se encontraron 3 casos de dependencia alcohólica asociada a depresión grave.
- En la población objeto se observó que las edades de 17 a 20 años son las de mayor presentación, siendo con el 31,3 % los 18 años la de más alta frecuencia.
- Respecto al resultado que arrojaron los puntajes de la encuesta de CAGE y ZUNG se observó que el 59,7 % no presenta problemas relacionados con el alcohol y el 71,0 % no cursa con trastornos depresivos.

- Se observó que los estudiantes de 18 años prevalecen con más frecuencia en comparación a las otras edades de trastornos depresivos leves, asociada a su vez ésta edad como la más frecuente en los estudiantes tanto con indicios como con dependencia alcohólica; observándose como a medida que disminuye la edad aumenta la gravedad del trastorno con un 28,6 % de estudiantes de 17 años y comportándose de forma inversa el estrato socioeconómico donde a mayor estrato mayor la gravedad del trastorno depresivo siendo el 66,7% de los estudiantes de éste estrato con depresión grave.
- Se observó que el género femenino se encuentra presente con más alta frecuencia en todos los trastornos depresivos a comparación del masculino, además evidenciando como la mujer presenta una frecuencia del 52 % en tener indicios de problemas relacionados con el alcohol y el hombre un 63 % de tener ya dependencia alcohólica.

## RECOMENDACIONES

Es importante no considerar de forma aislada a los jóvenes del contexto social en que se desenvuelven, sino a ambos conjuntamente, para tener siempre presente los respectivos elementos del sistema: jóvenes, familia, centro educativo, y barrio o municipio y actuar conjuntamente sobre todos ellos.

Así podíamos considerar diferentes actitudes o pautas de actuación frente al problema, entre los que destacarían:

Orientar las actuaciones en el nivel educativo cuestionando y delimitando los efectos positivos del alcohol, que es el conjunto de creencias más desarrollado. Se debe partir de una información realista, que oriente los diferentes efectos del alcohol, mostrando también sus límites. Además existen una serie de creencias erróneas respecto al alcohol (aumento de la potencia sexual, modo de combatir el frío, o como utilidad terapéutica), transmitidas de generación en generación que necesitan ser corregidas.

Desarrollar programas de entrenamiento en habilidades sociales, para actuar principalmente en la pre adolescencia, antes de que se instaure el consumo habitual de alcohol, para guiar a esta población a reconocer y combatir los problemas que puede traer el consumo excesivo de alcohol. Para ello se debe formar a profesores del sistema educativo, directivas y también muy importante la intervención de la familia y amigos cercanos.

Conseguir imponer líneas de trabajo que logren que la edad de inicio del consumo habitual de alcohol se retrase lo máximo posible, lo cual tendrá una incidencia importante en la prevención de los consumos problemáticos del alcohol.

Formular objetivos para evitar la desconexión de los adolescentes de los sistemas de contexto, sobre todo educativo, modificar las creencias de adolescentes y jóvenes sobre el alcohol, trabajando fundamentalmente sobre las motivaciones de consumo, o diseñar estrategias para reducir lo máximo posible el dinero que los jóvenes llevan encima los fines de semana.

Incidir en la importancia de la familia como factor regulador del consumo y como medio de información.

Por último, estimular el debate entre las diversas fuerzas políticas para la creación de diversos programas juveniles de control y prevención de las adicciones.

## BIBLIOGRAFÍA

Noelia Llorens Aleixandre, University de les Illes Balears, características de la personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas.

Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(3): 183-194, Alcohol consumption and eating disorders: evidence, similarities and implication.

Revista Cubana de Salud Pública, Enero-junio 1995 Comportamiento del Consumo de Bebidas Alcohólicas en Estudiantes de Medicina LiC. María Teresa Abreu García. Dr. Mauricio Fernández y Lic. Antonio Ángel Martín García.

Revista Colombiana de Psiquiatría Prevalencia de Depresión en Estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle. Carlos Alberto Miranda Bastidas y Carlos Andrés Escobar. Versión original: Mayfield D. (1974). Versión española: Rodriguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. (1986).

Julio Bobes banco de instrumentos básicos para la practica de psiquiatría clínica 3º edición.

Gabriela Roxana Ilczyszyn, Juan Carlos Gurí 1997-2002. Henriksson M, Isometsä E, Hietanen PS Mental disorders in cancer suicides. 1995. [Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in paliative care patients-a prospective study. Eur J Cancer Care 2001. Manejo psiquiátrico de la infección por HIV y del SIDA.

Thase, M. E.: "Long-term treatments of recurrent depressive disorders". *J. Clin. Psychiatry*, 1992; 53 (9 suppl.)  
Dr. Franciso Alonso Fernández. Medicamentos antidepressivos.  
L.M. Zieher, S. Rojtenberg Depresión y Antidepressivos. Bases clínicas, psicodinámicas y farmacológicas.

Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM iV 1195 Masson SA.

## NETGRAFIA

<http://www.nimh.nih.gov>

[salin@servidor.unam.mx](mailto:salin@servidor.unam.mx)

<http://www.monografias.com/trabajos13/depre/depre.shtml>  
[www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2002/02\\_to.pdf.](http://www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2002/02_to.pdf)

[http://www.nimh.nih.gov/publicat/depression.cfm#ptdep2 .](http://www.nimh.nih.gov/publicat/depression.cfm#ptdep2)

<http://www.respuestasaladepresion.com/profesionales/descargas.php>

10 [nimhinfo@nih.gov](mailto:nimhinfo@nih.gov)

<http://www.nimh.nih.gov>

[alcoholismon1.blogspot.com/2006/09/marco-legal-resmen.htm](http://alcoholismon1.blogspot.com/2006/09/marco-legal-resmen.htm)

# **ANEXOS**

## **ANEXO A.**

### **TEST DE CAGE**

¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?

SI            NO

¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?

SI            NO

¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?

SI            NO

¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse del guayabo?

SI            NO

**ANEXO B.**  
**ESCALA DE ZUNG**

1. Me siento abatido y melancólico.

2. En la mañana es cuando me siento mejor.

3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.

4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.

5. Como igual que antes.

6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.

7. Noto que estoy perdiendo peso.

8. Tengo molestias de estreñimiento.

9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.

10. Me canso aunque no haga nada.

11. Tengo la mente tan clara como antes.

12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.

13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.

14. Tengo esperanza en el futuro.

15. Estoy más irritable de lo usual.

16. Me resulta fácil tomar decisiones.

17. Siento que soy útil y necesario.

18. Mi vida tiene bastante interés.

19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.

20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.

**ANEXO C.  
LISTADO PRUEBA PILOTO ZUNG**

<b>LINE</b>	<b>ME SIENTO ABATIDO O MELANCOLICO</b>	<b>EN LA MAÑANA ES CUANDO ME SIENTO MEJOR</b>	<b>TENGO DESEOS DE LLORAR</b>	<b>ME CUESTA TRABAJO DORMIR EN LA NOCHE</b>
1	casi nunca	casi siempre	Nunca	casi siempre
2	casi nunca	casi nunca	casi nunca	nunca
3	casi nunca	casi siempre	casi siempre	nunca
4	casi nunca	casi siempre	casi nunca	nunca
5	casi nunca	casi siempre	Nunca	casi nunca
6	casi nunca	casi siempre	casi siempre	casi nunca
7	casi nunca	casi siempre	casi nunca	nunca
8	casi nunca	casi siempre	casi siempre	nunca
9	casi nunca	casi siempre	casi nunca	nunca
10	casi siempre	casi siempre	casi nunca	casi siempre
11	casi nunca	casi siempre	Nunca	casi nunca
12	casi siempre	casi siempre	casi nunca	nunca
13	nunca	casi siempre	Nunca	nunca
14	casi nunca	Siempre	casi nunca	casi siempre
15	casi siempre	Siempre	casi nunca	casi nunca
16	casi siempre	casi siempre	casi nunca	nunca
17	casi nunca	casi siempre	casi nunca	nunca
18	casi nunca	casi siempre	Nunca	nunca
19	casi nunca	casi siempre	Nunca	nunca
20	casi nunca	casi siempre	Nunca	casi nunca
21	nunca	Siempre	Nunca	nunca
22	casi nunca	Siempre	Nunca	nunca
23	casi nunca	casi siempre	casi siempre	siempre
24	nunca	Siempre	Nunca	nunca
25	casi nunca	casi siempre	casi nunca	nunca
26	casi nunca	casi siempre	casi nunca	nunca
27	casi nunca	casi siempre	casi nunca	nunca
28	casi nunca	casi siempre	casi siempre	nunca
29	casi nunca	Siempre	Nunca	siempre

Line	como igual que antes	mantengo mi deseo , interes sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales	noto que estoy perdiendo peso	tengo molestias de estreñimiento	el corazon me late mas rapido que de costumbre	me canso aunque no haga nada
1	siempre	Siempre	nunca	casi siempre	casi siempre	casi nunca
2	siempre	Siempre	nunca	nunca	casi nunca	nunca
3	casi nunca	casi siempre	siempre	nunca	casi siempre	casi siempre
4	casi siempre	casi siempre	nunca	nunca	Nunca	nunca
5	casi siempre	Siempre	casi nunca	casi siempre	casi siempre	casi siempre
6	casi nunca	casi nunca	casi siempre	nunca	Nunca	nunca
7	casi siempre	Siempre	nunca	casi nunca	Nunca	nunca
8	casi siempre	casi nunca	nunca	casi siempre	casi nunca	casi siempre
9	nunca	Siempre	nunca	nunca	Nunca	casi nunca
10	casi nunca	casi nunca	siempre	casi nunca	Siempre	siempre
11	siempre	Siempre	nunca	nunca	Nunca	casi nunca
12	siempre	casi siempre	casi nunca	nunca	Nunca	nunca
13	casi siempre	Siempre	casi siempre	nunca	Nunca	casi siempre
14	siempre	casi siempre	casi siempre	nunca	casi nunca	casi nunca
15	casi siempre	Siempre	casi siempre	nunca	casi siempre	casi nunca
16	siempre	casi siempre	casi nunca	casi nunca	Nunca	casi nunca
17	siempre	Siempre	casi siempre	nunca	casi nunca	Nunca
18	siempre	Siempre	casi nunca	nunca	casi nunca	Nunca
19	casi siempre	Siempre	casi siempre	nunca	Nunca	Nunca
20	siempre	Siempre	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi siempre
21	casi siempre	Siempre	casi siempre	nunca	casi nunca	Nunca
22	casi siempre	Siempre	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi nunca
23	casi siempre	casi siempre	casi nunca	casi nunca	casi nunca	Siempre
24	siempre	Siempre	casi nunca	casi siempre	Nunca	casi nunca
25	casi siempre	Siempre	nunca	nunca	Nunca	casi nunca
26	siempre	Siempre	casi siempre	nunca	Nunca	casi nunca
27	siempre	Siempre	casi siempre	nunca	Nunca	casi nunca

--	--	--	--	--	--	--

29	casi nunca	Siempre	nunca	nunca	Nunca	Nunca
----	------------	---------	-------	-------	-------	-------

Line	tengo la mente tan clara como antes	me resulta facil hacer las cosas que acostumbraba hacer	me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	tengo esperanza en el futuro	me resulta facil tomar decisiones
1	casi siempre	Siempre	casi nunca	Siempre	casi siempre
2	casi siempre	casi siempre	casi siempre	Siempre	casi siempre
3	casi nunca	casi nunca	nunca	Siempre	casi siempre
4	casi siempre	casi nunca	casi siempre	Siempre	casi nunca
5	casi nunca	casi siempre	casi nunca	Siempre	casi siempre
6	casi nunca	casi siempre	casi siempre	casi siempre	casi siempre
7	siempre	Siempre	nunca	Siempre	Siempre
8	casi nunca	casi nunca	casi nunca	Siempre	casi nunca
9	casi siempre	Siempre	casi siempre	Siempre	casi nunca
10	casi nunca	casi nunca	casi siempre	Siempre	casi nunca
11	siempre	casi siempre	casi nunca	Siempre	casi siempre
12	casi siempre	casi nunca	casi nunca	Siempre	casi nunca
13	casi nunca	casi nunca	nunca	Siempre	Nunca
14	casi siempre	casi siempre	nunca	Siempre	casi siempre
15	nunca	Siempre	casi nunca	Siempre	casi nunca
16	casi nunca	casi siempre	casi siempre	casi nunca	casi nunca
17	casi siempre	casi siempre	casi nunca	Siempre	casi nunca
18	siempre	Siempre	nunca	Siempre	Siempre
19	siempre	Siempre	casi nunca	Siempre	casi siempre
20	siempre	Siempre	casi siempre	casi siempre	Siempre
21	siempre	casi siempre	casi nunca	Siempre	casi siempre
22	siempre	casi siempre	casi nunca	casi siempre	casi siempre
23	siempre	casi nunca	siempre	casi siempre	casi siempre
24	casi siempre	Siempre	casi siempre	Siempre	Siempre
25	casi nunca	casi siempre	casi siempre	casi nunca	casi siempre
26	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi siempre	Nunca
27	casi nunca	casi nunca	casi nunca	casi siempre	Siempre
28	casi siempre	casi siempre	nunca	casi nunca	casi siempre
29	casi siempre	casi siempre	casi siempre	Siempre	Siempre

Line	siento que soy util y necesario	mi vida tiene bastante interes	siento que los demas mejor muriera estarian si yo	todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba	estoy mas irritable de lo usual
1	siempre	Siempre	Nunca	casi siempre	Nunca
2	siempre	Siempre	Nunca	Siempre	casi nunca
3	casi siempre	casi siempre	casi nunca	casi siempre	casi nunca
4	casi siempre	casi siempre	Nunca	casi siempre	casi nunca
5	casi nunca	Siempre	Nunca	casi siempre	casi nunca
6	casi siempre	casi siempre	casi nunca	casi siempre	casi nunca
7	casi siempre	Siempre	Nunca	Siempre	casi nunca
8	siempre	Siempre	Nunca	casi siempre	casi siempre
9	casi siempre	Siempre	casi nunca	Siempre	casi siempre
10	casi nunca	casi siempre	Nunca	Siempre	Nunca
11	siempre	Siempre	Nunca	Siempre	casi nunca
12	casi nunca	casi siempre	Nunca	casi nunca	casi siempre
13	siempre	casi siempre	Nunca	casi siempre	casi nunca
14	casi siempre	casi siempre	Nunca	casi siempre	casi siempre
15	casi siempre	casi nunca	Nunca	Nunca	casi siempre
16	casi nunca	Siempre	siempre	casi siempre	siempre
17	casi siempre	Siempre	Nunca	casi siempre	casi nunca
18	siempre	Siempre	Nunca	Siempre	Nunca
19	siempre	Siempre	Nunca	Siempre	casi nunca
20	siempre	Nunca	Nunca	Siempre	casi siempre
21	siempre	Siempre	Nunca	casi siempre	casi nunca
22	casi siempre	casi siempre	casi nunca	casi siempre	casi siempre
23	casi siempre	casi siempre	Nunca	Siempre	casi siempre
24	siempre	Siempre	Nunca	Siempre	casi nunca
25	siempre	casi siempre	casi nunca	casi nunca	siempre
26	casi siempre	casi siempre	nunca	casi siempre	casi nunca
27	casi siempre	Siempre	nunca	casi siempre	casi nunca
28	siempre	Siempre	nunca	casi siempre	casi siempre
29	siempre	Siempre	nunca	casi siempre	casi nunca

## INTERPRETACIÓN RESULTADOS PRUEBA PILOTO

Line	cage	índice porcentual zung	Zung
1	2-4	41.25%	<50% no depresión
2	0	38.75%	<50%no depresión
3	0	55%	50-59%depresion leve
4	0	45%	<50%no depresión
5	0	50%	<50%no depresión
6	0	53.7%5	50-59%depresion leve
7	0	33.75%	<50%no depresión
8	0	52.5%	50-59%depresion leve
9	0	43.7%	<50%no depresión
10	0	62.5%	60-69%depresion moderada
11	2-4	35%	<50%no depresión
12	0	48.7%	<50%no depresión
13	2-4	45%	<50%no depresión
14	0	43.7%	<50%no depresión
15	0	55%	50-59%depresión leve
16	0	57.5%	50-59%depresión leve
17	0	40%	<50%no depresión
18	0	30%	<50%no depresión
19	0	35%	<50%no depresión
20	1	45%	<50%no depresión
21	0	36.2%5	<50%no depresión
22	0	45%	<50%no depresión
23	0	56.2%5	50-59%depresión leve
24	0	33.75%	<50%no depresión
25	0	50%	50-59%depresion leve
26	0	48.7%5	<50%no depresión
27	0	42.5%	<50%no depresión
28	0	41.25%	<50%no depresión
29	0	36.25%	<50%no depresión

**PRUEBA PILOTO**

**ASOCIACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA PRESENCIA DE ALGÚN GRADO DE DEPRESIÓN**

CONSUMIDORES DE ALCOHOL	ALGUN GRADO DE DEPRESIÓN
3	NO

**PRUEBA PILOTO  
FRECUENCIAS  
CAGE**

Cage	Frequency	Percent	Cum Percent	
0	25	86.2%	86.2%	
1	1	3.4%	89.7%	
2-4	3	10.3%	100.0%	
<b>Total</b>	29	100.0%	100.0%	

**ZUNG**

Zung	Frequency	Percent	Cum Percent	
<50%	1	3.4%	3.4%	
<50%no depresion	20	69.0%	72.4%	
50-59%depression leve	7	24.1%	96.6%	
60-69%depression moderada	1	3.4%	100.0%	
<b>Total</b>	29	100.0%	100.0%	

## INDICEPORCENTUAL

IndicePorcentual	Frequency	Percent	Cum Percent	
30	1	3.4%	3.4%	
33.75	2	6.9%	10.3%	
35	2	6.9%	17.2%	
36.25	2	6.9%	24.1%	
38.75	1	3.4%	27.6%	
40	1	3.4%	31.0%	
41.25	2	6.9%	37.9%	
42.5	1	3.4%	41.4%	
43.7	2	6.9%	48.3%	
45	4	13.8%	62.1%	
48.7	1	3.4%	65.5%	
48.75	1	3.4%	69.0%	
50	2	6.9%	75.9%	
52.5	1	3.4%	79.3%	
53.75	1	3.4%	82.8%	
55	2	6.9%	89.7%	
56.25	1	3.4%	93.1%	
57.5	1	3.4%	96.6%	
62.5	1	3.4%	100.0%	
<b>Total</b>	29	100.0%	100.0%	

**ANEXO D.  
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	AÑO 2007							AÑO 2008					AÑO 2009
	MAR	ABR	MAY	AGO	SEP	OCT	NOV	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
ASESORIAS													
REUNION CON ASESOR DEL PROYECTO DR. CASTULO CISNEROS													
VISITA A LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO PARA REALIZACION DE PRUEBA PLOTOS													
APLICACIÓN DE ESCALAS DE ZUNG Y CAGE EN LA UNIVERSIDAD SAN MARTIN													
TABULACION DE ENCUESTAS													
ANALISIS DE LA INFORMACION													
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES													
REVISION FINAL DEL PROYECTO													
SUSTENTACION													

**ANEXO E.  
PRESUPUESTO**

**PRESUPUESTO DE RECURSOS HUMANOS**

<b>NOMBRE</b>	<b>FUNCION</b>	<b>FORMACION</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
DR. CÁSTULO CISNEROS	ASESOR CIENTIFICO	PSIQUIATRA	\$ 1.000.000
DR. FILIPO MORÁN	ASESOR EPIDIOMIOLOGICO	GINECOLOGO	\$ 1.000.000
DRA. ELEHONORA ARGOTY	ASESOR METODOLOGICO	MEDICO GENERAL ESP. EN GERENCIA EN SALUD PUBLICA	\$ 1.000.000
MILENA CONSTANZA ROSERO BUCHELY	INVESTIGADOR	MÉDICO	\$ 700.000
MARIA KATALINA RODRÍGUEZ SALAS	INVESTIGADOR	MÉDICO	\$ 700.000
ANA CRISTINA JACHO CAICEDO	INVESTIGADOR	MÉDICO	\$ 700.000
KARINA NATALY ORDOÑEZ GARCÍA	INVESTIGADOR	MÉDICO	\$ 700.000
<b>TOTAL GASTOS</b>			<b>\$ 5.800.000</b>

**PRESUPUESTO DE RECURSOS FISICOS Y/O MATERIALES**

<b>DESCRIPCION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VR. UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Realización de encuestas y entrevistas ( Trabajo de campo)			\$ 250.000
Bibliografía			\$ 300.000
Fotocopias	120	50	\$ 6.000
Papelería			\$ 60.000
Internet	30	1500	\$ 100.000
Anillados	4	3000	\$ 12.000

Transcripcion	176	600	\$ 100.000
Transporte			\$ 300.000
Imprevistos			\$ 60.000
<b>TOTAL PRESUPUESTO</b>			<b>\$ 1.188.000</b>
<b>TOTAL PRESUPUESTO</b>			<b>\$ 6.988.000</b>