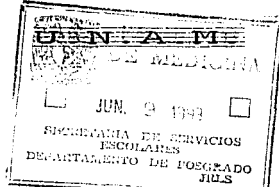


11241
7
205

Departamento de Psiquiatría y

Salud Mental

Facultad de Medicina



**SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA
DEPRESIVA EN PACIENTES QUE
CURSARON CON UN CUADRO DE
ALUCINOSIS ALCOHOLICA.**

**TESINA PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.**

PRESENTA:

DR. ALBERTO DAVID LADRON DE GUEVARA DOMINGUEZ.

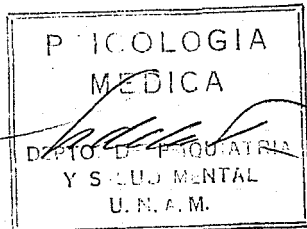
TUTOR:

DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZALEZ.

MEXICO, D.F. 1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



v. b. Alberto David



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION.-

Dentro de las complicaciones del alcoholismo, se encuentra este tipo de identidad psiquiátrica, la cual es detectada con regular frecuencia en el servicio de urgencias del HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".

Al efectuar el diagnóstico de este padecimiento, generalmente es ingresado, el paciente a la UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES PSIQUIATRICOS (U.C.E.P.), de este hospital; Únicamente si el paciente presenta una complicación médica severa, es canalizado a un Hospital General.

En promedio, su período de estancia intrahospitalaria, es de 3 a 7 días aproximadamente.

Al ser egresado el paciente, en ocasiones su seguimiento es difícil, ya que son fáciles desertores de la consulta externa.

Al momento no se encuentra, la severidad de sintomatología depresiva en el paciente con Alucinosis Alcohólica, siendo por lo anteriormente expuesto, que se investigará, específicamente en este aspecto, el estado de ánimo en estos pacientes, observando y registrando su frecuencia.

JUSTIFICACION.-

Entre alcoholismo y depresión, ha existido una asociación reconocida desde hace muchos años.

La duda y los requerimientos de información no solamente se formulan en nuestro medio, sino en casi todo el mundo, el alcoholismo es un problema creciente de salud pública y ha merecido desde 1950 que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) lo considere entre los trastornos de salud mental que requieren de máxima atención (1).

Cuando ha sido cuantificada por diferentes métodos psicodiagnósticos, la incidencia ha llegado a ser reportada dentro de un rango que va desde un 28% hasta un 51%.

La búsqueda de una relación entre ambas entidades clínicas ha seguido diversos caminos. Se ha sugerido que la depresión en el alcohólico, es secundaria a su alcoholismo mientras que otros autores suponen que el alcoholismo es consecuencia de un padecimiento afectivo dado.

En lo que se refiere a los factores causales, se ha visto con base a una larga serie de investigaciones efectuadas con todo rigor en diferentes campos de la fisiología que por lo menos por ahora, no se dispone de pruebas de que un factor único sea capaz de desencadenarlo y que todo defecto genérico, metabólico y nutricional necesita de otros factores como los psicopatológicos o los socioculturales para adquirir importancia como factor precipitante del alcoholismo.

Se indica (2), que los individuos que tienen mayores probabilidades de convertirse en alcohólicos son aquellos que tienen las siguientes peculiaridades: A).-Responden a las bebidas alcohólicas en cierta forma, quizá determinada fisiológicamente que les permite experimentar intenso alivio y relajación. B).-Poseen ciertas características de la personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, de ansiedad y de frustración. C).-Pertenecen a las culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

La observación entre depresión y alcoholismo ha sido mencionada con anterioridad tanto por autores nacionales como extranjeros. Entre los trabajos más citados se encuentran las ponencias de Hudolin V.(3), que realizó en el Simposio sobre Alcoholismo que se llevó a cabo en Canada en 1970, por parte de la Adicción Research Foundation, donde se hizo énfasis especial en el cuidado que debe merecer, para el médico general y en especial para el Psiquiatra, la asociación entre alcoholismo y depresión --- (4).

En la práctica clínica con frecuencia se observa que el paciente alcohólico acusa datos clínicos de depresión, que habitualmente son ignorados, las posibles causas de ese hecho serían meras especulaciones, pero como punto básico debían de remitirnos a los conceptos que el médico tratante tiene sobre el alcohol y la depresión.

El antecedente de beber en exceso, en muchas ocasiones invita a evitar pesquisas sobre los problemas psiquiátricos serios que frecuentemente se presentan con él, es el caso de la personalidad sociopática.

Rosenthal y cols. (5), revisan la familia y el desarrollo como factores de depresión, encontrando en su relación, características importantes en la relación familiar y el desarrollo de paciente con depresión, asociando esta con antecedentes tales como: pérdida parental del niño y una historia familiar de alcoholismo.

Otro enfoque del problema, ha sido tratar de ver la asociación entre características de personalidad del alcohólico y depresión. A través de la historia del alcoholismo vemos que se han realizado intentos múltiples por definir e identificar un perfil de "personalidad alcohólica", sin embargo los resultados no son concluyentes.

Es evidente que los alcohólicos muestran características comunes. Terapeutas experimentados en el tratamiento de problemas de alcoholismo, reportan con frecuencia que sus pacientes están clínicamente deprimidos, y proponen como un esquema provechoso, para comprender en la práctica clínica el alcoholismo y depresión, la distinción entre alcoholismo activo y tomadores en recuperación.

Otro punto de vista para la investigación del binomio alcoholismo-depresión, es la asociación de este con eventos de la vida.

Existen múltiples trabajos en el área, que tratan de investigar gran número de variables, sin embargo los resultados no son concluyentes y en ocasiones aportan información en dirección opuesta. Así por ejemplo mientras algunos afirman que pacientes con depresión unipolar tanto de inicio temprano como tardío, muestran una importante morbilidad familiar para el alcoholismo. (6).

En fechas recientes se ha llegado a conclusiones como la de considerar a todo bebedor crónico excesivo como un paciente con muy probables antecedentes depresivos (7). Schuckit (4) considera que una persona con períodos depresivos previos ó cuadros depresivos que no se relacionan con la ingesta de alcohol, deberían ser tratados como trastornos depresivos primarios.

En la actualidad el tremendo incremento en la depresión, su tendencia a violar impulsos básicos como el de la propia conservación, el gregario y el maternal, y su efecto bloqueador de necesidades biológicas como el hambre, el sueño y el apetito sexual ha provocado que un gran número de investigadores sume esfuerzos para pensar e iniciar la acción, y una percepción pesimista de uno mismo y del mundo. Se acompaña de perturbaciones del sueño, pérdida del apetito y peso, síntomas en diversos aparatos y sistemas, particularmente el cardiorrelatorio y el digestivo.

Se encuentra frecuentemente en la clínica de forma única ó acompañando a otras enfermedades. Pero aunque la depresión, sea una de las enfermedades más frecuentes y graves, los médicos considera que se trata de un padecimiento del que poco se sabe. En realidad el término depresión frecuentemente se utiliza para designar muchos estados anímicos. Al igual que otras etiquetas clínicas incluye toda una serie de trastornos más o menos emparentados entre sí. A pesar de los empeños científicos los acuerdos en diagnósticos, epidemiología y clasificación aún son dispares y cambiantes (8).

En el párrafo anterior consignamos algunas de las características del citado mal, más frecuentemente enumeradas, pero aún así las variaciones en la intensidad y motivos en la depresión son dos puntos en los que se podría discutir ampliamente. Sobre lo único en lo que se está de acuerdo acerca de la depresión, es que se trata de un estado patológico ubicuo y universal, que según parece es inherente a la condición humana. Cuando los psiquiatras hablan de depresión no suelen referirse a estados pasajeros de aflicción ó tristeza que afectan a toda persona normal.

Se considera que sentir algo de angustia, pesimismo ó aburrimiento son únicamente cambios anímicos que no entrañan patología, pero el médico se preocupa cuando estos sentimientos se vuelven tan intensos que perturban los actos de la vida diaria. Los pacientes deprimidos muchas veces no pueden ejecutar las tareas rutinarias y cotidianas tales como vestirse, comer y hasta levantarse de su cama en la mañana. Para algunos pacientes es difícil hablar, la pasividad y la introversión se encuentran entre los síntomas más frecuentes de la depresión. (9).

Pero la tristeza no siempre es una manifestación evidente, ni siquiera entre los propensos al suicidio. La agitación, la convicción de falta de méritos personales y el pesimismo con respecto al futuro son así mismo características del deprimido.

Un síntoma muy frecuente y a menudo inadvertido es la ausencia del placer.

Desafortunadamente estos síntomas no los advierte fácilmente el médico la mayor parte de las veces. El Dr. Norman Sartorius, Director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que en el mundo existen por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica de depresión .

Pero mucho más pacientes que estos se someten a tratamiento por alguna otra molestia en la que la Depresión subyacente, a menudo el meollo del problema, pasa inadvertida, por que se niega, disfraza ó substituye.

Según Freedman y Kaplan (16), definen la Depresión de la siguiente manera: Es utilizada en tres diferentes sentidos: En el lenguaje común se describe como un estado de tristeza que todas las personas experimentan cuando pierden algo de importancia hacia ellos (po, ej.: cuando fallece un familiar cercano a ellos.).

En la Psiquiatría se utiliza para definir un afecto anormal relacionado con la tristeza, y de miseria en la experiencia cotidiana.

Como tal la Depresión puede aparecer como un síntoma en cualquier trastorno mental y también como síntoma en muchas enfermedades orgánicas y en condiciones tóxicas.

Finalmente la palabra Depresión es utilizada para denominar a estados clínicos ó trastornos (reemplazando la forma de melancolía) que consisten en un grupo de síntomas formando patrones reconocibles y a veces mostrando un curso clínico con una recuperación mayor ó menor entre los ataques agudos.

Estos autores se refieren a el esquema de clasificación que utiliza el DSM III-R de la Asociación Psiquiátrica Americana (17).

Los aspectos epidemiológicos de la Depresión podrían describirse diciendo que de las personas que solicitan atención médica, del 33 al 40 %, sufren Depresión en algún grado.

La tasa de Prevalencia de Depresión en los países desarrollados es del 4 % en la población en general; De estos enfermos, uno de cada cincuenta son hospitalizados, uno de cada doscientos se suicida. En el curso de su vida una de cada diez personas sufren de cuadros depresivos y el 10 % de los enfermos deprimidos, pasan más de 4 años en un Hospital.

Los intentos recientes en el abordaje científico de la asociación Alcoholismo-Depresión tienen sus antecedentes en los reportes que con anterioridad habían sido dados por estudiosos de la conducta humana con bases psicoanalíticas y los psiquiatras de la escuela psicodinámica.

Fenichel (11) menciona que las personas adictas a una droga determinada tienen una predisposición a reaccionar a sus efectos, utilizándolos para satisfacer el "anhelo oral" que al mismo tiempo es "anhelo sexual", una necesidad de seguridad y de conservar la autoestima.

El carácter oral depende de sus objetos para la conservación de la autoestima, además de esto muchas maneras directamente eróticas de usar la boca en procura del placer, pueden reflejarse en la conducta (actitudes de alimentación, beber, fumar, etc.).

Así se orienta la conjunción de dos cuadros patológicos como lo son la dependencia a Drogas-Alcohol en este caso, y la Depresión.

Calderón Narváez refiere que el pronóstico y el tratamiento de los dos cuadros dependen de un grado importante de establecer cuál fue el primario y cuál el secundario, además de la respuesta de los cuadros depresivos a la medicación y sus efectos benéficos que ayudarían a la resolución de un alto porcentaje de alcohólicos mal diagnosticados.

La mayor parte de las definiciones de alcoholismo se refieren ya sea a la sustancia, a factores sociológicos o a la patología subyacente.

Probablemente la definición más operante para fundar un programa de trabajo sobre alcoholismo y la que contiene los aspectos médicos más importantes, es la que lo considera "una enfermedad crónica".

Un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta un punto que excede a lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales y con su capacidad para el trabajo (12).

La dificultad en el tratamiento del paciente alcohólico en muchas ocasiones lleva a un descuido del estudio concienzudo de cada cuadro, pudiendo descubrirse en muchos que quizá una intervención adecuada en el aspecto farmacológico y psicoterapéutico de un paciente deprimido que bebe excesivamente, puede ayudar mucho en la mejoría e incluso al reestablecimiento total (13).

La magnitud y características del problema que la ingestión excesiva de alcohol causa en nuestro país, se manifiesta por las estimaciones que sobre el asunto se realizan: el 5.7 % de la población mayor de 20 años padece alcoholismo, lo que representaría aproximadamente 1.7 millones de alcohólicos (14).

Estos datos sufren variaciones regionales importantes.

La edad más importantemente afectada está ubicada entre los 30 y los 50 años de edad, en el sexo masculino (14).

Se calcula que el alcoholismo es responsable de 160,000 horas quincenales de trabajo perdidas entre los pacientes asegurados y el 12 % del ausentismo total se debe a la ingestión exagerada de alcohol.

Así mismo se ha estimado que en cerca del 45 % de los casos de violación reportados el violador se encontraba bajo los efectos del alcohol. El 15 % de los casos de niños-maltratados, el padre golpeador era bebedor excesivo.

Se calcula que de los accidentes automovilísticos graves, el 88 % se debe al conductor, mientras que solamente el 5 % a fallas mecánicas; 7 % a causas que no provienen del conductor, ni del vehículo.

La tasa de mortalidad en alcohólicos es 2.5 veces mayor que la tasa normal; Las muertes por accidentes son 7 veces más altas que en la población en general (14).

También las tasas de morbilidad entre alcohólicos son muy altas; En los Hospitales Generales se identifican del 13 % al 19 % de pacientes con problema de alcoholismo. Los especialistas opinan que una tasa constante de alcoholismo dura generalmente varios años.

Puesto que en muchos casos la dolencia no llega a la muerte, debe de haber una población de varios de miles de "prealcohólicos", es decir de personas que son grandes bebedores ó bebedores habituales de alcoholotes de alta graduación, que aún no se identifican como pacientes y que no se captan estadísticamente por medio de la valoración de la causa de muerte.

Con lo anteriormente expuesto, contamos con una complicación del alcoholismo, la cual se encuentra clasificada según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) en el apartado de Trastornos y Síndromes Mentales Orgánicos-- como: "ALUCINOSIS ALCOHOLICA" (17).

En esta entidad, así como en la Depresión y el Alcoholismo, no contamos con Estadísticas de Hospitales Psiquiátricos Nacionales.

Es por lo anterior que considerandose a esta entidad de Alucinosis Alcohólica frecuente en los ingresos hospitalarios en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, analizaremos la Severidad de la Sintomatología Depresiva en pacientes que cursaron con un cuadro de Alucinosis Alcohólica.

Según los autores de Freedman y Kaplan la Alucinosis Alcohólica es un trastorno de síntomas sencillos, haciéndose la diferencia, de los calificados por la Organización Mundial de la Salud, efectuándose un cuidadoso examen mental, así como también deberá de distinguirse de la alucinosis funcional por la presencia de un factor orgánico detectable. Las alucinaciones hipnagógicas e hipnópompicas, así como los estados facticios deberán de ser descartados.

La mayor parte de las gentes quienes presentan alucinosis alcohólica cursarán con delirios, haciéndose referencia también que las alucinosis aisladas son poco comunes en Hospitales Generales.

Son más comunes este tipo de Alucinosis en patologías de Abuso de Sustancias y no son comunes en estado de resaca aguda.

Son observados los tipos visuales, auditivos, olfatorios y los somatosensoriales. Las elaboraciones y vivencias dependerán de la etiología.

Criterios del DSM III R:

A: Desarrollo breve (habitualmente en 48 horas) de una alucinosis orgánica (A. Predominio de alucinaciones persistentes ó recurrentes. B: Demostración a través de la historia, del exámen físico y de las pruebas de laboratorio de una causa (ó factor) orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con la alteración.

C: No aparece exclusivamente en el curso de un Delirium. Alucinosis vivida y persistentes (auditivas ó visuales) tras la interrupción ó disminución de la ingesta alcohólica en un individuo que parece presentar una dependencia alcohólica.)

B: No hay un Delirium como en el Delirium por Abstinencia Alcohólica.

C: Todo ello no debido a ningún otro trastorno mental ó físico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la estancia intrahospitalaria del paciente referido anteriormente en la UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES PSIQUIATRICOS del HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ", se ha observado que un número elevado de ellos presentan clínicamente manifestaciones depresivas, lo cual ha sido al detectarse de relevante importancia para su manejo terapéutico ya que de no haberse tomado en consideración este aspecto su pronóstico seguramente hubiera sido diferente.

Con los datos referidos, y sobre la bibliografía en la Asociación de Alcoholismo y Depresión se plantea la pregunta problema:

¿Con que severidad se presenta la Sintomatología Depresiva en Pacientes que Cursaron Con un Cuadro de Alucinosis Alcohólica?.

HIPOTESIS:

En comparación con el paciente No Alcohólico (Hospitalizado), el paciente Alcohólico (Hospitalizado) (En este caso con Alucinosis Alcohólica), presenta de manera más frecuente sintomatología depresiva.

OBJETIVOS:

- 1.-Observar en que frecuencia se presenta Sintomatología Depresiva en una muestra de pacientes con Alucinosis Alcohólica, que son internados en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos, que son internados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".
- 2.-Conocer mediante la aplicación de la Escala de Hamilton para Depresión, la severidad del cuadro depresivo.

METODOLOGIA:

DISEÑO:

El presente estudio se trata de una investigación observacional, por lo que los resultados no modificarán ni el promedio ni la desviación estandar.

LINIVERSO:

Se estudiarán los pacientes hospitalizados en el HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" de la S.S.A., que se encuentren en la UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES PSIQUIATRICOS (UCEP), con la Impresión Diagnóstica de Alucinosis Alcohólica, del sexo masculino y en un rango de edades de los 20 a los 60 años de edad y que sean ingresados por medio del servicio de urgencias.

ESCALA DE HAMILTON:

En 1960, Max Hamilton hizo un análisis de las escalas existentes para medir síntomas de trastornos mentales. Consideró que podían dividirse en 4 grupos:

- 1.-Algunas fueron elaboradas para hacer estudios de enfermos mentales y tenían el inconveniente de que al aplicarse a individuos normales, muchos de los síntomas no podían ser identificados, por no ser equiparable un trastorno psiquiátrico con una variación ligera de la conducta ó del humor.*
- 2.-Las escalas existentes de autoaplicación, si bien eran fáciles de administrar, tenían el inconveniente de que los enfermos con trastornos psiquiátricos acentuados tenían limitada su capacidad para resolverlas.*
- 3.-Muchas escalas de conducta se utilizaron para medir la capacidad de adaptación en instituciones hospitalarias, pero dieron poca ó ninguna información acerca de síntomas de depresión.*
- 4.-Otras escalas habían sido diseñadas para cuantificar síntomas de enfermedad mental por lo que cubrían todo el rango de trastornos psiquiátricos. La desventaja de estas escalas consistió en la dificultad para identificar algunos síntomas, por ejemplo para establecer la diferencia entre apatía, retardo y estupor.*

En síntomas como "ideas delirantes" el significado era muy diferente si se refería a cuadros depresivos, esquizofrénicos, paranoides o hipocondríacos.

Por tal motivo, Hamilton elaboró su escala (16.17) que se utiliza hasta la fecha, sobre todo para medir la intensidad de la depresión en investigaciones con antidepresivos.

-Descripción de la Escala:

La escala consta de 17 variables; Algunas se definen como categorías de interés creciente; Otras por términos equivalentes.

La forma como se cuantifica el registro incluye cuatro variables adicionales: Variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos. Esto da un total de 21 reactivos.

Las variables se miden con una escala de cinco ó tres puntos.. Cuando la cuantificación es difícil no se establece una distinción entre frecuencia e intensidad de los síntomas, y la persona que cuantifica debe tomar en cuenta ambos elementos al hacer su valoración.

En ocasiones se presentan problemas al valorar ciertos síntomas, por ejemplo en la Triada- Depresiva: Tristeza, culpa y tendencias suicidas, tan estrechamente ligadas que su descripción e interpretación es difícil de separar, pudiéndose otorgar a todas ellas puntajes altos ó bajos en forma global, sin analizar cada síntoma por separado.

El autor recomienda que dos personas independientes califiquen al paciente en la misma entrevista, para obtener una calificación promedio y evitar errores de interpretación personal.

SINTOMAS DEL ENFERMO Y SU CUANTIFICACION:

1.-Talante depresivo (Tristeza, desesperanza, impotencia, desamparo.).

0. Ausente.

1. Acepta los síntomas solo cuando le preguntan.

2. Comunica estos síntomas no en forma verbal, sino por la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto.

3. El paciente refiere casi únicamente estos síntomas en su comunicación tanto verbal como no verbal.

2.-Sentimientos de Culpa:

0.Ausentes.

1.Autoreproche.

2.Rumiación de errores pasados ó de malas acciones.

3.La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpa.

4.Oye voces que lo acusan ó lo denuncian y/ó experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3.-Suicidio:

0.Ausente.

1.Siente que la vida no vale la pena.

2.Deseos de morir ó pensamientos fugaces de matarse.

3.Ideas ó amagos suicidas.

4.Intentos de suicidio.

4.-Insomnio inicial:

0.Nunca tarda en conciliar el sueño.

1.Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (tarda más de media hora en dormirse).2.Diariamente tarda en conciliar el sueño.

5.-Insomnio ó despertares intermedios:

0.Ausente.

1.Se queja de sueño superficial e inquieto durante toda la noche.

2.Despierta durante la noche; Si se levanta de la cama calificar con 2,excepto si es para orinar.

6.-Insomnio terminal:

0.Ausente.

1.Despierta en la madrugada,pero vuelve a dormirse.

2.Si se levanta no puede volver a dormirse.

7.-Trabajo y actividades:

0.No tiene problemas.

1.Pensamientos y sentimientos de incapacidad,fatiga ó debilidad en relación con las actividades del trabajo ó diversiones.

2.Pérdida del interés por las actividades,diversiones ó trabajo,ya sea reportado directa mente por el paciente ó indirectamente por mostrarse desatento,indeciso y vacitante (siente que tiene que forzarse para iniciar el trabajo ó actividades.).

3.Disminución del tiempo que dedicaba normalmente a sus actividades ó disminución de la productividad.

4.Dejó de trabajar a causa del padecimiento actual. En el Hospital,catifique con 4-puntos si el paciente no participa en ninguna actividad,salvo tareas de pabellón ó si el paciente no efectua sus labores del pabellón cuando se le deja solo.

8.-Retardo. (Lentitud en el pensamiento y la palabra,dificultad para concentrarse; Actividad motora disminuida):

0.Pensamiento y palabras normales.

1.Retardo ligero durante la entrevista.

2.Retardo obvio durante la entrevista.

3.Entrevista difícil.

4.Imposibilidad en el diálogo.

9.-Agitación:

0.Ninguna.

1.El paciente juega con sus manos,se muerde las uñas,se tira de los cabellos,se muerde los labios,etc.

10.-Ansiedad Psíquica:

0.Ausente.

1.Tensión subjetiva ó irritabilidad.

2.Preocupación por cosas triviales.

3.Actitud ansiosa aparente en la expresión de su cara.

4. Habla espontáneamente de sus temores.

11.- Ansiedad somática (angustia).

0. Ausente.

1. Ligera.

2. Moderada.

3. Severa.

4. Incapacitante.

Signos fisiológicos concomitantes de ansiedad: *Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos.*

Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias
Respiratorios: Hiperventilación, suspiros.
Frecuencia urinaria.
Sudación.

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.

0. Ninguno.

1. Pérdida del apetito, pero come si se le insiste. Pide ó necesita laxantes u otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13.- Síntomas somáticos Generales.-

0. Ninguno.

1. Pesantez de extremidades, espalda ó nuca. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares.

Pérdida de energía y fatigabilidad.

2. Cualquier síntoma bien definido.

14.- Síntomas genitales:

0. Ausente.

(síntomas como: pérdida de la libido y trastornos menstruales, entre otros.)

1. Débil.

2. Grave.

3. Incapacitante.

15.- Hipocondría:

0. Ausente.

1. Atención excesiva a su cuerpo.

2. Preocupación por su salud.

3. Quejas frecuentes, solicita ayuda, etc.

4. Ideas delirantes hipocondríacas.

16.-Pérdida de peso.(Catificar A ó B):

A.Valorado para interrogatorio.

0.No ha perdido peso.

1.Probable pérdida de peso asociada al padecimiento actual.

2.Pérdida de peso indudable.

B.Valorado semanalmente por el médico al pesar al enfermo.

0.Pérdida menor a 500 grs. en una semana. por término medio.

1.Pérdida de más de 500 grs.en una semana.

2.Pérdida de más de 1 Kg. en una semana.

17.-Conciencia de enfermedad (insight):

0.Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1.Se da cuenta de que está deprimido y enfermo,pero lo atribuye a la comida,al clima ,al trabajo excesivo,a los virus,a la necesidad de descanso,etc.

2.Niega por completo estar enfermo.

18.-Variación diurna:

0.Ausente.

1.Ligera.

2.Grave.

Indicar si los síntomas son--
más severos en la mañana
(M) ó por la tarde (T).

19.-Despersonalización y sensación de irrealidad.

0.Ausente.

1.Ligera sensación de irrealidad.

2.Moderada.Ideas nihilistas ó de negación.

3.Severa.

4.Incapacitante.

20.-Síntomas paranoides.

0.Ausentes.

1.Suspiciacia leve.

2.Suspiciacia moderada.

3. Ideas de referencia.

4. Delirios de referencia y de persecución.

21.- Síntomas obsesivos y compulsivos:

0. Ausentes.

1. Leves.

RESULTADOS.-

Se estudiaron un total de 40 individuos, de acuerdo a los criterios de inclusión para el grupo.

Los pacientes a su ingreso fueron evaluados por médicos residentes (diferente a el investigador), quien confirma el diagnóstico clínico de Alucinosis Alcohólica, siendo constatado por medio de entrevista psiquiátrica por el investigador.

Las personas, informadas del procedimiento, y previo consentimiento, se procedió a la realización de este. Se efectuó este procedimiento el día del egreso del paciente aplicandose la escala de Hamilton para la Depresión.

Se llevó registro de los datos de cada individuo, en sus respectivas escalas, donde se les tomó la información de: Siglas del nombre, edad, sexo, si contaba con ocupación o no, días de estancia intrahospitalaria y calificación en la escala de Hamilton.

Una vez realizado esto se llevó a cabo el recuento, para los fines de este estudio, se consideró presencia de síndrome depresivo en aquellos individuos que tuvieron una calificación de más de 18 puntos en la calificación final del instrumento (16,18).

Obtenida ya esta información, se practica el Analisis Descriptivo, el Analisis Estadístico de Ocupación y en último lugar el día en que se aplicó el puntaje de Hamilton para Depresión.

Es entonces que pasamos a obtener el Puntaje de Hamilton promedio y el Analisis de Frecuencia.

1.-ANALISIS DESCRIPTIVO.-

Fué lo que se hizo con sus respectivas desviaciones standard.

E.P.H.:Edad promedio con Hamilton.

La media fué de = 38.75 años.

Con desviación standard de 8.89

La edad mínima fué de 23 años.

La edad máxima fué de 60 años.

2.-ANALISIS ESTADISTICO DE OCUPACION:

La media es de 1.70.

3.-DIA DE PUNTAJE DE HAMILTON. (D.P.H.)

Es el promedio de días en que se valoró a los pacientes (día en que se da de alta hospitalaria).

En promedio:4

Con desviación standard de 2.25.

4.-PUNTAJE DE HAMILTON PROMEDIO.-

Promedio:24.23.

Desviación standard de 7.71.

Mínimo obtenido:11

Máximo obtenido:38.

5.-ANALISIS DE FRECUENCIA.-

Pacientes que se encuentran entre las edades de los 23 a los 45 años equivale a un 80 % de la población.

Y pacientes entre los 46 a los 60 años de edad tuvo un equivalente a un 20 % del total de la muestra.

<u>PUNTOS.</u>	<u>FRECUENCIA.</u>	<u>%</u>
11-21	19	47.5
22-32	13	32.5
33-43	8	40

DISCUSION.-

Los resultados obtenidos muestran que los pacientes estudiados tuvieron un aumento en la severidad de la sintomatología depresiva.

El puntaje promedio encontrado en la investigación fué de 23 a 24 puntos, que según Hamilton y Freedman y Kaplan (16,18), corresponde a una sintomatología depresiva leve.

Lo anterior nos hace pensar que en nuestra población estudiada existe asociación entre alcoholismo y sintomatología depresiva.

El estudio demográfico de los sujetos mostró que el grupo tenía una edad promedio de 38.75 años, que el 80 % de los sujetos tenía ocupación y solo el 20 % se hallaba desempleado.

Nuestros hallazgos son congruentes con los estudios que se han llevado a cabo (2,4,6,8,13,15.) en la relación de Alcoholismo y Depresión.

La depresión como ya dijimos anteriormente, es un trastorno afectivo, que se caracteriza no solamente por alteraciones psíquicas, sino por alteraciones somáticas.

Si las primeras no se identifican, el cuadro depresivo no tratado puede ser la causa de la falta de remisión de las quejas somáticas, que desvían al tratamiento a otras áreas, sin enfocar el origen de la sintomatología.

Con los hallazgos se hará énfasis en el seguimiento adecuado del paciente y su diagnóstico.

Finalmente mencionaremos que por ser este un trabajo observacional, descriptivo, transversal, no reúne características, para poder extrapolar nuestros resultados a una población general sino que únicamente es representativo de la muestra estudiada.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.-Organización Mundial de la Salud: Informe de la Reunión del Subcomité de Alcoholismo. Serie de Informes Técnicos Num.42 Ginebra 1953
- 2.-Velasco Fernández R. :Alcoholismo.Mesa redonda;Rev.Fac.Med. 19:6-27; 1976.
- 3.-Hudolin V. :Acute complications of Alcoholism.Alcohol and alcoholism.Addiction Research Foundation.U.of Toronto Press.1970.
- 4.-Schuckit M.A.:Alcohol and Depression.Advances in alcoholism. 1980.
- 5.-Rosenthal,L.Akishal,H and David M.:Family and developmental factors in characterological depression. J.Affective Disord. 18:177-183.1981.
- 6.-Fouler R.Liskou,B. and Bann V.:Alcoholism,Depressive and life events.J.Affective Disord. 2:127-135. 1980.
- 7.-Psychopatological and sociodemographic characteristics of 1231 depressed patients with and without coexisting alcoholism. Loo H.Rein W;Souche A;Dufour H. Psychiatry-Psychobiol. 5/4 (249-255).1990.
- 8.-Keller M.H. Taylor I C.Miller W C.: Are all recently detoxified alcoholism depressed?.AM.JOUR.PSYCHIATRY. 136:586.1979.
- 9.-Finn P.R.;Kleinmann-I;Phil-R.D.:The lifetime prevalence of psychopathology in men with multigenerational family histories of alcoholism.J-NERV-MENT-DIS. 178/8 (500-504).1990.
- 10.-Kolb,LC:Psiquiatría Clínica Moderna.8 Ed.Prensa Médica Mexicana 1976.
- 11.-Fenichel O.:Teoría Psicoanalítica de las Neurosis.Ed.Paidos. Buenos Aires.1966.

- 12.-Winokur G; Coryell-W.:Familial Alcoholism in primary unipolar major depressive disorder. AM-JOUR-PSYCHIATRY.148/2 (184-188).1991
- 13.-Calderón N.G. :Depresión, causas ,manifestaciones y tratamiento. Ed.Trillas,México.1984.
- 14.-De la Fuente R.Campillo C.:Alcoholism and drug abuse in México. Ed.R F -Books,Toronto.1978.
- 15.-Bustamante M.E.:El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas. V aspecto socioeconómico.Gac.Med.Mex. 107-227. 1974.
- 16.-Freedman-Kaplan.Textbook of Psychiatry. The psychiatry interview ,history and mentalstatus examination;Psychological assesment of personality of adults and children.;Psychiatry rating scales;Mood disorders:Clinical features.(455-456,487-490,536,541,911.). 1990.
- 17.-American Psychiatry Association. DSM III R.Criterios diagnósticos.Ed.Masson .1988.
- 18.-Hamilton Max.: A rating scale for depression. J-NEUROLOGY-NEURO SURG-PSYCHIATRY, 1960 (23-56).