

REVISTA DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA

VOLUMEN 6, 2018



ISSN 2518-4768

 **UPSA**
UNIVERSIDAD PRIVADA DE
SANTA CRUZ DE LA SIERRA

2018 |

EDITORES SUPERVISORES

Dra. Marion K. Schulmeyer, Decana
Facultad de Humanidades y Comunicación

COMITÉ EDITORIAL

DOCENTES
Dra. Ninoska Ocampo
Dra. Claudia Llanos
Mgs. Fabiana Chirino

EDITOR

Renzo Gismondi - Estudiante de Pregrado

Carrera de Psicología
Facultad de Humanidades y Comunicación
Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra - UPSA

Diciembre 2018

ISSN 2518-4768

Comprendiendo la percepción según Luria Alessia Gorena Cuba y María de los Ángeles Ríos Alvarado	5
Rastrillaje de necesidades neuropsicológicas en población infantil de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra Romiz Arluin Soria Palacios	8
La ansiedad en los estudiantes universitarios ante los exámenes Lilian Ferrante Roca, Roxana Alcocer Coca, y Pamela Cuellar Castro	12
Actitudes ante el consumo de Marihuana en universitarios Claudia Fernández y María José Contreras	18
Relación entre síntomas depresivos y consumo excesivo de alcohol Ana Carolina Avila, Andrea Chávez Simon y Carla Morón Villarroel	26

MENSAJE DEL EDITOR



Estimados lectores, autores y colaboradores de nuestra Revista de Estudiantes de Psicología.

Agradezco la oportunidad ser parte del equipo de la revista y poder brindarles la introducción a nuestra nueva edición. La investigación científica requiere tiempo, empeño y dedicación para probar nuestras hipótesis, defender nuestros puntos de vista utilizando bibliografía actual y pertinente. Trabajamos así, pequeñas investigaciones, premiando cada año a las mejores con su publicación. Esto no sería posible sin el entusiasmo de los estudiantes y el compromiso de nuestra Decana, Dra. Marion K. Schulmeyer y de todos los docentes, los cuales con su experiencia y enseñanzas nos guían en este camino.

Hagamos que este entusiasmo perdure, esforzándonos en mejorar cada vez más, logrando enriquecer nuestra literatura científica con nuevas perspectivas, ideas y un pensamiento crítico; inspirando así a las nuevas generaciones.

Renzo Gismondi Diaz

COMPRENDIENDO LA PERCEPCIÓN SEGÚN LURIA

UNDERSTANDING PERCEPTION ACCORDING TO LURIA

Alessia Gorena Cuba y María de los Angeles Ríos Alvarado

2º semestre Psicobiología
Docente Dra. Ninoska Ocampo

RESUMEN

Este ensayo es un resumen de la Percepción según Luria.

This essay is a summary of the perception according to Luria

La percepción es un proceso activo de búsqueda información, en el que se busca distinguir las características esenciales de los objetos, comparar sus características entre sí, crear una hipótesis apropiada y, después, comparar la hipótesis con los datos originales.

Luria (1988) define la percepción de dos maneras. La más antigua y menos aceptada es isomórfica, promovida por la Gestalt, y la más actual y de la que se hablará en adelante, la definimos

como un proceso. Este proceso es diferente, cuando percibimos cosas que no conocemos a cuando percibimos cosas familiares. Cuando estamos ante cosas que no conocemos, se realiza un análisis complejo y el proceso se abrevia cuando estamos ante cosas familiares. La percepción, como proceso complejo, está íntimamente ligada al lenguaje. Ésta no sólo ocurre en el córtex occipital visual, sino que para tener una percepción completa, actúan diferentes zonas del cerebro.

Trabajo recibió un reconocimiento a la "Iniciación académica" en el *II Congreso Nacional Universitario de Neuropsicología* realizado el 22 y 23 de mayo de 2018 en la Facultad de Humanidades de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno, en Santa Cruz, Bolivia.

La percepción es un proceso activo de búsqueda información, en el que se busca distinguir las características de esenciales de los objetos, comparar sus características entre sí, crear una hipótesis apropiada y, después, la comparar la hipótesis con los datos originales.

Por tanto, las lesiones que pueden darse en distintas zonas del cerebro pueden repercutir en la percepción visual. La percepción visual comienza cuando el estímulo llega a la retina y éste pasa al córtex visual. Las lesiones en el córtex primario hacen que estos mensajes se repartan de manera somato tópica, como consecuencia se llegan a tener varias afecciones. La mayoría de las afecciones desaparecen o se suplen con movimientos oculares, ya sea que ocurran en las zonas primarias o secundarias de la visión. Las lesiones en las zonas secundarias suelen estar ligadas a la síntesis visual, a la concentración en detalles específicos, y a la estabilización de la imagen.

Las lesiones en el área parieto occipital suelen estar relacionadas a la perturbación de la organización visual espacial. Luria también hace una relación entre el hemisferio izquierdo dominante, el lenguaje y las disfunciones visuales, espe-

cialmente en la percepción de colores, formas y objetos de categorías complejas.

Como la percepción está ligada al lenguaje, los trastornos del lenguaje pueden hacer que se pierda la capacidad para identificar los colores correctamente. El lenguaje está unido a la percepción visual debido a que cualquier lesión que afecte al primero, también afecta al segundo. Un trastorno tocado muy a detalle es la alexia óptica, que puede ser: alexia literal y alexia verbal. En la alexia literal se perciben de una manera errónea las letras por sí solas y en la alexia verbal no se puede combinar en una palabra las letras que se observan.

Algunas malformaciones se detectan cuando el niño muestra tener problemas para aprender a leer, este fenómeno es estudiado con mucho interés en la Neuropsicología. Sin embargo, de todo lo que ya hemos analizado hasta ahora, la percepción no sólo se reduce a los procesos de percepción visual sino que necesariamente incluye la formación activa de imágenes visuales correspondientes al significado de una palabra.

Para Luria la percepción es una constelación activa de zonas cerebrales, ejer-

ciendo cada zona su propio papel en la actividad perceptiva y aportando su propia contribución para la formación del proceso perceptivo. Esta contribución puede ser mayor o menor, por ejemplo, los pacientes con lesiones masivas en los lóbulos frontales no presentan trastornos aparentes en la percepción visual directa, es decir, que esta lesión no afecta la visión inmediatamente.

Bibliografía

Luria, A. (1988). *El cerebro en acción* (Vol. 2, págs. 227-242). Buenos Aires: Hyspamerica Ediciones Argentina S.A.

Díaz, J.L. (2003). *Curso de Neurociencia Cognitiva III: Percepción*. Postgrado Filosofía de la Ciencia, IIF, UNAM. México.

RASTRILLAJE DE NECESIDADES NEUROPSICOLÓGICAS EN POBLACIÓN INFANTIL DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA-BOLIVIA

RAKING OF NEUROPSYCHOLOGICAL NEEDS IN CHILDREN IN THE CITY OF SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA

Romiz Arluin Soria Palacios

3° semestre Neuropsicología
Docente Dra. Ninoska Ocampo

RESUMEN

Esta investigación buscó recaudar información sobre las necesidades neuropsicológicas de la población de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Para ello se preguntó a 3883 personas mayores de 18 años si conocían a algún menor de edad con síntomas de diversos trastornos. Se observó que entre el 35 y 53 por ciento de las personas conocían a algún niño o niña con dificultades.

Palabras claves: neuropsicología, niños, trastornos

Information about the neuropsychological needs of the children in the city of Santa Cruz de la Sierra was collected. In the study, 3883 people over 18 years of age, were asked if they knew any minor with symptoms of different disorders. It was observed that between 35 and 53 percent of people knew a child with difficulties.

Keywords: neuropsychology, children, disorders

Trabajo presentado en la Modalidad de Poster en el *X Congreso Latinoamericano de Neuropsicología*, Guatemala, 13 al 16 de junio, 2018. Investigación coordinada por el Instituto Boliviano de Neurociencias Cognitivas.

El objetivo de este estudio fue identificar las necesidades neuropsicológicas de la población infantil, en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra- Bolivia, para el futuro desarrollo de programas de atención e intervención neuropsicológica, a través del Instituto Boliviano de Neurociencias Cognitivas.

Método

Se utilizó un método no experimental-transversal de tipo descriptivo, inductivo y cuantitativo, con un muestreo aleatorio en forma de racimo que se aplicó a 3883 personas mayores de edad. El instrumento utilizado fue el cuestionario "Rastrillaje Neuropsicológico" de respuestas dicotómicas, aplicado en los 15 distritos urbanos y periurbanos de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Esta investigación consta de seis etapas, estando ahora en la cuarta fase de la segunda etapa denominada "Tabulación de datos y procesamiento de información – población A1" (quedando, aún, Instituciones y expertos por investigar).

Resultados

El rastrillaje de necesidades neuropsicológicas en población infantil (tabla 1, 2 y

3) mostró un alto porcentaje de personas que conocen a niños con dificultades de escritura (39%), lectura (35%), cálculo (49%), así como también un (50%) en las dificultades del habla, alteraciones comportamentales (48%) y alteraciones en el autocontrol (53%). Todos estos indicadores unidos, en su mayoría, a la presencia de anomalías en el trazo de líneas, la adquisición de elementos de escritura y la dificultad para el dominio corporal y motor.

Conclusiones

Los resultados plantean la presencia, en la población en general, de alteraciones en la adquisición de habilidades lectoras, de escritura, cálculo y dominio espacial. También encontramos que un porcentaje significativo presenta dificultades en la regulación de conductas y emociones, por cuanto se hará necesario un estudio ulterior de estos hallazgos y la cualificación de cada dato. Estas primeras iniciativas marcarán la diferencia de la atención temprana y a tiempo, de dificultades neurológicas y la prevención de alteraciones neuropsicológicas.

Tabla 1.

Porcentaje de adultos que conocían algún niño con dificultad en algún hito del desarrollo

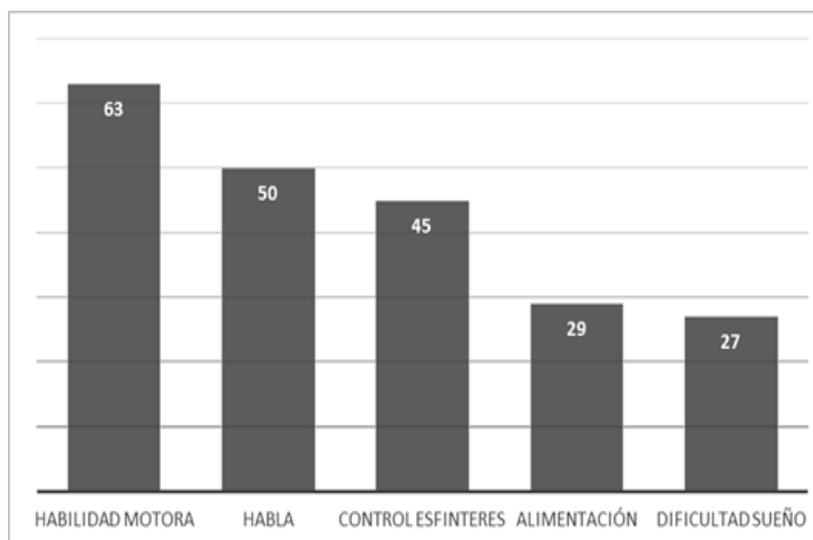


Tabla 2.

Porcentaje de adultos que conocían algún niño con presencia de signos de desórdenes emocionales

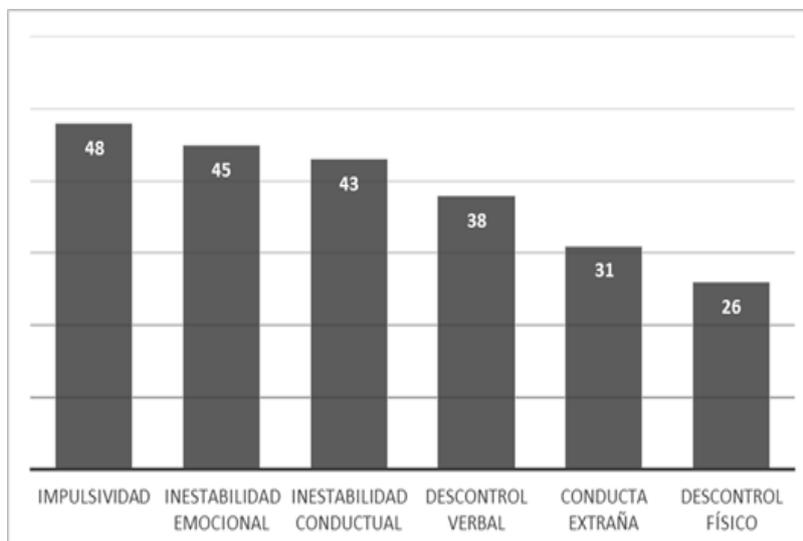
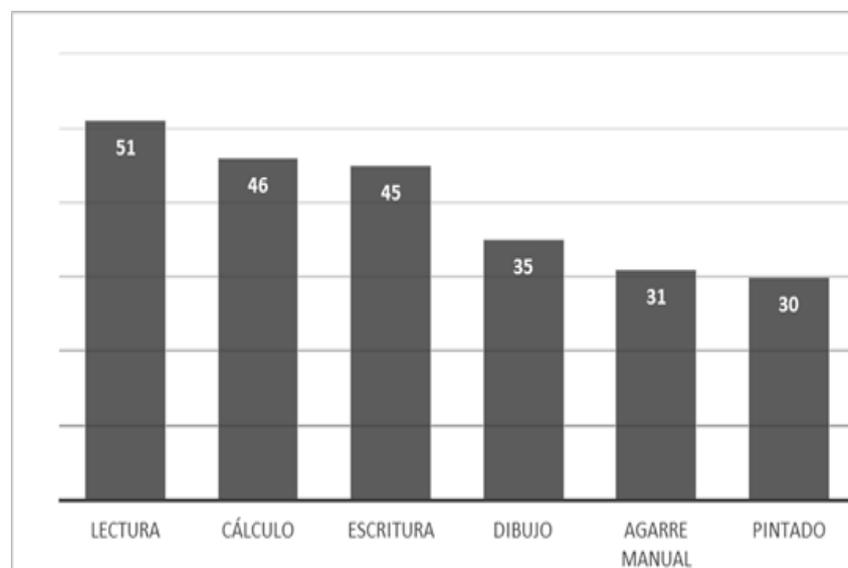


Tabla 3.

Porcentaje de adultos que conocían niños con problemas de aprendizaje



Bibliografía

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista M. (2010). *Metodología de la investigación* (5a edición). México: McGraw-Hill.

Pérez, M., Escotto, E., Arango-Lasprilla, J.C., & Quintanar, L. (2014). *Rehabilitación neuropsicológica: estrategias en trastornos de la infancia y del adulto*. México: Manual Moderno.

Rosselli, M., Matute, E. & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: Manual Moderno.

2018 |

LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ANTE LOS EXAMENES

ANXIETY IN UNIVERSITY STUDENTS BEFORE EXAMINATIONS

Lilian Ferrante Roca, Roxana Alcocer Coca y Pamela Cuéllar Castro

4º semestre Psicología Educativa
Docente Dra. Claudia Llanos Baldivieso

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comparar el nivel de ansiedad ante los exámenes entre hombres y mujeres y entre estudiantes de distintas facultades de la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra (UPSA). Además de. En el estudio participaron 110 estudiantes de la UPSA de 18 a 21 años. Encontramos que las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad que los varones ante la semana de exámenes y que la facultad con menores niveles de ansiedad fue la Facultad de Arquitectura, mientras que las Facultades de Humanidades y de Ciencias Empresariales presentaban los niveles más altos de ansiedad.

Palabras clave: estudiantes, ansiedad, exámenes

The objective of the present study was to compare anxiety levels between sexes and between students from different faculties of the Private University of Santa Cruz de la Sierra (UPSA), In the study, 110 students aged 18 to 21 participated. We found that women have higher levels of anxiety than men before exams and the faculty with lower levels of anxiety was the Faculty of Architecture, while the Humanities Faculty and the Faculty of Business Sciences had the highest levels of anxiety.

Key words: students, anxiety, examinations

Desde el siglo XX se ha conceptualizado la ansiedad como una respuesta emocional que tiene como síntoma la sensación de ahogo, sobresaltos y síntomas psíquicos o cognitivos así como también síntomas conductuales y físicos. Ya Freud conceptualizó el término ansiedad en alemán, como “Angst” para hacer referencia a una sensación negativa acompañada de un estado somático incómodo (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). Tobal, (1990 en Jiménez, Lozano T, & Montes, 2016). afirma que la ansiedad provoca que la persona vea una amenaza irreal o se sienta en una situación de peligro, esto es observable cuando los estudiantes se enfrentan a los exámenes. Hernández, Pozo y Polo (1994) definen la ansiedad ante los exámenes como un evento estresante que se genera desde antes de rendir el examen y durante el mismo, produciendo una ansiedad muy elevada para el estudiante universitario. Esta respuesta emocional provoca un rendimiento deficiente y como resultado bajas calificaciones en las materias (Alegre, 2013).

La ansiedad ante los exámenes se ha conceptualizado como un rasgo situacional que se da cuando las aptitudes personales van a ser evaluadas. En estos casos, los estudiantes tienden a responder con mucha preocupación, activa-

ción fisiológica y sentimientos de aprehensión. A nivel cognitivo ellos muestran preocupación ante la posibilidad de tener un mal desempeño y tener que enfrentarse a consecuencias negativas para su autoestima, valoración social o algún castigo familiar (Furlan, Kohan, Piemontesi & Heredia, 2008).

Aunque no todo lo que se dice en torno a la ansiedad es negativo, ya que Papalia (1994) plantea que la ansiedad tiene un rol importante debido a que el aumento moderado de ansiedad ayuda al estudiante a incrementar su esfuerzo y su concentración en el examen. Jiménez, Lozano y Montes (2016) mencionan varios estudios realizados en universidades, que demuestran que la preocupación que experimentan los estudiantes al sentirse incapaces de poder enfrentar situaciones de riesgo, como las evaluaciones. En estas situaciones aparece el temor al fracaso acompañado por pensamientos negativos como “voy a sacar malas notas”, “se me va a olvidar todo lo que estudié”, “tengo la mente vacía” y como resultado el estudiante tiene dificultad para concentrarse en sus tareas o actividades diarias, logrando así, la ansiedad excesiva, perjudicar al estudiante ya que interfiere en las estrategias de aprendizaje y sus actividades cognitivas (Alegre, 2013).

En la investigación de Kleijn, Phoeg y Topmman, (1994) se pudo ver una clara diferencia entre los niveles de ansiedad ante los exámenes entre varones y mujeres, demostrando que los varones presentan un mayor grado de ansiedad en relación con una imagen negativa de ellos mismos y a su vez preocupación por un bajo rendimiento académico. Sin embargo, Alegre (2013) menciona las investigaciones de Sud y Sharma (1989) y la de Williams (1994) que mostraron que las mujeres son mucho más ansiosas que los hombres, pero esta ansiedad no influye en los resultados de sus exámenes.

Según Forlan (2006), existen tres factores importantes que hacen que la ansiedad influya en el rendimiento académico del estudiante, el factor fisiológico, el cognitivo y el conductual. A nivel fisiológico, la ansiedad en los estudiantes se manifiesta en sudor, pupilas dilatadas, agitación motora, músculos tensionados, palidez en el rostro, etcétera. De manera interna se puede manifestar mediante aceleración del corazón, fatiga, la boca seca, entre otros a nivel cognitivo, se relaciona con el miedo, el pánico, la inquietud, las obsesiones y los pensamientos negativos (Jiménez et al, 2016). Asimismo, el factor conductual hace referencia a

cambios en las expresiones del rostro, en la actitud corporal, en la forma de caminar, etcétera. Estos cambios suelen ser una reacción dirigida a evitar cualquier evento que genere ansiedad (Jiménez et al., 2016).

Mediante el presente estudio se pretende comparar el nivel de ansiedad durante el periodo de exámenes en los estudiantes de las distintas facultades de la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra (UPSA). También se busca comparar el nivel de ansiedad entre varones y mujeres para saber quiénes tienen mayores niveles de ansiedad ante la semana de exámenes y así tomarlo en cuenta en posibles intervenciones a futuro.

Método

Muestra

Se seleccionó una muestra de 110 estudiantes de la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra (UPSA) pertenecientes a las cinco facultades: Facultad de Humanidades y Comunicación (FHC), Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo (FADU), Facultad de Ingeniería (FIE), Facultad de Ciencias Empresariales (FACE) y Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales (FCJS). El rango de edad de los participantes fue de 18 a 21 años ($M = 20,25$ años, $DT = 1,05$) de cada

facultad se tomaron 22 participantes, la mitad del sexo masculino y la otra mitad del femenino, es decir 11 varones y 11 mujeres.

Instrumento

El instrumento utilizado para este estudio fue el Cuestionario de Ansiedad Frente a los Exámenes Universitarios (CAFEU) (Grandis, 2009). Este instrumento está compuesto por 34 ítems los cuales usan una escala tipo Likert para responder siendo: 1 Nunca, 2 Solamente en una ocasión, 3 En más de una ocasión, 4 Muchas veces y 5 Siempre. El estudio que utilizó esta escala tenía por objetivo medir las respuestas fisiológicas, cognitivas y motrices de la ansiedad ante los exámenes entre los estudiantes de 42 carreras de la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC). Grandis (2009) encontró que la consistencia interna de los ítems era muy alta (alfa de Crombach = 0,94).

Procedimiento

Para realizar el estudio se aplicó el instrumento a los estudiantes durante la semana de exámenes en las áreas comunes de la UPSA: cafetería principal, sala de estudios, biblioteca, pasillos, cabaña de jatata antigua y jatata nueva.

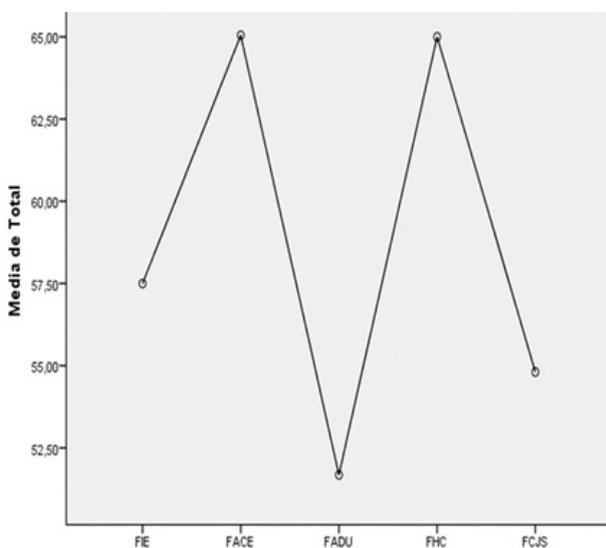
Resultados

Para ver si había diferencias el nivel de ansiedad ante los exámenes de varones y mujeres se utilizó la t de Student para grupos independientes. Los ocho ítems presentados a continuación muestran diferencias significativas entre ambos sexos, siendo las mujeres más ansiosas que los varones en todos ellos. Los resultados muestran que en la época de exámenes las mujeres puntúan más en los siguientes ítems: "...presento fuertes dolores de estómago" ($t_{(104, 35)} = -4,90, p=0,01$), "a pesar de ver bien, al leer un examen se me nubla la vista y no entiendo lo que leo" ($t_{(83, 23)} = -5,80, p < 0,001$), "casi siempre llego tarde a los exámenes y en ocasiones no entro a dar el examen" ($t_{(85, 49)} = 0,00, p < 0,001$), "durante los exámenes me falta el aire, siento que me voy a desmayar,..." ($t_{(93,26)} = -4,24, p < 0,001$), "siento que se me endurecen las manos durante los exámenes" ($t_{(100,67)} = 0,00, p < 0,001$), "solamente al leer o escuchar las preguntas del examen lo entrego en blanco y me voy" ($t_{(92,50)} = 0,00, p < 0,001$), "No puedo dormir la noche anterior al examen" ($t_{(105,47)} = 0,00, p=0,02$).

Para ver si había diferencias entre las facultades de la UPSA se llevó a cabo un ANOVA simple y se encontró diferencias significativas entre grupos con el nivel de

ansiedad. En el presente gráfico se puede observar una diferencia significativa entre facultades ($F_{(4, 102)} = 3,18; p = 0,01$) y su nivel de ansiedad ante los exámenes. La facultad que presenta menores niveles de ansiedad es la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo frente a las que presentan mayores niveles de ansiedad que son la Facultad de Humanidades y Comunicación y la Facultad de Ciencias Empresariales ($M_{FADU} = 21,58; M_{FHC} = 65; M_{FACE} = 65,05; p=0.01$).

Figura 1
Diferencias de ansiedad ante los exámenes entre facultades



Discusión

En relación al tema podemos decir que los niveles de Ansiedad son mayores en mujeres que en hombres; si comparamos estos resultados con los de las autoras Arenas y Puigcerver, (2009) encontramos que esto puede deberse tanto a factores biológicos (hormonas, bioquímica cerebral) y como a factores sociales. Jiménez et al. (2016) mencionan que a las mujeres se las educa para ser más sociables y empáticas, mientras que a los hombres se les enseña a ser más seguros y confiados en sí mismos, lo que puede explicar estas diferencias.

En cuanto a la diferencia entre los niveles de Ansiedad entre Facultades, al hacer el ANOVA entre facultades se pudo ver que los estudiantes de la Facultad de Humanidades y Comunicación y la Facultad de Ciencias Empresariales fueron los que mayor niveles de Ansiedad presentaron. Jiménez et al. (2016) compararon los niveles de ansiedad entre tres carreras: Psicología, Fisioterapia e Ingeniería Química, y sus resultados mostraron que los niveles bajos de ansiedad se daban en los estudiantes de Ingeniería. En nuestros datos, los de ingeniería tampoco tienen altos niveles de ansiedad.

Grandis (2009), por otra parte, encontró que los estudiantes de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Córdoba fueron los que más ansiedad mostraron ante los exámenes frente a los de las Facultades de Ciencias Económicas e Ingeniería.

Como conclusión se podría afirmar que las mujeres se ponen más ansiosas que los varones y que hay diferencias entre los estudiantes de distintas facultades. Queda por determinar, en futuros estudios, los motivos por el cual se dan estas diferencias.

Bibliografía

- Alegre, A. (2013). Ansiedad ante exámenes y estrategias de aprendizaje en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Propósitos y Representaciones*, 1(1), 107-130. doi: 10.20511/pyr2013.v1n1.9
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Forlan, L. (2006). Ansiedad ante los exámenes. Qué se evalúa y cómo? *Evaluar*, 6, 32-51. Recuperado en <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/533>
- Jimenez R., Lozano, L. T., & Montes, K. E. (2016). *Ansiedad ante los exámenes universitarios*. Trabajo de Investigación Universitario. Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena Facultad de Educación, Ciencias Humanas y Sociales Recuperado de http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co:8080/bitstream/10819/4054/1/Ansiedad%20ante%20los%20ex%C3%A1menes_Roxana%20Jim%C3%A9nez%20R._2016.pdf
- Grandis, A. M. (2009). *Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios*. Trabajo de Tesis para optar al Título Doctora en Ciencias de la Salud Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Médicas Recuperado de http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/grandis_amanda_mercedes.pdf
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.

ACTITUDES ANTE EL CONSUMO DE MARIHUANA EN UNIVERSITARIOS

ATTITUDES TOWARDS THE USE OF MARIJUANA IN UNIVERSITY STUDENTS

Claudia Fernández y Ma. José Contreras

4° semestre Psicoestadística
Docente Dra. Marion K. Schulmeyer

RESUMEN

Se estudió las actitudes ante el consumo de marihuana en estudiantes de la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra en base a su edad, sexo, religiosidad y situación socioeconómica. La muestra estuvo compuesta por 110 participantes, 55 mujeres y 55 varones. Se encontró relaciones significativas entre actitudes ante el consumo de marihuana y la religiosidad y situación socioeconómica de los estudiantes. Asimismo, se observó que los varones, en general, tienen una actitud más favorable ante el consumo de marihuana que las mujeres.

Palabras claves: actitudes, consumo de marihuana, religiosidad, situación socioeconómica

We studied the attitudes towards marijuana use in students of the Private University of Santa Cruz de la Sierra based on their age, sex, religiosity and socioeconomic status. The sample consisted of 110 participants, 55 women and 55 men. Significant relationships were found between attitudes towards marijuana use and the religiosity and socioeconomic status of the students. Likewise, it was observed that men, in general, have a more favorable attitude towards marijuana consumption than women.

Keywords: attitudes, marijuana use, religiosity, socio-economic situation

Dentro de las investigaciones realizadas en estos últimos años sobre el consumo de sustancias psicoactivas podemos observar un gran aumento en el consumo de marihuana (cannabis).

El análisis comparativo por país, para el 2016, indicaba que el consumo reciente de marihuana presenta tasas de 21,0% en Colombia, 11,7% en Ecuador, 5,2% en Perú y 5,0% en Bolivia. En Colombia y Ecuador se presentan las tasas más altas de consumo debido a que existe una mayor disponibilidad de marihuana (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017). La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2013) y un estudio realizado en la Universidad de Girona de España (Cebrián, 2013) llegaron a la conclusión que la población joven-adulta ha probado cannabis por lo menos una vez, ya sea por presión social o por curiosidad.

Los estudios realizados por Martínez, Sierra y Martínez (2015) y Bulla, Vasquez, Güichá, Manrique-Abril y Ospina (2010) mostraron concordancia al considerar el consumo de la marihuana como un problema de salud pública. También llegaron a la conclusión de que se encuentra un consumo más frecuente en estadías o viajes a sociedades en las que se tiene mayor tolerancia social al consumo y,

que existe un mayor consumo y tolerancia en los hombres que en las mujeres a consumir marihuana.

El Informe Mundial muestra la marihuana o cannabis como la sustancia ilícita más consumida mundialmente (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015). El mayor consumo se encuentra entre estudiantes y personas desempleadas y se concentra entre las edades de 11 a 25 años (Melo & Nascimento, 2010).

Las investigaciones de Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández (2013) indican que cuando se inicia el consumo a menor edad, hay mayor susceptibilidad a producir adicción, dependencia y mayor posibilidad de transición a otras drogas. Mientras que López y Rodríguez-Arias (2010) afirman que a más edad, existe un mayor riesgo. Así también, Guzmán, Llamas, Rodríguez y Alonso (2012) aluden que especialmente los mayores de 20 años tienen mayor prevalencia de consumo, y se muestra que es dos veces mayor la posibilidad de consumo de marihuana en los mayores de 20 años de edad que en los menores de 20 años. El estudio de Hurtado (2006) indica la incidencia del género en la decisión de consumir marihuana, ya que demuestra que la probabilidad de consumirla es

mayor en los hombres que en las mujeres. El artículo de Jiménez-Muro et al. (2009) sostiene la información anterior añadiendo que los hombres fuman con mayor frecuencia que las mujeres, además de que existe un porcentaje superior de mujeres que aseguran no haber probado marihuana.

Respecto al nivel socioeconómico, la investigación de Hurtado (2006) afirma la existencia de una relación negativa entre consumo de marihuana y nivel socioeconómico, ya que a mayor nivel socioeconómico, existe una menor probabilidad de consumo. Sin embargo Gantiva, Trujillo, Gómez y Martínez (2007) no encontraron diferencias significativas entre los puntajes por estratos socioeconómicos, por lo tanto, concluyeron que la actitud hacia el consumo de marihuana y cocaína no cambia con relación al estrato socioeconómico en el que se encuentre el estudiante.

Según los estudios de Hurtado (2006), Bastias, Garrido, Olgún y Pantoja (2010) (2010) y Martínez-Torres et al. (2016), la práctica religiosa resultó ser un factor protector en relación con el consumo de marihuana, es así que la mayor prevalencia del consumo de marihuana se dio en las personas que declararon no pertenecer a ninguna religión. Por lo tanto,

es de esperar que a mayor frecuencia de práctica religiosa, menor probabilidad de declarar consumo.

En la actualidad, según la información que rescatamos de varios artículos científicos, el consumo de la marihuana es uno de los temas que lleva generando controversia desde ya hace algunos años. Las nuevas generaciones tienen menos prejuicios y muestran un mayor consumo de dicha sustancia, lo que lleva a una actitud más favorable y liberal. Esta conducta es lo que nos lleva a preguntarnos cómo son las actitudes de los estudiantes de la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra (UPSA) respecto al consumo de marihuana, basándonos en su edad, sexo, religiosidad y nivel socioeconómico.

Método

Muestra

La muestra está compuesta por 110 estudiantes de la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra (UPSA), los cuales fueron elegidos de manera incidental. La universidad está dividida en cinco facultades, para dicha muestra se tomó de manera proporcional el número de estudiantes por facultad ($n = 22$).

El 50% de la muestra ($n = 55$) son varones y el 50% restante ($n = 55$) son muje-

res. La media de edad de los participantes es de 20,64 años ($DT = 1,97$) con una mínima de 18 años y una máxima de 27. De la información aportada en relación a la religiosidad, un 11,8% de los estudiantes se declaran nada religiosos frente a un 88,2% que señalan ser poco o muy religiosos. También se recogió información acerca del nivel socioeconómico, el 91,9% de los estudiantes se consideran parte del nivel medio y medio alto, siendo muy bajo el porcentaje de personas que se consideran dentro de un nivel medio bajo (3,6%) y alto (4,5%).

Instrumento

Los datos fueron recogidos a través de una escala de elaboración propia, que consta de 20 ítems que buscan evaluar la actitud ante el consumo de marihuana, a partir de la información facilitada por la persona con un formato tipo Likert de cuatro grados de Muy de Acuerdo a Muy en Desacuerdo.

Resultados

En general, las respuestas de los estudiantes ante todos los ítems de la escala fueron de rechazo al consumo, concentrando más del 80% de las respuestas en “Desacuerdo” y “Muy en Desacuerdo”, salvo en dos ítems. En éstos, las respuestas de los estudiantes no son tan extre-

mas, el 50% está de “Acuerdo” o “Muy de Acuerdo” con que probar marihuana, no crea adicción y el 71% sociabilizaría con personas que consumen marihuana.

Posteriormente, se relacionó la puntuación total de los estudiantes de la UPSA en la Escala de Actitudes ante el Consumo de marihuana con las variables de edad, religiosidad y nivel socioeconómico. Se encontraron dos relaciones significativas. La primera relación significativa que se encontró fue entre la religiosidad y la puntuación total de la escala ($r = -0,31$; $p = 0,01$), la relación fue débil y negativa, mostrando así una baja relación entre las actitudes ante el consumo de marihuana y la religiosidad. Al ser una relación negativa, se entiende que cuanto mayor es la actitud positiva ante el consumo de marihuana, menor es la religiosidad.

La siguiente relación significativa que se encontró fue entre el nivel socioeconómico y la puntuación total de la escala ($r = -0,26$; $p = 0,02$), la relación fue débil y negativa, mostrando una baja relación entre el consumo de marihuana y el nivel socioeconómico, que al ser negativa muestra que a mayor actitud positiva ante el consumo de marihuana, menor es el nivel socioeconómico.

Se utilizó la *t* de Student con el fin de saber si existían diferencias entre hombres y mujeres en sus actitudes ante el consumo de marihuana y se encontró que presentan diferencias significativas en 12 ítems. Los hombres muestran actitudes más favorables que las mujeres en todos ellos.

Los ítems son los siguientes: “El consumo de marihuana es malo” ($t_{(108)} = 2,41$; $p = 0,02$), “Creo que la marihuana afecta en el comportamiento de manera negativa” ($t_{(108)}=2,12$; $p=0,04$), “Me niego a fumar marihuana, aunque mis amigos me presionen” ($t_{(108)}=2,51$; $p=0,01$), “La marihuana no debería ser consumida en ningún contexto” ($t_{(108)}=2,04$; $p=0,04$), “Puedo probar marihuana, sin que se cree adicción” ($t_{(108)}=2,96$; $p=0,004$), “Fumo marihuana porque está de moda” ($t_{(108)} = 2,62$; $p=0,01$), “Consumo marihuana porque me gusta” ($t_{(108)} = 2,25$; $p=0,03$), “Creo que fumar marihuana me da más status” ($t_{(108)} = 2,04$; $p = 0,04$), “Consumo marihuana porque mis padres lo hacían” ($t_{(108)} = 2,09$; $p=0,04$), “Estaría de acuerdo con el consumo de marihuana dentro de la UPSA” ($t_{(108)}=2,05$; $p=0,02$), “Siento la necesidad de consumir marihuana para pertenecer a un grupo social” ($t_{(108)}=2,44$; $p = 0,02$), “El consumo frecuente de marihuana es bueno” ($t_{(108)}=2,81$; $p = 0,01$).

También se utilizó la *t* de Student con el propósito de ver si existían diferencias en sus actitudes ante el consumo de marihuana entre los estudiantes que consideran haber vivido la mayor parte de su vida en una situación socioeconómica alta o una intermedia. Se encontró una diferencia significativa en la Escala de Actitudes ante el Consumo de Marihuana ($t_{(108)} = 2,67$; $p = 0,009$), que indica que los que vivieron en una situación intermedia tienen actitudes más positivas ante el consumo de marihuana que los que consideran haber vivido en una situación socioeconómica alta.

Discusión

Mientras que los estudios de Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández (2013) indican que a edades menores de inicio del consumo hay mayor susceptibilidad a un mayor consumo, López y Rodríguez-Arias (2010) afirman que a más edad, existe un mayor riesgo. En este trabajo no se estudió susceptibilidad al consumo, pero se puede pensar que una actitud positiva ante el consumo puede hacerte más susceptible de consumir marihuana. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre la variable edad y las actitudes ante el consumo de marihuana.

En lo que se refiere al sexo, se coincidió con los estudios de Hurtado (2006) y Jiménez-Muro et al. (2009), quienes afirman que los hombres tienen mayores probabilidades de consumir marihuana. En nuestra muestra encontramos que los varones tienen una actitud más positiva que las mujeres ante el consumo de marihuana.

Respecto al nivel socioeconómico se llegó a la misma conclusión que Hurtado (2006), es así que existe una relación negativa entre el consumo de marihuana y el nivel socioeconómico, lo que quiere decir que hay una mayor probabilidad de consumo a menor nivel socioeconómico.

Acerca de la religiosidad se determinó que a mayor actitud positiva ante el consumo de marihuana, implica menor práctica religiosa, por lo tanto nuestros resultados concuerdan con las investigaciones de Hurtado (2006); Bastias, Garrido, Olguín y Pantoja (2010) y Martínez et al. (2016).

Conclusiones

A través de los resultados obtenidos se pudo ver una actitud mayormente negativa en los universitarios de la UPSA. Como ya se demostró, se encontró dos

relaciones significativas, una entre la religiosidad y la Escala Total de Actitudes y otra entre la situación socioeconómica de los estudiantes y dicha Escala, no obstante no existe una relación significativa entre la edad y la Escala Total de Actitudes. Y finalmente, existe una actitud más positiva por parte de los varones ante el consumo de marihuana.

Bibliografía

- Baron, R., & Byrne, D. (2005). *Psicología Social* (10° ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Bastias, K., Garrido, A., Olguín, C., & Pantoja, K. (2010). *Factores asociados al no consumo de marihuana en adolescentes de octavo año básico de cuatro establecimientos particulares subvencionados de Chillán*. (Tesis de Licenciatura), Chillán, Chile. Obtenido de <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1073/1/Bastias%20Cerde%2c%20Kristel%20Muriel.pdf>
- Bulla, A., Vasquez, A., Güichá, A., Manrique-Abril, F., & Ospina, J. (2010). Representaciones sociales del consumo de marihuana en estudiantes

- universitarios. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(1), 89-101.
- Cebrián, N. (2013). *Consumo de cannabis en universitarios: Etapas de adquisición*. (Tesis Doctoral de la Universidad de Girona), Cataluña, España. Obtenido de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/112026/tncf.pdf?sequence=2>
- Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W., & Martínez, A. (2007). Actitudes hacia el consumo de cocaína y marihuana en estudiantes universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 61-84.
- Guzmán, F., Llamas, M., Rodríguez, L., & Alonso, M. (2012). Norma subjetiva, intención y consumo de marihuana en jóvenes universitarios de México. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 57-66.
- Hurtado, P. (2006). Determinantes del consumo de marihuana en Chile. *Revista Estudios públicos*, 102, 147-177. Obtenido de <http://132.248.9.34/hevila/EstudiospublicosSantiago/2006/no102/6.pdf>
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P., Nerín, & I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- López, S., & Rodríguez-Arias, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Martínez, E., Sierra, D., & Martínez, E. (2015). *Estudio cualitativo sobre consumo problemático de cannabis en adolescentes y jóvenes: Riesgos y prácticas de cuidado*. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho.
- Martínez-Torres, J., Arias-Coronel, F., Rodelo-Vega, A., Jaraba-Toro, N., Meza-Castellanos, L., Contreras-Jáuregui, M., . . . Villamizar-Carrillo, D. (2016). Prevalencia y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes de 18 a 25 años de una universidad pública, Colombia. *Universidad y Salud*, 18(3), 525-531.
- Melo, D., & Nascimento, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: Explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 655-662.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Informe*

Mundial sobre las Drogas. Nueva York.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional 2016* (1° ed.). Lima: Mix Negociaciones S.A.C.

Quimbayo-Díaz, J., & Olivella-Fernández, M. (2013). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. *Revista de Salud Pública*, 15(1), 32-43.

RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSIVE SYMPTOMS AND EXCESSIVE ALCOHOL CONSUMPTION

Ana Carolina Avila, Andrea Chávez Simon y Carla Morón Villarroel

4° semestre Metodología de la Investigación
Docente Mgs. Fabiana Chirino Ortiz

RESUMEN

El consumo excesivo de alcohol ha sido vinculado en distintos estudios con síntomas depresivos. El presente estudio, realizado con sujetos participantes de Alcohólicos Anónimos en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, verifica desde una perspectiva cualitativa la relación biunívoca entre ambas variables. Se encontró que situaciones de pérdida, separación o violencia, generan síntomas depresivos que en algunos casos llevan al consumo de alcohol, mientras que el consumo de alcohol intensifica la presencia de síntomas depresivos, que en algunos casos conducen a ideaciones, intentos o actos suicidas.

Palabras claves: depresión, consumo de alcohol, alcoholismo, estudio cualitativo

Excessive alcohol consumption has been linked, in different studies with depressive symptoms. The present study was carried out with participants of Alcoholics Anonymous in the city of Santa Cruz de la Sierra. It verifies from a qualitative perspective, the biunivocal relationship between both variables. We found that situations of loss, separation or violence, generate depressive symptoms that in some cases lead to alcohol consumption; while alcohol consumption intensifies the presence of depressive symptoms, which in some cases lead to ideas, attempts or suicidal acts.

Keywords: depression, alcohol consumption, alcoholism, qualitative study

El presente trabajo investigativo parte de la pregunta sobre las posibles relaciones entre los síntomas de depresión y el consumo excesivo de alcohol en miembros de Alcohólicos Anónimos (AA) en la ciudad de Santa Cruz, Bolivia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente que tiene distintos grados, puede llegar a hacerse crónica y dificultar la capacidad de afrontar la vida diaria, o en el peor de los casos, llevar al suicidio (OMS, 2019). Por otro lado, el consumo excesivo de alcohol es un hábito de consumo que va más allá de lo que se considera “normal” o lo socialmente aceptable. El alcoholismo se define como un patrón de consumo que trae un nivel de la concentración de alcohol en la sangre de 0,08% en adelante, que corresponde generalmente a cinco o más bebidas en una sola ocasión –para los hombres- y cuatro para las mujeres, dentro de aproximadamente dos horas (OMS, 1994).

Con el pasar de los años, el consumo de alcohol se está haciendo cada vez más frecuente y se presenta a más temprana edad, lo que llega a incrementar los estados depresivos en más personas, debido a que varios estudios han establecido una relación significativa entre estos dos

factores. En 2007, Wu, Hoven, Okezie, Fuller y Cohen, con una población de niños y adolescentes entre 9 y 17 años, indicó que el índice del abuso de alcohol era similar entre hombres y mujeres, mientras que en las mujeres que sufren depresión se presentaba cuatro veces más, a diferencia de los hombres con síntomas de depresión que presentaban un consumo de alcohol, 12 veces mayor que los que no sufrían depresión.

En Bucaramanga, Colombia, Rodríguez y otros (2005), observaron que aproximadamente uno de cada 20 estudiantes de enseñanza media consume alcohol excesivamente. Mientras que la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica mantenían relación con el consumo abusivo de alcohol. Los datos pudieron demostrar que el consumo de alcohol se incrementa a medida que los síntomas depresivos se hacen más severos. Es decir, que la relación entre estas dos variables es aún mayor cuando la persona se encuentra frente a un episodio depresivo mayor.

A partir de lo anterior, la pregunta que orientó la investigación es ¿qué relaciones posibles se pueden establecer entre depresión y el consumo excesivo de alcohol en las personas asistentes a Alco-

hólicos Anónimos en Santa Cruz? Ante lo cual se elaboró como hipótesis de trabajo que el consumo abusivo de alcohol y la depresión tienen una relación biunívoca, porque en algunos casos los síntomas depresivos conducen al consumo como un medio de escape de los síntomas depresivos, pero en otros casos es el consumo de alcohol el que genera e intensifica los síntomas asociados con la depresión.

Método

El estudio se caracterizó por inscribirse en el tipo de investigación cualitativa, ya que abordó el tema desde la perspectiva de las percepciones, interpretaciones y experiencias subjetivas de los participantes del estudio, asistentes al grupo de Alcohólicos Anónimos, así como informantes claves vinculados a la institución AA y a la temática del consumo excesivo de alcohol y la depresión. El estudio es de tipo transversal y no experimental porque realiza un corte temporal para generar los datos en el contexto donde los sujetos se desenvuelven y no en un contexto aislado. El método aplicado es explicativo, en tanto indagó la relación existente entre las variables depresión y consumo de alcohol.

Muestra

Participaron del estudio, personas asistentes a distintos grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Estas fueron seleccionadas por muestreo teórico, consistente en elegir a los participantes según su relación con el tema y la posibilidad de generación de datos significativos.

Técnicas e Instrumentos

Se aplicó la entrevista semi-estructurada a informantes claves, profesionales del campo de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras) y del campo religioso, que trabajen con miembros de grupos de Alcohólicos Anónimos. Por otro lado, la entrevista a profundidad fue dirigida a los miembros de AA que hubiesen presentado un consumo excesivo de alcohol y síntomas depresivos asociados al consumo.

Resultados

El encuentro con el alcohol

Curiosidad, pertenencia social y sus efectos de desinhibición son las principales causas que condujeron a la mayoría de los entrevistados a iniciarse en el consumo de alcohol. Así relata la primera expe-

riencia Mario uno de los entrevistados *“la primera vez que bebí fue por curiosidad, porque todos los jóvenes que bebían... mis amigos que bebían, tenían más amigas. Entonces eso fue lo que me llevó a probar y juntarme con personas que beben (...) y la verdad que sí funcionaba porque la primera vez que bebí, sentí que mis miedos disminuyeron, me sentí más libre para hablar, bailar y cosas así”* (E02. Mario).

En los factores causales del consumo de las personas que se investigó previamente está el de baja autoestima. Personas que sufren de baja autoestima pueden llegar a consumir alcohol como una forma de desenvolverse con más facilidad en su entorno social. Obtuvimos una experiencia similar de, Efraín, *“yo era una persona tímida, que de muy pequeño le costaba relacionarse con las personas ante la sociedad entonces la primera vez que voy a un quince años, empiezo a probar lo que es trago, los cocteles. Ahí empiezo a ver lo lindo que había sido beber. Me gustó la primera experiencia, me solté, una persona alegre, las cosas que tenía miedo hacer, las hacía, empezaba a hablar, me volvía más hablador, más jugetón”* (E05. Efraín).

La baja autoestima es uno de los factores individuales, así como lo son también la

depresión, el estrés y la baja percepción de riesgo. Estos sentimientos se vinculan a vivencias dolorosas en el entorno familiar, como lo refiere en su relato Pastor, que inició su consumo de alcohol a muy temprana edad *“... en realidad lo mío empezó cuando yo era niño. Yo soy el último de seis hermanos, yo viví dentro de una familia disfuncional (...) hasta que mi padre se fue de la casa (...), tenía 8 años y cuando se fue mi padre mi mamá entró en una depresión. Tristeza, soledad, enfermedad, ella estuvo viviendo durante cinco años en un hospital, y la verdad como yo era menor de edad, un niño todavía, me afectó bastante. Entonces yo comencé a consumir drogas a mis 9 años (...) comencé fumando cigarrillos a mis 9 años y tomando alcohol (...)”* (E04. Pastor, 34).

O como el caso de una mujer de 37 años que a partir de una separación de pareja recurre al alcohol para enmascarar los síntomas de tristeza, soledad que dicha desvinculación le produjo. *“...hace once años que soy divorciada, separada, y sola, pues creo que me quedó secuelas de la decepción, de la depresión... y pensando neciamente de que refugiarme en el alcohol era lo básico, lo normal... era beber todos los fines de semana”* (E03. Mujer, 37).

Otros de los factores causales del consumo excesivo de alcohol son aquellos vinculados a lo social y cultural: tienen el alcohol a su disposición a cualquier hora, el entorno social presiona a la persona para que consuma o se fomenta el consumo debido a que la bebida está presente en casi todas partes. Creemos que un alto porcentaje de personas empieza a consumir alcohol así, hasta que, sin darse cuenta, la situación se sale de sus manos. Aquí tenemos cuatro de los ocho entrevistados, donde se puede identificar alguno de esos factores: *“vino como de la infancia, me acuerdo que cuando salíamos a la fiesta con mi familia siempre nos entraban los vasos que sobraban con bebida probando de curiosos ¿no? (...) entonces sí, mi primera borrachera fue a mis 19 años”* (E08. Mujer). En muchos casos el alcohol forma parte del entorno familiar o social del sujeto, como refiere otro entrevistado *“yo estaba en un hogar y me acuerdo que a los 9, 8 años fue la primera vez que bebí en el hogar, en un centro de niños huérfanos (...) después a los 14 años me trasladaron a otro hogar y ahí fue cuando tomé y me perdí completamente”* (E06. Hombre).

Otro entrevistado describe sus primeras experiencias con el alcohol en el entorno social de amigos a la edad de 11 años

cuando se emborrachó por primera vez. *“En aquellas épocas, con un hermano mío y dos amigos del barrio, le sustrajimos dos botellas de whisky a mi padre en una noche de año nuevo que ellos habían salido y ahí empecé a consumir por primera vez alcohol”* (E01. Hombre). Así, ese primer encuentro, deja una huella subjetiva, que en siguientes ocasiones se recordará como un momento de desinhibición, de diversión, que se busca reeditar en posteriores consumos, hasta convertirse en una práctica continua, excesiva, intensa.

“...Yo empecé a beber a los 14 años mi primer encuentro con el alcohol, de ahí no fue constante, no fue inmediato que empecé a beber todos los fines de semana, todos los días, de ahí 16, 17 años, la promoción, el fin de semana un poquito más seguido, después en la universidad ya empezó a ser entre semana, a no entrar a clases para ir a beber...” (E07. Mujer).

Eventos históricos que dejaron huellas

En todos los casos, fue un evento en la historia de la persona que produjo un estado de angustia, ansiedad, vinculado a una separación o pérdida el que se asoció al consumo de alcohol. Algunos de

ellos están vinculados a la modalidad disfuncional de la familia o a eventos contingentes, que produjeron una sensación de vacío o soledad que se trata de cubrir con el alcohol.

En el caso de Pastor, la muerte de su padre pasó, aparentemente, desapercibida, *“cuando mi mamá volvió del hospital me enteré que mi papá se había muerto en un accidente. La verdad que no sentí que me afectó emocionalmente porque yo tenía mucho rencor, mucho odio, mucho rechazo contra mi padre. Entonces sentí que no me afectó, pero creo que por dentro me afectó bastante”* (E04. Pastor, 34). A partir de la muerte del padre, Pastor, empieza a salir de su casa y a consumir alcohol, *“a mis 13 años yo... yo me salí de mi casa, más o menos como el chavo del ocho, me salí con una bolsita negra en la espalda (...) imagínate que a mis trece años yo ya consumía drogas, entonces... yo ya no le quería hacer más daño a mi madre ... me sentí muy rechazado por mis hermanos”* (E04. Pastor, 34).

A los 19 años, Pastor conoce a su esposa, queda embarazada y forman una familia, sin embargo *“yo no tenía una experiencia de poder formar una familia, en ese tiempo yo no tenía una figura paternal, entonces la verdad que venía con tantas cosas marcadas en mi familia que yo no*

creía en familia, entonces tuve bastantes problemas en mi matrimonio y... mi esposa se fue de mi casa porque ella se enteró que yo consumía drogas, después de eso, consumí más todavía” (E04. Pastor, 34). Sus vivencias familiares dejaron una huella que le imposibilitó construir un lazo familiar, por lo que el consumo de drogas y alcohol incidió en la separación y la separación, intensificó el consumo de alcohol y drogas.

Las vivencias tempranas en el entorno familiar, dejan huellas profundas en las personas, la sensación de desalojo, de desafecto y la violencia, tienen efectos en la autoestima, la valoración y en los vínculos que pueden establecer a lo largo de sus vidas. El caso de otro entrevistado, muestra el efecto devastador que la violencia de su madre tuvo en él, *“la causa de empezar a tomar fue la necesidad de la familia. El único recuerdo que tengo de mamá fue que ella me pegaba, me quemó las piernas. Me acuerdo, una vez trajo dos bolsas de pan y no sé cuántos panes habré comido, pero fue su rabia que agarró un cable, me lo puso al cuello y me ahorcó y ahí después de eso me seguía pegando. Gracias a los vecinos no me mató (...). Luego me violaron en el hogar, violé en el hogar, eso para mí era normal hasta mis 15 años”* (E06. Hombre).

Estos son algunos de los momentos más fuertes que marcaron la vida de dos de los entrevistados, quienes refirieron que se refugiaron en el alcohol buscando alguna salida para sus problemas sin saber que se metían a uno peor.

El consumo excesivo de alcohol y sus efectos

Mario hace referencia a la diferencia entre el consumo social de alcohol y el consumo excesivo: *“un bebedor social es una persona que puede controlar su manera de beber y que no le afecta ni su economía, ni en relaciones familiares”* (E02. Mario).

Los estudios sobre el tema, señalan que los bebedores sociales son aquellas personas que en reuniones sociales necesitan consumir alcohol para ser más sueltas y divertidas. Pueden estar sin beber, pero en situaciones sociales beben sin límites para sentirse “alegres” y perder la vergüenza. Mientras que los bebedores fuertes, son aquellos que toman grandes cantidades de alcohol independientemente de las comidas, y casi diariamente. Toman al alcohol como parte importante de su vida, como una fuente de placer y diversión.

Una entrevistada, hizo la distinción entre ambos: *“...hay un alcohólico social y hay un alcohólico depresivo de estos que toman todo el tiempo. Algunas veces fui social, y algunas veces fui... este... alcohólica o sea de beber por depresión”* (E03. Mujer).

Respecto a los efectos del alcohol, un psiquiatra entrevistado Dr. Ariel Rojo refirió que uno de los efectos era el de depresión, *“La mayor parte de las sustancias que entran en contacto con el tejido corporal son o liposolubles o hidrosolubles, entendiendo que en el cerebro las membranas que protegen a las células nerviosas tienen filtro para sustancias que son liposolubles, que se disuelven en grasa pero que no logran atravesar una barrera de agua y sustancias que son hidrosolubles, es decir que se disuelven en agua, pero no logran atravesar la barrera de grasa. Entonces el alcohol tiene la puerta abierta al cerebro, es liposoluble y es hidrosoluble, tiene un enorme acceso al cerebro y a todos los tejidos del cuerpo y tiene un efecto de deprimir al tejido nervioso, deprime al cerebro”* (Ariel Rojo, psiquiatra).

Esta depresión se asocia con el efecto de desinhibición que produce el alcohol, de modo que las personas que consumen

excesivamente, no siempre miden sus actos ni el riesgo que el consumo puede generar. Investigaciones previas, mostraron que entre los efectos que produce el alcoholismo es la “baja percepción del riesgo” que implica que las personas consideran que no están en riesgo e incluso justifican su consumo con frases como: “Eso no me va a pasar”, “Yo lo dejo cuando quiera”, “Yo controlo mi manera de beber”. Una de las entrevistadas comentó al respecto “...ya yo soy vieja, nadie tiene que meterse en mi vida y si yo quiero bebo y si no quiero no bebo ¿no? No es con la plata de nadie, es con mi plata... eso es lo que yo decía, ¿no? Pero sin darme cuenta de que realmente el daño me lo hacía yo misma y a la vez lastimaba a mi familia” (E03. Mujer, 37 años).

El consumo de alcohol y los síntomas depresivos

Entre los síntomas que presentan las personas depresivas, pueden ser síntomas psicológicos, como bajo estado de ánimo o tristeza continua, sentirse desesperado e impotente, baja autoestima, sentir ganas de llorar, sensación de sentimiento de culpa, sentirse irritable e intolerante con los demás, no tener la motivación o interés en las cosas, dificultad para tomar decisiones, no conseguir ningún disfrute de la vida, sentirse ansioso o preocupa-

do incluso tener pensamientos suicidas o pensamientos de hacerse daño.

La totalidad de los entrevistados hicieron alusión a uno o varios síntomas de depresión vinculados con el consumo de alcohol, ya sea como una de las causas que los llevó a este consumo, o como el efecto del mismo. Una mujer entrevistada, dijo *“busqué ayuda cuando ya no pude más (...) mucha depresión, mucha culpa, mucha vergüenza y fue algo insoportable. Tenía una vida hecha un desastre, sufría mucho y necesitaba o dejar de beber o buscar una solución, pero era algo que no soportaba más”* (E07. Mujer).

Otra de las entrevistadas hacía referencia al estado de apatía, abulia y descuido de la propia salud, que se intensificaban con el consumo del alcohol y drogas, *“no es que estuviera triste, o sea la apatía total, me daba lo mismo hacer las cosas o no hacer. Había periodos en que, por las drogas, el alcohol ni comía, me daba lo mismo”* (E08. Mujer). Como lo refiere otra de las entrevistadas, que describe un descuido y “olvido” de su propio cuerpo *“mi primer síntoma para mí era que empezaba a acumularme de cosas y no tener hambre, no me daba cuenta simplemente que no había comido hasta que me empecé a sentir mal”* (E07. Mujer).

En todos los casos la referencia es que el consumo de alcohol se constituye en una especie de paréntesis en un estado depresivo, pues los síntomas de depresión se presentan como motivo de consumo, pero también como efecto del mismo. Mario lo refiere de la siguiente manera: *“Todo alcohólico, es como que viene unido a la enfermedad por las resacas, o sea un alcohólico mientras que está bebiendo parece una persona alegre, feliz, pero el momento que despierta de su borrachera hay un bajón anímico brutal, hay un sentimiento de culpa, una soledad, un sentido de incompreensión”* (E02, Mario).

Una mujer de 37 años también se refiere a este estado de malestar que la llevaba a tomar alcohol, pero que luego era más intenso cuando pasaba el efecto del mismo, se trata de una especie de espiral o círculo vicioso *“sufría mucho lagunas mentales, entonces mi problema era ese mayormente ... entonces eso era fatal y eso me llevaba a deprimirme”* (E07, Mujer).

En cuanto a los síntomas sociales de la depresión, también asociados en los entrevistados al consumo de alcohol, son las dificultades en el hogar y la vida familiar, no hacer bien el trabajo, participar en un menor número de actividades so-

ciales y evitar el contacto con los amigos, descuidar sus aficiones e intereses. Como lo describe Pastor, en quien los síntomas depresivos asociados al consumo de alcohol se intensificaron con la separación de su esposa *“cuando se fue mi esposa yo lastimosamente ya no tenía ganas para buscar trabajo, no me importaba nada, seguía saliendo a la calle. Comencé a robar, comencé a asaltar, me metí en una pandilla, asaltaba en movi-lidades, me subía a taxis y los atracaba, entonces la verdad que quise destruir mi vida, durante ese tiempo intenté tres veces suicidarme”* (E04. Pastor, 34 años).

En el caso de Efraín, son los jefes en su trabajo quienes insisten en que éste presentaba síntomas de alcoholismo: *“los jefes ya me empezaron a hablar: ya Efraín tu forma de beber tienes que controlarlo porque, si no empiezas a controlar tu vida ¿cómo piensas controlar unos negocios? ¿Qué vos piensas hacer? (...) Me gusta tu forma de trabajar, eres una buena persona, pero cuando bebes te transformas”* (E05. Efraín).

Otro de los entrevistados, describe cómo se fue produciendo el deterioro en sus relaciones sociales y familiares y cómo pasó de una situación de contención familiar a una de marginalidad social *“ingresar a la*

cárcel grande hizo que mi familia primero que mi sociedad se empezara a alejar de mí. Porque yo era una persona muy catarra, entonces mis hermanos ya no querían saber más de mí. Entre las últimas personas fueron mis padres, ellos tenían mucha discusión porque mi madre siempre me apoyaba y mi padre ya no quería saber más de mí” (E01. Hombre).

Los síntomas psicológicos y los síntomas de deterioro social, son los que en varios de los casos produjo una “caída” más profunda, donde – según los entrevistados- empieza a presentarse el deseo de morir, las ideaciones, y en algunos casos, los intentos suicidas. Así lo refiere una de las entrevistadas: *“llegué al punto en que ya no quería hacer nada, o sea cuando ya me di cuenta que ni siquiera me quería morir, o sea que me daba lo mismo si al otro día amanecía (...) entonces cuando ya me di cuenta que me daba lo mismo si despertaba o no despertaba ahí pedí ayuda a mis papás y les dije “me estoy matando” (E08. Mujer).*

Otro de los entrevistados, hizo referencia a varios intentos de suicidio, *“he intentado asesinarme como 10 veces, me he cortado las venas, tengo cicatrices en todo mi cuerpo gracias a esas depresiones” (E01. Hombre),* que dan cuenta de un pasaje de las ideaciones, al acto. Por su parte,

Mario comentó que el consumo de alcohol le producía sentimientos de culpa por causar conflictos a su familia por lo que el suicidio se le presentaba como una alternativa, *“porque me estoy dañando y daño a otros y ya no hay para dónde ir y lo único que me quedaba era el suicidio” (E02. Mario).*

Como lo refiere Mario, el consumo de alcohol y los síntomas depresivos, constituyen en una moneda de dos caras, un circuito que profundiza el deterioro de la persona a nivel emocional, físico y social. *“Lo que en un principio era el remedio para mis miedos, luego se convierte en la misma enfermedad, entonces yo necesito beber para no sentir esa depresión y luego de beber siento más depresión. Entonces necesito otra vez beber y ese es el ciclo vicioso, que llega un momento que no tolero la vida sin beber; y lo único que me quedaba era el suicidio” (E02. Mario).*

La lucha por “dejar de tomar”, recaídas y tratamientos

En todos los entrevistados, fueron distintas las situaciones límite que los condujeron a buscar ayuda en espacios religiosos, terapéuticos, hasta llegar a Alcohólicos Anónimos, donde los participantes del estudio, encontraron alojamiento, explicación de su padecimiento y una intervención que produjo efecto.

Pastor, relató el momento límite en que llegó por primera vez a un centro de rehabilitación a sus 25 años, después de haber vivido en la calle por tres años: *“Yo a mis 25 años llegué a un centro, pero llegué totalmente destruido. Cuando me separé de mi esposa tendría unos 22 años, (...) llegué a vivir debajo de un puente hasta mis 25 años. En ese tiempo fue que experimenté todo lo que se experimenta en la calle: sufrimiento, dolor, pero yo consumí más droga, me destruí en las drogas. Hasta que un día me presentaron a un señor, había un centro de rehabilitación. Llegué al centro de rehabilitación y eso me ayudó a poder tener una esperanza de vida y ahora aquí estoy”* (E04, Pastor José Miguel, 34). En este caso, este primer intento de rehabilitación produjo un efecto de detención del consumo y un anclaje con la vida.

A diferencia de Mario, que recorrió varios espacios en la búsqueda de ayuda: *“empecé a buscar ayuda, me llevaron a terapia psicológica, hay muchos profesionales que todavía no entienden qué es la enfermedad del alcoholismo y yo menos. Y fui como a tres religiones diferentes, porque había yo escuchado que gente que va a una iglesia y deja de beber, pero yo hice el esfuerzo de ir y tampoco. Leí libros de autoayuda, hice promesas a mi*

familia y nada funcionó” (E02. Mario). Se trata de un recorrido donde las intervenciones no ayudaron a Mario, quien finalmente encontró en AA un sustento para alejarse del consumo de alcohol.

En el caso de Efraín, los intentos por dejar de tomar alcohol se convirtieron en una lucha, donde sentía que el alcohol siempre ganaba, *“intenté y me fui a una religión, intenté de otra forma, puse de mi parte, pero nunca pude ganarle al alcohol”* (E05. Efraín).

Muchos de los entrevistados hicieron referencia a las recaídas que vivieron, cuando intentaban dejar el consumo. Mario, refirió una recaída debido a un factor causal-individual, como es la baja percepción de riesgo, *“Unos dos años antes de llegar a alcohólicos anónimos, cuando vi que estaba perdiendo todo, decidí dejar de beber para siempre. Y para mi sorpresa dos semanas después estaba borracho otra vez, entonces ahí me di cuenta que ya estaba fuera de mis manos, porque yo antes de eso decía “yo bebo cuando quiero y lo dejo cuando quiero”, pero cuando realmente quise dejar de beber, no pude”* (E02. Mario).

Por su parte, Pastor refirió que sus recaídas se debieron a la falta de control de

sus impulsos, la toma de malas decisiones, destacados como síntomas de la depresión, sensaciones que lo llevaron a recaer en el consumo de alcohol y las drogas, *“me volvieron a expulsar de tres colegios otra vez, y eso me afectó bastante, ya no quise estudiar más. Volví a meterme en las drogas, así que esta persona que me ayudó, el dueño del restaurante me ayudó, me ofreció viajar con él y yo viajé, estuve durante tres años en el extranjero (...) allá pues fue peor todavía”* (E04. Pastor, 34).

A pesar del recorrido por distintas alternativas de intervención y de las recaídas en el consumo, los entrevistados evidenciaron que salir del alcoholismo es posible. *“tuve una recaída... no, dos recaídas en diferentes tiempos, esto no es fácil, es difícil pero no es imposible. Sé que puedo, sé que tengo la capacidad y la fuerza de voluntad de poder hacerlo”* (E03. Mujer, 37).

En cuanto a la alternativa que permitió a los entrevistados detener el consumo excesivo de alcohol, AA es la institución donde encontraron la ayuda que buscaban. Al respecto una de las entrevistadas señaló: *“sólo esto [AA] y bueno asistir a la iglesia digamos. Mi poder superior que es Dios, es la persona que me da fortaleza, me levanta, me da fuerzas”* (E03. Mujer).

Mientras que la intervención de AA se asienta en logros a corto plazo, un día a la vez, o como señala otro de los entrevistados 24 horas. *“sería un plan, el plan de las 24 horas que decimos 'por 24 horas no voy a tomar' y eso ya lo aplico a varias situaciones de mi vida, como lo dije antes acá el programa no te exige nada, pero te dice durante 24 horas no tomes. Pero ahora eso lo apliqué para las drogas, que me ha funcionado súper bien, durante 24 horas no tomo, durante 24 horas no consumo drogas, durante 24hrs no robo, durante 24 horas no peleo, es mi plan diario, es lo que me ha dado mucho resultado”* (E06. Hombre).

Otra de las entrevistadas sostiene una intervención desde el campo de la psicología, acompañada del apoyo de AA *“yo llevo tratamiento psicológico de una psicóloga con la que llevo terapia ya años y vengo a alcohólicos anónimos en periodos donde me siento más débil”* (E08. Mujer). Al respecto, una psicóloga clínica entrevistada, explicó que los tratamientos psicológicos se articulan con las terapias espirituales, *“en este centro trabajamos con terapias espirituales en primer lugar y también terapias conductuales, cognitivas conductuales que ayuda a poder desarrollar una conducta más apropiada”* (EIC2. Quintanilla, Edith. Psicóloga clínica).

Otro tipo de tratamiento es el que se aplica en algunos centros de rehabilitación, dependientes de algunas iglesias, como lo refirió uno de los informantes claves, Pastor de una Iglesia *“nosotros tenemos las terapias en tres áreas: la espiritual, que es como una psicológica, pero desde el punto de vista de la palabra; la ocupacional y la deportiva. Esos son las tres formas con las cuales nosotros trabajamos con todas las personas que tenemos en los centros de rehabilitación, y son por etapas”* (EIC1. Bahuer, Raül. Pastor). Las fases del tratamiento brindado en esta institución se realizan en distintos espacios ubicados a distintas distancias de la ciudad *“los primeros cuatro meses en un centro de rehabilitación que está a 90 km. de acá, la primera fase. La segunda fase ya los traemos a una quinta que está a 30 km. de Santa Cruz, donde ya la familia puede tener mucho más contacto con ellos. Internos también. Y después de un cierto tiempo los traemos ya a la ciudad, que se llama la casa de reintegración”* (EIC1. Bahuer, Raül. Pastor).

Finalmente, se puede escuchar, que los distintos espacios, tratamientos e instituciones, que brindan ayuda a las personas inmersas en un consumo excesivo de alcohol, atienden por un lado la dimensión del consumo, y por otro lado los aspectos

psicoafectivos vinculados al consumo, entre ellos los síntomas depresivos. Aunque los abordajes sean distintos, se puede escuchar que el empezar a tramitar y sentirse mejor con ellos mismos, incide en que las personas, puedan consentir a parar el consumo de alcohol.

Discusión

La investigación realizada demuestra que la relación del consumo excesivo de alcohol con la depresión es, como se planteó en la hipótesis de trabajo, biunívoca: la mayoría de las personas que llegan con alcoholismo es debido a una depresión previa al consumo; pero también hay casos en los que el paciente ha vivido rodeado de personas alcohólicas y que influyen en su comportamiento y toma de decisiones, tales como los padres.

Los participantes describían el consumo en dos etapas: el bebedor social, que bebe cuando quiere y hasta cuando quiere; y el bebedor alcohólico, que es el que ya no tiene control sobre su consumo y le cuesta dejarlo. Los síntomas y rasgos depresivos en los participantes fueron: desinterés en su vida diaria, pensamientos e intentos de suicidio, no disfrutar la vida, dificultades en el hogar, en la familia y en el entorno social, y sentirse desesperado e impotente.

Los síntomas depresivos y el consumo de alcohol excesivo se relacionan directamente. Es decir, uno de los síntomas depresivos que han tenido los miembros de AA es consumir alcohol en exceso; asimismo, uno de los efectos del consumo excesivo de alcohol es la aparición de síntomas o episodios depresivos. Al comparar la relación entre el consumo excesivo de alcohol y la depresión entre los hombres y mujeres del estudio, se pudo observar que la relación es la misma. Obtuvimos casos de mujeres y hombres que, debido a su depresión –y a otras variables-, se aferraron al alcohol; así como también obtuvimos en ambos sexos que el consumo excesivo empezó debido a factores emocionales y familiares, que incidieron en la aparición de los episodios depresivos.

Finalmente, los resultados del presente estudio coinciden con los del estudio desarrollado por Wu y otros (2007), donde se enfatiza que la mayor intensidad de consumo de alcohol se da en personas con síntomas depresivos.

Bibliografía

- Rodríguez, D. C., Dallos, C. M., González, S. J., Sánchez, Z. M., Díaz-Martínez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., & Campo-Arias, A. (2005). Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1402-1407. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500012
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Obtenido de: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Temas de salud. Depresión*. [Web] Obtenido de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Wu, P., Hoven, C.W. Okezie, N., Fuller, C.J. & Cohen, P. (2008). Alcohol abuse and depression in children and adolescents, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 17(2), 51-69, doi: 10.1300/J029v17n02_04

2018 |