



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Psicología

**Treball de Fi de Grau**

# Relación entre el alcoholismo y la depresión en población adulta

Alba Arboledas Acedo

**Grado de Psicología**

Año académico 2020-21

Trabajo tutelado por Dra. Elena Gervilla García

Departamento de Psicología

Palabras claves del trabajo: alcoholismo, depresión, comorbilidad, patología dual, adicción

## ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Metodología.....	6
4. Marco teórico.....	7
4.1. Alcoholismo.....	8
4.2. Depresión.....	10
5. Resultados.....	13
6. Discusión.....	16
7. Conclusiones.....	20
8. Bibliografía.....	21

## 1. RESUMEN

En este trabajo de fin de grado se presenta una revisión bibliográfica sobre la relación entre el trastorno depresivo y la adicción al alcohol, también conocida como patología dual. El consumo de alcohol constituye uno de los principales factores de riesgo para la salud y causa la muerte de más de 3 millones de personas al año en España. Por otro lado, Según la Organización Mundial de la Salud, más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad. Este trastorno se caracteriza por altas tasas de comorbilidad, lo que dificulta en gran medida el pronóstico de ambos trastornos, y por ende, su tratamiento. Por ello, la hipótesis de este trabajo es que hay una correlación entre padecer depresión y el alcoholismo, y a la inversa.

Tras realizar la pertinente revisión bibliográfica, los datos muestran que la hipótesis planteada se cumple. Los resultados encontrados apuntan que la presencia de cualquiera de los dos trastornos duplica el riesgo de padecer la segunda patología. Las personas que consumen alcohol tienen una probabilidad más elevada de padecer depresión que el resto de la población. Por lo tanto, el alcohol es un factor de riesgo para la depresión.

Esta comorbilidad puede dar lugar a un pronóstico letal si no es tratada de manera adecuada, lo que pone de manifiesto la importancia de seguir investigando acerca de la relación que existe para poder desarrollar técnicas y tratamientos que puedan ajustarse a las necesidades de los pacientes.

### **ABSTRACT**

This thesis presents a literature review on the causal relationship between major depressive disorder and alcohol addiction, also known as dual pathology. Alcohol consumption is one of the main health risk factors and leads to the death of more than 3 million people a year in Spain. Furthermore, according to the World Health Organization, more than 300 million people in the world suffer from depression, a disorder that is classed as the leading cause of disability. This disorder is characterized by high rates of comorbidity, which greatly hinders the prognosis of both disorders, and therefore, their treatment. The aim of this thesis is to find out whether this causal relationship really exists and, if so, to understand the magnitude of the problem.

After conducting the pertinent bibliographic review, the data show that the hypothesis is fulfilled. The results found indicate that the presence of either of the two disorders duplicates the risk of suffering from the second pathology. People who consume alcohol are more likely to suffer from depression than the rest of the population. Therefore, alcohol is a risk factor for depression.

This comorbidity can lead to a fatal prognosis if it is not treated properly, which highlights the importance of continuing to investigate the relationship that exists in order to develop techniques and treatments that can be adjusted to the needs of patients.

## **2. INTRODUCCIÓN**

La definición del alcoholismo ha sido caracterizada por el periodo de controversia que ha sufrido a lo largo de los años, dando lugar a distintas acepciones y puntos de vista. Sin embargo, en general se refiere al consumo crónico o periódico de alcohol, caracterizados por la imposibilidad de controlar la ingesta, frecuentes episodios de intoxicación y la falta de preocupación con respecto al alcohol, a pesar de sus consecuencias adversas (Duffy, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alcohol es considerado como una droga, pues cumple con los criterios que definen a una sustancia como tal: genera adicción, provoca tolerancia y su ausencia provoca el síndrome de abstinencia, además de haberse utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. Su consumo es un problema de salud pública que requiere de acciones preventivas inmediatas y de promoción de la salud (Ahumada Cortez et al., 2017).

El consumo de alcohol constituye uno de los principales factores de riesgo para la salud, ya que es el motivo de más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito. (Organización mundial de la salud).

Según el Informe Mundial sobre Alcohol y Salud (2018) publicado por la OMS, se estima que en 2016 murieron como consecuencia del consumo perjudicial de alcohol más de 3 millones de personas, la mortalidad resultante del consumo de alcohol es mayor que la

causada por enfermedades como la tuberculosis, la infección por el VIH/sida y la diabetes. El alcohol es la droga psicoactiva de consumo más extendido en España. En 2017, el 91,2% de la población de 15 a 64 años declara haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, dato que confirma la extensión del consumo de esta sustancia en la población española. En términos evolutivos, desde 2009, la prevalencia para este tramo temporal supera el 90% (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019).

Con relación a los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, se calcula que hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que los padecen. La mayor prevalencia se registra en Europa entre hombres 14,8 % y mujeres 3,5 %, respectivamente, de igual forma las mayores tasas de consumo entre jóvenes de 15-19 años también se localiza en Europa (43,8%), seguido de América (38.2%) y el Pacífico Occidental (37,9%) respectivamente (García García, 2019).

Por otro lado, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017).

Según la OMS, más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad. En algún momento de su vida, casi un 20% de las personas residentes en España ha presentado algún trastorno mental según los criterios del DSM-IV.

Las personas con depresión tienen altas tasas de comorbilidad y mortalidad. La existencia de una asociación entre depresión y el abuso de sustancias es clara y ha llevado a realizar numerosas investigaciones. No obstante, dicha relación es compleja, ya que la depresión predispone a su padecimiento pero el padecimiento incrementa la probabilidad de sufrir depresión (Stansbury et al., 2006). Además, es sabido que las personas que cursan una depresión son más propensas a abusar del alcohol o de otras drogas recreativas en un intento de facilitarse el sueño o de sentirse menos ansiosas (Coryell, 2018).

La presencia de dos o más trastornos mentales en el mismo paciente recibe el nombre de comorbilidad. Cuando dicha comorbilidad es debida a la concurrencia de un trastorno por abuso de sustancias, asociado a otro trastorno psiquiátrico, recibe la denominación de trastorno dual o diagnóstico dual (Casas y Guardia, 2002). Además de la exclusión social y la marginación que sufren por el hecho de ser drogodependientes, tener un trastorno

psiquiátrico empeora considerablemente su situación, y se violan muchos de sus derechos fundamentales (Arana y Germán, 2005).

Los estudios epidemiológicos acerca de la patología dual muestran que las enfermedades mentales que se presentan con mayor frecuencia correlacionadas con el consumo excesivo de sustancias son: la depresión, el trastorno de estrés postraumático, fobias y trastorno antisocial de la personalidad (Morales Chamorro, 2018).

La prevalencia de depresión entre la población adicta es alta y tiende a seguir aumentando. A lo largo de los últimos 3 años la media de adictos con depresión se sitúa en torno al 18% (14% varones y 26% mujeres), dato que destaca teniendo en cuenta que las cifras de prevalencia de depresión para la población general oscilan entre el 2,6 y el 5% en varones y entre el 6 y el 12% en mujeres (Moral et al., 2011).

En el estudio de Torrens et al. (2011), se afirma que la comorbilidad psiquiátrica más común en las personas consumidoras de sustancias psicoactivas es la depresión (García García, 2019). Así como en el National Survey of Mental Health and Well Being se encontró que el 36,5% de las personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol padecían otros trastornos mentales asociados, siendo los más frecuentes los trastornos depresivos (García García, 2019).

Existen diversos estudios que afirman la existencia de una fuerte comorbilidad entre el alcoholismo y la depresión, por ello en el presente trabajo se realiza una revisión sistemática de dichos estudios con el objetivo de analizar la relación entre ambas patologías.

### **3. METODOLOGÍA**

El objetivo general de este trabajo es conocer si existe comorbilidad entre la adicción al alcohol y padecer depresión y evaluar la evidencia de esta relación mediante la revisión de la literatura correspondiente. Para ello, se han fijado unos objetivos específicos:

- Describir la terminología básica de los dos conceptos clave
- Revisar los estudios realizados en la población general para analizar la comorbilidad existente entre ambas patologías

Para cumplir con los objetivos previamente mencionados, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura enfocada a la adicción al alcohol y al trastorno depresivo, así como de estudios que relacionan estos dos fenómenos y prueban la comorbilidad existente entre ambos.

Para realizar la revisión, el paso principal fue hacer una búsqueda de los conceptos básicos que se tratan en el presente trabajo y de la temática relacionada con ellos. Esto ha permitido conocer las características de ambos trastornos además de las consecuencias que conllevan tanto a pequeña como a gran escala. El paso final fue realizar una búsqueda de los estudios llevados a cabo en este tipo de población para poder resolver los objetivos principales presentados.

Así pues, se trata de una revisión bibliográfica donde se ha recogido y seleccionado una serie de artículos científicos cuyo tema principal ha sido la comorbilidad entre el alcoholismo y la depresión y las consecuencias derivadas.

Para ello se establecieron criterios de inclusión y exclusión, entre los cuales se encuentran: la fecha de publicación del artículo, acotada a los últimos 11 años, y el idioma (español e inglés) además de descartar los estudios a los cuales no había acceso al texto completo. La fecha de publicación de los artículos no ha sido acotada en el caso de la búsqueda de definiciones sino en la búsqueda de estudios empíricos.

Para la selección de los artículos se utilizaron las bases de datos Google Academic, Web of Science, PsycINFO y ScieLo. Para la búsqueda se utilizaron los términos “alcoholism”, “depression”, “alcoholism AND depression”, “comorbidity”, “comorbilidad”, “alcohol AND consequences”, “alcohol consumption”.

#### **4. MARCO TEÓRICO**

En el presente trabajo se tratan dos conceptos clave, que son el alcoholismo y la depresión. Por ende, para una correcta comprensión de la revisión que se realiza en este estudio, es necesario conocer el significado de una serie de términos que se relacionan con el tema central, sin los cuales es difícil llegar a una asimilación absoluta del tema tratado y de los objetivos a conseguir.

#### **4.1. El alcoholismo**

El alcohol etílico es la sustancia psicoactiva de uso más extendido y generalizado en el mundo (Mosquera y Menéndez, 2006). Es una de las pocas drogas legalizadas en la mayoría de países, y sobre todo una de las más normalizadas, lo que hace que sea mucho más accesible y sin duda, peligrosa. La contribución del abuso de alcohol a la morbilidad, la mortalidad y a los problemas sociales es vasto y se ha convertido en un alarmante problema para la sociedad. El alcohol sigue siendo la droga más consumida en España (Tejero-Mas et al., 2018).

El concepto de enfermedad del alcoholismo aparece insinuado en algunas citas antiguas; sin embargo, es hasta el siglo XX que el fenómeno alcohólico ha sido estudiado en forma sistemática, descrito con rigor clínico, difundido, aplicado como fundamento en programas de tratamiento y ampliado a través del trabajo terapéutico y de la investigación neuroquímica, genética y neurofisiológica (Veracruzana, 2007).

El término alcoholismo fue acuñado originalmente en 1849 por Magnus Huss. Hasta la década de 1940 hacía referencia principalmente a las consecuencias físicas del consumo masivo y prolongado. Otro concepto más estricto es el alcoholismo considerado como enfermedad, que está marcado por la pérdida de control sobre la bebida, causado por una alteración biológica preexistente y que tiene una evolución progresiva previsible. Más adelante, Jellinek y otros autores emplearon el término para designar el consumo de alcohol que provoca cualquier tipo de daño (físico, psicológico, individual o social). La imprecisión del término hizo que un Comité de Expertos de la OMS lo desaprobara en 1979, dando preferencia a una expresión más concreta, el síndrome de dependencia del alcohol (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Fue entonces cuando la organización mundial de la salud definió el síndrome de dependencia alcohólica como “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”. (OMS, 1994)

Para medir el consumo de alcohol, al margen de la dependencia, se usa las Unidades de Bebida Estandar (UBE) con las que se calcula la cantidad de alcohol en gramos



consumida dependiendo del tipo de las bebidas que ingiere el paciente en una semana. Se considerará consumo de riesgo cuando un hombre consume >28 UBEs (280gr)/semana o 6 UBEs (60gr)/24 horas al menos 1 vez al mes. En mujeres es >17 UBEs (170gr)/semana o 5 UBEs(50gr)/24 horas al menos 1 vez al mes. (Pascual Pastor et al., 2013)

Según el DSM-V, la dependencia al alcohol se define como un consumo problemático que provoca malestar o deterioro clínicamente significativo y que se manifiesta por dos o más hechos en los últimos 12 meses:

- Consumo de alcohol frecuentemente en grandes cantidades o durante más tiempo
  - Deseo persistente por consumir o fracaso por abandonar o controlar el consumo
- Aumento del tiempo en actividades para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos
- Ansia o deseo por consumir
- El consumo continuado lleva al abandono de otras tareas del trabajo o de la familia
- Consumo continuado aun teniendo problemas interrelacionados secundarios a este consumo
- Consumo consecutivo de alcohol en situaciones que conllevan riesgo
- Continua consumiendo aun sabiendo que le provoca problemas físicos o psíquicos
- Incumplimiento de las obligaciones (trabajo, estudios, familia) - Tolerancia:
  - Necesidad de consumo cada vez en mayores cantidades
  - Disminución de los síntomas al cabo de un tiempo de consumir la misma cantidad
- Abstinencia, manifestada por:
  - Presencia del síndrome de abstinencia
  - El consumo de alcohol para mejorar los síntomas de la abstinencia de alcohol

Existen 3 tipos de gravedad, según el número de criterios que se cumplen: leve (si cumple 2-3 criterios), moderado (si cumple 4-5 criterios) y grave, si cumple más de 5 criterios.

Por otro lado, el síndrome de abstinencia se define como un conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el

consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico. Es uno de los indicadores del síndrome de dependencia y se caracteriza por temblor, sudoración, ansiedad, agitación, depresión, náuseas y malestar general. Aparece de 6 a 48 horas después de suspender el consumo de alcohol y, si no hay complicaciones, remite al cabo de 2 a 5 días (OMS, 1994).

#### **4.2. Depresión**

En los últimos años la depresión se ha convertido en un objetivo prioritario en salud pública debido a su elevada prevalencia y a las consecuencias que origina sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad y costes económicos y sociales (Sacristán, 2009).

Los síntomas que caracterizan este trastorno son: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, pérdida de impulso y placer, sentimientos de culpa, falta de concentración, baja autoestima, alteraciones del sueño y aumento o disminución del apetito etc. Estos problemas pueden volverse crónicos o recurrentes y provocar un deterioro sustancial en la capacidad de una persona para hacerse cargo de sus responsabilidades diarias. En el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio, una trágica fatalidad asociada con la pérdida de aproximadamente 850.000 vidas cada año (Lang et al., 2013).

A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos (Pérez Padilla et al., 2017).

Aproximadamente un 15% de la población española sufre algún tipo de cuadro depresivo a lo largo de su vida, pero menos de una de cada tres personas será diagnosticada y tratada correctamente, ya que únicamente un 40-50% acude a consulta (San-Molina y Arranz-Martí, 2010).

Dentro de la clase diagnóstica de los trastornos depresivos, el DSM-5 (APA, 2013) contempla las siguientes categorías diagnósticas:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicación (tanto por la ingesta como por la retirada)
- Trastorno depresivo debido a otra enfermedad
- Otro tipo de trastornos depresivos especificados
- Trastorno depresivo no especificado

Ampliando lo anteriormente mencionado, cabe destacar las manifestaciones centrales de la depresión clínica, según el DSM-G (APA, 2013):

- Incapacidad generalizada (continuada) de experimentar placer o de mantenerlo tiempo suficiente o de disfrutar actividades que hasta ahora le resultaban placenteras (anhedonia)
- Reducción de la conducta proactiva
- Incremento de conductas de abandono (como quedarse en casa, ausentarse en el trabajo, evitar el contacto con según qué personas...)
- Presencia continuada y persistente de estado de ánimo bajo combinada con alto afecto negativo y con la baja capacidad de experimentar afecto positivo

Todas estas características de la depresión clínica se asocian con manifestaciones como la presencia de pensamientos repetitivos relacionados con la pérdida o el fracaso y comportamientos como problemas de sueño, de apetito, falta de energía...

No existe una única causa conocida de la depresión. Más bien, parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. Las investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro (García, 2010).

Los modelos de vulnerabilidad más utilizados para explicar la instauración de la depresión han sido los llamados de diátesis-estrés. Estos modelos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad psicológica (diátesis), los cuales permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno. De esta manera, según estos modelos, ante las mismas situaciones negativas tendrían mayor probabilidad de deprimirse aquellas personas que presenten una mayor cantidad e intensidad de

factores de vulnerabilidad (Vázquez et al., 2010). Dentro de esta aproximación, el modelo cognitivo ha sido el más investigado. En el modelo se enfatiza que las variables que determinan que algunas personas se depriman y otras no ante los mismos acontecimientos están relacionadas con la forma de procesar la información. Aunque el origen difiere según los modelos, todos coinciden en que los sesgos cognitivos son un elemento fundamental que favorece la aparición y el mantenimiento de episodios depresivos (Vázquez et al., 2010). Cuando hablamos de sesgo cognitivo nos referimos a la interpretación errónea de la realidad, que hacemos las personas en base a la información que tenemos disponible, lo cual influye en la manera en la que tomamos decisiones, pensamos y emitimos juicios sobre nosotros mismos y nuestro alrededor.

Entre las hipótesis principales que buscan explicar la alta comorbilidad entre trastornos del ánimo (TA) y trastornos por abuso de sustancias (TUS) encontramos las siguientes:

- 1) El TA predispone a que se presente un TUS: Desde el punto de vista comprensivo el uso de sustancias en los pacientes con trastornos anímicos podría ser utilizado para aliviar síntomas depresivos o ansiosos (hipótesis de automedicación). En el caso de la manía, el consumo podría estar dado por la implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un potencial de consecuencias negativas.
- 2) El TUS predispone a que se presente un TA: la administración repetida de drogas genera cambios neuroadaptativos, que presentan elementos comunes con las anormalidades características de los trastornos del ánimo.
- 3) Los TUS y los TA serían expresiones sintomáticas diferentes de anormalidades neurobiológicas y predisposiciones genéticas similares, sin que exista una relación causal entre ambos trastornos<sup>6</sup>. Esta desregulación común, probablemente contribuye a la alta tasa de comorbilidad. Estudios familiares y genéticos han sugerido una considerable superposición e interacción entre ambos, aunque existe aún controversia al respecto (Ibáñez et al., 2020).

## 5. RESULTADOS

La morbilidad de los trastornos psiquiátricos en general y de los trastornos afectivos o depresivos asociados al consumo de drogas y alcohol se ha multiplicado en los últimos 10 años. Los estudios epidemiológicos muestran una alta prevalencia y concurrencia entre la depresión y el consumo de sustancias, lo cual es denominado «patología dual»; esta comorbilidad implica un peor pronóstico para los pacientes (Lazo González, 2016). Por una parte, un TA puede facilitar el consumo de sustancias, mientras que un TUS puede a su vez causar o exacerbar síntomas anímicos. Esta comorbilidad significa un desafío clínico frecuente en la práctica clínica diaria, tanto del punto de vista diagnóstico como terapéutico (Ibáñez et al., 2020).

Algunos autores han concluido que si el estado de ánimo depresivo es objeto de atención clínica y es mucho más intenso del que se observa habitualmente en las intoxicaciones o síndromes de abstinencia, puede ser más apropiado el diagnóstico de “trastorno del ánimo inducido por sustancias”. El diagnóstico diferencial con el trastorno primario del estado de ánimo se confirma porque el anterior aparece solo en relación con el consumo de sustancias. El manual DSM-IV sugiere esperar alrededor de 1 mes después de la finalización del consumo de sustancias con el fin de observar si los síntomas del estado de ánimo desaparecen espontáneamente, a pesar de que el intervalo de tiempo varía dependiendo del fármaco y de la situación clínica (De La Villa Moral et al., 2011).

Se debe tener en cuenta que la depresión convencional y la depresión asociada a la adicción cuentan con diferencias sintomatológicas. En cuanto a la depresión convencional, encontramos un humor depresivo, tristeza y pesimismo, mientras que en la relacionada con la adicción destaca la disforia, la negatividad y los sentimientos negativos. En lugar de anhedonia (incapacidad para experimentar placer), destaca más bien un displacer, debido a la supresión del consumo y la añoranza de los efectos que le produce. En el plano ideatorio del trastorno depresivo encontramos convencionalmente ideas de culpa, de desesperanza... que también aparecen reflejadas en el trastorno relacionado con la adicción pero va más allá, ya que la tasa de suicidios y de ideación suicida es mucho mayor en este caso. En los hábitos del sueño, además del insomnio de despertar precoz, destaca el insomnio de conciliación, que se trata de la incapacidad de dormir al ir a la cama, causado por el tipo de vida que han estado cursando y el desajuste en los ritmos biológicos. Por último, en cuanto la respuesta a medicamentos encontramos una mayor tolerancia y cansancio farmacológico (De La Villa Moral et al., 2011).

Ha sido en numerosos estudios en los que se ha tratado de comprobar la relación existente entre el alcoholismo y la depresión, lo cual es también el objetivo del presente trabajo. A continuación, se hace una revisión de estudios que respaldan y evidencian esta correlación.

Moral et. Al. realizaron un estudio con una muestra de 82 sujetos adictos divididos en dos grupos: Grupo control clínico (Sujetos adictos sin otro proceso psicopatológico asociado ni sintomatología psicopatológica alguna al margen de la adictiva) y Grupo depresión: Sujetos adictos que reúnan al menos dos de las siguientes condiciones: 1) portar al ingreso diagnóstico de depresión, 2) no portar diagnóstico de depresión al ingreso pero haber sido diagnosticado de sintomatología depresiva en el centro y 3) haber sido tratado con antidepresivos. Se aplicaron las escalas de Beck y Hamilton además de recoger datos observacionales y tras el análisis de los datos, se concluyó que la prevalencia de depresión entre la población adicta es alta y tiende a seguir aumentando y que respecto al diagnóstico diferencial entre la depresión convencional y la del adicto, la disforia es el principal síntoma. (De La Villa Moral et al., 2011)

Por otro lado, Victoriana García García, dentro de su tesis doctoral realizó un estudio en el cual analiza el nivel de deterioro cognitivo y de depresión en las personas consumidoras de sustancias psicoactivas. En los resultados se encontró que un alto porcentaje de estas tienen alteraciones a nivel cognitivo y en el estado de ánimo. En relación con las puntuaciones en depresión de la muestra de consumidores, se observó que tan sólo el 23.5% de la muestra no tenía depresión según el inventario de depresión de Beck. Este dato confirma los resultados indicados por Moral et al. (2011), los cuales afirman que la salud mental de los consumidores es de mala calidad. Por otra parte, siguiendo la guía clínica basada en la evidencia propuesta por Emmelkamp y Vedel (2012) en la que se muestra que los consumidores de alcohol presentan más depresión que los consumidores de otras sustancias, los resultados de García García parecen dar apoyo a esta evidencia. Para responder a la hipótesis relativa a que se esperaba que los consumidores de alcohol sean quienes puntuasen más alto en depresión que el resto de la muestra se realizó un análisis chi-cuadrado entre la sustancia de consumo y la puntuación en depresión. Los resultados mostraron diferencias significativas entre grupos según la sustancia de consumo ( $\chi^2$  (gl = 9) = 16.90;  $p < .05$ ), encontrando las siguientes puntuaciones medias: en heroína 21.36 (DT = 9.72), en alcohol 22.64 (**DT = 17.43**), en cocaína 18.45 (DT =

14.86) y en cannabis 18.22 (DT = 15.03). El grupo con mayor puntuación en depresión era el de los consumidores de alcohol. (García García, 2019)

Carolina Campuzano et. Al. llevaron a cabo un estudio descriptivo, transversal, de prevalencia con 296 pacientes con edades entre 18 a 65 años a quienes se les aplicó el PHQ-9 y el ASSIST 3.0 para determinar la prevalencia de síntomas depresivos y consumo de sustancias psicoactivas. En los resultados se encontró una asociación significativa entre los síntomas depresivos graves PHQ-9  $\geq 20$  y el uso de sustancias que requirieron una intervención intensiva (ASSIST 3.0  $> 26$ ). En comparación con aquellos sin síntomas depresivos, los pacientes con síntomas depresivos graves tenían un riesgo 27 veces mayor de consumo de alcohol (PR 27,30; IC del 95%, 2,37-314,16;  $p = 0,01$ ).

Lazo González (2016) desarrolló un estudio analítico transversal relacionando el factor de riesgo del alcoholismo con la depresión. Se utilizó la escala de Beck para la depresión y el test AUDIT para la detección de alcoholismo. Mediante el uso del programa SPSS versión 15 para la interpretación de resultados, se mostró que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en personas con trastornos mentales graves: se encontró un alto grado de comorbilidad entre el alcohol y los síntomas depresivos, siendo la asociación significativa (Lazo González, 2016). La razón de prevalencia refiere que las personas que consumen alcohol poseen 4,86 veces más riesgo de depresión que los que no consumen alcohol de riesgo y dependencia (IC 95% 2,14-11,02), esto da a entender que el alcoholismo es un factor de riesgo para la depresión (Lazo González, 2016).

En la revisión llevada a cabo por Joseph M. Boden y David M. Fergusson (2011) se reveló también que la presencia de cualquiera de los dos trastornos duplicaba los riesgos del segundo trastorno. Se muestra claramente una asociación moderadamente fuerte entre el alcoholismo (AUD) y depresión mayor (MD), que es robusta a las variaciones tanto en el diseño del estudio como en los métodos de medición. Hay dos explicaciones generales para las asociaciones observadas entre AUD y MD. En primer lugar, se podría argumentar que ambos son causados por factores genéticos y ambientales subyacentes comunes que aumentan conjuntamente el riesgo de ambos trastornos. En segundo lugar, se podría argumentar que AUD y MD están relacionados de manera causal, de modo que AUD aumenta el riesgo de MD o que MD aumenta el riesgo de AUD. Estas explicaciones se pueden probar utilizando datos epidemiológicos controlando una variedad de fuentes de

confusión potencial entre los dos trastornos. Enfoques como este se han utilizado en varios estudios que han encontrado evidencia de una asociación persistente entre AUD y MD incluso después de controlar los factores de confusión. (Boden & Fergusson, 2011)

En el informe de investigación realizado por Lynn Boschloo y Cols. se muestra que la dependencia del alcohol es muy prevalente entre las personas deprimidas. En las personas con trastornos depresivos y de ansiedad durante toda la vida, la prevalencia de la dependencia del alcohol durante toda la vida fue incluso de 20,3% en comparación con el 5,5% en los controles. Por el contrario, el abuso de alcohol no fue más frecuente entre las personas deprimidas que entre los controles. Los resultados muestran además que el género masculino, la vulnerabilidad (antecedentes familiares, personalidad y factores sociales) y las características relacionadas con la adicción, más que las características relacionadas con la ansiedad / depresión, son indicadores de riesgo importantes para la dependencia comórbida del alcohol (Boschloo et al., 2011).

## 6. DISCUSIÓN

En la siguiente tabla se adjuntan algunos de los estudios consultados, los cuales han investigado acerca de la comorbilidad entre la depresión y el alcohol, aportando datos concluyentes para el presente trabajo y sobre los cuales se basan los resultados extraídos.

<b>Título del estudio</b>	<b>Autores</b>	<b>Año de publicación</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Resultados principales</b>
Depresión en adultos y su relación con disfuncionalidad familiar, migración y alcoholismo	Patricio Beltrán Carreño Patricia Verónica Lazo González	2016	Análítico transversal	Las personas que consumen alcohol poseen 4,86 veces más riesgo de depresión que los que no consumen alcohol de riesgo y dependencia (IC 95% 2,14-11,02).  Existen diferencias estadísticamente significativas donde el riesgo de padecer depresión en personas con familiares consumidores de alcohol es 2,9 veces mayor en comparación con la población general.



<p>Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente</p>	<p>Carlos Ibáñez, Jorge Cáceresa, Roberto Brucher, Daniel Seijas</p>	<p>2020</p>	<p>Revisión</p>	<p>Los individuos que padecen trastorno depresivo mayor (TDM) tienen el doble de posibilidades de desarrollar un trastorno por uso de sustancias (TUS) del mismo modo que las personas que presentan un TUS tienen riesgo de padecer una DM a lo largo de su vida.</p> <p>El TDM es la comorbilidad más frecuente en pacientes con TUS.</p>
<p>Depresión y adicción</p>	<p>Moral M.V., Sirvent C., Blanco P., Rivas C., Quintana L., Campomanes G.</p>	<p>2011</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>El consumo de sustancias influye en el sujeto depresivo, sea cual sea el tipo de depresión que padece, condicionando el perfil sintomático y marcando algunas diferencias.</p> <p>Lo que más caracteriza a la depresión del adicto es la disforia, que además tiene valor predictivo pues su presencia mantenida es el principal indicador de abandono terapéutico. Otros elementos diferenciadores son una mayor carga de impulsividad y ansiedad con mayor tolerancia o resistencia al tratamiento farmacológico</p>

<p>Consumo de sustancias psicoactivas asociado al desempeño cognitivo, la depresión y otras variables psicológicas</p>	<p>Victoriana García García</p>	<p>2019</p>	<p>Investigación</p>	<p>Un alto porcentaje de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas tienen alteraciones a nivel cognitivo y en el estado de ánimo.</p> <p>En la muestra de consumidores utilizada, se observó que tan sólo el 23.5% de la muestra NO tenía depresión según el inventario de depresión de Beck.</p> <p>Se realizó un análisis chi-cuadrado entre la sustancia de consumo y la puntuación en depresión. Los resultados mostraron diferencias significativas entre grupos según la sustancia de consumo (<math>\chi^2</math> (gl = 9) = 16.90; <math>p &lt; .05</math>), encontrando en alcohol 22.64 (<b>DT = 17.43</b>) y por tanto siendo el grupo con mayor puntuación en depresión.</p>
<p>Comorbilidad entre síntomas depresivos y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados por enfermedades no psiquiátricas</p>	<p>Carolina Campuzan o et. Al.</p>	<p>2021</p>	<p>Descriptivo transversal</p>	<p>Se encontró una asociación significativa entre los síntomas depresivos graves PHQ-9 <math>\geq 20</math> y el uso de sustancias que requirieron una intervención intensiva (ASSIST 3.0 &gt; 26).</p> <p>En comparación con aquellos sin síntomas depresivos, los pacientes con síntomas depresivos graves tenían un riesgo 27 veces mayor de consumo de alcohol (PR 27,30; IC del 95%, 2,37-314,16; <math>p = 0,01</math>)</p>

Alcohol and depression	Joseph M. Boden, David M. Fergusson	2011	Revisión	Se muestra claramente una asociación moderadamente fuerte entre el alcoholismo (AUD) y depresión mayor (MD), que es robusta a las variaciones tanto en el diseño del estudio como en los métodos de medición
Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders	Lynn Boschloo and Cols.	2010	Revisión	La dependencia del alcohol es muy prevalente entre las personas deprimidas. En las personas con trastornos depresivos y de ansiedad durante toda la vida, la prevalencia de la dependencia del alcohol durante toda la vida fue incluso de 20,3% en comparación con el 5,5% en los controles. Por el contrario, el abuso de alcohol no fue más frecuente entre las personas deprimidas que entre los controles.

En cuanto a las limitaciones que se han encontrado en los estudios anteriormente mencionados, la principal se basa en que muchos pacientes que padecen problemas relacionados con el abuso de sustancias acuden a solicitar ayuda por síntomas anímicos en lugar de por su consumo, de la misma manera que se produce a la inversa, pacientes que acuden por síntomas químicos en lugar de anímicos. Esto tiene como consecuencia que a la hora del diagnóstico, una de las dos patologías pase desapercibida, y por lo tanto no se identifique esta comorbilidad, lo cual es un impedimento a la hora de seguir estudiando sobre ella y desarrollar tratamientos.

De cara a la investigación futura sería apropiado centrarse en las causas de esta relación entre ambas patologías y sobretodo, en el enfoque que se debe dar al tratamiento, así como la terapia más adecuada, para conseguir una deshabitación del alcohol a la vez que se trata el trastorno anímico, ya que, aunque se conoce que el pronóstico es negativo, no se tiene la suficiente información del mismo, por lo que es necesario desarrollar investigaciones para paliar los efectos de esta comorbilidad.

## **7. CONCLUSIONES**

Son numerosos los estudios que a lo largo de los años han realizado investigaciones acerca de la comorbilidad entre el alcoholismo y la depresión, y que, como hemos podido comprobar, han respaldado con sus resultados el objetivo del presente trabajo, demostrar la existencia de esta relación causal. Si bien los datos corroboran la importancia de esta patología dual, existen ciertas limitaciones a la hora de establecer la causa o el origen de que cursen a la vez, dando así lugar a diferentes hipótesis y teorías.

Sin embargo y a pesar de ello, después de la revisión de los estudios anteriormente mencionados, podemos concluir que a mayor gravedad del trastorno depresivo (TA), mayor riesgo de trastorno por uso de sustancias. A la inversa, la comorbilidad con TA es mayor en individuos dependientes de drogas ilegales comparados con dependencia de alcohol, y las personas con múltiples dependencias tienen las tasas de comorbilidades psiquiátricas más altas (Ibáñez et al., 2020).

Finalmente, después de esta revisión bibliográfica y de conocer el nivel de gravedad que se esconde detrás de esta comorbilidad, cabe destacar que las cifras que avalan la relación de ambos trastornos son elevadas, lo que pone de manifiesto la importancia de seguir estudiando acerca de esta problemática para así poder detectar a tiempo este tipo de patología dual y brindar el tratamiento necesario, porque el pronóstico de ambos cuadros sin un tratamiento adecuado puede resultar letal.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada Cortez, J. G., Gámez Medina, M. E., y Valdez Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como un problema de salud pública. Alcohol consumption as a public health problem. *RA XIMHAI*, 13(32), 13–24. <http://scielo.sld.cu>
- Boden, J. M., y Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *In Addiction*, 106 (5), 906–914. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J. H., van den Brink, W., Veltman, D. J., Beekman, A. T. F., y Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.12.014>
- Casas, M., y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(SUPPL. 1), 195–219. <https://doi.org/10.20882/adicciones.524>
- Coryell, W. (2018). Depresión - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general. In *Manual MSD*.
- Moral, M. V., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana, L., & Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción. *Revista de Psiquiatría*, 15(27), 2-17.
- Duffy, D. N. (2015). Alcohol consumption: Main public health problem of the Americas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 371–382. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.2.151>
- García García, V. (2019). Consumo de sustancias psicoactivas asociado al desempeño cognitivo, la depresión y otras variables psicológicas.
- Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R., y Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174–182. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.005>
- Lang, U. E., Borgwardt, S., y Lang, U. (2013). Molecular Mechanisms of Depression:

- Perspectives on New Treatment Strategies. *Cell Physiol Biochem*, 31, 761–777.  
<https://doi.org/10.1159/000350094>
- Lazo González, P. V. (2016). Depresión en adultos y su relación con disfuncionalidad familiar, migración y alcoholismo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.07.001>
- Moral, M. V., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana, L., & Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción. *Revista de Psiquiatría*.
- Morales Chamorro, A. (2018). Patología Dual: Dependencia a las drogas y trastornos mentales, un reto profesional.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019). Informe 2019. Resumen Ejecutivo. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. *Ministerio de sanidad consumo y bienestar social*. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>
- OMS. (2017). OMS | Depresión. *Oms* (1).
- Pascual Pastor, F., Guardia Serecigni, J., Pereiro Gómez, C., y Bodes García, J. (2013). *Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol*. 13(17), 5-1.
- Pérez Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, A. N., Pineda Cortés, J. C., y Salgado Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. 26. <http://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v28n2/2007-8447revbiomed-28-02-73.pdf>
- Robledo, L. M. G., & Ávila, H. G. (2010). Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria. *Medicina Interna de México*, 26(5), 531.
- San Molina, L. (2010). Comprender la depresión. *AMAT*.
- Stansbury, J. P., Ried, L. D., y Velozo, C. A. (2006). Unidimensionality and bandwidth in the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale. *Journal of Personality Assessment*, 86(1), 10–22.  
[https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601\\_03](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601_03)

- Tejero Mas, M., Burgos Blanco, R., Aguirre Sánchez, J., y Buitrago Ramírez, F. (2018).  
Revista Clínica Española Alcohol abuse numbers in Spain : *Revista Clínica Española (English Edition)*, 218(7), 386–388.  
<https://doi.org/10.1016/j.rceng.2018.04.008>
- Téllez Mosquera, J., y Cote Menéndez, M. (2006). Alcohol etílico: un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Revista de la Facultad de Medicina*, 54(1), 32-47.
- Valladares, A., Dilla, T., y Sacristán, J. A. (2009). Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. *Actas españolas de psiquiatría*, 37(1), 49-53.
- Veracruzana, U. (2007). Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana* (7).
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 18(1), 139–165.