

Artículo Original

La importancia del apoyo familiar y social en la salud mental de personas con alcoholismo en proceso de rehabilitación

*Aguilar-Mena Enrique Armando¹, Estrella-Castillo Damaris Francis²,
Pérez-Herrera Norma¹ y Rubio-Zapata Héctor Armando¹*

¹Unidad Interinstitucional de Investigación Clínica y Epidemiológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY).

²Unidad Universitaria de Rehabilitación de Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY).

RESUMEN

Introducción. El alcoholismo es un problema de salud pública en México; deteriora la salud física y mental, el funcionamiento social, familiar y económico de quienes lo padecen y las personas que los rodean. Entre las principales enfermedades que afectan la salud mental de las personas con alcoholismo están la depresión y la conducta suicida, especialmente exacerbadas durante el periodo de abstinencia; sin embargo se desconoce si estos trastornos permanecen después de haber superado este periodo y el papel y la importancia del apoyo de la familia y la sociedad durante el periodo de rehabilitación; por lo que el **Objetivo** fue determinar si existe asociación entre la depresión y el riesgo suicida después del periodo de abstinencia con el apoyo familiar y social de las personas en proceso de rehabilitación por dependencia al alcohol. **Metodología.** Estudio transversal y analítico que incluyó a 70 hombres internados en el centro de rehabilitación Cottolengo de Yucatán, que tuvieran mínimo 4 meses sin consumir alcohol. Se les aplicaron las escalas de Depresión de Beck, la escala de riesgo suicida de Plutchik, el test de Duke-Unk, el APGAR familiar y el AUDIT; análisis estadístico: OR y χ^2 . **Resultados.** El 76% de los participantes presentó depresión y el 57% riesgo suicida; el 62% percibió a sus familias como disfuncionales y el 53% percibió un pobre apoyo social. La presencia de depresión se asoció con riesgo suicida ($p= 0.0021$), con disfunción familiar ($p=0.036$) y con deficiente apoyo social ($p=0.011$). **Conclusiones.** Implementar actividades familiares y sociales en los programas de rehabilitación las personas internadas en centros de tratamiento de adicción o dependencia al alcohol, podría disminuir la frecuencia de síntomas depresivos y conducta suicida, mejorar su calidad de vida y prevenir las recaídas. Lo anterior señala las complejas relaciones del ambiente social y familiar con la salud mental.

Palabras clave: Alcoholismo, depresión, riesgo suicida, percepción, ambiente.

ABSTRACT

Introduction. Alcoholism is a public health problem in Mexico; deteriorating physical and mental health, social, family and economic performance. Several studies have associated alcoholism with depression and suicide, especially during the period of abstinence; however it is unknown whether these risks remain after passing the period of abstinence and the importance of family and society in the rehabilitation of this period; so the **objective** was to determine the association of depression and suicide risk with family and social support for people undergoing rehabilitation for alcohol dependence after abstinence period. **Methodology,** a cross-sectional study included 70 male inmates at the Cottolengo rehabilitation center of Yucatan, they had at least 4 months without consuming alcohol. They

applied the AUDIT scale, the Beck Depression scale, Plutchik suicide risk scale, Duke-Unk test and, the family APGAR; Statistical analysis: OR and Chi². **Results.** 76% of participants had depression and suicide risk 57%; 62% perceive their families as dysfunctional and 53% perceived poor social support. The presence of depression is associated with suicide risk ($p=0.0021$), with family dysfunction ($p=0.036$) and poor social support ($p=0.011$). **Conclusions.** Implement family and social activities in rehabilitation programs persons committed to treatment centers addiction or dependence on alcohol, may decrease the frequency of depressive symptoms and suicidal behavior, improve their quality of life and help prevent relapse.

Keywords: Alcoholism, depression, suicide risk, perception, environment.

Autor de correspondencia: Dr. Héctor Armando Rubio Zapata. Facultad de Medicina. Av. Itzáes 498. Apartado Postal 1225 A, CP 97000. Mérida, Yucatán, México. Teléfono 9233260, 92333297 y 9285329; Fax (999) 9240554. Correo electrónico: rzapata@uady.mx

Fecha de recepción: 13 de octubre de 2014

Fecha de aceptación: 4 de diciembre de 2014

Introducción.

El alcoholismo es definido por la Organización Mundial de la Salud como una conducta caracterizada por el consumo excesivo, adictivo y dependiente de etanol, a tal grado que afecta la salud física y mental, sus relaciones y el funcionamiento social y económico. (1). Según la norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA-2009, para la prevención, tratamiento y el control de las adicciones, el alcoholismo puede considerarse como el estado psicofísico causado por el consumo de etanol que implica un deseo irreprímible de consumirlo en forma continua o periódica con el objetivo de experimentar sus efectos y en ocasiones evitar los síntomas de su privación. Para evaluar los niveles de consumo de alcohol en la década de los 80's se desarrolló el test de identificación de desórdenes en el uso de alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés) a partir de un estudio multinacional que permite clasificar el consumo como de riesgo, perjudicial y dependencia; siendo la dependencia la forma más grave en el consumo del alcohol. (2). Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, en México la prevalencia de dependencia al alcohol en personas entre 12 y 65 años fue de 6.2%; en la región sur del país, donde se encuentra el estado de Yucatán la prevalencia fue de 3.7%, siendo mayor en hombres que en mujeres. El

principal problema de la dependencia al alcohol es que no existe un tratamiento curativo y los procesos terapéuticos están basados en la sensibilización del problema y la automotivación para dejar de beber, mediante la rehabilitación permanente, principalmente con apoyo de tipo psicológico y social. (3-6). Diversos estudios han asociado al alcoholismo activo y especialmente en el periodo de abstinencia (los 3 primeros meses sin consumo) con síntomas depresivos, (6-10) y la depresión es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de la conducta suicida (12, 13), aunado al hecho que en la mayoría de los suicidios se han encontrado datos del alcoholemia al momento del fallecimiento, (13, 14, 15) por lo que se puede inferir una interrelación entre el alcoholismo, la depresión y la conducta suicida. Por todo lo anterior, se podría esperar que eliminando el consumo de alcohol, la presencia de sintomatología depresiva y de conducta suicida disminuyan, sin embargo la depresión, las adicciones y la conducta suicida, también han sido asociadas con el tipo de ambiente familiar (16, 17) y social (18, 19); por lo que en este estudio se propuso evaluar si existe asociación entre la depresión y riesgo suicida con el apoyo familiar y social de adultos con dependencia al alcohol con al menos cuatro meses sin consumo

de bebidas alcohólicas, internados en un centro de rehabilitación.

Materiales y Métodos.

Se diseñó un estudio transversal, retrospectivo y analítico, que incluyó a 70 hombres, de 18 a 65 años de edad, que se encontraban bajo tratamiento por abuso y dependencia del alcohol en el centro de rehabilitación Cottolengo de la ciudad de Mérida, Yucatán durante el 2012. Este centro es una asociación civil, que atiende al público en general del estado de Yucatán y estados vecinos; está financiado por donaciones altruistas y usan un método terapéutico basado en los doce pasos de rehabilitación del programa de alcohólicos anónimos (AA), cuyas estrategias son dirigidas a la re-estructuración física, mental y espiritual con la ayuda de dinámicas grupales y terapia ocupacional; no se permite el uso de fármacos o psicoterapia formal durante el proceso de rehabilitación. En el estudio se incluyeron a todas las personas mayores de edad, que cumplieron con los criterios diagnósticos de dependencia del alcohol (según el AUDIT), que estuvieran internadas durante el año 2012 (N = 90 pacientes internados en el Centro Cottolengo). Aquellos pacientes que tenían tres meses o menos en el centro, fueron excluidos del estudio, debido a la sintomatología depresiva que acompaña al periodo de abstinencia alcohólica. Los criterios de eliminación fueron que los pacientes estuviesen cursando con alguna modalidad de tratamiento farmacológico que afectara su capacidad mental para responder a las encuestas o que no las respondieran completamente. Todas las intervenciones con los participantes se realizaron con estricto apego a las normas éticas, garantizando por escrito el respeto a su dignidad y derechos humanos. Todos los participantes firmaron una carta de consentimiento. Este proyecto fue aprobado por el Comité de titulación de la Facultad de Medicina de la UADY.

Los instrumentos utilizados en el estudio consistieron en cinco encuestas autoaplicables (el Inventario de depresión de Beck, la Escala de

riesgo suicida de Plutchik, el APGAR familiar, la Escala de apoyo social de Dunk-Unk y el AUDIT) que han sido validadas para su aplicación al español y en poblaciones mexicanas, así como un cuestionario de datos epidemiológicos. Un total de 70 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. La autoaplicación de las encuestas se realizó en una habitación con butacas individuales, en donde a cada participante se le entregó un sobre con las encuestas, un moderador explicó el proceso de llenado de las mismas y estuvo al pendiente de sus dudas, al término se les pidió que las encuestas contestadas fueran entregadas al moderador. En ese momento se recabaron los datos del cuestionario epidemiológico. Para garantizar el anonimato, solamente se consideró un folio en las encuestas.

Descripción de los Instrumentos.

Hoja de datos epidemiológicos: se realizó una ficha de datos sociodemográficos con las variables: edad, estado civil, edad de inicio de consumo de alcohol, frecuencia de consumo, tipo de bebida preferida, consumo de otras drogas y antecedentes familiares de alcoholismo.

Hábitos de Consumo de Alcohol. Se utilizó como instrumento de detección el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) el cual posee una sensibilidad del 80% y una especificidad del 90% para la detección del consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia de alcohol en atención primaria. Este instrumento fue desarrollado de forma multicéntrica por la OMS y ha sido validado para su uso en México y América Latina (43). En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son solo 0, 2 y 4). El valor de la puntuación total oscila entre 0 y 40. Consumo de Riesgo: se obtiene a partir de las preguntas, menos de 8 puntos. Consumo Perjudicial: puntuaciones entre 8 y 20 puntos. Dependencia de alcohol: puntuaciones superiores a 20 puntos.

Inventario de depresión de Beck: El inventario de depresión de Beck es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente

para cuantificar los síntomas depresivos en sujetos mayores de 13 años. El cuestionario consta de 21 reactivos de opción múltiple, divididos en dos rubros, aquellos que valoran los componentes psicológico-cognitivos (ítems 1 al 14), y aquellos que valoran los componentes somático-vegetativos (ítems 15 a 21). En este estudio se utilizó la versión revisada en 1996 por la Asociación Americana de Psiquiatría, en la cual se valoran los síntomas del paciente durante las últimas dos semanas. Los reactivos cuentan con un valor establecido de 0 a 3, y se interpreta de la siguiente manera: valores de 0-13 sin depresión, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y de 29-63 depresión severa. (18, 21)

Escala de riesgo suicida de Pluchik: Es un instrumento útil para discriminar a los pacientes potencialmente suicidas de aquellos que no lo son. Consta de 15 preguntas, cada una de las cuales cuentan con dos respuestas posibles, "Sí" y "No", cada respuesta afirmativa suma un punto, utilizándose como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6. Cuenta con una sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio). (22, 21)

APGAR familiar: Prueba que mide la funcionalidad y solidaridad familiar percibida por el encuestado. Se valora la adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos. Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que miden tanto el ambiente emocional que rodea al paciente como la capacidad del grupo familiar para hacer frente a la crisis. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada miembro de la familia son variables. Cada pregunta cuenta con un valor de 0-2, siendo 0=nunca, 1=a veces y 2=siempre. La sumatoria del puntaje se interpreta de la siguiente manera: 7 o mayor= familia funcional, de 4 a 6= disfunción familiar leve, menor a 3= disfunción familiar grave. (24, 25)

Escala de apoyo social de Duke-Unk: Evaluación cuantitativa del apoyo social. Consta con once rubros divididos en dos bloques principales,

variables que evalúan la percepción del apoyo confidencial (ítems 1,4, 6, 7, 8 y 10) y del apoyo afectivo (ítems 2, 3, 5, 9 y 11), cada una valorada por medio de una escala Likert con cinco opciones, asignándosele el valor de 5 al enunciado "tanto como deseo" y 1 a "mucho menos de lo que deseo". Se suman los valores de ambos rubros por separado para determinar la percepción de apoyo afectivo y confidencial. Al final se suman ambos rubros para determinar el apoyo social percibido; la sumatoria del puntaje se interpreta de la siguiente manera: ≤ 32 puntos= escaso apoyo; ≥ 33 puntos=apoyo normal. (26, 27)

El análisis estadístico se basó en medidas de tendencia central. Para relacionar la depresión, el apoyo social y familiar con el riesgo suicida se utilizó la prueba de χ^2 , con valor de significancia de $p < 0.05$ y Odds ratios. Los datos fueron analizados mediante el software Graph Pad versión 5 y el SPSS versión 18[®].

Resultados.

Datos Sociodemográficos.

Edad. La mayoría de los pacientes encuestados tenían entre 31 a 40 años (40%), seguidos por aquellos con edades entre 21 a 30 años (33%), 20% entre 41 y 50 años, 6% menores de 21 años y 2% mayores de 50 años; lo que muestra que la mayoría de la población estudiada son adultos jóvenes.

Estado Civil. Con relación al estado civil de estas mismas personas, se determinó que el 73% de los pacientes no tenía una de una pareja estable en ese momento, de los cuales, 53% pacientes eran solteros, 11% con parejas ocasionales y 9% estaban divorciados; solo el 27% de los encuestados se encontraban casados o en unión libre, lo que sugiere un proceso de desintegración familiar, probablemente secundaria al alcoholismo.

Bebidas preferidas, edad de inicio y frecuencia de consumo. El 87% de los pacientes refirió haber iniciado el consumo de bebidas alcohólicas entre los 10 y los 20 años de edad y el 13% inició su consumo antes de los 10 años de edad; lo que muestra que el problema del alcoholismo se inicia en la infancia y

adolescencia. Con respecto a la frecuencia del consumo de alcohol, el 66% de los encuestados ingería bebidas alcohólicas 4 días a la semana o más, el 21% tres días a la semana, el 11% dos días a la semana, y solo un paciente reportó que un día a la semana. Las bebidas predilectas o las más consumidas fueron: la cerveza (94%), el ron (52%), el tequila (9%), licor/preparados sin especificar (9%), el whisky (8%), el vodka (7%), el brandy (6%), el alcohol de farmacia (3%), el vino (3%), el pulque (1%), la ginebra (1%), el tepache (1%), el coñac (<1%), el amaretto (<1%) y el mezcal (<1%).

Antecedentes familiares de alcoholismo. El 56% de los pacientes refirió a alguno de sus padres tenía consumo de riesgo o dependencia al alcohol, seguido de sus hermanos (46%), los tíos (44%), los abuelos (12%), la pareja (5%) y finalmente primos e hijos (1%). Lo que muestra que mientras más cercana es la relación familiar mayor es la frecuencia de trastornos por abuso y dependencia del alcohol. Además del consumo de bebidas alcohólicas, se les cuestionó sobre el consumo de otras drogas, resultando que el 53% había consumido tabaco, marihuana (47%), Cocaína (47%), inhalantes (34%), crack (13%), drogas de diseño (7%) y pastillas diversas sin especificar (7%).

Depresión en individuos bajo tratamiento de rehabilitación por trastorno por abuso y dependencia al alcohol. El 76% de los pacientes cumplía con los criterios de depresión, de los cuales el 37% presentaba datos clínicos de depresión grave. Al analizar los elementos que componen el instrumento, se obtuvo que de las catorce variables del componente psicológico-cognitivo, los participantes señalaban con mayor frecuencia las variables de pérdida de interés (96%), autocrítica (81%), odio a sí mismo (80%) y llanto (63%), y; con relación a las variables del componente somático-vegetativo se encontró que las respuestas más frecuentes eran: alteraciones del ciclo de sueño (87%), falta de concentración (68%) y fatiga (61%).

Riesgo suicida en las personas bajo tratamiento de rehabilitación por trastorno por abuso y dependencia al alcohol. El 57% de los pacientes encuestados se encontraban con riesgo suicida,

según la escala de Plutchik. Los componentes del instrumento que con mayor frecuencia señalaron los participantes, fueron: sentimientos de inutilidad (54%), de fracaso (56%), temor a la pérdida de control sobre sí mismo (59%), la presencia de agresión heterodirigida (54%) e ideación suicida (54%). Funcionalidad familiar percibida por las personas bajo tratamiento de rehabilitación trastorno por abuso y dependencia al alcohol. El 62% de los pacientes percibieron a sus familias con algún grado de disfunción; 38% de los encuestados percibieron a sus familias como funcionales, 39% perciben la disfunción familiar como leve y 23% percibieron la disfunción como grave. La mayor parte de los pacientes señaló que casi siempre recibe apoyo (47%) y afecto familiar (60%); la satisfacción con el dialogo familiar fue percibida en el 53% de la población y la satisfacción con la convivencia en familia y la toma de decisiones familiares en conjunto (47%).

El apoyo social percibido por las personas bajo tratamiento de rehabilitación por trastorno por abuso y dependencia al alcohol. 53% de la población estudiada percibe pobre apoyo social; Los componentes de la escala de apoyo social de Duke-Unk son: el apoyo afectivo y el confidencial; mientras que el 70% de los pacientes perciben el apoyo afectivo como escaso, el 64% percibe el apoyo confidencial como suficiente o adecuado. Entre los componentes de apoyo afectivo que el paciente percibe como deficientes son los relacionados con: recibir ayuda en el hogar (62%), los elogios (55%) y convivir con otros (83%); sin embargo, mostraron satisfacción con: recibir amor (55%) y ayuda al encontrarse enfermo (51%). Los componentes del apoyo confidencial en los cuales el paciente se encuentra satisfecho están: las posibilidades de comunicación con otros en el trabajo (43%) y la casa (38%), así como lo que respecta a problemas familiares (44%), recibir consejos (47%), y apoyo para su cuidado (57%); sin embargo refieren tener pocas visitas de amigos y familiares (67%), además de dificultades en la comunicación de problemas económicos (62%).

Análisis de asociación de la sintomatología depresiva. La depresión se asoció significativamente con: riesgo suicida (χ^2 11.58, $p= 0.0007$; OR= 8.6667, IC= 2.1869 a 34.3465), con la disfunción familiar (χ^2 4.4, $p= 0.0361$; OR= 3.3429, IC= 1.05 a 10.59), con la percepción de escaso apoyo social el valor de (χ^2 6.46, $p= 0.011$; OR= 3, IC =0.85-10.49)) y en particular con la percepción de escaso apoyo afectivo social ($\chi^2= 5.18$; $p= 0.0228$; OR= 1.3, IC= 0.44 – 4,12).

Análisis de asociación del riesgo suicida. El riesgo suicida se asoció significativamente con la percepción de disfunción familiar (χ^2 de 12.1, $p= 0.0005$, OR= 4.5495, IC= 1.50 a 13.75), la percepción de escaso apoyo social ($\chi^2= 13.3$, $p= 0.0003$), la percepción de escaso apoyo confidencial ($\chi^2= 10.17$, $p= 0.0014$; OR= 5.13, IC=1.82 – 14.48) y con la percepción de escaso apoyo afectivo social fue una ($\chi^2= 11.17$, $p= 0.0008$; OR= 6.5, 2.34 – 17.99)

Discusión.

En este estudio se encontró que los pacientes ingresados en el centro de rehabilitación clasificados con dependencia al alcohol, según el AUDIT, son en su mayoría personas jóvenes; al igual que lo reportado en otros estudios (14, 15, 28, 29). En el estado de Yucatán el 38.5% de los hombres ingiere bebidas alcohólicas regularmente, según la Encuesta Estatal de Adicciones Yucatán 2005 (30). La mayoría de las personas internadas en el centro de rehabilitación refirieron haber iniciado el consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia e infancia. La edad de inicio es importante, porque se sabe que los adolescentes requieren una menor exposición al alcohol para generar un patrón de consumo adictivo, por lo que este grupo etario debe ser un foco de atención prioritario para medidas de prevención del alcoholismo (2, 5, 6, 10, 28). En el presente estudio más del 50% de los entrevistados, reportó a alguno de sus padres o hermanos con problemas en el consumo de alcohol, lo que señala la influencia del entorno familiar en este grupo de pacientes como un factor de riesgo (31, 32, 33). También se

observó que a medida que se aleja el parentesco (abuelos, primos o tíos) la relación disminuye. Sacco y cols. (34) hallaron una fuerte relación entre alcoholismo por parte de alguno de los progenitores y alcoholismo en adolescentes y adultos jóvenes. En este sentido es probable que estén involucrados tanto factores ambientales como genéticos (6, 32).

Con relación a la preferencia de bebidas alcohólicas, se observó que se consume de forma preferencial aquellas que son de fácil acceso en el medio. Cuando el paciente con alcoholismo desarrolla un patrón adictivo establecido, invertirá una gran cantidad de tiempo en la búsqueda e ingesta de etanol, así como en el tiempo de recuperación de los efectos secundarios, estas conductas suele acabar afectando de forma directa el desempeño laboral, lo que conlleva a una disminución de los ingresos, afectando el poder adquisitivo; por ende, deberá conseguir bebidas que contengan etanol, de menor precio y fácil acceso, orillándolos incluso a consumir una amplia gama de sustancias no aptas para la ingesta humana con el único fin de lograr los efectos deseados (ejemplo: alcohol de farmacia etanol 60-80°). (35, 36, 37); lo anterior señala la importancia del ambiente, la mercadotecnia y la economía en el desarrollo de conductas adictivas, perjudiciales para la salud. El 53% de los pacientes refirieron el uso de tabaco (datos no mostrados), algunos estudios han asociado al tabaquismo con el alcoholismo y con el uso de otras drogas (28, 34). Se propone que las personas buscan un efecto sedante, sin embargo la nicotina también produce efectos estimulantes; actualmente muchas personas en rehabilitación de alcoholismo consumen grandes cantidades de cafeína que les ayudan a disminuir los síntomas de abstinencia alcohólica (5, 6, 32), lo que no fue evaluado en este estudio, ya que dentro del centro Cottolengo, existen medidas restrictivas del consumo de estas sustancias durante el internamiento.

El 76% de los pacientes que se encontraban en rehabilitación por alcoholismo, después de 4 meses sin ingerir alcohol, presentaron sintomatología depresiva, según el inventario

de depresión de Beck-II; encontrándose que el 37% de estos pacientes se encuentra en la clasificación de depresión severa. Varios estudios como el realizado por Fergusson y cols. (9) han reportado una relación de causa-efecto entre el abuso y dependencia al alcohol con la depresión, siendo una relación unidireccional entre alcoholismo y depresión severa; también hallaron que los pacientes alcohólicos se encuentran en un riesgo elevado de presentar sintomatología depresiva, especialmente durante el periodo de abstinencia. Otros estudios reiteran la presencia de una relación entre alcoholismo y depresión, aunque no pudieron determinar cuál de las dos variables se presentó primero, concluyeron que el consumo de alcohol de forma excesiva en sí mismo es un factor de riesgo para una amplia gama de problemas de salud, entre los que se encuentran principalmente las drogodependencias, la depresión y el suicidio (8, 11, 12). Aunque son múltiples las causas que se conjuntan para que un paciente presente una adicción determinada, se ha podido establecer una relación bidireccional entre el consumo de drogas legales e ilegales (en este caso el alcohol) y la depresión, ya sea como parte de la gama de efectos adversos que estas sustancias generan sobre el sistema nervioso central, como con los eventos vivenciales influenciados por el consumo de drogas. (32, 37, 38).

El programa de rehabilitación que se imparte en el centro Cottolengo de la ciudad de Mérida, Yucatán, incluye la asignación por turnos de labores domésticas, recreativas y de apoyo social, que abarcan todo el día; durante la noche duermen en áreas comunes; como parte del proceso de rehabilitación, llevan sesiones grupales de testimonios y conferencias impartidas por miembros de una comunidad religiosa; no aceptan tratamientos psiquiátricos, ni el uso de fármacos psicotrópicos y únicamente reciben atención médica en un hospital público fuera del centro de rehabilitación, en caso de presentar alguna patología que requiera tratamiento médico. Estas observaciones son fundamentales para entender las respuestas obtenidas en el

inventario de depresión, en el cual los apartados que evalúan tristeza, pesimismo, fracaso, agitación, indecisión y sentimientos de inutilidad fueron los más señalados, sin embargo, debido a que al entrar al programa un objetivo es integrarlos nuevamente como miembros de una comunidad, reorientarlos y asignarles un "sentido social", mejoran su percepción de sentimientos de cohesión social y de un futuro con una "razón de ser".

Con respecto a la relación entre el alcoholismo y la conducta suicida, Ocampo y cols. (14) encontraron que la mayoría de los fallecidos por suicidio presentaban rastros de alcohol en sangre. En otro estudio realizado por Pompili y cols. Establece que "el abuso del alcohol puede llevar a que se presente conducta suicida debido a que genera desinhibición, impulsividad y falta de juicio". (13)

La asociación entre el consumo de drogas y el suicidio indica que la conducta suicida (que incluye desde la ideación hasta el suicidio consumado) se presenta entre el 19 al 45% de los sujetos con trastornos por consumo de sustancias, lo cual representa 2.6 veces el riesgo para la conducta suicida respecto de los sujetos que no presentan conductas adictivas. (11, 14) González V. y cols. (39) encontraron mayor ideación suicida, en personas con elevado consumo de etanol, lo cual coincide con los presentes resultados.

Diversos estudios han reportado (11, 14, 38, 39) la relación entre depresión y riesgo suicida y consumo de alcohol; lo interesante de nuestro estudio es que esta asociación se presentó incluso cuando la persona ya no consume alcohol; por lo que proponemos que la sintomatología depresiva y el riesgo suicida que presentan estos pacientes, probablemente está relacionada por la percepción de disfuncionalidad familiar; ya que tanto la depresión, como el riesgo suicida, se ven influenciados por la dinámica familiar. (40, 41). Las personas con alcoholismo tienden a desarrollar procesos familiares desorganizadores, paralelos al deterioro físico y mental que sufre el paciente, por lo que es frecuente que se presenten alteraciones de la

dinámica familiar y trastornos afectivos en los miembros que la componen; por otra parte, las familias conflictivas y disfuncionales pueden conducir a uno o varios miembros al consumo de sustancias con un patrón adictivo para poder escapar de forma momentánea de las situaciones poco placenteras relacionadas con la realidad familiar. (6, 33, 32). El nivel de participación del paciente con alcoholismo en el sistema familiar disminuye de forma gradual y progresiva, lo que lleva a que la pareja adopte un papel dominante en la toma de decisiones, siendo esto una causa frecuente de conflicto de autoridad; esta dinámica problemática se agudiza cuando la ingesta de alcohol es tal que afecta la dinámica laboral del paciente, condicionando la seguridad material y económica de la familia, o cuando los actos de violencia acaban involucrando al poder judicial, llevando en muchos casos al divorcio y la ruptura familiar. (34, 40, 41). El desequilibrio en la dinámica familiar, afecta también a los hijos (si hubiese), es probable que desarrollen baja autoestima, sintomatología depresiva y tendencia a presentar posteriormente alguna drogodependencia, habitualmente iniciando con el alcoholismo y perpetuando un modelo de conducta. (31, 32, 33). En el caso de los pacientes que ya presentan una drogodependencia, el apoyo familiar resulta fundamental, se vuelve uno de los principales elementos motivadores, por medio del cual el paciente se siente querido y percibe que es parte importante de un grupo (sentimientos de pertenencia) por lo que logra un mayor apego al tratamiento y períodos de abstinencia más largos en comparación con aquellos pacientes que no cuentan con estos recursos. (31, 32, 34, 39,).

Por otro lado el entorno social también influye de forma significativa tanto en la generación como mantenimiento de conductas que resulten tanto nocivas como beneficiosas para la salud, denotando así el papel fundamental que juega el entorno en el desarrollo de cada miembro de la comunidad, (19, 37). Pompili M y cols. (13) documentaron un aumento en el riesgo de cometer suicidio en pacientes que se

encuentran en situaciones de retraimiento social, pérdida de vínculos sociales y marginación, las cuales son situaciones que se observan frecuentemente en pacientes con Alcoholismo. Booth y cols. (19) encontraron que un bajo apoyo social predice de forma significativa la presencia de depresión durante el proceso de rehabilitación en estos pacientes; el apoyo social actúa como un factor predictivo individual al asociarse con la depresión y desempeña un papel fundamental en el tratamiento de pacientes con alcoholismo; la percepción de apoyo social elevado es un factor que predice la adherencia que presentará el paciente al tratamiento de rehabilitación, así como el riesgo de recaída; por último, también demostraron que el porcentaje de pacientes que abandona el tratamiento es mayor entre aquellos con un bajo apoyo social. (18, 37, 42).

Por todo lo anterior durante el proceso de rehabilitación de las personas con alcoholismo es importante considerar un enfoque integral que incluya acciones que mejoren la salud mental y emocional, favorecer actividades que consoliden y mejoren el funcionamiento familiar y social con el fin de propiciar ambientes saludables que mejoren la rehabilitación de estas personas y prevenir las recaídas, para de esta forma mejorar la calidad su calidad de vida.

Bibliografía.

1. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Oliva-Robles N, Bretón-Cirett M, Gutiérrez-López ML, Moreno-López M, et al. El consumo de alcohol en comunidades rurales y urbanas de México. En: Salazar Garza ML. Alcohol y comunidades rurales: experiencias en investigación. Desarrollo y evaluación de programas. 1a. ed. Aguascalientes: Departamento Editorial; 2012. p 27-38.
2. Organización Mundial de la Salud [en internet] Global Status Report on Alcohol and Health 2011- Country profiles by WHO regions. © Organización Mundial de la Salud, 2011. Consultada: 27-Nov-12 Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsramro.pdf

3. Farreras C, Rozman P. Medicina Interna. decimosexta edición. Madrid: Elsevier. 2008 vol. 2 Pag. 375-378
4. Harrison TR. Principios de Medicina Interna decimoséptima edición. Distrito Federal: Mc Graw Hill. 2012 Vol.2 Pag. 3547-3552
5. Haler R, Yudofsky S. Tratado de Psiquiatría Clínica. Cuarta Edición. Madrid: Masson 2004. Pag. 439-521, 1457-1477.
6. Fernandez L, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain-Hernandez I. Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación. Tercera Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2009. Pag. 335-426
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Yucatán. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007
8. Schuckit MA, Smith TI, Dank GP, Pierson J. A comparison of factors associated with substance-induced versus independent depressions. *J Stud Alcohol Drugs* 2007;68(6):805-12.
9. Fergusson D, Boden J, Horwood J. Tests of Casual Links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(3):260-66.
10. Ponce M, Flores Y, Mugdal J, Huitrón G, Halley E, et al. The association between type of confidant and depressive symptomology in a sample of mexican youth. *Salud Ment* 2010; 33(3):249-56
11. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res* 2010; 13(4):303-16.
12. Conrad HJ, Bezruczko N, Chan YF, Riley B. Screening for atypical suicide risk with person fit statistics among people presenting to alcohol and other drug treatment. *Drug Alcohol Depend* 2010; 106:92-100
13. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7:1392-1431
14. Ocampo R, Bojorquez L, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Pública Mex.* 2009; 51:306-313
15. Innamorati M, Pompili M, Tatarelli R, Girardi R. Recreational drug use and suicidality among Italian young adults. *J Addict Dis* 2008;27(4):51-59.
16. Perez-Amezcuca B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, De-Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública* 2010;52(4):324-33.
17. Fevziye T, Gamsiz-Bilgin N, Sasmaz T, Bugdayer R, Camdeviren H. Suicide attempts and risk factors among children and adolescents. *Yonsei Medical Journal* 2004;45(3):367-74.
18. Paraherakis A, Gill K. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction.* 2002; 97(3): 347-56
19. Booth B, Russell D, Laughlun P, Reed D. Social support and depression in men during alcoholism treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1992; 4(1):57-67.
20. Sans J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de beck. *Psicothema* 1998; 10(2):303-18
21. Dobkin P, De C, Rudd MD, Rajab MH. Specificity of the Beck Depression Inventory and the confounding role of comorbid disorders in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research* 1995; 19:51-68.
22. Plutchik R, Van Praga HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk:The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989;30(4):296-302.
23. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 1998; 61(2):143-52.
24. Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo J. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18(6):289-96.
25. Casarrubios E, Lareo J, Arribas JM. Uso del índice Apgar familiar en medicina familiar:

- medida de la disfunción familiar inducida por alcohol: Experiencia inicial de 201 pacientes. *Medicina Clínica*. 1988; 91:732-735.
26. Bellón JA, Delgado A, De Dios J. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unk. *Atención Primaria*. 1996;18(11):17-31.
 27. Broadhead WE, Gehlbach SH, De Gruy FW. The Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in Family medicine patients. *Med Care* 1988; 26:709-23
 28. Mora-Ríos J, Natera G. Expectativa, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública Mex* 2001;43:89-96
 29. Arria AM, O'Grady KE, Caldeira K, Vicent KB, Wilcox H, Wish E. Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Arch Suicide Res* 2009;13(3)230-46.
 30. Medina-Mora ME. Encuesta Estatal de Adicciones Yucatán 2005. Yucatán, México. Coordinación de Salud Mental, Secretaria de Salud de Yucatán. Resumen Ejecutivo 2005. Pag. 1-25
 31. Natera-Rey G, Borges G, Solis-Rojas L, Tiburcio-Saenz M. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres *Salud Pública de México* 2007;43(1):17-27.
 32. Saraceno L, Manufo M, Heron J, Craddock N, et al. genetic and non-genetic influences on the development of co-occurring alcohol problem use and internalizing symptomatology in adolescence: a review. *Addiction* 2009; 104:1100-1121
 33. Anda R, Whitfield C, Felitti V, Chapman D, et al. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric services* 2002; 53(8): 1001-1009
 34. Sacco P, Bucholz NK, Spitznagel E. Alcohol use among older adults in the National Epidemic Survey on Alcohol and Related Conditions: a latent class analysis. *J Stud Alcohol Drugs* 2009;70: 829-38
 35. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1994. Pag. 158-210
 36. López-Ibor A, Valdés Miyar, M. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002 Pag. 175-184
 37. Cuneyt E, Dalbudak E, Cakmak D. Personality dimensions in male patients with early-onset alcohol dependence who seek treatment. *Irs J Psychiatry Relat Sci* 2009; 46(3): 204-206
 38. Ganz D, Sher L. Suicidal Behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse. *Minerva Pediatr* 2009;61(3):333-47.
 39. Gonzalez V, Bradizza C, Collins L. Drinking to cope as a statistical mediator in the relationship between suicidal ideation and alcohol outcomes among underage college drinkers. *Psychol Addict Behav*. 2009; 23(3): 443-451
 40. Gilchrist G, Hegarty K, Chondros P, Herman H, Gunn J. The association between intimate partner violence, alcohol and depression in family practice. *BMC Family Practice* 2010;72:1-10
 41. Guerra-Lopez V. La violencia intrafamiliar como consecuencia del consumo de alcohol en trabajadores. *Revista de Antropología Experimental*. 2004; 4: 1-5
 42. Josué-Díaz L, Torres Lio-Coo, Urrutia-Zerquera E, Moreno-Puebla R, Font-Díaz I, et al. Factores psicosociales de la depresión. *Rev Cubana Med Milit* 2006;35(3):1-6
 43. Villamil Salcedo V, Valencia Collazos M, Medina-Mora Icaza ME, Juárez García F. Validación de la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26(4):283-9.