



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Título: PLAN DE CUIDADOS PARA LA  
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL  
ALCOHOLISMO EN MUJERES CON  
DEPRESIÓN.

"CARE PLAN FOR THE PREVENTION AND  
TREATMENT OF ALCOHOLISM IN WOMEN  
WITH DEPRESSION"

Autora:

Victoria Ruiz Magaña

Director:

José María Pérez Trullén

**Facultad de Ciencias de la Salud**

2021-2022

## ÍNDICE

1. Resumen-----	1
2. Introducción-----	3
3. Objetivos-----	7
4. Metodología y métodos-----	8
5. Desarrollo-----	10
5.1 Valoración-----	10
5.2 Diagnóstico-----	12
5.3 Planificación-----	14
5.4 Ejecución-----	15
5.5 Evaluación-----	21
6. Conclusiones-----	22
7. Bibliografía-----	23
8. Anexos-----	27
8.1 Anexo I -----	27
8.2 Anexo II -----	28
8.3 Anexo III -----	29
8.4 Anexo IV -----	31
8.5 Anexo V -----	35
8.6 Anexo VI-----	36
8.7 Anexo VII-----	38

## RESUMEN

**Introducción:** Los pacientes que sufren de patología dual (comorbilidad de una enfermedad mental y un trastorno por abuso de sustancias), presentan mayores riesgos y peor calidad de vida que los que presentan solamente una de las patologías.

Varios estudios han demostrado que la comorbilidad de depresión y alcoholismo supone una elevada prevalencia y un aumento de la severidad de ambas patologías, lo que la convierte en un importante problema de salud.

Las causas de la patología dual de depresión y alcoholismo son, los factores de riesgo que tienen en común, la angustia provocada por la sintomatología depresiva, que puede llevar a los enfermos a usar el alcohol como vía de escape y desarrollar alcoholismo, o que el consumo patológico de alcohol provoque una depresión.

**Objetivo:** Debido a la frecuencia con la que se presenta, en este trabajo me he centrado en cómo prevenir y tratar el alcoholismo en mujeres con depresión, ya que en ellas la depresión suele ser la desencadenante del alcoholismo.

**Metodología:** Para ello, he realizado una búsqueda bibliográfica para obtener información sobre estas patologías, y elaborar un plan de cuidados estandarizado. En él he analizado los problemas de salud, establecido objetivos y elaborado estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta comorbilidad o riesgo de ella.

**Conclusión:** La falta de reconocimiento de la enfermedad y de adherencia terapéutica, son obstáculos que suelen presentar los pacientes alcohólicos y los que padecen depresión. Para resolverlos, es importante conocer los factores de riesgo y problemas de salud existentes en estos pacientes para detectar a las personas vulnerables y aplicarles la valoración diagnóstica y tratamiento que proceda. Es imprescindible crear una relación terapéutica positiva, entre el enfermo y el equipo sanitario multidisciplinar que le acompañará en su tratamiento, lo que fomentará una adecuada adherencia terapéutica.

**Palabras clave:** Patología dual, depresión, alcoholismo, comorbilidad.

## SUMMARY:

Introduction: the patients that suffer from dual pathology (comorbidity of a mental disease and a disorder of abuse of substances), present greater risks and worse quality of life than those who present one of the pathologies.

Several researches have proved that the comorbidity of depression and alcoholism has a high prevalence and an increase in the severity of both pathologies, which make it a serious health problem.

The causes of the dual pathology of depression and alcoholism are, the risks factors that have in common, the anguish caused by the depressing symptomatology that could lead to patients to use alcohol as a way of escape and develop alcoholism, or the pathological consumption of alcohol leads to depression.

Objective: Because of its frequency, in this essay we have focused on prevent and deal with alcoholism in women with depression, since in them depression is usually the cause of the disorder of abuse of alcohol.

Methodology: In order to do it, we have made a bibliographic search to obtain information about these pathologies, and elaborate a standardized care plan. In the plan, we have analysed the health problems, established objectives and elaborated strategies to improve the quality of life of patients with this comorbidity or risk of suffering it.

Conclusion: The lack of recognition of the disease and the therapeutic adhesion are the obstacles that usually present the alcoholic patients and that usually suffer from depression. To solve them, it is important to know the risk factors and existing health problems in those patients to detect vulnerable people and apply the diagnostic assessment and proper treatment. It is indispensable to create a positive therapeutic relationship, between the patient and the sanitary multidisciplinary team with accompany them during the treatment, which will foster an adequate therapeutic adhesion.

Key words: Dual pathology, depression, alcoholism, comorbidity.

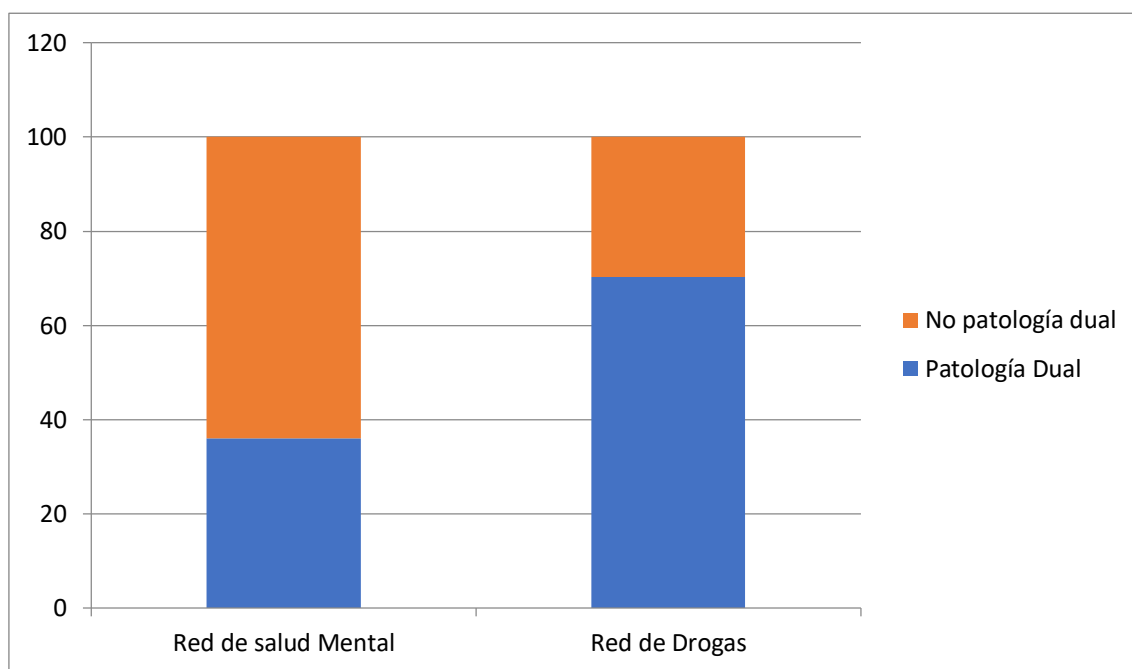
## INTRODUCCIÓN

La patología dual es la coexistencia de una enfermedad psiquiátrica y un trastorno por abuso de sustancias.<sup>1</sup>

Según la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) el 50% de los pacientes con un trastorno mental presentan en algún momento conductas adictivas.<sup>2</sup>

Un estudio realizado por la SEPD en Madrid, analizó a pacientes de redes asistenciales de salud mental y drogodependencias. En él, se diagnosticó patología dual en el 61,8% de los pacientes (un 36,1% en la red de salud mental y un 70,3% en la red de drogas)<sup>3</sup> (gráfico 1). Aunque en la red de drogas el porcentaje de pacientes con patología dual fue mayor, en la red de salud mental aproximadamente un tercio de los pacientes presentó una patología dual, por lo que en ambas redes conviene estudiar las comorbilidades.<sup>3</sup>

Gráfico 1:



La patología dual está relacionada con mayor uso de los servicios sanitarios, disminución de la calidad de vida, mayor riesgo de suicidio y peor pronóstico en comparación con el que presentan ambas situaciones por separado.<sup>3,4</sup>

Una comorbilidad de gran relevancia es la de depresión y alcoholismo, que ocurre en el 1,2% de los adultos.<sup>5</sup>

La depresión provoca un estado de ánimo deprimido, disminución del interés y/o el placer por casi todas las actividades del día, pérdida de peso,

insomnio, agitación, pérdida de energía, de la concentración e ideas suicidas<sup>6</sup> (el 15% de los pacientes con depresión mayor recurrente se suicidan<sup>5</sup>).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor del 5% de los adultos del mundo padece de depresión, además, es la principal causa mundial de discapacidad y aumenta notablemente la morbilidad mundial.<sup>7</sup>

De las drogas que pueden provocar una depresión dual, el alcohol es de gran importancia, siendo una de las sustancias adictivas más extendida y socialmente aceptada. Según la Encuesta nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (NSDUH) de 2019 en Estados Unidos, el 5,3% de personas  $\geq 12$  años presentaron un trastorno por abuso de alcohol.<sup>8</sup> Su consumo en España es una causa importante de enfermedad y muerte, entre 2010 y 2017 supuso un 4% de la mortalidad en la población general.<sup>9</sup>

El alcohol es un relajante e inhibidor de fácil acceso que elimina momentáneamente el dolor, los pensamientos negativos y el estrés. Sin embargo, tras este aparente efecto "terapéutico", es un potente depresor del sistema nervioso que agrava la enfermedad depresiva. El uso del alcohol como vía de escape puede derivar en un trastorno por abuso de sustancias. Además, varios estudios afirman que su consumo, produce una respuesta negativa al tratamiento de la depresión.<sup>10,11</sup>

Un estudio realizado en 2018, concretó que en pacientes alcohólicos la depresión está presente en el 43'1% de los casos (Gráfico 2). También observó, que las personas con depresión, tienen de 2 a 3 veces más riesgo de presentar alcoholismo, y las alcohólicas, tienen 3,7 veces más probabilidades de presentar depresión mayor.<sup>5</sup>

En un estudio del orden temporal de la comorbilidad durante los periodos de adolescencia, adultez temprana y adultez (estudio 1), la depresión mayor precede al alcoholismo en el 57% de los casos (Gráfico 3). En cambio, cuando se estudia la causalidad a través de episodios de la comorbilidad específicos (estudio 2), el alcoholismo precede a la depresión en el 57% de los casos y la depresión al alcoholismo en el 23% (Gráfico 4). El estudio concluyó que el alcoholismo en la adolescencia predice depresión mayor en la edad adulta y que la depresión mayor en la edad adulta temprana predice alcoholismo en la edad adulta.<sup>5</sup>

Gráfico 2:



Gráfico 3:

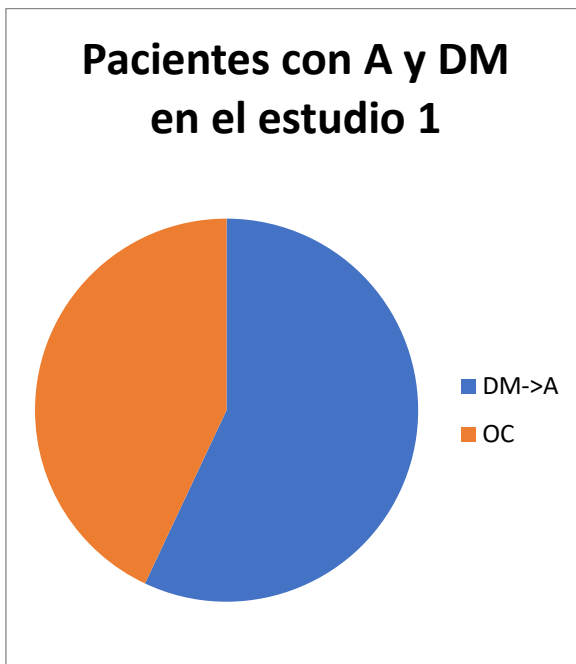
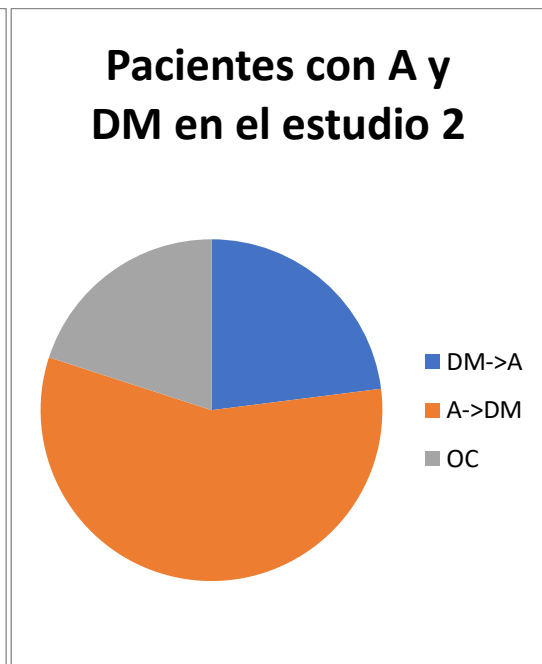


Gráfico 4:



\*A: alcoholismo  
DM: depresión mayor  
DM->A: la depresión mayor precede al alcoholismo  
A->DM: el alcoholismo precede a la depresión mayor\*  
OC: Otras causas

La depresión y el alcoholismo tienen factores de riesgo en común. Además, el consumo continuado de alcohol aumenta el riesgo de desarrollar depresión. Así mismo, el consumo de alcohol para paliar los síntomas provocados por la depresión puede llevar al paciente a desarrollar alcoholismo.<sup>12,13</sup>

En la mayoría de los casos de comorbilidad de alcoholismo y depresión, la depresión no es inducida sino independiente, ya que persiste tras un periodo de abstinencia.<sup>14</sup>

Algunos estudios longitudinales en jóvenes adultos encontraron que la depresión suele inducir problemas con el alcohol en mujeres, pero no en hombres. Estudios retrospectivos también apoyaban que las mujeres eran más propensas a presentar una depresión mayor previa al alcoholismo (66% de los casos), y los hombres a presentar alcoholismo previo a un trastorno depresivo (78% de los casos) (Tabla 1). Las mujeres, tienen mayor tendencia a usar el alcohol para aliviar la angustia provocada por la depresión.<sup>14,15</sup> En otros estudios clínicos se ha observado una prevalencia de mujeres con alcoholismo que presentan depresión del 50 al 70%.<sup>5</sup>

Tabla 1:

Causas de la comorbilidad comparado por sexos		
	A->D	D->A
<b>Mujeres</b>	y OC	<b>66%</b>
	34%	
Hombres	<b>78%</b>	y OC
		22%

\*A: alcoholismo  
D: depresión  
A->D: el alcoholismo precede a la depresión  
D->A: la depresión precede al alcoholismo  
OC: otras causas\*

La comorbilidad de depresión y alcoholismo está relacionada con un peor pronóstico de ambas patologías, mayor prevalencia de suicidios, mayor problemática social y aumento de ingresos hospitalarios.<sup>16</sup>

Hay que tener en cuenta que los pacientes que presentan un trastorno por abuso de alcohol pueden presentar síntomas depresivos durante breves momentos tras la ingesta, los cuales se eliminarían con la abstinencia al alcohol, sin presentar una depresión aislada.<sup>9,17</sup>

Esta información demuestra la necesidad de crear estrategias para prevenir y tratar el alcoholismo en mujeres con depresión.



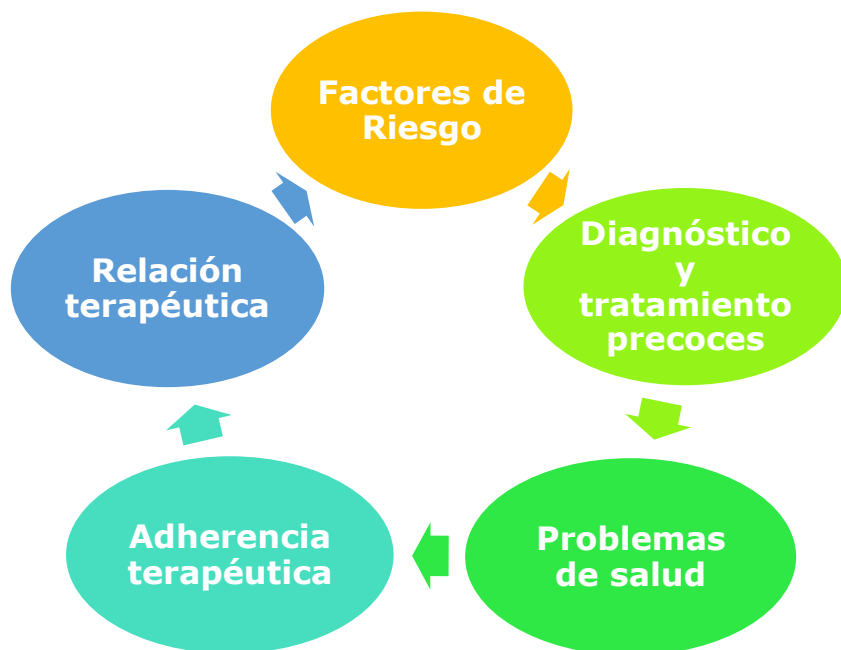
## OBJETIVOS

### Objetivo principal

Desarrollar un plan de cuidados estandarizado para prevenir y tratar el alcoholismo en mujeres con depresión.

### Objetivos secundarios

- Conocer los principales factores de riesgo del alcoholismo en pacientes con depresión, para identificar a los pacientes vulnerables, aplicarles una valoración adecuada, y conseguir un diagnóstico y tratamiento precoces.
- Analizar los problemas de salud que suelen presentar los pacientes con depresión y alcoholismo o riesgo del mismo y elaborar estrategias para solucionarlos.
- Conseguir una adherencia y relación terapéutica adecuadas.



## METODOLOGÍA Y MÉTODOS

Con la finalidad de conseguir los objetivos de este trabajo, he realizado un plan de cuidados estandarizado. En el que tras analizar los problemas, factores de riesgo y características de la población estudiada, he seleccionado una serie de objetivos, intervenciones y actividades para mejorar la salud de los pacientes con depresión y alcoholismo o riesgo de alcoholismo. En la práctica se deberá analizar la situación de cada paciente y elegir las intervenciones de este trabajo que correspondan a los problemas que presenta de manera personalizada.

Para el diagnóstico y la evaluación final, se aplicarán las escalas HSCL-25 (Anexo I) y EADG (Anexo II) para detectar la depresión, las AUDIT (Anexo III) y EIDA (Anexo IV) para detectar el alcoholismo y el grado de dependencia, la EISB para medir el nivel de ideación suicida (Anexo VI) y la DAI-10 (Anexo VII), para medir la adherencia terapéutica.

Para obtener la información, he realizado una revisión bibliográfica, usando páginas web como la de la "OMS", "Nnnconsult", la "SEPD", el "DSM-5", el "NIAAA", el "Portal Plan Nacional sobre Drogas del ministerio de sanidad" y las bases de datos que aparecen en la tabla (2). Utilizando como criterios de inclusión el idioma en inglés y español, en el periodo de 2012 a 2022, que esté disponible el texto completo y que se refieran a población joven adulta:

Tabla 2:

ALGORITMO DE BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA				
		Añadiendo criterios de exclusión.	Seleccionados	TOTAL
Pubmed	[Dual pathology]→36271	→13403	→1	2
	[Alcoholism "AND" depression]→43760	→7404	→1	
Alcorze	[Patología dual]→1467	→763	→2	3
	[Alcoholismo "AND" adherencia]→91	→37	→1	
Google académico	[Depresión "AND" trastorno por abuso de sustancias]→35200	→17700	→1	9
	[Patología dual "AND" depresión]→14800	→9860	→1	
	[Alcoholismo "AND"			

	depresión]→53100	→16200	→1	
	[Alcoholismo "AND" causas]→ 57700	→17300	→1	
	[Depresión "AND" adherencia]→32100	→17600	→1	
	[Escala de Intensidad de Dependencia al alcohol]→31000	→17800	→1	
	[Cuestionario AUDIT]→21000	→15700	→1	
	[Escala de ansiedad y depresión de Golberg]→8240	→5040	→1	
	[Escala de ideación suicida de Beck]→12300	→12300	→1	
Medlineplus	[Alcoholismo "AND" causas]→132	→132	→1	1
Dialnet	[Depresión "AND" alcoholismo "AND" mujeres]→180	→180	→1	1
ScienceDirect	[Depresión "AND" alcoholismo]→863	→382	→3	4
	[Depresión "AND" escala]→5884	→3718	→1	
Scielo	[Depresión "AND" diagnóstico]→570	→351	→1	2
	[Medir "AND" adherencia terapéutica]→13	→2	→1	
Páginas web anteriormente nombradas			→8	8
TOTAL:				·30

## DESARROLLO

### VALORACIÓN

Según los patrones funcionales de Marjory Gordon:<sup>18</sup>

Los patrones 3, 9 y 11 no han sido utilizados ya que no guardan relación con los problemas de salud detectados en los pacientes del estudio.

#### Patrón 1: Percepción y manejo de la salud

Riesgo de gestionar su enfermedad de manera inadecuada, utilizando vías de escape que agravarían su enfermedad.

#### Patrón 2: Nutricional-metabólico

Alteraciones en el peso y el apetito.

#### Patrón 4: Actividad-ejercicio

La depresión produce una sensación de cansancio, falta de energía y pérdida de interés por las actividades de la vida diaria así como por el resto de actividades de ocio y tiempo libre casi todos los días, la mayor parte del día durante al menos dos semanas.

#### Patrón 5: Sueño reposo

Alteraciones en el patrón del sueño.

#### Patrón 6: Cognitivo-perceptivo

Alteración del estado de ánimo que cursa con tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, la mayor parte del día, casi todos los días durante por lo menos 2 semanas y falta de esperanzas de futuro.

Dificultad de concentración, somatización en dolor.

#### Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto

Sentimiento de culpa excesiva, baja autoestima. Ideación autolítica.

#### Patrón 8: Rol-relaciones

Alteración de las relaciones sociales y aislamiento social, que podría empeorar el pronóstico de la depresión y facilitar el consumo de alcohol como vía de escape. Además pueden ver afectado el rol que ocupaban antes en la sociedad, el educativo, ocupacional, etc.

#### Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia al estrés

Estrés y ansiedad.

Si la paciente con depresión presenta factores de riesgo comunes a ambas patologías o factores de riesgo propios del alcoholismo elevará la probabilidad de que esta desarrolle la patología dual.

Tabla 3:

<b>FACTORES DE RIESGO</b>		
DEPRESIÓN <sup>19</sup>	ALCOHOLISMO <sup>20</sup>	COMUNES <sup>19,20</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes familiares de depresión.</li> <li>• Episodio depresivo previo.</li> <li>• Abuso de sustancias.</li> <li>• Frecuente a menudo el sistema sanitario.</li> <li>• Cambios hormonales como el embarazo o la menopausia.</li> <li>• Previos intentos de suicidio.</li> <li>• Vida poco activa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición al alcohol a edades tempranas.</li> <li>• Presión de grupo.</li> <li>• Fácil acceso al alcohol.</li> <li>• Malas influencias.</li> <li>• Alcoholismo previo.</li> <li>• Estrés y/o ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antecedentes familiares de abuso de sustancias y/o de enfermedades mentales.</b></li> <li>• <b>Enfermedades mentales previas o presentes.</b></li> <li>• <b>Problemas sociales como el desempleo, aislamiento social, separación, etc.</b></li> <li>• <b>Problemas económicos.</b></li> <li>• <b>Problemas de autoestima.</b></li> <li>• <b>Eventos vitales traumáticos y/o estresantes.</b></li> <li>• <b>Discapacidad.</b></li> </ul>

## DIAGNÓSTICO

Tendremos en cuenta que, entre el 45-95% de los pacientes con depresión buscan asistencia sanitaria debido a síntomas somáticos y no depresivos. Esto, sumado a la falta de consciencia de su enfermedad, de información, de autoreconocimiento, al estigma social, etc. dificulta el diagnóstico.<sup>19</sup>

Tampoco los pacientes con alcoholismo suelen reconocer que presentan conductas de riesgo en su patrón de consumo. El alcohol es una droga muy integrada en el ámbito social y los alcohólicos no son conscientes del problema o tienen miedo a ser estigmatizados.<sup>21</sup>

Para el diagnóstico precoz tanto de la depresión como del alcoholismo es muy importante que los profesionales sanitarios conozcan los factores de riesgo de estas enfermedades. Para identificar así a las personas de mayor vulnerabilidad y aplicarles una valoración detallada para la patología sospechada a modo de cribado. Para ello aplicaremos la escala para detectar la depresión en atención primaria HSCL-25 (Anexo I), la escala de ansiedad y depresión de Golberg (EADG) (Anexo II), el cuestionario de detección de alcoholismo AUDIT (Anexo III) y la escala de grado de dependencia alcohólica EIDA (Anexo IV).

Tabla 4:

DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA TAXONOMÍA NANDA <sup>18</sup>
PATRÓN 1: [00259]Riesgo de síndrome de abstinencia agudo [00276]Autogestión ineficaz de la salud
PATRÓN 2: [00002]Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
PATRÓN 4: [00199]Planificación ineficaz de las actividades [00097]Disminución en la implicación en actividades recreativas [00168]Estilo de vida sedentario
PATRÓN 5: [00198]Trastorno del patrón del sueño
PATRÓN 6: [00214]Disconfort

[00225]Riesgo de trastorno de la identidad personal  
[00251]Control emocional inestable  
[00279]Deterioro de los procesos de pensamiento

PATRÓN 7:  
[00119]Baja autoestima  
[00140]Violencia autodirigida  
[00193]Descuido personal

PATRÓN 8:  
[00053]Aislamiento social

PATRÓN 10:  
[00069]Afrontamiento ineficaz  
[00222]Control de impulsos ineficaz  
[00141]Síndrome postraumático  
[00146]Ansiedad  
[00177]Estrés por sobrecarga

## PLANIFICACIÓN

Tanto en los pacientes con depresión como en los alcohólicos se observa una preocupante falta de adherencia al tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento en pacientes con depresión oscila entre el 30-70% en los tres primeros meses y el 10-60%, dependiendo del tipo de estudio realizado.<sup>22</sup> Esta, suele deberse, al miedo o presencia de efectos secundarios de la medicación, al tiempo que se tarda en ver efectos positivos, a la falta de reconocimiento de la enfermedad y de conocimiento de la importancia de ser constante con el tratamiento, etc.<sup>22</sup>

En el Hospital Universitario Vall d'Hebron, se hizo un estudio en pacientes derivados de urgencias de psiquiatría al tratamiento ambulatorio de drogodependencias. Se observó que el 60% de los dependientes al alcohol habían abandonado el tratamiento a los 12 meses (Gráfico 4), el 91'66% de ellos en los 6 primeros meses (Gráfico 5).<sup>23</sup> Esta falta de adherencia deriva de la falta de consciencia de su enfermedad, de que el paciente ve más positiva la sensación que le produce el alcohol, que los beneficios del tratamiento, a sus condiciones socioeconómicas, etc.<sup>23</sup>

Gráfico 4:



Gráfico 5:



La falta de adherencia al tratamiento supone una persistencia de los síntomas, menor eficacia del tratamiento, mayores recurrencias y morbilidad.

Será imprescindible que el tratamiento de los enfermos sea multidisciplinar, remitiéndoles a los profesionales de la salud necesarios según sus necesidades.

Acorde con los problemas de salud observados, formularemos una serie de objetivos a conseguir, a través de una serie de intervenciones.



PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

PLANIFICACIÓN		EJECUCIÓN
OBJETIVOS <sup>18</sup>	NIC <sup>18</sup>	ACTIVIDADES <sup>18</sup>
[1503][1504] Implicación y soporte social	[5440]Aumentar los sistemas de apoyo y [5100]Potenciación de la socialización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo de relaciones.</li> <li>• Ayudar a expresar el sentimiento de soledad, a implicarse en las relaciones ya establecidas, y con personas que tengan los mismos intereses y metas, compartiendo problemas comunes.</li> </ul>
	[7110]Fomentar la implicación familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar la estructura familiar y aportarles la información necesaria para mejorar el bienestar de la paciente.</li> <li>• Establecer con ellos y con la paciente una buena relación terapéutica y pedirles sus observaciones durante el proceso.</li> </ul>
	[5430]Grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer metas y objetivos grupales.</li> <li>• Elegir los miembros que puedan contribuir activamente y beneficiarse del grupo.</li> <li>• Establecer hora y lugar para las reuniones.</li> <li>• Programar un número limitado de sesiones para cumplir el objetivo grupal.</li> <li>• Fomentar ayudas mutuas.</li> </ul>
[1205]Autoestima [1209]Motivación [2002]Bienestar personal	[5400]Potenciación de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animarle a identificar sus puntos fuertes y reafirmarlos, y a reexaminar las percepciones negativas.</li> <li>• Fomentar su autonomía.</li> <li>• Establecer objetivos realistas y alabar sus logros.</li> </ul>

	[5395]Mejora de la autoconfianza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar la percepción del paciente de su capacidad de desarrollar la conducta deseada y prepararle para las posibles dificultades al inicio del tratamiento.</li> <li>• Aportarle los conocimientos necesarios para llevar a cabo la conducta.</li> </ul>
	[5230]Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñarle estrategias para resolver los problemas.</li> <li>• Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>• Alentar una actitud de esperanza realista para manejar los sentimientos de impotencia.</li> </ul>
Mejora de la sintomatología depresiva  [1204]Equilibrio emocional	[5330]Control del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el estado de ánimo al principio y con regularidad durante el tratamiento.</li> <li>• Ayudarle a identificar los factores que han provocado su estado de ánimo, los aspectos de estos que se pueden cambiar y los recursos de los que dispone para ello.</li> </ul>
[1211][1212][1210]Reducir la ansiedad, el estrés y el miedo.	[5270]Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animarle a reconocer sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>• Realizar afirmaciones empáticas.</li> <li>• Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.</li> <li>• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> </ul>
	[5820]Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</li> <li>• Identificar los cambios en el nivel de ansiedad usando la EDAG (Anexo II).</li> <li>• Instruir al paciente sobre las técnicas de relajación.</li> </ul>

<p>[0004]Sueño adecuado</p> <p>[0003]Descanso</p>	<p>[6040]Terapia de relajación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, respiración rítmica, relajación muscular progresiva, etc.).</li> <li>• Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación.</li> <li>• Fomentar la práctica frecuente de la técnica y practicarla con el paciente.</li> </ul>
	<p>[1850]Mejorar el sueño</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente para que registre su patrón del sueño.</li> <li>• Analizar los efectos de la medicación en el sueño.</li> <li>• Ajustar el ambiente, mantener rutinas, eliminar las situaciones estresantes y evitar los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño a la hora de irse a la cama.</li> <li>• Limitar el sueño durante el día.</li> </ul>
<p>[1629]Conducta de abandono del consumo de alcohol</p> <p>[1903]Control del riesgo de consumo de alcohol</p> <p>[1405]Autocontrol de los impulsos</p> <p>Autoreconocimiento del problema</p>	<p>[4500]Prevención y [4510]Tratamiento del consumo de sustancias nocivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la adherencia al tratamiento de la depresión.</li> <li>• Ayudarle a comprender el trastorno como una enfermedad relacionada con varios factores, entre ellos la depresión.</li> <li>• Informarle sobre los efectos del alcohol y de la importancia de abstenerse de su consumo. (Anexo V)</li> <li>• Tener en cuenta las dificultades asociadas de tipo médico, psicológico, social, laboral, de vivienda y legales.</li> <li>• Alabar sus esfuerzos para aceptar la responsabilidad de la disfunción y tratamiento del alcoholismo.</li> <li>• Animarle a registrar el consumo de sustancias y/o monitorizar el consumo.</li> <li>• Instruirle sobre conductas que incrementan las posibilidades de</li> </ul>

		<p>recaída.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo y tratamiento en los periodos con síntomas de abstinencia.</li> </ul>
[1408]Autocontrol del impulso suicida	[6340]Prevención del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el riesgo de suicidio, escala ISB (Anexo VI).</li> <li>• Considerar la hospitalización del paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.</li> <li>• Control de la depresión y del alcoholismo.</li> <li>• Relacionarse con la paciente regularmente transmitiéndole atención y dándole la oportunidad de hablar de sus sentimientos.</li> <li>• Hablar sin prejuicios sobre el suicidio.</li> <li>• Aconsejarle hablar con alguien cercano cuando sienta deseo de autolesión.</li> <li>• Enseñarles los aspectos relevantes de seguridad a personas cercanas a la paciente.</li> <li>• Observar, registrar e informar de cualquier conducta que pueda aumentar el riesgo de suicidio.</li> </ul>
	[4370]Entrenamiento para controlar los impulsos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñarle a reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente.</li> <li>• Elaborar estrategias de control de impulsos en las situaciones difíciles para la paciente y practicarlas en la vida real evaluado los resultados.</li> </ul>
[1604]Participa y muestra interés en actividades de ocio.  [1635]Mejorar la gestión del tiempo personal.	[4310]Terapia de actividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudarle a identificar sus preferencias en cuanto a actividades, a programar períodos específicos de actividad en la rutina diaria y apuntar los días que se cumple.</li> <li>• Fomentar un estilo de vida físicamente activo.</li> <li>• Planificar las actividades para los</li> </ul>

		momentos en los que el paciente se siente con más energía.
[1004]Estado nutricional	[1260]Manejo del peso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar con el individuo que su condición médica puede afectar al peso y al apetito, y los riesgos que esto conlleva.</li> <li>• Animar al individuo a registrar el peso semanalmente y a consumir la cantidad diaria adecuada de agua y nutrientes.</li> </ul>
[1813]Conocimiento del régimen terapéutico  Adherencia al tratamiento	[2380]Manejo de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un estudio de la adherencia, escala DAI-10 (Anexo VII).</li> <li>• Explicar cómo y cuándo suelen aparecer los efectos positivos de la medicación para evitar la frustración y el abandono.</li> <li>• Observar los efectos terapéuticos y adversos de la medicación en la paciente y advertirle previamente sobre ellos.</li> <li>• Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.</li> <li>• Ajustar el régimen terapéutico según sus necesidades y monitorizar su eficacia.</li> </ul>
Relación terapéutica adecuada	[4410]Establecimiento de objetivos comunes y [4420]Acuerdo con el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el autoreconocimiento del problema y las circunstancias que pueden interferir en el cumplimiento de los objetivos.</li> <li>• Alentarle a que escriba sus propios objetivos y evitar imponer valores personales.</li> <li>• Ayudarle a dividir los objetivos complejos en pasos manejables y elaborar un plan para cumplirlos.</li> <li>• Establecer un acuerdo sobre la hora y duración de los encuentros.</li> </ul>

	[4920]Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.</li><li>• Mostrar interés y sensibilidad hacia las emociones.</li><li>• Utilizar la comunicación no verbal.</li><li>• Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.</li><li>• Evitar barreras de la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo, terminar de manera prematura, etc.).</li></ul>
--	----------------------	---

## *EVALUACIÓN*

Consideraremos como mejorías en la patología depresiva si la paciente refiere u observamos<sup>18</sup>:

- Autoreconocimiento de la enfermedad.
- Mejora del estado de ánimo.
- Ausencia de manifestaciones físicas y conductuales depresivas.
- Índice de masa corporal adecuado.
- Patrón sueño/vigilia adecuado.
- Sigue un programa de ejercicio.
- Autocuidado adecuado.
- Adherencia terapéutica.
- Se siente con más energía.
- Muestra interés y disfruta de actividades de ocio y de la vida diaria.
- Mejoras en su vida social y autoestima, ausencia de retracción social.
- Identifica factores precursores de la depresión y utiliza medidas adecuadas para prevenir y controlar los síntomas.

Consideraremos como mejorías en el alcoholismo si la paciente refiere u observamos<sup>18</sup>:

- Reconoce las consecuencias asociadas a su consumo y los beneficios de no consumir.
- Expresa el deseo y la capacidad de dejar de consumir alcohol.
- Controla los impulsos y los patrones personales del consumo de alcohol.
- Sigue las estrategias seleccionadas de control del consumo de alcohol y utiliza los diferentes recursos.
- Autoestima positiva.
- Usa las estrategias aportadas para manejar la ansiedad y el estrés.
- Interacción social adecuada.
- Participa en las decisiones de los cuidados de salud.
- Verbaliza confianza en sí misma, etc.

Observaremos conducta de adhesión al tratamiento cuando la paciente<sup>18</sup>:

- Sigue el régimen terapéutico.
- Acude a las citas.
- Proporciona razones para seguir el tratamiento.
- Mejoría de las patologías.

Respecto al suicidio será buen indicativo que la paciente<sup>18</sup>:

- Exprese esperanza.
- No intente autolesionarse.
- Busca ayuda verbalizando ideas de suicidio cuando estas existen.
- Expresa planes de futuro.

Además, realizaremos las escalas aplicadas previamente en el diagnóstico, para observar los cambios que se produzcan en los resultados.

## CONCLUSIONES

En definitiva, para prevenir y tratar el alcoholismo en mujeres con depresión, los profesionales de enfermería deben conocer los factores de riesgo que suelen precipitar esta patología, con el objetivo de identificar a las personas vulnerables y aplicarles un diagnóstico y tratamiento precoces.

He elaborado un plan de cuidados estandarizado, estableciendo unos objetivos, a los que llegaremos mediante las intervenciones y actividades seleccionadas, para mejorar los problemas de salud y factores de riesgo que pueden presentar los pacientes depresivos con alcoholismo o riesgo del mismo.

Ofreceremos a cada paciente las estrategias adaptadas a su situación y a los riesgos y problemas que presenta. Si aún no se ha instaurado el alcoholismo, pero existe elevado riesgo, habrá que implementar las estrategias de prevención. Si la patología dual ya está instaurada, nos centraremos en tratar adecuadamente ambas patologías y los problemas provocados por esta comorbilidad. En todos los casos, será fundamental conseguir el control de la sintomatología depresiva, tanto como para el tratamiento de la depresión, como para evitar la tendencia al consumo de alcohol como vía de escape de la misma.

Para que el tratamiento sea efectivo, es imprescindible que la paciente reconozca su estado de enfermedad y que comprenda la gravedad de su situación, para conseguir una adecuada adherencia terapéutica. También será importante crear una buena relación terapéutica entre la paciente y el equipo multidisciplinar que lleve a cabo su tratamiento.



## BIBLIOGRAFÍA

1. San L, Arranz B. Clinical guideline for the treatment of dual pathology in the adult población. Adicciones [Internet]. 2016 [Consultado 2022]; 28(1):3-5. Disponible en: <https://doi.org/10.20882/adicciones.784>
2. Szerman N. Letter to the WPA Sections [Internet]. SEPD: Section dual disorders/Pathology of WPA; 2014 [Citado; 2022]. Disponible en: <https://patologiadual.es/docs/wpa-letter-sections.pdf>
3. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. SEPD [Internet]. 2013 [Consultado 2022]; 25(1):191-200. Disponible en: <https://patologiadual.es/docs/2EEM-ARIAS-Dual%20trastorno12-2-131.pdf>
4. Sánchez-Morate Tristante M, Miñarro-López J, Montoya-Castilla I, Pérez-Marín M. Trastorno mental y tipo de sustancia consumida: estudio piloto sobre la utilización de la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD). Revista Internacional de Investigación en Adicciones [Internet]. 2017 [Consultado 2022];3(2):12-20. Disponible en: <https://doaj.org/article/236251928621482da544054ad34c1547>
5. Pavkovic B, Zaric M, Markovic M, Klacar M, Huljic A, Caricic A. Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. Psychiatry Research [Internet]. 2018 Dic [Citado 2022];270: 483-489. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.013>
6. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM 5: Depresión [Internet]. DSM-5: Orientación psicológica; 2022 [Consultado 2022]. Disponible en: <https://orientacionpsicologica.es/dsm-5-depresion/>
7. Organización Mundial de la Salud: OMS. Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2021 Sept 13 [Consultado 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
8. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Datos y estadísticas sobre el alcohol [Internet]. NIH: NIAAA; 2022 [Revisado 2022 March]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/datos-y-estadisticas-sobre-el-alcohol>
9. Donat M, Sordo L, María JB, Barrio G. Mortalidad Atribuible al Alcohol en España 2001-2017 Metodología y Resultados [Internet]. Portal Nacional sobre Drogas: Ministerio de Sanidad y Secretaría General de Sanidad; 2020 [Consultado 2022]. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020\\_Mortalidad\\_atribuible\\_al\\_alcohol\\_en\\_Espana\\_2001-2017.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020_Mortalidad_atribuible_al_alcohol_en_Espana_2001-2017.pdf)
10. Salud y Medicina. La estrecha relación entre el alcohol y la depresión [Internet]. Salud y Medicina; 2017 May 10 [Revisado 2022]. Disponible

en: <https://www.saludymedicina.org/post/la-estrecha-relacion-entre-el-alcohol-y-la-depresion>

11. Medlineplus. Trastorno de consumo de drogas. NIH: Biblioteca Nacional de Medicina; 2020 [Revisada 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001522.htm>
12. González G. Patología dual: Definición, historia y recursos. Educació social [Internet]. 2020 [Citado 2022]; (75):81–96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/catart?codigo=7543004>
13. Gonzalez M. Tratamiento de patología dual: Depresión y Trastorno por consumo de sustancias. Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 2018 [Citado 2022]; p. 244-252. Disponible en: <http://www.schilesaludmental.cl/wp-content/uploads/2019/05/15.-Tto.-patologia-dual-Depresi%C3%B3n-y-Ttto-x-consumo-sustancias-M.-Gonz%C3%A1lez.pdf>
14. McHugh K, Weiss R. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. NIH [Internet]. 2019 [Consultado 2022]; 40(1). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35946%2Farcr.v40.1.01>
15. De Pablos Vicente MA. Depresión y consumo de alcohol en mujeres: comorbilidad, prevalencia y factores asociados [Internet]. [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=289915>
16. Flores-Medina Y, Rodríguez-Agudelo Y, Bernal-Hernández J, Cruz-Fuentes C. El efecto aditivo en el diagnóstico dual: una revisión del funcionamiento cognitivo de pacientes con depresión mayor y alcoholismo. Psiq Biol [Internet]. 2015 [Consultado 2022];22(3):71–76. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2015.11.004>
17. Torrens M, Farré A, Tirado J. Protocolos de intervención patología dual. SEPD [Internet]. 2016 [Consultado 2022]; p.1-23. Disponible en: <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/1-pdual-depresion.pdf>
18. NNNConsult [Internet]. Herramienta online para la consulta de Planes de Cuidados de Enfermería. Elsevier; 2012 [citado 2022]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.cuarzo.unizar.es:9443/>
19. Gómez-Restrepo C, Bohórquez Peñaranda AP, García Valencia J, Rodríguez Guarín M, Bravo Narvárez E, Jaramillo LE, et al. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente Parte I: Factores de riesgo, tamización, diagnóstico y evaluación de riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de depresión. Rev. Colomb. Psiquiat. [Internet]. 2012 Oct 1 [citado 2022]; 41(4):719–739. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502012000400003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000400003)

20. Hospital San Juan Capestrano. Signos y síntomas de la adicción al alcohol [Internet]. Jason Foundation; 2022 [Consultado 2022]. Disponible en: <https://www.sanjuancapestrano.com/adiccion/alcohol/sintomas-efectos/>
21. Gómez-Restrepo C, Cárdenas P, Marroquín-Rivera A, Cepeda M, Suárez-Obando F, Uribe-Restrepo JM, et al. Barreras de acceso, autoreconocimiento y reconocimiento en depresión y trastornos del consumo del alcohol: un estudio cualitativo. Rev Colomb Psiquiat [Internet]. 2021 Jun 1 [citado 2022];50 (S1):55–66. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745021000214>
22. González García I. Importancia de la adherencia al tratamiento de la depresión [Trabajo de fin de grado]. Madrid: Repositorio Institucional de la UCM, Universidad Complutense de Madrid; 2019. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/56385/>
23. Roncero C, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Fuste G, Daigre C, Ramos-Quiroga JA, et al. Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2012 [citado 2022];40(2):63–9. Disponible en: <http://www.journals4free.com/link.jsp?l=8861729>  
<https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=dcae6f0d-52b5-48f3-939f->
24. Clavería A, Rodríguez-Barragán M, Fernández-San-Martín MI, Nabbe P, Yves Le Reste J, Miguéns-Blanco I, et al. Traducción y adaptación transcultural al español, catalán y gallego de la escala Hopkins Symptom Checklist-25 para la detección de depresión en Atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2020 [citado 2022];52(8):539-547. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.017>
25. Goldberg, et al. Escala de depresión y ansiedad de Goldberg. Infogerontología [Internet]. 1998 [Consultado 2022]. Disponible en: [https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/goldbergdepresion ansiedad.pdf](https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/goldbergdepresion%20ansiedad.pdf)
26. Manual MSD versión para profesionales. Cuestionario AUDIT para la detección del consumo de alcohol. Msdmanuals [Internet]. 2022 [Revisado 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/multimedia/clinical-calculator/cuestionario-audit-sobre-la-detecci%C3%B3n-sistem%C3%A1tica-del-consumo-de-alcohol>
27. Rubio G, Urosa B, Snato Domingo J. Escala de Intensidad de Dependencia al Alcohol (EIDA). Psiquiatría Biológica [Internet]. 2013 [Revisado 2022];5(1):44-47. Disponible en: <https://15f8034cdff6595cbfa1-1dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfcb70/EIDA.pdf>
28. Organización Panamericana de la Salud, Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP). Guía de intervención

mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, versión 2.0. Washington D. C.: OPS; 2017 [consultado 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

29. González Macip S, Díaz Martínez A, Ortiz León S, González Forteza C, González Núñez JJ. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental [Internet]. 2000 [Consultado 2022];23(2):21-30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2000/sam002d.pdf>
30. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 2018 [Consultado 2022];59(3): 163-172. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>

## ANEXOS

### Anexo I: Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)<sup>24</sup>

Original	Español	
Choose the best answer for how you felt over the past week	Elija la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la semana pasada	<p>La puntuación HSCL-25 se basa en un cuestionario autocumplimentado con lápiz y papel, de 25 preguntas sobre la presencia y la intensidad de ansiedad y síntomas depresivos en la última semana</p> <p>Los participantes responden una de 4 categorías para cada ítem, en una escala de 4 puntos que van desde 1 a 4</p> <p>En absoluto Un poco Bastante Mucho</p> <p>La puntuación del HSCL-25 se calcula dividiendo la puntuación total (sumando la puntuación de todas las preguntas) entre el número de respuestas (varía entre 1,00 y 4,00). Se usa habitualmente para medir el malestar psicológico</p> <p>El paciente se considera un «probable caso psiquiátrico» si el valor medio del HSCL-25 es <math>\geq 1,55</math></p> <p>Por lo general se usa un valor de corte de <math>\geq 1,75</math> para el diagnóstico de depresión mayor, definida como «un caso que necesita tratamiento». Este valor de corte se considera un predictor válido de un trastorno mental, evaluado de forma independiente mediante entrevista clínica, aunque depende en parte del diagnóstico y el género</p>
1. Being scared for no reason	Se asusta sin motivo	
2. Feeling fearful	Siente miedo	
3. Faintness	Debilidad	
4. Nervousness	Nerviosismo	
5. Heart racing	Palpitaciones	
6. Trembling	Tiembla	
7. Feeling tense	Se siente tenso/a	
8. Headache	Dolor de cabeza	
9. Feeling panic	Siente pánico	
10. Feeling restless	Siente inquietud	
11. Feeling low in energy	Siente que le falta energía	
12. Blaming oneself	Se culpa a sí mismo/a	
13. Crying easily	Llora con facilidad	
14. Losing sexual interest	Pierde el interés sexual	
15. Feeling lonely	Se siente solo/a	
16. Feeling hopeless	Se siente sin esperanza	
17. Feeling blue	Se siente triste	
18. Thinking of ending one's life	Piensa en acabar con su vida	
19. Feeling trapped	Se siente atrapado/a	
20. Worrying too much	Se preocupa en exceso	
21. Feeling no interest	No siente interés por nada	
22. Feeling that everything is an effort	Siente que todo le cuesta un esfuerzo	
23. Worthless feeling	Se siente inútil	
24. Poor appetite	Poco apetito	
25. Sleep disturbance	Problemas para dormir	

Anexo II: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)<sup>25</sup>

<b>SUBESCALA DE ANSIEDAD</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?</li><li>2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?</li><li>3. ¿Se ha sentido muy irritable?</li><li>4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?</li></ol> <p>(Si hay 2 o más preguntas afirmativas, seguir preguntando)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?</li><li>6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?</li><li>7. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?</li><li>8. ¿Ha estado preocupado por su salud?</li><li>9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?</li></ol>
<b>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Se ha sentido con poca energía?</li><li>2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?</li><li>3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?</li><li>4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?</li></ol> <p>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?</li><li>6. ¿Ha perdido peso? (a causa de falta de apetito)</li><li>7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?</li><li>8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?</li><li>9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?</li></ol>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Las preguntas se responden con Si/No</li><li>- Se considera ansiedad si hay más de 4 respuestas positivas.</li><li>- Se considera depresión si hay más de tres respuestas positivas.</li><li>- La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad.</li><li>- La subescala de depresión detecta el 82% de los casos de depresión.</li></ul>

Anexo III:

Cuestionario "Alcohol Use Disorders Identification test" (AUDIT) para la detección de consumo de alcohol. <sup>26</sup>
1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol? <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca (0 puntos)</li><li>• Mensualmente o menos (1 punto)</li><li>• De 2 a 4 veces al mes (2 puntos)</li><li>• De 2 a 3 veces a la semana (3 puntos)</li><li>• 4 o más veces a la semana (4 puntos)</li></ul>
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal? <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 o 2 (0 puntos)</li><li>• 3 o 4 (1 punto)</li><li>• 5 o 6 (2 puntos)</li><li>• De 7 a 9 (3 puntos)</li><li>• 10 o más (4 puntos)</li></ul>
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más consumiciones en una ocasión? <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca (0 puntos)</li><li>• Menos que mensualmente (1 punto)</li><li>• Mensualmente (2 puntos)</li><li>• Semanalmente (3 puntos)</li><li>• A diario o casi a diario (4 puntos)</li></ul>
4. ¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado? <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca (0 puntos)</li><li>• Menos que mensualmente (1 punto)</li><li>• Mensualmente (2 puntos)</li><li>• Semanalmente (3 puntos)</li><li>• A diario o casi a diario (4 puntos)</li></ul>
5. ¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de hacer lo que cabría esperar normalmente de usted como consecuencia de la bebida? <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca (0 puntos)</li><li>• Menos que mensualmente (1 punto)</li><li>• Mensualmente (2 puntos)</li><li>• Semanalmente (3 puntos)</li><li>• A diario o casi a diario (4 puntos)</li></ul>
6. ¿Con qué frecuencia durante el último ha necesitado un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante alcohol?

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca (0 puntos)</li> <li>• Menos que mensualmente (1 punto)</li> <li>• Mensualmente (2 puntos)</li> <li>• Semanalmente (3 puntos)</li> <li>• A diario o casi a diario (4 puntos)</li> </ul>
<p>7. ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o arrepentido después de haber bebido?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca (0 puntos)</li> <li>• Menos que mensualmente (1 punto)</li> <li>• Mensualmente (2 puntos)</li> <li>• Semanalmente (3 puntos)</li> <li>• A diario o casi a diario (4 puntos)</li> </ul>
<p>8. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha olvidado lo que ocurrió la noche anterior debido al alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca (0 puntos)</li> <li>• Menos que mensualmente (1 punto)</li> <li>• Mensualmente (2 puntos)</li> <li>• Semanalmente (3 puntos)</li> <li>• A diario o casi a diario (4 puntos)</li> </ul>
<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado/a como consecuencia de su consumo de alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No (0 puntos)</li> <li>• Sí, pero no en el último año (2 puntos)</li> <li>• Sí, durante el último año (4 puntos)</li> </ul>
<p>10. ¿Ha estado preocupado algún familiar, amigo o profesional sanitario por su consumo de alcohol o le ha sugerido que reduzca su consumo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No (0 puntos)</li> <li>• Sí, pero no en el último año (2 puntos)</li> <li>• Sí, durante el último año (4 puntos)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo bajo (0-7 puntos): probablemente no tenga un problema con el alcohol.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo medio (8-15 puntos): puede que en ocasiones beba demasiado. Esto puede ponerle a usted o a otros en riesgo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo alto (16-19 puntos): su consumo de alcohol podría causarle daños, o lo ha hecho ya.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probable adicción (más de 20 puntos): Es muy probable que su consumo de alcohol le esté causando daños.</li> </ul>



Anexo IV:

Escala de Intensidad de Dependencia al Alcohol (EIDA) <sup>27</sup>				
<b>Durante ese período de tiempo que bebía mucho:</b> (marca con una X)				
	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me despertaba sudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me temblaban las manos a primera hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenía náuseas a primera hora de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Todo mi cuerpo temblaba violentamente si no bebía algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me despertaba completamente bañado en sudor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Temía que llegase la hora de levantarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me sentía próximo a la desesperación al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me sentía muy nervioso al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me sentía asustado al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me gustaba beber alcohol por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tenía ganas de beber alcohol al	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

despertarme				
13. Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bebía por la mañana para calmar los temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino u 8 cañas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente son 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 3'5 botellas de vino o 32 cañas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 7 botellas de vino o 64 cañas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Llegaba a beber en menos de 1 hora 8 copas de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

licor (el equivalente son 2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza)				
21. Después de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. *No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (trabajo, estudio, reuniones, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. *Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. *había días en los que conseguía no beber nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Imagínesse la siguiente situación:</b></p> <p><b>1. Ha conseguido dejar de beber durante algunas semanas.</b></p> <p><b>2. Y tiene una recaída en la que bebe durante 2 días consecutivos.</b></p> <p><b>¿Cómo se sentiría por la mañana, después de haber pasado esos 2 días bebiendo bastante?</b></p>				
	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante
26. Por la mañana comenzaría a sudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tendría temblor en las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tendría náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Mi cuerpo temblaría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Mis deseos de beber serían	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- En los ítems del 1-25 se emplea una escala de frecuencia de 4 puntos: 0 (nunca o casi nunca), 1 (a veces), 2 (frecuentemente) y 3 (Casi siempre).
- \*Las preguntas 23, 24 y 25 puntúan inverso: 3, 2, 1, 0.
- En los ítems 26 a 30 se emplea una escala de intensidad: 0 (nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente) y 3 (bastante).
- Una puntuación menor de 21 indicaría **dependencia leve**.
- Entre 21 y 37 puntos indicaría **dependencia moderada**.
- Una puntuación superior a 37 sería indicio de **dependencia grave**.

# EL ALCOHOL Y LA DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos se caracterizan por la tristeza, la pérdida del interés o placer, los sentimientos de culpa o de baja autoestima, las alteraciones del sueño o del apetito, la sensación de cansancio y la falta de concentración, **y pueden ser duraderos o recurrentes, lo que perjudica considerablemente la capacidad de una persona para funcionar en el trabajo o la escuela o hacer frente a la vida cotidiana.** Los trastornos depresivos pueden desembocar en el suicidio.

## DATO :

**El consumo de alcohol guarda una compleja relación con los trastornos depresivos.** El consumo de alcohol puede empeorar los síntomas depresivos y conducir a la depresión, y la cual a su vez puede llevar a un mayor consumo de alcohol.

## ¿Cuál es el problema de beber para hacer frente a la depresión?



- El alcohol es una sustancia depresiva que ralentiza las partes del cerebro que afectan al pensamiento, el comportamiento, la respiración y la frecuencia cardíaca, y puede empeorar la sensación de depresión.



- El consumo regular de alcohol cambia la química del cerebro, lo que incluye una reducción de la serotonina, un neurotransmisor químico cerebral implicado en la depresión. Cuanto más beba, más síntomas de depresión puede tener.



- Beber para hacer frente a las sensaciones depresivas no tratadas, o automedicarse, puede provocar un aumento del nivel de alcohol y del riesgo de presentar trastornos por consumo de alcohol.



- El aumento del consumo de alcohol también puede afectar a las relaciones personales, familiares y sociales y a la vida laboral, lo que también puede propiciar la depresión.



- La tasa de suicidio en las personas dependientes del alcohol es seis veces superior a la de la población general.



- La presencia de trastornos por consumo de alcohol duplica, como mínimo, el riesgo de presentar depresión.



## RECOMENDACIONES



Si se siente deprimido (o deprimida), evite el consumo de alcohol y busque ayuda. Hable de su consumo de alcohol con un profesional de la salud, ya que puede interferir en la superación de la depresión.



Si piensa que está bebiendo demasiado, busque ayuda para beber menos o dejar de hacerlo. Pida una evaluación de cualquier sentimiento depresivo u otras emociones negativas que también puedan necesitar tratamiento. **No espere para buscar ayuda.**



Tanto los trastornos por consumo de alcohol como la depresión son tratables. Un profesional de la salud capacitado podrá realizar una evaluación y recomendar una combinación de terapia psicosocial y medicación. Es importante analizar las opciones de tratamiento con los profesionales de la salud para poder manejar bien ambas afecciones.

### Fuentes:

Mental Health Foundation. Cheers? Understanding the relationship between alcohol and mental health. London: Mental Health Foundation, 2006 [consultado el 23 de septiembre del 2021]. Disponible en: [https://www.drugsandalcohol.ie/15771/1/cheers\\_report%5B1%5D.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/15771/1/cheers_report%5B1%5D.pdf).

Organización Panamericana de la Salud. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, versión 2.0. Washington D. C.: OPS; 2017 [consultado el 23 de septiembre del 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>.

OPS/NMH/MH/21-0026

© Organización Panamericana de la Salud, 2021. Se reservan algunos derechos. Este material está disponible en virtud de la licencia **CC BY-NC-SA 3.0 IGO**.



**OPS**

Anexo VI:

Escala de ideación suicida de Beck (EISB) <sup>29</sup>	
1. Deseo de vivir	0- Moderado a fuerte 1- Poco (débil) 2- Ninguno (No tiene)
2. Deseo de morir	0- Ninguno (No tiene) 1- Poco (Débil) 2- Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir	0- Vivir supera a morir 1- Equilibrado 2- Morir supera a morir
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo	0- Ninguno (No tiene) 1- Poco (Débil) 2- Moderado a fuerte
5. Deseo pasivo de suicidio	0- Tomaría precauciones para salvar su vida 1- Dejaría la vida/muerte a la suerte 2- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida
6. Duración	0- Breves, periodos pasajeros 1- Periodos largos 2- Continuos o casi continuos.
7. Frecuencia	0- Rara u ocasionalmente 1- Intermitente 2- Persistentes y continuos
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos de suicidio	0- Rechazo 1- Indiferente 2- Aceptación
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio	0- Tiene sentido del control 1- Inseguridad de control 2- No tiene sentido del control
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida.	0- No lo intentaría porque algo lo Detiene 1- Cierta duda hacia los intereses que lo detienen 2- Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen
11. Razones para pensar/desear el intento suicida	0- Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza 1- Combinación de 0 y 2 2- Escapar, acabar, salir de problemas
12. Método: especificidad/oportunidad de	0- Sin considerar

pensar en el intento suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Considerado, pero sin elaborar Detalles</li> <li>2- Detalles elaborados/bien formulados</li> </ul>
13.Método, disponibilidad/oportunidad de pensar el intento	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- Método no disponible, no Oportunidad</li> <li>1- Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente</li> <li>2- Método y oportunidad disponible</li> <li>2a- Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método</li> </ul>
14.Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente</li> <li>1- No está seguro de tener valor</li> <li>2- Está seguro de tener valor</li> </ul>
15.Expectativa/anticipación de un intento real	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- No</li> <li>1- Sin seguridad, sin claridad</li> <li>2- Sí</li> </ul>
16.Preparación real	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- Ninguna</li> <li>1- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)</li> <li>2- Completa</li> </ul>
17.Nota suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- Ninguna</li> <li>1- Sólo pensada, iniciada, sin terminar</li> <li>2- Escrita, terminada</li> </ul>
18.Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- No</li> <li>1- Sólo pensados, arreglo parciales</li> <li>2- Terminados</li> </ul>
19.Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- Revela las ideas abiertamente</li> <li>1- Revela las ideas con reserva</li> <li>2- Encubre, engaña, miente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El resultado de la escala va de 0 a 38 puntos, cuantos más puntos, mayor riesgo de suicidio.</li> <li>- Si la puntuación en el punto 4 y 5 es de 0, se suspende la entrevista, siendo esta no aplicable. De lo contrario se sigue con la encuesta.</li> </ul>	

Anexo VII:

Drug Attitude Inventory (DAI-10 o Inventario de Actitudes hacia la Medicación) <sup>30</sup>		
1. Para mí, lo bueno de la medicación supera lo malo	V	F
2. Me siento raro/a con la medicación	V	F
3. Tomo la medicación por decisión propia	V	F
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a	V	F
5. La medicación hace que me sienta más cansado/a	V	F
6. Tomo medicación solo cuando estoy enfermo/a	V	F
7. Me siento más normal con medicación	V	F
8. Es antinatural para mi cuerpo y mente estar controlado/a por medicación	V	F
9. Mis pensamientos son más claros con la medicación	V	F
10. Por estar con medicación, puedo prevenir estar enfermo	V	F
<i>Nota: las frases únicamente se refieren a la medicación psiquiátrica que toma el paciente en el momento de contestar el test.</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay seis ítems formulados en sentido positivo y cuatro en sentido negativo.</li> <li>- Las afirmaciones deben clasificarse como verdaderas o falsas.</li> <li>- Cada respuesta es puntuada como +1 si es correcta, o -1 si es incorrecta.</li> <li>- La puntuación final va desde -10 a +10.</li> <li>- Una puntuación más alta indica una actitud más positiva hacia la medicación psiquiátrica.</li> </ul>		