

11241
8
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TÍTULO

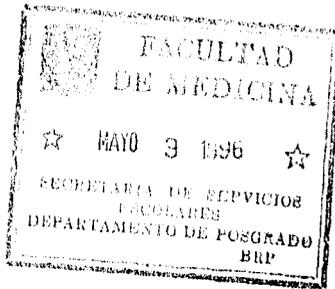
RESPUESTA A MANEJO FARMACOLÓGICO CON BUSPIRONA O ALPRAZOLAM EN
PACIENTES ALCOHÓLICOS CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, UN
ESTUDIO COMPARATIVO

ALUMNO

DR. JORGE LUIS EQUIHUA ALVARADO

MÉDICO RESIDENTE DE TERCER GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA
ADSCRITO AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

TUTOR TEÓRICO

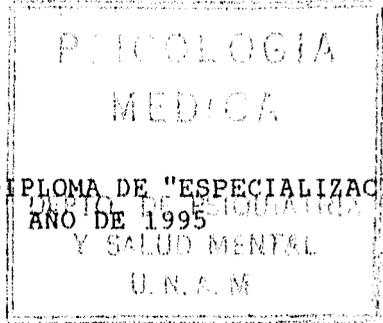


TUTOR METODOLÓGICO

~~DR. CARLOS CASTAÑEDA G.~~

~~DR. RAFAEL SALÍN PASCUAL~~

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA"

[Handwritten signature]

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	Página
TITULO.....	1
INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES.....	9
MARCO TEORICO.....	27
DEFINICION DEL PROBLEMA.....	30
JUSTIFICACION.....	31
OBJETIVO.....	32
HIPOTESIS.....	33
DISEÑO DE INVESTIGACION.....	34
PLAN DE MANEJO ESTADISTICO.....	36
ORGANIZACION DE ACTIVIDADES.....	38
RESULTADOS.....	40
TABLAS Y GRAFICAS.....	43
OBSERVACIONES.....	66
DISCUCION.....	66
PROPUESTAS.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	68

INTRODUCCION.

Los estudiosos de las más antiguas culturas han encontrado unas evidencias del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra en un periodo cercano a los 4 000 años antes de Cristo .(30)

El aislamiento de una preparación fuerte de alcohol a través de la destilación fue logrado por primera vez por el químico persa Rhases alrededor del año 800 de nuestra era. Sus resultados los publicó en árabe que era la lengua internacional en su región .(21)

Los eruditos y sabios de esa época y esa región al parecer creían que cuando se hervía material fermentado se desprendía un fino polvo invisible. La frase árabe para decir el polvo es "Al Kohl" y de allí es que proviene el termino alcohol. Los licores y las bebidas espirituosas con alcohol destilado fueron introducidos en Europa hacia finales de la edad media. Es aún asunto de discusión abierta el que la popularidad de tales preparaciones destiladas haya causado un aumento en los problemas médico-sociales, y que tal aumento persista hasta la época actual.

En el México prehispánico el alcohol, representado por el Octli o pulque, dejó su huella imprecionante en el aspecto social. La importancia del pulque se ve sobre todo en el papel que desempeñaban en la religión los dioses de la bebida y la embriaguez. Eran los dioses lunares y terrestres de la abundancia los Centzontochtín y también la diosa del maguey, Mayahuel.

Por otra parte, sabemos bien que la interpretación del calendario adivinatorio era muy importante para el individuo ya que la influencia del signo del día de su nacimiento lo dominaría hasta la muerte e incluso determinaría su vida en el más allá.

El signo Ome Tochtli profetizaba para su poseedor una tragedia. Sería afecto a la embriaguez. El mismo Fray Bernardino nos dice al respecto. "Decían que cualquiera que naciera bajo ese signo sería borracho, inclinado a beber vino y que no buscaba otra cosa sino el vino, no se acuerda de otra cosa sino del vino y en despertando en la mañana lo bebe y así cada día anda borracho y aún lo bebe en ayunas y en la mañana luego se va a la casa de los taberneros, pidiéndoles por gracia el vino, y no puede sosegar sin beber vino".

Es así como el alcoholismo ha sido un acompañante persistente del hombre, seguramente no para su bien.

Es una pena que tenga que ser así cuando el alcohol ingerido en forma responsable y adecuada puede contribuir al deleite y a la dignidad de algunas de las actividades del hombre, como el reposo, la convivencia y la alimentación.

Nuestra sociedad tiene una postura contradictoria. Por una parte no sólo acepta y tolera el consumo del alcohol, sino que además lo promueve con apoyo de una costosa publicidad, y por la otra cuando el sujeto no es capaz de manejar su ingestión, es rechazado en forma violenta, por otra parte de su familia como de su grupo social.

Esta marginación provoca, en general una tendencia mayor a recurrir al alcohol.

Así el comité de expertos de la OMS, reunidos en 1954, dió la definición siguiente de alcoholismo:

Una enfermedad crónica, o desorden de la conducta caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en medida que, el consumo dietético acostumbrado es excedido o de la adaptación a las costumbres sociales corrientes de la comunidad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica .(6)

E.M. Jellinek pionero de los estudios sobre el alcoholismo propuso cinco patrones básicos del beber excesivo, utilizó letras del alfabeto griego como etiquetas neutrales para sus patrones básicos de alcoholismo a fin de no ser perjudicado al respecto.

Alcoholismo Alfa: Consiste en una dependencia psicológica al alcohol. "bebida indisciplinada" es la frase que también se usa para describir este estado. Un individuo con alcoholismo alfa puede proceder a desarrollar una dependencia física y las demás características del alcoholismo gamma.

Alcoholismo Beta: Representa el hábito de beber de una manera social en exceso con sus secuelas físicas. Jellinek consideró que el fenómeno es más común en los países en que es normal consumir

alcohol, Con frecuencia se relaciona con desnutrición de acuerdo con Jellinek no están presentes aquí la dependencia psicológica ni la física.

Alcoholismo Gamma: Consiste en beber hasta el estado de embriaguez en episodios que pueden durar hasta días, semanas o meses. Existe una dependencia física que se manifiesta por los síntomas del síndrome de abstinencia cuando se deja de ingerir la dosis de alcohol habitual. Entre borrachera y borrachera el alcohólico gamma o se abstiene de tomar o bien lo hace de modo muy moderado. Se dice que en estado "se pierde el control" en el sentido de que cuando el sujeto toma alcohol a veces evoca añoranzas y deseos de beber más y la ingestión puede continuar hasta la intoxicación. En este contexto Jellinek hace alusión al famoso refrán que citan los grupos de Alcohólicos Anónimos "Un trago es demasiado y veinte no son suficientes".

Alcoholismo Delta: Se caracteriza por un elevado volumen en el consumo de alcohol; durante el día, aunque el sujeto retiene su capacidad de evitar las disfunciones de la intoxicación patente.

Existe en estos casos una pronunciada neuroadaptación y una marcada tolerancia funcional, aunque las características del síndrome de abstinencia típicas de la dependencia física ayudan a explicar por que el sujeto no puede dejar de beber ni siquiera un día.

Alcoholismo Epsilon: Es otra variante de Jellinek, se trata de lo que antaño se conocía como "Dipsomania" caracterizada por un

patrón de fases infrecuentes de borracheras cortas intercaladas entre periodos largos de abstinencia total. Debe distinguirse de los episodios breves de ingestión excesiva por parte de los gamma o delta que buscan la abstinencia y son capaces de lograrla de modo temporal entre episodios de parrandas. La pérdida de control sobre la ingestión de alcohol o bien la intoxicación pueden no ocurrir en cada ocasión que el alcohólico toma.

El descontrol puede manifestarse sólo después de un periodo de progresión gradual desde el grado de bebedor controlado o cuando los estímulos que desencadenan el consumo excesivo en la forma de factores ambientales.

Varios tipos de estímulos pueden combinarse para precipitar en episodio excesivo de bebidas en un sujeto.

En general, tenemos que decir que no existe una personalidad bien definida previa al alcoholismo, aunque el alcohol haga a las personas muy parecidas. La disminución de los síntomas psicológicos después de la abstinencia, demuestra que muchos síntomas son una consecuencia más que causa del alcoholismo.

Existen diferentes teorías que intentan explicar las causas psicológicas, del alcoholismo, entre ellas podemos destacar las que siguen:

- 1.-Escuela Psicoanalítica: El alcoholismo es el resultado de un

trastorno emocional y de una privación temprana que produce en el sujeto inmadurez. El alcohol sirve para aliviar la ansiedad, la hostilidad, la inferioridad y depresión, todos ellos signos de problemas emocionales más profundos.

2.-Escuela Conductista: El alcoholismo es una respuesta aprendida, el individuo encuentra en la bebida alivio a sus sentimientos de ansiedad y miedo. Esta reducción del malestar se ve como una recompensa que se obtiene con el alcohol, por lo que cada vez que se presenta la crisis el sujeto recurre a la droga.

Es por tanto preferible referirse más bien al "trastorno" en vez de la "perdida" del control de la bebida. Trastorno es un mejor indicador de que la reducción del control sobre la cantidad de alcohol ingerida (aunque no necesariamente sobre el grado de intoxicación inducida) está presente por implicación en todas las formas de bebida habitual repetitiva que comprenden algún grado de dependencia o efectos nocivos.

Así pues son inciertas las causas del alcoholismo, la presencia de una amplia gamma de psicopatologías en las poblaciones alcohólicas ha dado lugar a diversas teorías psicopatológicas, la población de alcohólicos muestra un grado alto de depresión, pensamientos de orden paranoide, actos agresivos, una autoestima y autocontrol más bajos que la población de sujetos no alcohólicos, los factores que se han invocado son psicopatológicos y defensivos que desempeñan un importante papel causal en el desarrollo del alcoholismo.

Podemos pensar que el alcoholismo no es una enfermedad unitaria sino más bien el resultado de un grupo de trastornos, con un

desenlace final que se expresa por la incapacidad de beber en forma controlada.

Pero una vez más tenemos que repetir que el alcoholismo se origina no de una causa simple, sino de una interacción compleja de los factores fisiológicos, psicológicos y sociales o culturales, como siempre ocurre en el desarrollo científico, una vez que se conocen mejor las partes de un fenómeno se renuncia a las únicas explicaciones, simples y definitivas, para buscar, con mayor humildad, causas más complicadas y verdades parciales que nos acerquen paulatinamente a la comprensión total del problema.

Es así como en nuestro país el alcoholismo es un grave problema de salud pública, así en los hospitales psiquiátricos, la consulta de los pacientes alcohólicos ocupa un lugar importante, y de ellos un gran número presentan síntomas de ansiedad, por lo que se propone que el manejo farmacológico de está resulte en mayor beneficio de los pacientes adictos al etanol.

Y se pretende para tal fin el uso de ansiolíticos con escaso poder de sedación, pobre desarrollo de dependencia y escasa interacción con el alcohol.

ANTECEDENTES:

La ansiedad se caracteriza por la sensación subjetiva de anticipación de temor o aprensión o una sensación de desastre inminente asociada con grados diversos de excitación y reactividad autónomas.

El papel desempeñado por la ansiedad en el desarrollo de la personalidad y la conducta ha sido estudiado en gran medida a través de modelos teóricos y filosóficos.

Es posible describir a la ansiedad como compuesta por dos elementos, psicológico y somático, el componente psicológico varía en los distintos individuos y está firmemente afectado por la personalidad y por los mecanismos operativos del sujeto. Las manifestaciones somáticas pueden ser descritas en forma más sucinta por el propio paciente y su severidad es variable.

Etiología:

a) Concepto Psicoanalítico.- En la teoría Freudiana de la ansiedad la "situación traumática" consiste en la experiencia total de desamparo, por otra parte, la "situación de peligro" representa la anticipación del sujeto de la recurrencia de la "situación de trauma" lo que indica una respuesta del yo, denominada señal de ansiedad, la cual a su vez pone en funcionamiento diversos mecanismos de defensa del yo.

Las "situaciones traumáticas" tienen lugar durante períodos de una estructura rudimentaria del yo entre el nacimiento y la niñez y forman parte del desarrollo temprano. En las fases posteriores de la vida "las situaciones traumáticas" son infrecuentes y solamente

tienen lugar en respuesta a un estrés severo por el cual el yo se siente abrumado y la ansiedad se descarga directamente sin que se reprima o se transforme. Por otra parte el concepto de "situación de peligro-señal de ansiedad" expresa la experiencia inconsciente del conflicto psíquico y la actividad ulterior de los mecanismos de defensa disponibles. Si estos mecanismos de defensa son inadecuados la experiencia inconsciente se convierte en consciente y se manifiesta usualmente en la forma de síntomas de ansiedad inespecífica. La teoría psicoanalítica considera que las obsesiones y compulsiones son medios para aislar y neutralizar la ansiedad a través de mecanismos de defensa tales como el aislamiento, anulación, el desplazamiento y la formación reactiva.

b) Teoría del Aprendizaje.- Las fuerzas motivadoras son denominadas impulsos, los impulsos primarios son los instintos biológicos es decir el hambre, la sed, el deseo sexual y evitar el dolor. Los impulsos secundarios son adquiridos a través del aprendizaje y su evolución es regulada por un sistema de gratificación y castigo proceso denominado refuerzo. La ansiedad es considerada como un impulso secundario poderoso.

La ansiedad como proceso aprendido podría, por ejemplo, desarrollarse de novo, en relación con los automóviles después de un accidente automovilístico.

Además, una vez iniciada por un estímulo dado, la reacción ansiosa podría extenderse hacia otros estímulos a través de dos mecanismos, generalización y formación asociativa.

Mediante el mecanismo de generalización el sujeto puede experimentar ansiedad con todos los medios de transporte debido a su

semejanza con el estímulo originalmente responsable.

Mediante el segundo mecanismo de formación asociativa los objetos relacionados con el accidente pueden inducir ansiedad en una fase ulterior, ambos pueden representar mecanismos formales de adaptación subyacente al proceso de aprender por experiencia y habitualmente están regulados por la capacidad mental de discriminación entre diferentes estímulos.

La ansiedad intensa anula esta capacidad de discriminación y conduce a una falsa adaptación que se expresa en la generalización o en la formación asociativa.

Un aspecto importante en la definición del trastorno ansioso generalizado consiste en la ausencia de un estímulo específico. Sin embargo Wolpe ha sugerido que el estímulo podría provenir de los factores ambientales menos destacados y más complejos, tales como la luz, los ruidos amorfos o incluso el transcurso del tiempo .(10)

c) Conceptos Biológicos de la ansiedad.- A pesar de las muy diversas manifestaciones fisiológicas proteicas de la ansiedad, la sensación de la ansiedad puede dividirse en dos amplias categorías.

1.- Una oleada de ansiedad intensa aguda, grave y breve, con componentes impresionantes cognitivos fisiológicos y de la conducta.

2.- Una alteración persistente de grado menor, cuantitativamente distinta y con algunas diferencias cualitativas también. Las observaciones farmacológicas y epidemiológicas sugieren una distinción relevante clínicamente entre estos dos estados.

A la vista de las similitudes fenomenológicas, el miedo y la ansiedad reflejan probablemente una neurofisiología subyacente común. La primera categoría de ansiedad semeja al miedo o alarma agudos en respuesta al peligro amenazador de la vida: Un estado cognitivo de terror, desamparo o sentimiento de desastre o catastrofe inminente con la activación del sistema nervioso autonómico, pero principalmente el simpático y una urgencia de huir a buscar seguridad.

El segundo tipo de ansiedad correspondería a un estado "de alerta" con un sentido de vigilancia aumentada frente a posibles amenazas y niveles de inhibición menos intensos, malestar físico y alteración de la conducta.

Los estudios de los receptores animales y neuronales sugieren que hay en realidad dos sistemas centrales implicados en el miedo y la ansiedad patológica .(5,9)

Es probable que los mecanismos de alarma o pánico tengan un componente crítico que implica mecanismos noradrenérgicos centrales con particular importancia en un núcleo retropontino pequeño, la fuente primaria de la norepinefrina del cerebro el locus ceruleus.

Cuando este órgano clave de la activación simpática es estimulado en los monos, por ejemplo, puede producirse una respuesta de miedo agudo con vocalizaciones de peligro, conductas de miedo y huida.

Por otra parte, la destrucción del locus ceruleus conduce a una complacencia anormal frente a la amenaza .(16)

Las perturbaciones bioquímicas que aumentan la activación del

locus ceruleus producen respuestas que son bloqueadas por los agentes que disminuyen tal activación del locus ceruleus, de los cuales son en la práctica clínica agentes antipánico por ejemplo, antidepressivos, alprazolam .(4)

Un segundo sistema parece implicar a los receptores de las benzodiazepinas, con particular énfasis en las estructuras del sistema límbico, especialmente en las áreas septohipocámpicas.

Un importante papel del sistema límbico consiste en examinar el ambiente en búsqueda de señales de soporte vital y de amenazas, así como monitorizar las sensaciones internas o corporales.

La vigilancia o su equivalente psicopatológico, la ansiedad implican muy probablemente la actividad del sistema límbico : La "alerta límbica".

los receptores de benzodiazepinas, en alta concentración en las estructuras relevantes del sistema límbico, pueden jugar un papel en la modulación de la alerta límbica, la vigilancia y la inhibición conductual .(20) Mediante enlaces aumentados del inhibidor neurotransmisor GABA .(26)

Como podría esperarse existen conexiones neuronales entre en locus ceruleus y el sistema límbico.

Cuando se evalúa el recambio de la norepinefrina mediante la medición de sus catabolitos periféricos, se observa que tenemos por ejemplo, el 3-metoxi-4-hidroxi-feniltiglicol (MHPG) que está

elevado tanto en el plasma como en la orina en pacientes con ansiedad, con una buena correlación entre los niveles de ansiedad evaluados por la Escala de Hamilton para ansiedad y los niveles de MHPG.

También se ha observado que los niveles de monoamino oxidasa están elevados en pacientes con ansiedad y cuando éstos se someten a bio retroalimentación se presenta una baja importante en los niveles de estas enzimas .(3)

Un cierto número de neurotransmisores están implicados como moduladores, tanto de alerta límbica como del sistema de alarma central.

Por ejemplo, la activación del locus ceruleus está regulada por los autorreceptores alfa-noradrenérgicos, así como los receptores 5-hidroxitriptamina (5-HT Serotonina), los receptores GABA-benzodiacepinas, los opiáceos y otros receptores. (17)

El sistema límbico tiene también un receptor importante GABA-benzodiacepina y modulaciones serotoninérgicas.

Péptidos tales como el factor liberador de corticotropina y la colesistoquinina (7), también están implicados como activadores potenciales del sistema de alarma.

En su calidad de función crítica, el sistema de seguridad central está dotado de un exceso de regulación.

Cuando son activadas inapropiadamente, la vigilancia y la alarma (funciones estereotipadas del sistema de seguridad) se manifiestan como una situación psicopatológica: Estados de ansiedad.

Un estado de vigilancia más sostenido variable en su intensidad, pero en todo caso molesto (esto es, preparación para la amenaza), se convierte en ansiedad generalizada.

La respuesta de alarma repentina estereotipada e intensa (pero falsa) es un ataque de pánico.

Existe una serie de pruebas de estimulación que generan estados de ansiedad en personas susceptibles o que ya presentan el cuadro clínico. De estas pruebas, la que ha sido reproducida en forma más consistente es la infusión de lactato en los pacientes con ataques de angustia.

La infusión con lactato de sodio provoca ataques de ansiedad en pacientes con ataques de angustia (panic attacks).

Se había observado que este tipo de pacientes tenían una baja tolerancia al ejercicio y que a menudo experimentaban ansiedad después del mismo (como se sabe uno de los productos de la actividad muscular es la generación de ácido láctico). Con esta observación Pitts y McClure practicaron la administración de lactato de sodio. Se ha sugerido que el lactato se convierte en bicarbonato el cual cruza la barrera hematoencefálica como CO₂ y de esta forma aumenta la frecuencia de descarga del LC. Lo cual provoca el estado de ansiedad.

Se han observado resultados similares cuando se administra yohimbina, isoproterenol, epinefrina y con la inhalación de dióxido de carbono. Los síntomas físicos de ansiedad se han reproducido en forma espontánea en sujetos voluntarios que reciben infusiones de bicarbonato. Existen evidencias de que la infusión con lactato es un marcador de estado, ya que la respuesta disminuye cuando los sujetos responden adecuadamente al tratamiento.

Otro mecanismo que se ha involucrado en la infusión de lactato es el hecho de que esta sustancia reduce los niveles de calcio plasmático ionizable, lo cual trae como consecuencia un aumento de la irritabilidad neuromuscular.

Cuando se administra la infusión de lactato con calcio, la severidad de los ataques de ansiedad así inducidos es menor.

Teoría GABA-benzodiacepinas:

A lo largo de la historia de la humanidad se han utilizado una gran cantidad de sustancias para el manejo de la ansiedad: alcohol, tisanas de rauwolfia, bromuros, barbitúricos, propanoides y benzodiacepinas. Estas últimas relativamente recientes, han demostrado ser de gran eficacia clínica. Presentan las siguientes características: ansiólisis, anticonvulsivas, sedantes y relajantes musculares con baja capacidad adictiva.

Poco después de su descubrimiento se observó que existía una relación importante entre los mecanismos de acción de las benzodiacepinas (BZD) y el GABA.

En un principio se propusieron cuatro mecanismos para explicar el sinergismo de la BZD con GABA:

1.-Una activación directa del receptor a GABA.

2.-Una inhibición de los mecanismos de remoción del GABA de sus sitios de acción.

3.-Un aumento de la liberación presináptica del GABA.

4.-Una alteración en la respuesta postsináptica al GABA.

Mediante técnicas de radioligandos, en las cuales se marcó el diazepam o el flunitrazepam, se encontraron sitios de unión a las BZD con características farmacológicas, es decir saturables, con la unión reversible y con efecto fisiológico detectable. El hecho de que el GABA tuviera una mayor afinidad por sus receptores en presencia de BZD fue interpretado como que ambos compuestos tienen sitios de unión cercanos, de tipo alostérico, que se modifican con un tipo de cooperación positiva uno frente a otro y, que localizados en la membrana celular como un complejo macromolecular.

El hecho de que existen receptores a BZD a nivel cerebral ha hecho especular que pudiera estar sucediendo una situación parecida a la de los opioides endógenos, por lo que se han buscado el o los ligandos endógenos a este receptor.

Las pruebas sobre la evidencia de estas sustancias son débiles. Se ha propuesto a las hipoxantinas, la iosina, la nicotinamina, y las tromboxanas, así como las beta-carbolinas.

Otro compuesto que tiene un antagonismo selectivo, basado en su capacidad para inhibir la unión de las BZD es la llamada imidazodíacepina Ro 15-1788. Es decir estos compuestos son capaces de inducir ansiedad en el hombre y en los animales de experimentación. La relación entre el sitio de unión de las BZD con sus ligandos ha dado lugar a varias posibilidades desde el punto de vista farmacológico: Agonistas benzodíacepínicos como el diacepam; agonistas inversos como las beta-carbolinas, y antagonistas como las imidazodíacepinas.

Es posible que la ansiedad o algunas de sus manifestaciones, esté mediada por alteraciones a este nivel ya sea de predominio de algunos de los ligandos endógenos del tipo de las beta-carbolinas o porque algunos de los péptidos propuestos como moduladores de este sitio esten modificados en sus procesos de síntesis o secreción .(23)

Tradicionalmente las benzodíacepinas han sido los fármacos de elección para el tratamiento de trastornos de ansiedad, sin embargo, la buspirona es un agente relativamente nuevo de eficacia comparable, y cuyas importantes ventajas indican a menudo que debe ensayarse este fármaco antes que las benzodíacepinas.

La buspirona es un ansiolítico moderno que difiere estructuralmente y farmacológicamente de las benzodíacepinas.

Farmacología:

Efectos en el sistema nervioso central.- La buspirona es un ansiolítico sin capacidad anticonvulsivante o relajante muscular. Además no produce sedación significativa ni alteración de la función psicomotriz. Su mecanismo de acción es desconocido. Sin embargo, parece afectar a diversos puntos del SNC y a numerosos neurotransmisores, entre ellos los sistemas dopaminérgicos, colinérgicos, serotoninérgicos y alfa-adrenérgicos. No parece ser un ligando del receptor a benzodiazepinas. Además tampoco parece que module la afinidad con los receptores benzodiazepínicos ni la unión al GABA. La buspirona tiene afinidad por los receptores de serotonina tipo 1 y moderada afinidad con los receptores dopamínicos del tipo 2.

La buspirona tiene gran afinidad por el receptor de serotonina tipo 1A y actúa como agonista parcial o agonista-antagonista mixto. Parece que esta acción interviene en la inhibición del rafe dorsal, efecto producido también por las benzodiazepinas éste puede ser el mecanismo de la ansiólisis.

La buspirona tiene también una actividad mixta agonista y antagonista: sin embargo, la contribución de esta actividad a los efectos ansiolíticos es desconocida.

Efectos endocrinos.-La buspirona causa un aumento de la secreción de prolactina; sin embargo, no suele ser clínicamente significativo. Así mismo puede haber aumentos de la somatotropina, que no suele ser clínicamente significativo.

Efectos cardiovasculares.-En un reducido número de pacientes que toman buspirona puede haber taquicardia o palpitaciones sin embargo, generalmente no hay cambios en el ECG importantes ni otras variaciones de los signos vitales.

Farmacocinética:

Absorción:Tras su administración oral, la buspirona se absorbe rápida y casi totalmente desde el tracto gastrointestinal. Después de su absorción es sometida a un extenso metabolismo hepático, llegando a la circulación aprox. un 4% de la dosis administrada sin modificar. Se puede aumentar la cantidad del fármaco no modificado disponible administrado éste con alimentos, aunque esto retrasa la absorción.

Distribución:La distribución de la buspirona es generalizada en los tejidos y líquidos encontrándose grandes concentraciones del fármaco y de 1-pirimilpiperazina, el metabolito activo de la buspirona en el cerebro. Un 95% se liga a las proteínas plasmáticas y se distribuye en la leche materna.

Eliminación:El período de semi eliminación de la buspirona oscila entre 2 y 4 horas como promedio y no resulta significativamente afectado por la administración del fármaco con alimentos. El periodo de semi eliminación aumenta en pacientes con insuficiencia renal o hepática. La buspirona es metabolizada en el hígado por oxidación y luego por conjugación. Después de metabolizarse, el fármaco es excretado principalmente en orina, y algunos metabolitos se encuentran también en las heces; sin embargo puede no ser necesario reducir la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada.

Usos:

Trastornos de ansiedad.-La buspirona es eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, especialmente en la ansiedad generalizada en la que los síntomas están presentes durante un mínimo de un mes. Su eficacia se establece mejor en el uso a corto plazo de 3 a 4 semanas de duración, pero muchos pacientes han sido tratados durante periodos superiores a un año sin pérdida significativa de eficacia clínica. En todos los casos de tratamiento prolongado se debe evaluar continuamente la necesidad de la medicación. En los pacientes con ansiedad generalizada la buspirona es tan eficaz como las dosis convencionales de BZD y más que el placebo para reducir los síntomas de ansiedad. La buspirona se asocia con sedación y deterioro psicomotriz menos grave que los encontrados con BZD. Es poco responsable del desarrollo de dependencia y tiene escasa interacción con el alcohol. Parece que no tiene nada del potencial de abuso asociado a las BZD. Además, parece que la buspirona reduce la ira y la hostilidad de algunos pacientes cuando se presentan como parte de su ansiedad generalizada. Disminuye los síntomas sin producir deshinibición. La buspirona tarda más en ejercer su acción terapéutica que las BZD. La aparición de su efecto terapéutico suele ser gradual durante una a cuatro semanas; por esa razón puede ser necesario el tratamiento inicial breve con BZD de la ansiedad de algunos pacientes; además es posible que algunos pacientes tratados con buspirona precisen benzodiacepinas a corto plazo como tratamiento auxiliar para la inducción del sueño, ya que la buspirona no es un hipnótico eficaz.

No se ha demostrado que la buspirona sea eficaz para tratar el pánico. Su eficacia en la ansiedad generalizada puede verse reducida en los pacientes tratados previamente con BZD. Estudios recientes sugieren que la buspirona puede ser eficaz también para tratar la depresión mayor.

Advertencias:

En general, la buspirona se tolera bien, sus efectos adversos más comunes son la jaqueca, la somnolencia, el mareo, el tinnitus, y el aturdimiento. También son comunes, y se observan en el 10% de los pacientes, el insomnio, el nerviosismo, la somnolencia y la fatiga, junto con efectos GI, como las náuseas. Puede ser más probable que los ancianos presenten estos efectos colaterales, aunque por lo general toleran bien la buspirona. La incidencia de reacciones adversas es más frecuente con dosis mayores, pero la mayoría de los efectos secundarios parecen disminuir con el tiempo.

Efectos sobre el sistema nervioso.-Otros efectos colaterales son: excitación, depresión, disminución de la capacidad de concentración, pesadillas, debilidad, confusión, ira, hostilidad, mala coordinación, temblor, entumecimiento y parestesias. El insomnio y el nerviosismo son especialmente problemáticos cuando la dosis diaria total supera los 100 mgrs. la sedación puede hacerse más cuestionable cuando se superan los 20 mgrs por día. Sin embargo, es más probable que ocurran durante la iniciación o el aumento de la dosis del fármaco, y tienden a remitir con el tiempo.

Efectos gastrointestinales.-Las náuseas son el efecto colateral más común, son menos frecuentes la sequedad de boca, la diarrea, el estreñimiento y los vómitos; todavía menos frecuentes son la reducción del apetito, la flatulencia, la salivación, rara vez, el colon irritable y la hemorragia rectal.

Efectos cardiovasculares.-Se han comunicado taquicardia, palpitaciones y dolor precordial inespecífico.

Efectos dermatológicos.-Son reacciones ocasionales el prurito, los sofocos, el edema, la facilidad para las contusiones, el exantema, la pérdida del cabello, el edema facial, la sequedad de piel y las ampollas.

Otros efectos adversos.-Ocasionalmente los pacientes han presentado irregularidades endócrinas, como amenorrea, manchado menstrual, galactorrea y anomalías tiroideas. También puede haber cambios en la libido y en la función urinaria incluyendo frecuencia, vacilación, o disuria; además, son posibles las artralgias, la hiperventilación y la disnea. Puede haber elevación de las transaminasas séricas (SGOT SGPT). En algunos pacientes que toman buspirona puede haber visión borrosa.

Precauciones y contraindicaciones.-La buspirona puede alterar la capacidad para manejar maquinaria o conducir o un vehículo a motor o para realizar otras actividades que requieran coordinación física hay que avisar a los pacientes que eviten esas actividades si experimentan los efectos debidos a la buspirona. En general son menos comunes con ella que con otros ansiolíticos. Así mismo, las interacciones con el alcohol son menos frecuentes que con otros ansiolíticos; sin embargo, debe aconsejarse a los pacientes que eviten las acciones peligrosas mientras estén bajo la influencia de la buspirona y el alcohol. No se debe administrar buspirona a los pacientes que estén tomando un IMAO. Dado que la buspirona no tiene tolerancia cruzada con las BZD, no se puede usar para prevenir los síntomas de retirada en pacientes que hayan sido mantenidos con esos otros ansiolíticos.

Mutagenesidad y carcinogénesis:

No se ha notificado evidencia de mutagénesis o carcinogénesis con la bupirona.

Embarazo, fertilidad y lactancia.-No hay evidencia de que la bupirona produzca alteraciones de la fertilidad o anormalidad fetal en los animales. El fármaco y sus metabolitos activos son excretados en la leche materna en los animales. Se desconocen sus concentraciones en la leche humana. Debe usarse con precaución en las madres que estén lactando y sólo cuando sus beneficios superen claramente a los riesgos en las mujeres embarazadas. La bupirona está clasificada por la FDA como fármaco de categoría B para el embarazo.

Toxicidad crónica:

Parece que se desarrolla poca dependencia física o psicológica en la administración a largo plazo de bupirona. Además, el desarrollo de tolerancia es escaso. Los pacientes mantenidos con el fármaco durante 6 a 12 semanas no tiene el síndrome de abstinencia tras la interrupción brusca de la bupirona. A pesar de estas observaciones debe hacerse un seguimiento cuidadoso de los pacientes con historia de adicción o de dependencia previos durante el tratamiento con bupirona por si se presentan signos de dependencia, escalada en el consumo del fármaco, conducta de búsqueda del fármaco o desarrollo de tolerancia. Además, se debe considerar la posibilidad de que aparezca un síndrome de abstinencia tras la interrupción brusca de dosis elevadas de bupirona.

Toxicidad aguda:

Se desconoce la dosis letal de buspirona en humanos. La sobredosis puede producir náuseas, vómito, somolencia, miosis, aturdimiento y distensión gástrica. El tratamiento consiste en cuidados sintomáticos y de soporte con vaciado del estómago con lavado gástrico. (29)

Interacciones farmacológicas.

No se recomienda la administración simultánea de IMAO y buspirona. Deben transcurrir 2 semanas entre la interrupción de un IMAO y la administración de buspirona para evitar las reacciones de hipertensión que se han encontrado cuando se administran ambos fármacos juntos. La fluoxetina es un inhibidor selectivo de la captación neuronal de serotonina y puede bloquear la actividad serotoninérgica de la buspirona, reduciendo así los efectos farmacológicos de ésta. La coadministración de trazodona y buspirona puede traducirse en una elevación significativa de la SGPT sérica en algunos pacientes, lo que no contraindica esa coadministración, aunque se deben controlar cuidadosamente las PFH la administración simultánea del haloperidol y la buspirona puede elevar los niveles sanguíneos del primero. El alimento puede retrasar la absorción de la buspirona y reducir el metabolismo del primer paso en el hígado. Se desconoce su significación clínica pero, no parece que produzca un aumento significativo de toxicidad u otros efectos adversos. La buspirona no modifica la concentración de alcohol en sangre, ni potencia el deterioro inducido por éste. Del mismo modo, parece que la buspirona interacciona mínimamente con las BZD. Sin embargo, a pesar de la ausencia de datos que sugieran una interacción entre BZD y buspirona, los efectos de la asociación de estos dos fármacos no se han evaluado totalmente;

hasta que se estudien deben de tenerse cuidado en los pacientes que tomen BZD y buspirona. También hay que ser cauto al administrar buspirona y otros depresores del SNC (antihistamínicos, sedantes hipnóticos y analgésicos), tampoco han sido evaluados totalmente.

Posología y administración:

Posología.-La posología inicial en adultos para el tratamiento de la ansiedad es de 5 mgrs. 3 veces al día. Se puede incrementar la dosis de 5 a 10 mgrs. cada 3 ó 4 días según se tolere y precise se recomienda que la posología no exceda los 60 mgrs. al día. El alivio terapéutico óptimo de la ansiedad suele requerir 3 a 4 semanas de tratamiento o incluso 6 semanas. Sin embargo, los primeros signos de mejoría sintomática pueden aparecer en una o dos semanas. Se debe usar con precaución en pacientes con deterioro renal o hepático significativo. En los pacientes con insuficiencia renal de moderada a grave puede producirse acumulación de metabolitos activos y puede que sea necesario ajustar la posología.

Administración:

La buspirona se administra por vía oral .(13)

MARCO TEORICO:

En la literatura reciente se muestra una diada, alcoholismo y ansiedad, ambos desordenes se intercalan con una amina cerebral, la serotonina .(28)

El incremento de la neurotransmición de serotonina es atenuado por el consumo de alcohol. Así la serotonina representa un común denominador en el espectro del comportamiento de ansiedad y alcoholismo .(27)

Así pues se observa que existe una alta concordancia entre el alcoholismo y problemas de ansiedad y la relación entre ambos desordenes es una de la más alta en la clínica, no obstante muchos psiquiatras tienen dificultad en su manejo .(11)

Stewart en un estudio en roedores criados selectivamente con alcohol y roedores no criados con alcohol, encuentra un alto grado de ansiedad en el grupo de los criados con alcohol en diferentes situaciones.

Antes de aplicar pruebas inyectoro etanol en cavidad peritoneal (0.5-1 g/ kg) produjo cierto efecto ansiolítico, pero menor que el

produjo la aplicación de clordiacepoxido (7.5 mgrs/ kg) en ambos grupos.

Los resultados muestran que las crías tratadas con alcohol, tienen en las pruebas más ansiedad a pesar de los efectos del alcohol .(25)

En el mismo orden Blanchard observa la consistencia de los efectos del alcohol y diacepam en la ansiedad, proporciona un posible mecanismo para disminuir un poco la agresión no obstante el alcohol a dosis no sedativas disminuye la respuesta ataque-defensa, lo que genera ansiedad en roedores tratados con alcohol.(2)

Lal, sugiere que el uso de agonistas selectivos de serotonina, tienen un efecto benefico importante en los síntomas ansiosos en el paciente, durante el retiro al alcohol.(19)

La buspirona ha sido particularmente útil en el tratamiento de estos pacientes, Krenzler en un estudio a 12 semanas encontro una disminución de los síntomas de ansiedad así como de la necesidad del consumo de alcohol.(18)

En un estudio a 8 semanas buspirona vs alprazolam en pacientes con ataque de pánico se observo superioridad de esta en cuanto a menos efectos colaterales y poder adictivo. (24)

Otros estudios más muestran eficacia de la buspirona en el manejo de ansiedad generalizada, incluso en pacientes con sintomatología depresiva leve. (12)

Malcom R. en un estudio de buspirona contra placebo en alcoholicos ansiosos, muestra la superioridad la esta en cuanto a la disminución de la ansiedad y el uso pposterior de alcohol. (22)

Incluso existen reportes del manejo de buspirona y carbamazepina en el tratamiento de alcoholicos dependientes con buenos resultados. (8)

DEFINICION DEL PROBLEMA:

Se pretende el estudio de la sintomatología ansiosa en pacientes alcoholicos, modificada esta por medicación, para tal fin primero deberan llenar criterios diagnosticos del DSM II R para trastorno de angustia también se aplicara la escala de Hamilton ansiedad a un inicio y con intervalos de cada 3 semanas, los pacientes se dividiran en 2 grupos uno manejado con Alprazolam y otro con Buspirona, la duración es 12 semanas.

JUSTIFICACION:

Mejorar el manejo de los pacientes alcoholicos que se presentan en el Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, y que en su gran mayoria tiene síntomas de ansiedad, ofreciendoles una alternativa de manejo con un medicamento no benzodiacepinico.

OBJETIVO:

1.- Comparar la eficiencia de buspirona contra alprazolam en el manejo de pacientes alcoholicos con el diagnostico concomitante de ansiedad generalizada (DSM-III-R).

2.- Evaluar si un medicamento no benzodiazepinico es tan eficaz como un benzodiazepinico en el manejo de la ansiedad en el enfermo alcoholico.

HIPOTESIS:

La frecuencia observada de síntomas de ansiedad generalizada en pacientes alcoholicos tratados con buspirona será igual o menor a aquellos pacientes tratados con alprazolam a las 12 semanas de manejo.

DISEÑO DE INVESTIGACION:

40 pacientes alcoholicos que de manera alterna, seran integrados a cada grupo.

tipo de muestra: una con 2 grupos independientes y mutuamente excluyentes.

grupo 1 pacientes alcoholicos que reciben Alprazolam.

grupo 2 pacientes alcoholicos que reciben Buspirona.

TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo, longitudinal, comparativo.

Definición de la población: Pacientes alcoholicos que acudan a la consulta de urgencias y consulta externa del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, en un periodo de 4 meses del 15 de julio de 1995 a 15 de noviembre de 1995.

Criterios de inclusion:

- mayores de 18 años, menores de 65 años.
- ambos sexos.
- historia de uso de alcohol de al menos 2 años de evolución.
- cumplir criterios diagnosticos para el trastorno de angustia segun DSM II R.(1)
- no utilizar otras sustancias (excluyendo tabaco).
- puntuación de escala de Hamilton ansiedad a un inicio de 30 o más puntos. (14,15)

Criterios de exclusion:

- menores de 18 años, mayores de 65 años.
- utilizar sustancias distintas de alcohol (excluyendo tabaco).
- no cumplir criterios diagnosticos para el trastorno de angustia segun DSM III R.
- insuficiencia hepatica.
- hipertensión arterial.
- mujeres amamantando.
- menos de 30 puntos en escala de Hamilton ansiedad al inicio.

PLAN DE MANEJO ESTADISTICO:

Tabla de números aleatorios: Los pacientes que se asignaran al grupo 1 recibirán alprazolam o bien en el grupo 2 recibirán buspirona en forma aleatoria hasta completar 20 pacientes en cada grupo, se codificarán los pacientes de acuerdo a que cumplan los criterios diagnósticos del DSM III R para trastorno de angustia.

Pacientes:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23
, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40.

grupo 1 pacientes número:

15, 9, 4, 31, 6, 21, 20, 33, 23, 28, 35, 32, 37, 7, 40, 5, 11, 1, 13, 16.

grupo 2 pacientes número:

38, 27, 29, 18, 12, 25, 34, 2, 10, 17, 36, 39, 22, 19, 30, 14, 24, 3, 26, 8.

Se utilizarán medidas de tendencia central y la prueba chi cuadrada para 2 muestras independientes, el nivel significativo sera igual a $p = 0.05$.

ORGANIZACION DE ACTIVIDADES:

Los pacientes se captaran en urgencias y consulta externa del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, se les aplicara la historia clínica psiquiatrica codificada para alcoholismo y también la escala de Hamilton ansiedad, en esta deberan tener al menos 30 puntos para ingresar al estudio, todos serán alcohólicos y sin criterios excluyentes. Si han recibido, o estan recibiendo algún manejo farmacológico, se hara un periodo de lavado de 1 semana, cumplan criterios de inclusión, se dividiran en 2 grupos, 1 manejado con alprazolam y 2 manejado con buspirona.

En el grupo 2 la dosis inicial de buspirona sera de 5 mgrs día y la más alta al final del estudio sera de 30 mgrs día, la dosis se incrementara semanalmente de acuerdo a sintomatología. En el grupo 1 la dosis inicial de alprazolam sera de 0.25 mgrs día y la dosis más alta al final del estudio sera de 3 mgrs día, la dosis se incrementara semanalmente de acuerdo a sintomatología.

Las horas de la toma del medicamento seran a las 8 hrs, 14 hrs (de ser necesario) y 20 hrs (de ser necesario).

Se aplicara la escala de Hamilton ansiedad al inicio del estudio y en las semanas 3, 6, 9, 12 respectivamente a los pacientes de ambos grupos, se considerara como mejoría una disminución de al menos 30% del puntaje de la escala de Hamilton a un inicio y al final.

El estudio sera a 12 semanas, los pacientes firmaran una carta de consentimiento informado.

Los recursos humanos fueron el DR. Jorge Luis Equihua Alvarado y la DRA. Ma. Consuelo Herrera Pérez médicos residentes de tercer año de la especialidad de psiquiatria del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, así como el apoyo del servició de informatica de este hospital.

Los recursos materiales fueron provistos por el hospital y fueron principalmente copias.

RESULTADOS:

Se reunieron un total de 37 sujetos en ambos grupos, en el uno 19, y en el dos 18. (grafica 1)

En sexo de los 37 sujetos, 32 fueron hombres (86.5%), y 5 mujeres (13.5%). (tabla 1, grafica 2)

En cuanto a la religión, 31 fueron católicos, 3 sin ninguna religión, un testigo de Jehova, un protestante y un evangelista. (tabla 2, grafica 3)

En la escolaridad 2 fueron analfabetas, 11 con primaria incompleta, 6 con primaria completa, 14 con secundaria incompleta, 4 con secundaria completa y 3 con preparatoria. (tabla 3, grafica 4)

Los grupos de edad de los 37 sujetos estan representados en la tabla 4.

El estado civil 19 solteros, 16 en unión libre, 1 separado y 1 viudo. (tabla 5, grafica 5)

En la ocupación 12 fueron desempleados, 4 dedicados a el hogar, 17 trabajan de manera independiente, y 4 empleados. (tabla 6, grafica 6)

En la procedencia 25 fueron del D.F., 6 del Estado de México, 2 del Estado de Hidalgo, 2 del Estado de Oaxaca, y 2 del Estado de Guerrero. (tabla 7, grafica 7)

La edad de inicio de consumo de alcohol fué de la siguiente manera: 11-15 años 2 sujetos, 16-20 años 32 sujetos, 21-25 años 1 sujeto, y de 26-30 años 2 sujetos. (tabla 8, grafica 8)

Las dosis utilizadas por semana en cada grupo estan representadas en la tabla 9. Pero podemos observar que :

GRUPO 1:A la semana 1 11 pacientes reciben de inicio 0.25 mgrs, y 8 pacientes reciben 0.50 mgrs de alprazolam respectivamente, a la 4 semana encontramos a 5 pacientes con 0.25 mgrs, 10 con 0.50 mgrs, y 4 con 1 mgrs de alprazolam, las dosis tienden a incrementarse en los pacientes, en la semana 8 encontramos 1 sujeto 0.25 mgrs, 6 con 0.50 mgrs, 1 con 0.75mgrs, y 7 con 1 mgr de alprazolam, las dosis de la medicación contiuan incrementandose, a la semana 12 y final del estudio encontramos 3 con 0.25 mgrs, 5 con 0.50 mgrs, 4 con 1 mgr, 5 con 2 mgrs, 2 con 3 mgrs de alprazolam, las dosis se incrementan poco y se observan pocas disminuciones.

GRUPO 2: A la semana 1 encontramos a 18 sujetos con 5 mgrs.

de buspirona, a la 4 semana encontramos 8 con 5 mgrs, y 10 con 10 mgrs de buspirona, las dosis tienden a incrementarse, en la semana 8 encontramos 5 con buspirona, 9 con 10 mgrs. de buspirona, 4 con 15 mgrs de buspirona, las dosis continuan incrementandose, en la semana 12 y final del estudio encontramos 14 pacientes con 5 mgrs, y 4 con 10 mgrs de buspirona, las dosis de esta tienden a disminuir de manera interesante.

La dosis promedio en el grupo 1 a el inicio del estudio fué de 0.368 mgrs y al final de 1.197 mgrs de alprazolam que representa un incremento en la dosis del 325.27% (tablas 10-11)

La dosis promedio en el grupo 2 a el inicio del estudio fué de 5 mgrs y al final de 6.11 mgrs de buspirona que representa un incremento en la dosis del 122.2% (tablas 10-11)

En cuanto a los puntajes obtenidos en la escala de Hamilton para Ansiedad.

grupo 1: A el inicio del estudio el puntaje total fué de 623 y al final de 495 puntos que representa una disminuci3n del 20.546 % (tablas 12-13)

grupo 2: A el inicio del estudio el puntaje total fué de 599 y al final de 473 puntos que representa una disminuci3n del 21.036% (tablas 12-13)

RESULTADOS

TABLA 1

SEXO	FREQ.	PORCENT.	ACUM.
HOMBRES	32	86.5%	86.5%
MUJERES	5	13.5%	100.0%

SUMA = 42.00

MEDIA= 1.14

DESV. ESTANDAR= 0.35

TABLA 2

RELIGION	GRUPO 1	GRUPO 2	TOTAL
CATOLICA	17	14	31
NINGUNA	1	2	3
T. DE JEHOVA	1	0	1
PROTESTANTE	0	1	1
EVANGELISTA	0	1	1
TOTAL	19	18	37

TABLA 3

ESCOLARIDAD	GRUPO 1	GRUPO 2	TOTAL
ANALFABETA	2	0	2
PRIM. INC.	6	5	11
PRIM. COMP.	3	3	6
SEC. INC.	4	7	11
SEC. COMP.	2	2	4
PREPARATORIA	2	1	3

TABLA 4

EDAD	FREQ.	PORCENT.	ACUM.
24 años	1	2.7%	2.7%
25 años	1	2.7%	5.4%
27 años	4	10.8%	16.2%
28 años	2	5.4%	21.6%
29 años	1	2.7%	24.3%

30 años	1	2.7%	27.0%
31 años	1	2.7%	29.7%
32 años	1	2.7%	32.4%
33 años	1	2.7%	35.1%
34 años	3	8.1%	43.2%
35 años	1	2.7%	45.9%
36 años	1	2.7%	48.6%
38 años	3	8.1%	56.8%
39 años	1	2.7%	59.5%
40 años	2	5.4%	64.9%
41 años	2	5.4%	70.3%
42 años	5	13.5%	83.8%
45 años	2	5.4%	89.2%
48 años	1	2.7%	91.9%
50 años	1	2.7%	94.6%
53 años	2	5.4%	100.0%
total	37	100.0%	

suma = 1360.00 media= 36.76 desv. estandar= 7.83

TABLA 5

EDO. CIVIL	GRUPO 1	GRUPO 2	TOTAL
SOLTERO	9	10	19
CASADO, UNION L.	9	7	16
SEPARADO	0	1	1
VIUDO	1	0	1

TABLA 6

OCUPACION	GRUPO 1	GRUPO 2	TOTAL
NINGUNA	6	6	12
HOGAR	2	2	4
INDEP.	7	10	17
EMPLEADO	4	0	4
TOTAL	19	18	3

TABLA 7

PROCEDENCIA	GRUPO1	GRUPO 2	TOTAL
D.F.	13	12	25
EDO. DE MEX.	3	3	6
EDO. DE HGO.	2	0	2
EDO. DE OAX.	1	1	2
EDO. DE GRO.	0	2	2
TOTAL	19	18	37

TABLA 8

EDAD DE INICIO	GRUPO 1	GRUPO 2	TOTAL
11-15 años	0	2	2
16-20 años	17	15	32
21-25 años	1	0	1
26-30 años	1	1	2
TOTAL	19	18	37

TABLA 9

Evaluación de dosis en cada grupo por semana

Grupo 1 dosis 1

11 pacientes = 0.25 mgrs alprazolam

8 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

Grupo 2 dosis 1

18 pacientes = 5 mgrs buspirona

Grupo 1 dosis 2

11 pacientes = 0.25 mgrs alprazola

8 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

Grupo 2 dosis 2

15 pacientes = 5 mgrs buspirona

3 pacientes = 10 mgrs buspirona

3 aumentan a 10 mgrs.

Grupo 1 dosis 3

8 pacientes = 0.25 mgrs alprazolam

7 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

4 pacientes = 1 mgrs alprazolam

3 aumentan a 0.50 mgrs, 4 aumentan a 1 mgrs

Grupo 2 dosis 3

12 pacientes = 5 mgrs buspirona

6 pacientes = 10 mgrs buspirona

3 aumentan a 10 mgrs

Grupo 1 dosis 4

5 pacientes = 0.25 mgrs alprazolam

10 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

4 pacientes = 1 mgrs alprazolam

3 aumentan a 0.50 mgrs.

Grupo 1 dosis 6

3 pacientes = 0.25 mgrs alprazolam

6 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

1 paciente = 0.75 mgrs alprazolam

9 pacientes = 1 mgrs alprazolam

1 aumenta a 0.50 mgrs, 1 aumenta a 0.75 mgrs, 4 aumentan a 1 mgrs.

Grupo 2 dosis 6

4 pacientes = 5 mgrs buspirona

13 pacientes = 10 mgrs buspirona

1 paciente = 15 mgrs buspirona

2 aumentan a 10 mgrs.

Grupo 1 dosis 7

2 pacientes = 0.25 mgrs alprazolam

7 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

1 paciente = 0.75 mgrs alprazolam

7 pacientes = 1 mgr alprazolam

2 pacientes = 2 mgrs alprazolam

1 aumenta a 0.50 mgrs, 2 aumentan a 2 mgrs.

Grupo 2 dosis 7

3 pacientes = 5 mgrs buspirona

11 pacientes = 10 mgrs buspirona

4 pacientes = 15 mgrs buspirona

1 aumenta a 10 mgrs, 3 aumentan a 15 mgrs.

Grupo 1 dosis 8

1 paciente = 0.25 mgrs alprazolam

6 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

1 paciente = 0.75 mgrs alprazolam

7 pacientes = 1 mgr alprazolam

4 pacientes = 2 mgrs alprazolam

1 aumenta a 0.50 mgrs, 1 aumenta a 0.75 mgrs, 2 aumentan a 1 mgr, 2 aumentan a 2 mgrs.

Grupo 2 dosis 8

5 pacientes = 5 mgrs buspirona

9 pacientes = 10 mgrs buspirona

4 pacientes = 15 mgrs buspirona

2 disminuyen dosis a 5 mgrs.

Grupo 1 dosis 9

1 paciente = 0.25 mgrs alprazolam

8 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

6 pacientes = 1 mgr alprazolam

3 pacientes = 2 mgrs alprazolam

1 paciente = 3 mgrs alprazolam

2 disminuyen a 0.50 mgrs, 1 aumenta a 3 mgrs.

Grupo 2 dosis 9

5 pacientes = 5 mgrs buspirona

10 pacientes = 10 mgrs buspirona

3 pacientes = 15 mgrs buspirona

1 disminuye a 10 mgrs.

Grupo 1 dosis 10

2 pacientes = 0.25 mgrs alprazolam

6 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

5 pacientes = 1 mgr alprazolam

4 pacientes = 2 mgrs alprazolam

2 pacientes = 3 mgrs alprazolam

1 disminuye a 0.25 mgrs, 1 aumenta a 1 mgrs, 2 aumentan a 2 mgrs, 1 aumenta a 3 mgrs.

Grupo 2 dosis 10

9 pacientes = 5 mgrs buspirona

9 pacientes = 10 mgrs buspirona

4 disminuyen a 5 mgrs, 3 disminuyen a 10 mgrs.

Grupo 1 dosis 11

2 pacientes = 0.25 mgrs alprazolam

6 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

4 pacientes = 1 mgrs alprazolam

5 pacientes = 2 mgrs alprazolam

2 pacientes = 3 mgrs alprazolam

1 aumenta a 2 mgrs.

Grupo 2 dosis 11

13 pacientes = 5 mgrs buspirona

5 pacientes = 10 mgrs buspirona

4 disminuyen a 5 mgrs.

Grupo 1 dosis 12

3 pacientes = 0.25 mgrs alprazolam

5 pacientes = 0.50 mgrs alprazolam

4 pacientes = 1 mgrs alprazolam

5 pacientes = 2 mgrs alprazolam

2 pacientes = 3 mgrs alprazolam

1 disminuye a 0.25 mgrs.

Grupo 2 dosis 12

14 pacientes = 5 mgrs buspirona

4 pacientes = 10 mgrs buspirona

1 disminuye a 5 mgrs buspirona.

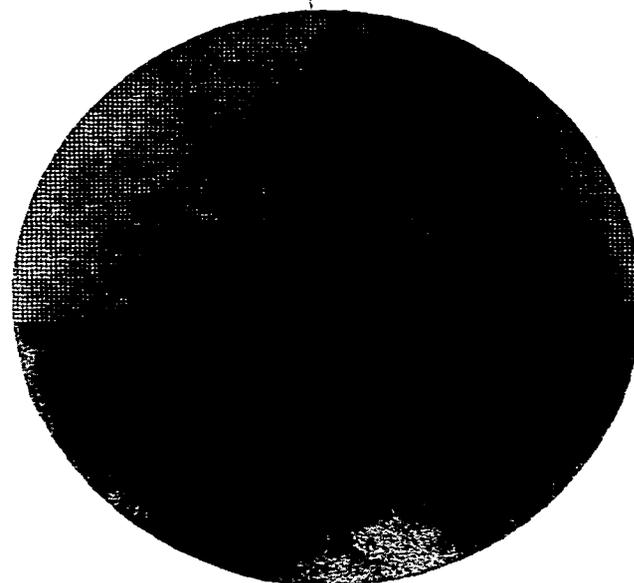
OBSERVACIONES: vemos que en el grupo 2 a partir de la semana 8 las dosis de buspirona no se incrementan, incluso disminuyen. En tanto en el grupo 1 las dosis de alprazolam se modifican poco a partir de la semana 9.

MANEJO DE ANSIEDAD

PACIENTES ALCOHOLICOS

ALPRAZOLAM

19



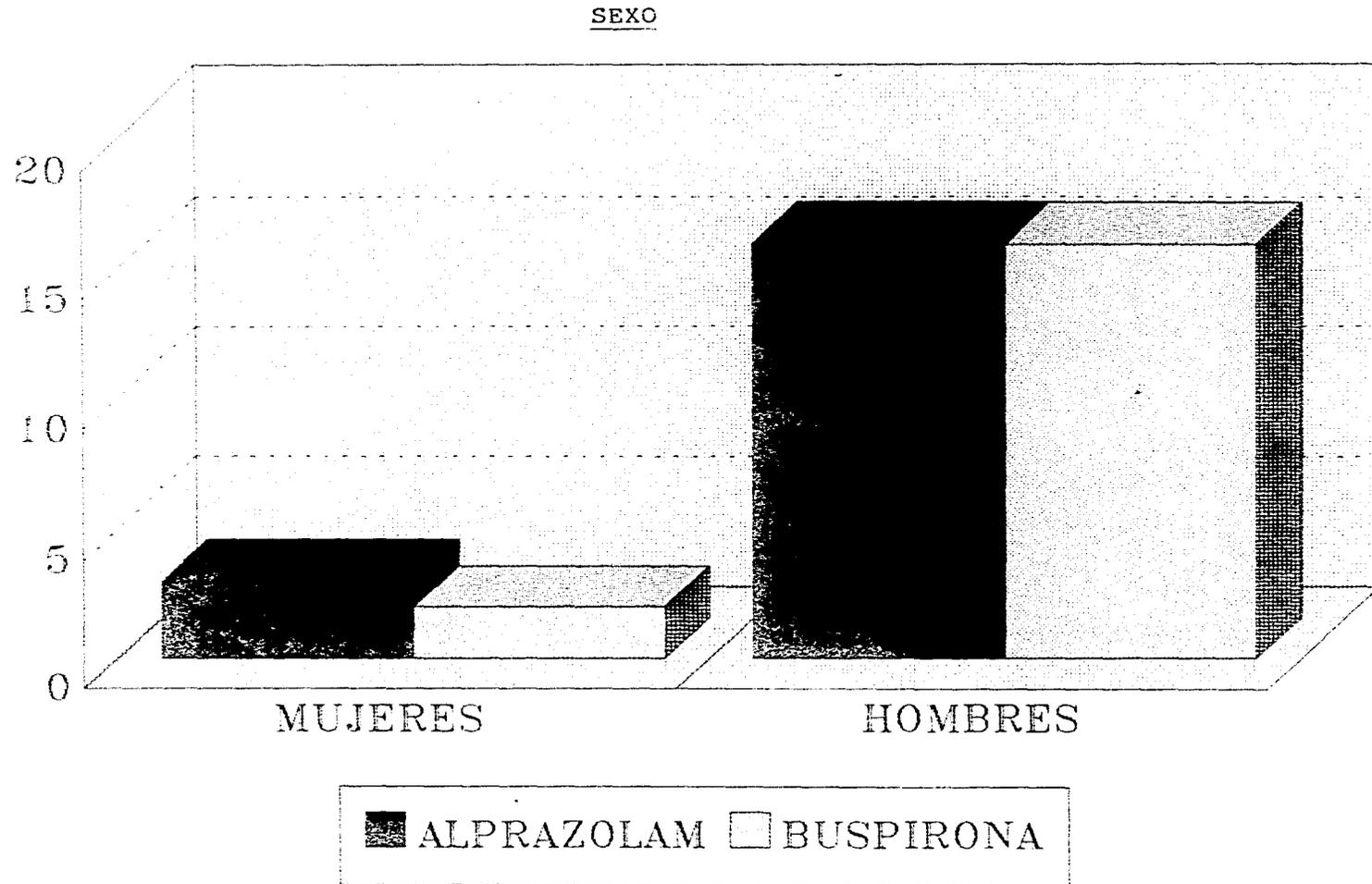
BUSPIRONA

18

N = 37

NUMERO DE PACIENTES

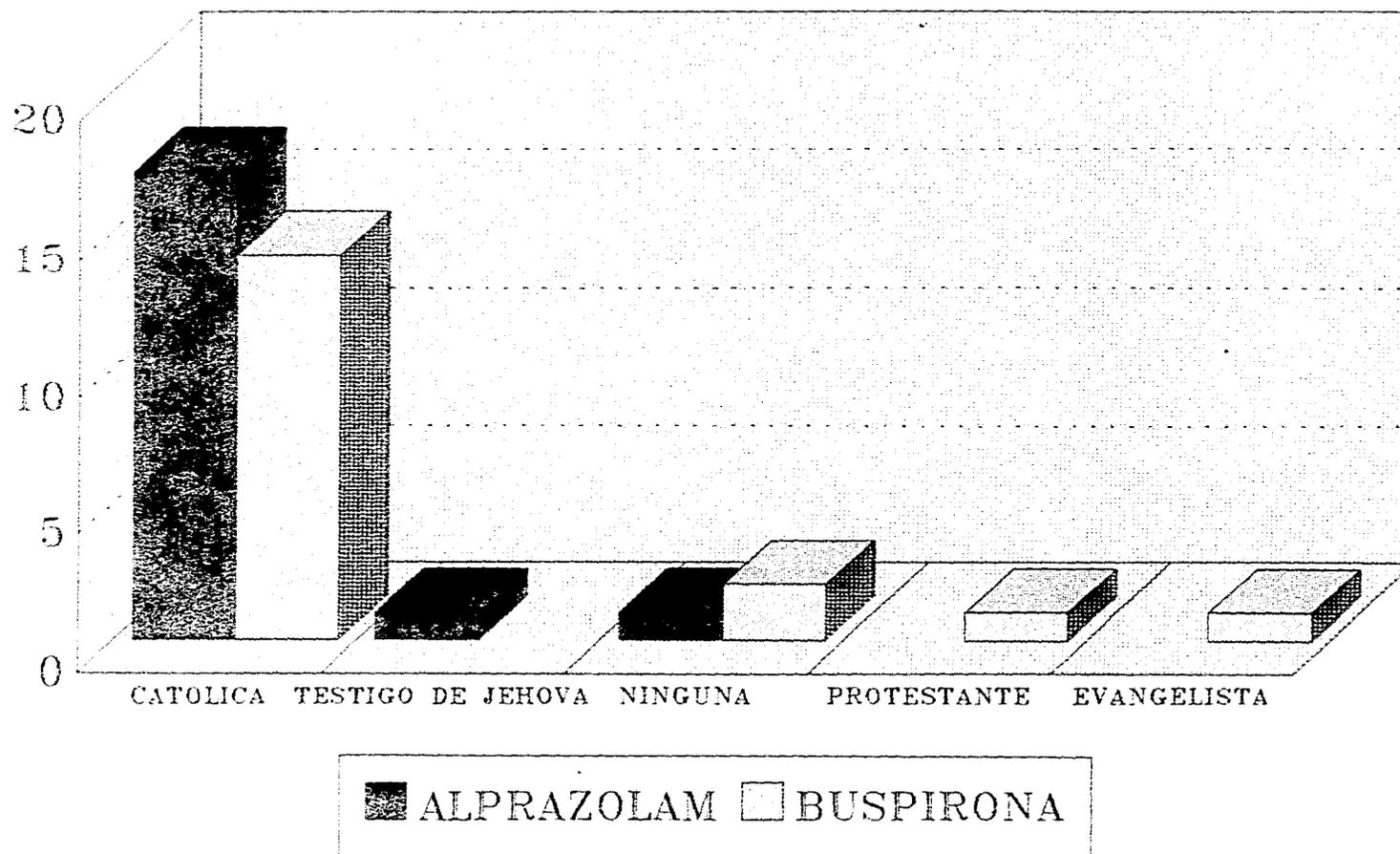
MANEJO DE ANSIEDAD PACIENTES ALCOHOLICOS



N = 37

MANEJO DE ANSIEDAD PACIENTES ALCOHOLICOS

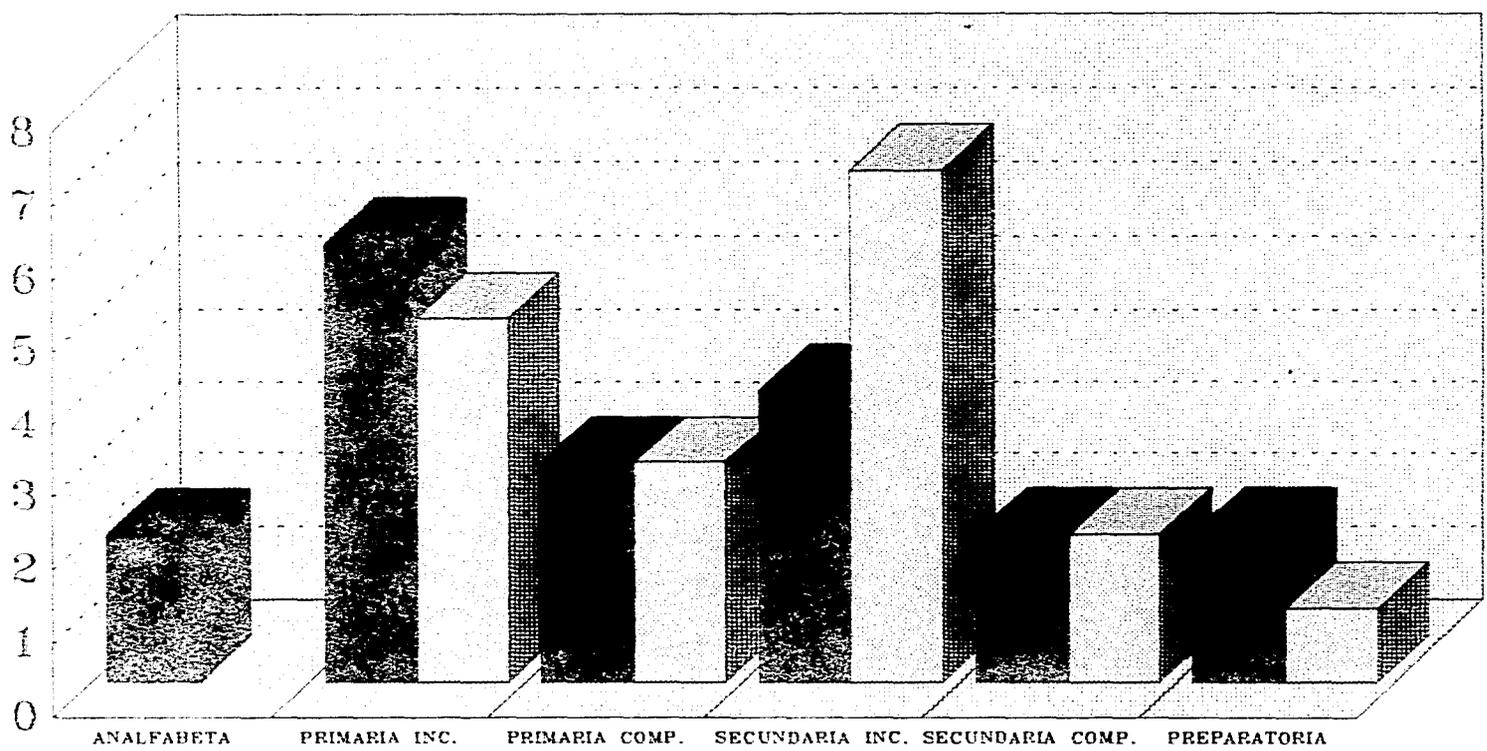
RELIGION



N = 37

MANEJO DE ANSIEDAD PACIENTES ALCOHOLICOS

ESCOLARIDAD

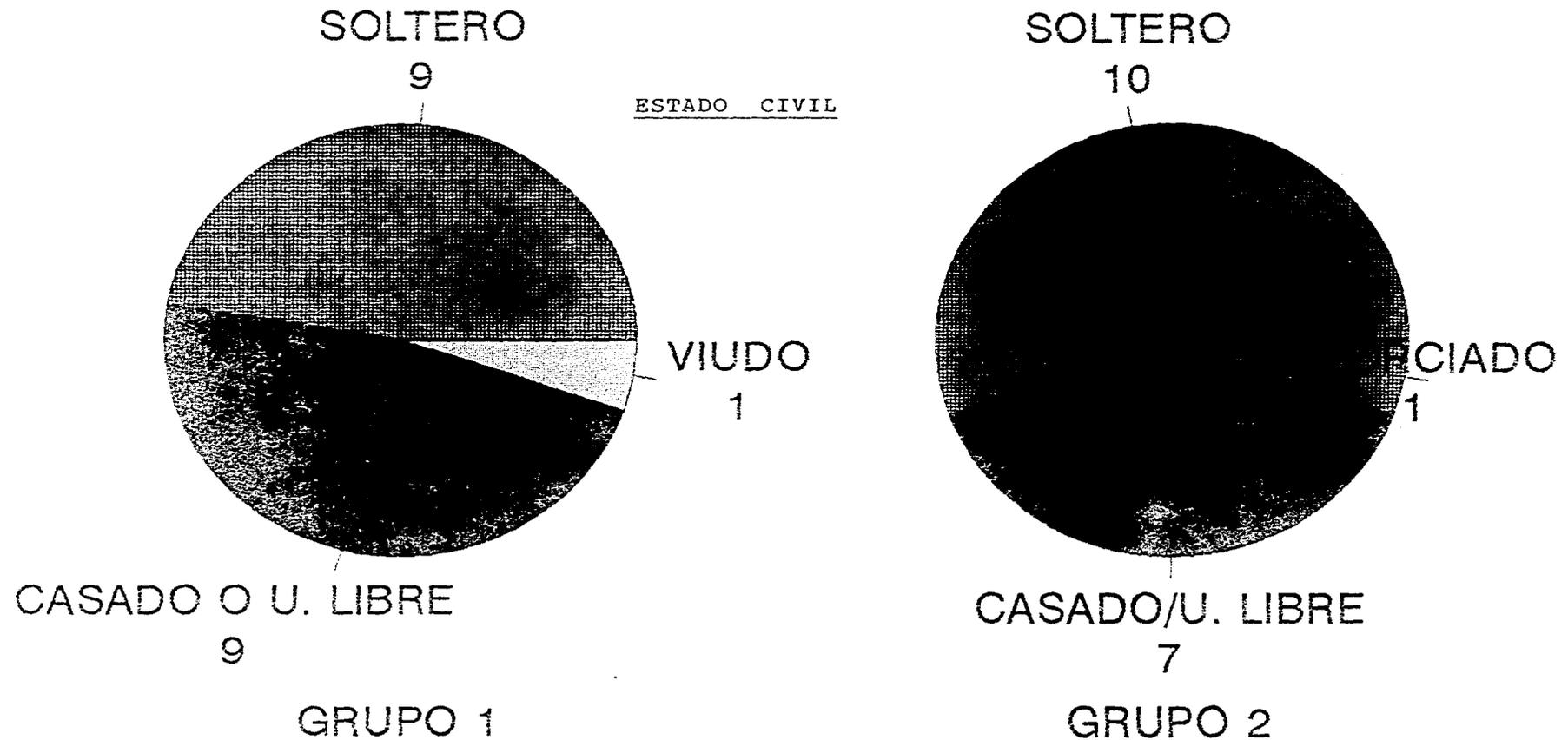


■ ALPRAZOLAM □ BUSPIRONA

N = 37

MANEJO DE ANSIEDAD

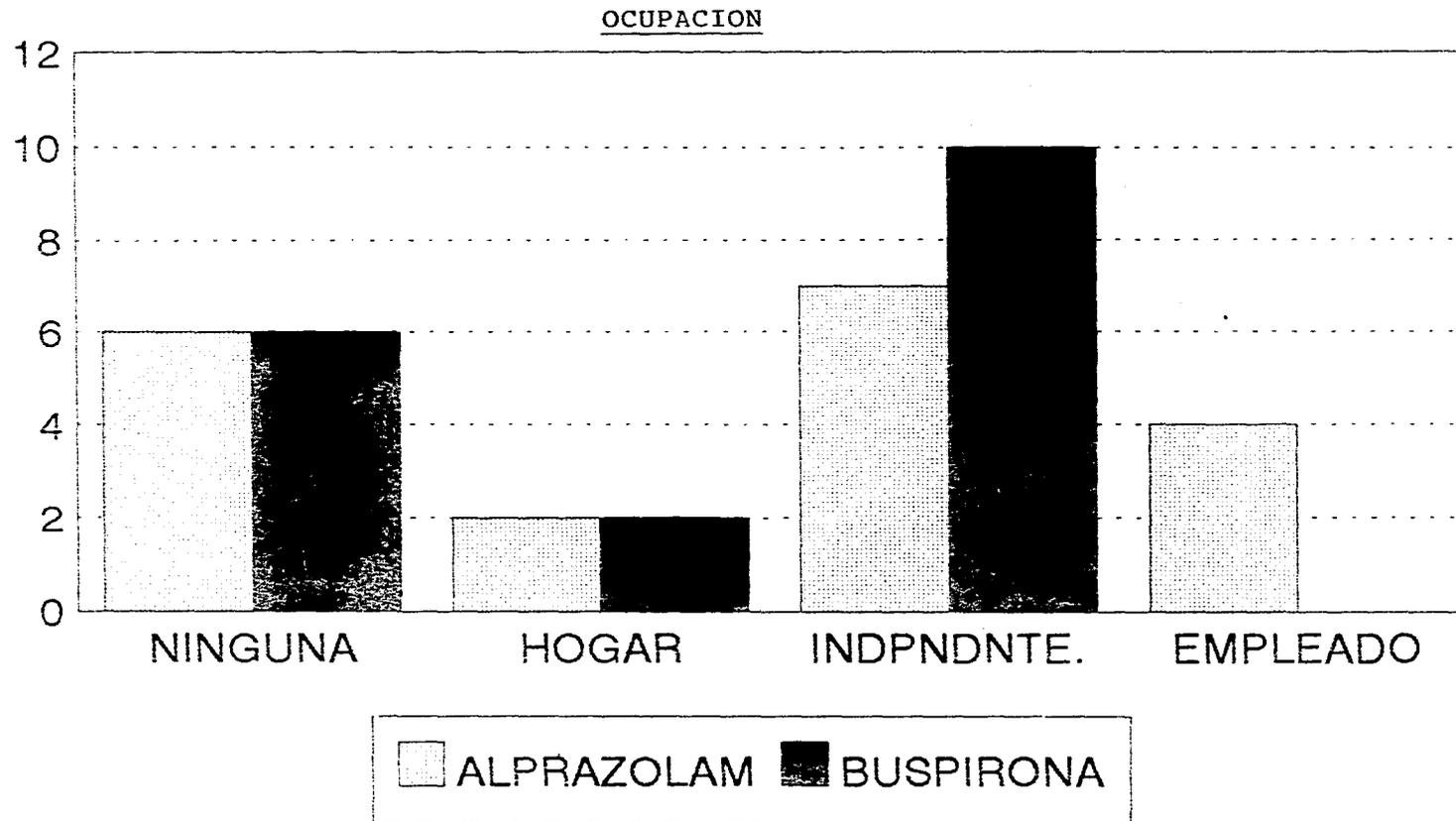
PACIENTES ALCOHOLICOS



N = 37

MANEJO DE ANSIEDAD

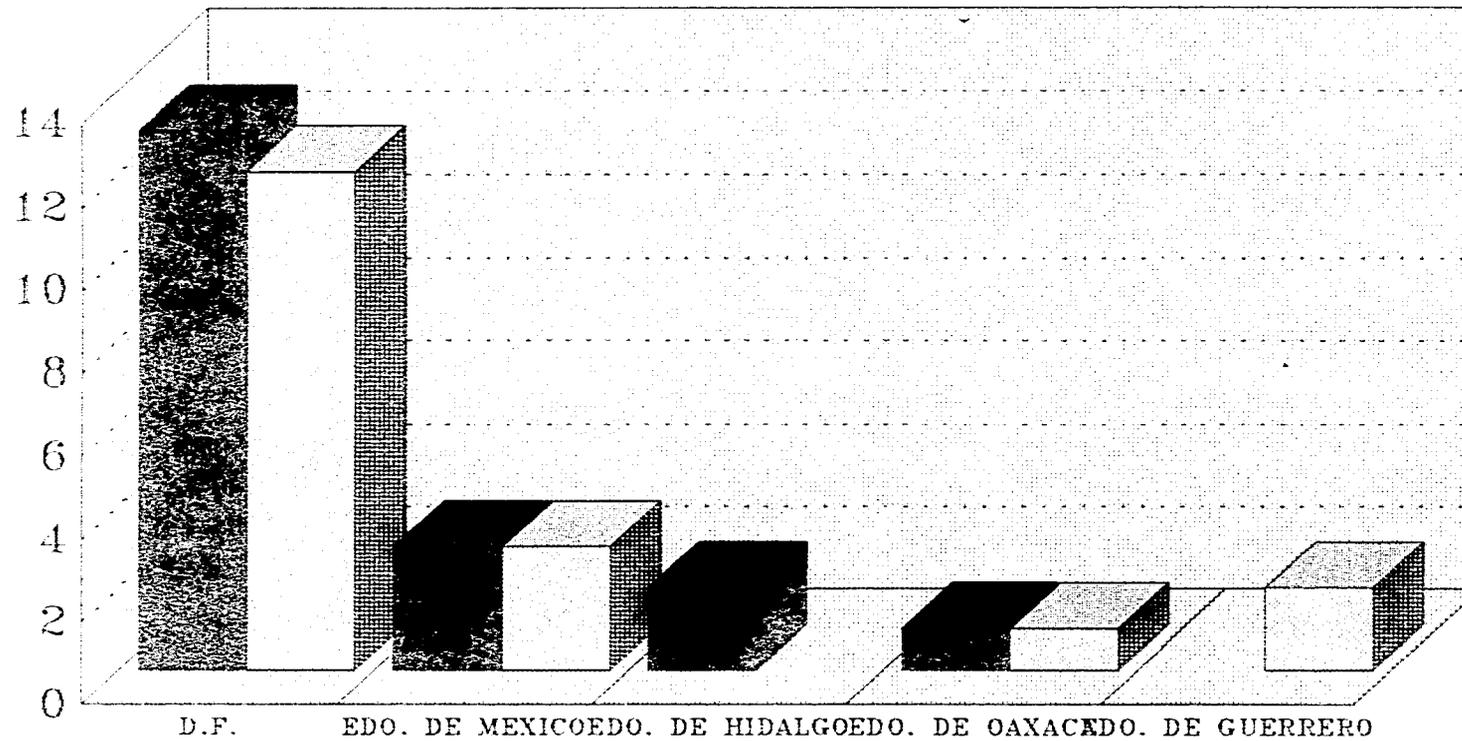
PACIENTES ALCOHOLICOS



N = 37

MANEJO DE ANSIEDAD PACIENTES ALCOHOLICOS

LUGAR DE PROCEDENCIA

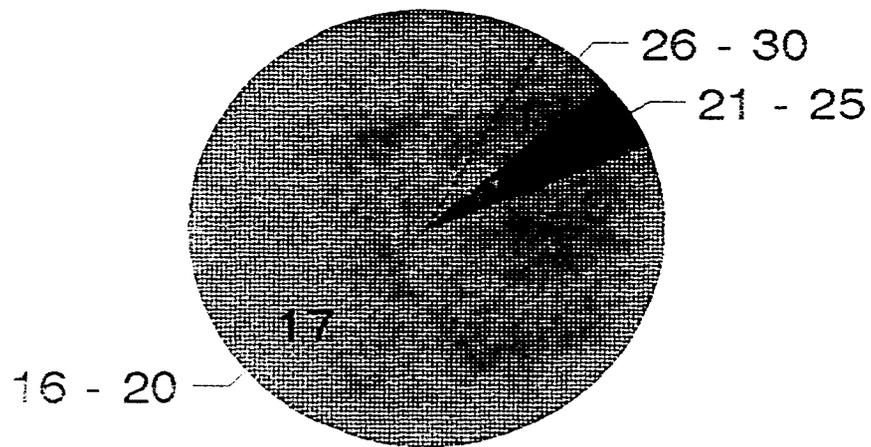


■ ALPRAZOLAM □ BUSPIRONA

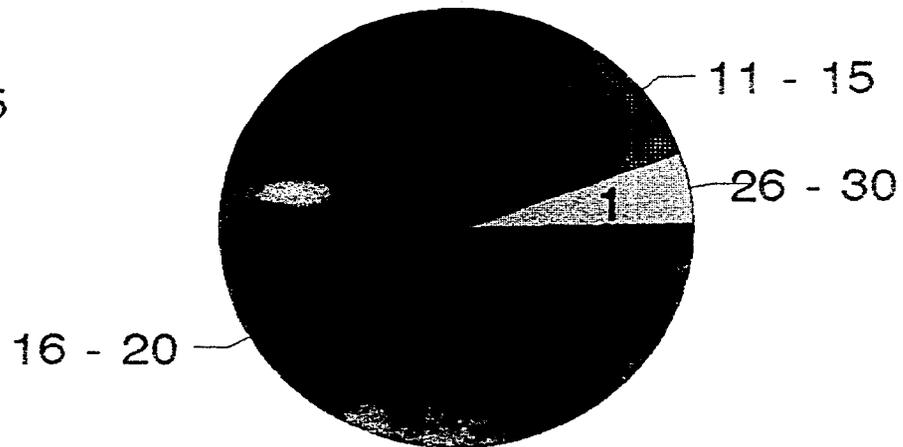
N = 37

MANEJO DE ANSIEDAD

EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL



ALPRAZOLAM



BUSPIRONA

N = 37

CARTA DE ACEPTACION:

Mexico D.F. a _____ de _____ 1995.

Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez.

A quien corresponda.

El (a) abajo firmante de este documento _____

Manifiesta que fue informado cabalmente del proposito del estudio de investigación clínica titulado " respuesta a manejo farmacologico con buspirona u alprazolam, en pacientes alcoholicos con diagnostico de ansiedad generalizada, un estudio comparativo" por lo mismo doy mi consentimiento para que el cuerpo medico del hospital que es responsable del estudio, haga los estudios pertinentes y me prescriba el o los medicamentos necesarios para el manejo de mi problema, así mismo en el momento que decida suspenderlos lo hare y continuare mi tratamiento.

ATTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Testigo.

Nombre: _____

Firma: _____

MEMORANDUM

DE

DR. RAFAEL J. SALIN PASCUAL.

FECHA

4-09-95

REF

INVESTIGACION.

PARA

DR. JORGE LUIS EQUIHUA ALVARADO.

ASUNTO

EL QUE SE INDICA.

Por medio de la presente le comunico que el protocolo "Respuesta a manejo Farmacológico con Buspirona u Alprazolam en pacientes Alcoholicos con Diagnóstico de Ansiedad Generalizada: un estudio comparativo", ha sido aceptado para su realización en este Hospital.

En el entendido de que mensualmente deberá presentar un informe de su avance.

A T E N T A M E N T E

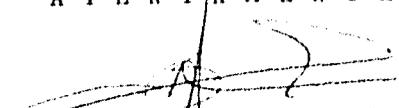

DR. RAFAEL J. SALIN PASCUAL.
PRESIDENTE DEL COMITE CIENTIFICO.

TABLA 10

GRUPO	DOSIS PROMEDIO 1 SEM.	DOSIS PROMEDIO 12 SEM.
1	0.368 MGRS.	1.197 MGRS.
2	5 MGRS.	6.11 MGRS

TABLA 11

GRUPO	INCREMENTO DOSIS %
1	325.27 %
2	122.2%

TABLA 12

PUNTAJES ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.

GRUPO	APLICACION 1	APLICACION 12	
1	623	495	TOTAL DE PUNTOS.
2	599	473	TOTAL DE PUNTOS.

TABLA 13

PUNTAJE ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD %.

GRUPO	DISMNUCION %
1	20.546%
2	21.036%

Entre la primer semana y doceava semana.

OBSERVACION: Vemos que en el grupo de buspirona al final la disminucion de los puntajes de la escala de Hamilton para ansiedad fueron discretamente superiores a los de al grupo de alprazolam, más ninguno de los 2 grupos llego a la disminución estimada que fué de 30 % en los puntajes finales de escala de Hamilton que se tome como criterio de mejoría.

DISCUCIÓN: El uso de un ansiolítico no benzodiazepino para el control de los síntomas de ansiedad en el paciente alcohólico, en comparación con el alprazolam mostraron casi la misma eficacia ya la disminución de los puntajes de escala de hamilton a un inicio y al final fue de 20.546% con Alprazolam y de 21.036% con Buspirona, quiza lo que mas llama la atención es que las dosis de la

medicación para el grupo 1 se incrementaron de un promedio a el inicio de 0.368 mgrs a 1.197 mgrs de Alprazolam que representa un incremento de 325.27%. Y en el grupo 2 la dosis promedio inicial fué de 5 mgrs y al final de 6.11 mgrs de Buspirona que representa un incremento de 122.2%. Es la diferencia más interesante.

Así creo que el uso de Buspirona en este tipo de pacientes ofrece algunas alternativas de consideración como la dosis menor y una muy discreta mejoría en los síntomas de ansiedad, sobre el Alprazolam.

Propuestas:

Futuros estudios deberán investigar principalmente, el uso de buspirona en pacientes alcohólicos en los aspectos de efectos colaterales, poder adictivo, mecanismos de acción, con muestras mas extensas y a mayor seguimiento.

CARTA DE ACEPTACION:

Mexico D.F. a _____ de _____ 1995.

Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez.

A quien corresponda.

El (a) abajo firmante de este documento _____

Manifiesta que fue informado cabalmente del proposito del estudio de investigación clinica titulado " respuesta a manejo farmacologico con buspirona u alprazolam, en pacientes alcoholicos con diagnostico de ansiedad generalizada, un estudio comparativo" por lo mismo doy mi consentimiento para que el cuerpo medico del hospital que es responsable del estudio, haga los estudios pertinentes y me prescriba el o los medicamentos necesarios para el manejo de mi problema, así mismo en el momento que decida suspenderlos lo hare y continuare mi tratamiento.

ATTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Testigo.

Nombre: _____

Firma: _____

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

NUMERO DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

CODIGO 0 = AUSENTE 1 = INTENSIDAD LEVE 2 = INTENSIDAD MEDIA
 3 = INTENSIDAD FUERTE 4 = INTENSIDAD MAXIMA

HUMOR ANSIOSO	INQUIETUD, ESPERA DE LO PEOR, APRENSION, (ANTICIPACION TENEROSA), IRRITABILIDAD.	
TENSION	SENSACION DE TENSION, FATIGABILIDAD, SOBRESALTOS, LLANTO TEMBLOR, SENSACION DE NO PODER QUEDARSE EN UN LUGAR, INCAPACIDAD PARA RELAJARSE.	
MIEDOS	A LA OSCURIDAD, A LA GENTE DESCONOCIDA, A QUEDARSE SOLO, A LOS ANIMALES, AL TRAFICO, A LA MULTITUD.	
INSOMNIO	DIFICULTAD EN CONCILIAR EL SUENO, SUENO INTERRRUMPIDO, SUENO NO SATISFACTORIO CON CANSANCIO AL DESPERTAR, SUENOS PENOSOS, PESADILLAS, TEMORES NOCTURNOS.	
FUNCIONES INTELECTUALES	DIFICULTAD DE CONCENTRACION, MALA MEMORIA	
HUMOR DEPRESIVO	FALTA DE INTERES, NO DISFRUTAR YA CON LOS PASATIEMPOS, DEPRESION, INSOMNIO DE LA MADRUGADA, VARIACIONES DE HUMOR DURANTE EL DIA	
SINTOMAS SOMATICOS	DOLORES, CANSANCIO MUSCULAR, CONTRACCIONES, RIGIDEZ, SACUDIDAS MICCIONICAS, CHIRRIDO DE DIENTES, VOZ POCO FIRME, TONO MUSCULAR AUMENTADO.	
SINTOMAS SOMATICOS GENERALES	ZUMBIDO DE OIDOS, VISION BORROSA, SOFOCOS O ESCALOFRIOS, SENSACION DE DEBILIDAD, SENSACION DE HORMIGUEO	
SINTOMAS CARDIOVASCULARES	TAQUICARDIA, PALPITACIONES, DOLORES EN EL PECHO, LATIDOS VASCULARES, SENSACION DE DESMAYO, EXTRASISTOLE	
SINTOMAS RESPIRATORIOS	PESO U OPRESION TORAXICA, SENSACION DE AHOGO, SUSPIRO, DISNEA	
SINTOMAS GASTROINTESTINALES	DIFICULTAD PARA TRAGAR, METEORISMO, DOLOR ABDOMINAL, SENSACION DE ARDOR, PLENITUD ABDOMINAL, NAUSEAS, VOMITOS, BORBURISMO, SENSACION DE ESTOMAGO VACIO, PERDIDA DE PESO, ESTREÑIMIENTO.	
SINTOMAS GENITOURINARIOS	MICCIONES FRECUENTES, URGENCIA DE MICCION, AMENORREA, MENORRAGIA, DESARROLLO DE FRIGIDEZ, EYACULACION PRECOZ, PERDIDA DE LA LIBIDO, IMPOTENCIA	
SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	BOCA SECA, ACCESOS DE RUBOR, PALIDEZ, TRANSPIRACION EXCESIVA, VERTIGO, CEFALEA, TENSION, HORRIPILACION.	
COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	AGITADO, INQUIETO O DANDO VUELTAS, MANOS TEMBLOROSAS, CENO FRUNCIDO, FACIES TENSA, SUSPIROS O RESPIRACION AGITADA, PALIDEZ, TRAGAR SALIVA, ERUCTOS, RAPIDOS MOVIMIENTOS DE LOS TENDONES, MIDIASIS, EXOFALMOS.	

MEMORANDUM

DE	FECHA	REF
DR. RAFAEL J. SALIN PASCUAL.	4-09-95	INVESTIGACION.
PARA	ASUNTO	
DR. JORGE LUIS EQUHUA ALVARADO.	EL QUE SE INDICA.	

Por medio de la presente le comunico que el protocolo "Respuesta a manejo Farmacológico con Buspirona u Alprazolam en pacientes Alcoholicos con Diagnóstico de Ansiedad Generalizada: un estudio comparativo", ha sido aceptado para su realización en este Hospital.

En el entendido de que mensualmente deberá presentar un informe de su avance.

A T E N T A M E N T E


DR. RAFAEL J. SALIN PASCUAL.
PRESIDENTE DEL COMITE CIENTIFICO.



TODO POR ESCRITO

MM-25

HOJA DE REPORTE.

PACIENTE No. _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: _____

RECIBIO TRATAMIENTO ANSIOLITICO PREVIO ? SI NO

SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE.

MEDICAMENTO EMPLEADO: _____

DOSIS: _____

TIEMPO DE EMPLEO: _____

CUMPLIO PERIODO DE LAVADO, PARA ESTE ESTUDIO ? SI NO

EL PACIENTE FUE INFORMADO SOBRE EL ESTUDIO ? SI NO

DIO SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO ? SI NO

DATOS SIGNIFICATIVOS HISTORIA PSIQUIATRICA:

DATOS SIGNIFICATIVOS HISTORIA MEDICA:

EXPLORACION FISICA:

PESO: _____ TALLA: _____

BIOMETRIA HEMATICA: _____

QUIMICA SANGUINEA: _____

P.F.H.: _____

P.F.T.: _____

SE APLICO HISTORIA PSIQUIATRICA CODIFICADA PARA ALCOHOLISMO ?

SI NO

DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SEGUN DSM III-R ? SI NO

MEDICAMENTO EMPLEADO: ALPRAZOLAM BUSPIRONA

DOSIS DE INICIO: _____

1 semana. _____

2 semana. _____

3 semana. _____

4 semana. _____

5 semana. _____

6 semana. _____

7 semana. _____

8 semana. _____

9 semana. _____

10 semana. _____

11 semana. _____

12 semana. _____

PUNTAJE DE ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

INICIO: _____

3 SEMANA _____

6 SEMANA _____

9 SEMANA _____

12 SEMANA _____

- 1.- Anote la fecha en que se aplica cada Escala de la Ansiedad de Hamilton.
- 2.- Marque la calificación de su paciente en cada visita (Línea de Base y Revisitas).
- 3.- Una los puntos, para ver cómo evoluciona la ansiedad de su paciente.

	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
35
34
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14

Línea de Base	Primera Revisita	Segunda Revisita	Tercera Revisita	Cuarta Revisita	Quinta Revisita
---------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------

COMENTARIO FINAL:

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA CODIFICACION PARA ALCOHOLISMO

I. FICHA DE IDENTIFICACION Y DATOS GENERALES

Clave y número de tarjeta
Número de expediente

1 6

7 11

12 17

1. Fecha: _____

2. Nombre: _____

3. Sexo:
 Masculino (1) Femenino (2) 18

4. Edad:
 19 20

5. Estado Civil:
 Soltero (1)
 Casado (2)
 Unión libre (3)
 Divorciado (4)
 Separado (5)
 Vuido (6)
 Otros. Especificar (7) 21

6. Religión Actual:
 Católico (1)
 Protestante (2)
 Testigo de Jehová (3)
 Ninguna (4)
 Otros Especificar (5) 22

7. Escolaridad:
 Analfabeta (1)
 Primaria incompleta (2)
 Primaria completa (3)
 Secundaria incompleta (4)
 Secundaria completa (5)
 Preparatoria (6)
 Profesional (7)
 Est. Comerc. y/o Técnica (8)
 Otros. Especificar (9) 23

8. Ocupación:
 Profesional (1)

Empresario o Directivo (2)
 Burocrata (no profesio-
 nista ni Directivo) (3)
 Empleado (iniciativa
 privada) (4)
 Oficio Mayor u Obrero (5)
 Obrero (6)
 Labores domésticas (7)
 Empleo esporádicos o
 desempleados (8)
 Estudiante (9)
 Otros. Especificar (0)

9. Origen (procedencia):
 Distrito Federal (1)
 Área metropolitana
 Estado de México (2)
 Otros Estados Especif. (3) 24

10. Domicilio: Delegación:
 Especificar: Calle, número,
 Colonia y Z.P. 25

Alvaro Obregón (11)
 Atzacotalco (12)
 Benito Juárez (13)
 Coyoacán (14)
 Cuajimalpa (15)
 Cuauhtémoc (16)
 Gustavo A. Madero (17)
 Iztacalco (18)
 Iztapalapa (19)
 Magdalena Contreras (20)
 Miguel Hidalgo (21)
 Milpa Alta (22)
 Tláhuac (23)
 Tlalpan (24)
 Venustiano Carranza (25)
 Xochimilco (26)
 Estado de México (27)
 Otros Estados. Especif. (28)

*El comité estuvo a cargo del Dr. Federico Puente e integrado por seis psiquiatras, dos psicólogos, un sociólogo, una trabajadora social y tres investigadores epidemiológicos.

- 26 27
11. ¿Con quién vive?
- Solo (1)
 - Cónyuge (2)
 - Cónyuge e hijos (3)
 - Cónyuge e hijos y otro (si familiar) (es) (4)
 - Padre (si) (5)
 - Padres, hermanos y otros (6)
 - Otros familiares (7)
 - Otros no familiares (8)
- 28
12. Referido por:
- Nadie (si mismo) (1)
 - Familiar (2)
 - Institución médica (3)
 - Médico Particular (4)
 - Tec. en Salud Mental (5)
 - Grupo A.A. (6)
 - Delegación Política (7)
 - Empresa laboral (8)
 - Otros. Especif. (9)
- 29
13. Acompañado por:
- Familiar (1)
 - Amigo (2)
 - A.A. (3)
 - Familiar y amigo (4)
 - Familiar y A.A. (5)
 - Conocido (6)
 - Solo (7)
 - Otros. Especif. (8)
- 30
14. ¿Acude voluntariamente?
- Sí (1)
 - No. Especif. (2)
- 31
15. ¿Desea tratarse de su alcoholismo?
- Sí (1)
 - No. Especif. (2)
- 32
16. ¿Acude además por otro tipo de problema?
- No (1)
 - Somático. Especif. (2)
 - Psíquico. Especif. (3)
 - Otros. Especif. (4)
- 33
17. ¿Le perjudica su alcoholismo?
- a) Físicamente
 - Sí (1) No (2)
 - b) ¿Mental o emocionalmente?
 - Sí (1) No (2)
 - c) Familiarmente
 - Sí (1) No (2)
 - d) Laboralmente
 - Sí (1) No (2)
 - e) Económicamente
 - Sí (1) No (2)
 - f) Legalmente
 - Sí (1) No (2)
 - g) Otros
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
18. ¿Ha sido tratado por su alcoholismo en un Hospital General?
- No (1)
 - Consulta Externa. Especif. (2)
 - Internamiento. Especif. (3)
 - Consulta Externa e Internamiento. Especif. (4)
- 41

19. ¿Ha sido tratado por su alcoholismo en un Hospital Psiquiátrico?
- No (1)
 - Consulta Externa. Especif. (2)
 - Internamiento. Especif. (3)
 - Consulta Externa e Internamiento. Especif. (4)
- 42

II. ANTECEDENTES

20. Antecedentes Familiares Patológicos Alcohólicos
- a) Padre
 - Sí (1) No (2)
 - b) Madre
 - Sí (1) No (2)
 - c) Hijos (no es antecedente)
 - Sí (1) No (2)
 - No aplicable (3)
 - d) Hermanos
 - Sí (1) No (2)
 - No aplicable (3)
 - e) Tíos
 - Sí (1) No (2)
 - No aplicable (3)
 - f) Abuelos
 - Sí (1) No (2)
 - g) Primos
 - Sí (1) No (2)
 - No aplicable (3)
 - h) Otros
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
21. Otros Antecedentes Familiares Patológicos:
- a) Cardiovasculares
 - Sí (1) No (2)
 - b) Tuberculosos
 - Sí (1) No (2)
 - c) Diabéticos
 - Sí (1) No (2)
 - d) Luéticos
 - Sí (1) No (2)
 - e) Neurológicos
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
 - f) Psiquiátricos
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
 - g) Neoplásicos
 - Sí (1) No (2)
 - h) Otros
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
22. Personales no Patológicos:
- a) Higiene Personal
 - Buena (1) Regular (2) Mala (3)
 - b) Higiene Habitacional
 - Buena (1) Regular (2) Mala (3)
 - c) Alimentación deficiente en cantidad y calidad
 - Sí (1) No (2)
- 59
- 60
- 61
23. Personales Patológicos
- a) Gastrointestinales
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
 - b) Cardiovasculares
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
- 62
- 63

- c) Tuberculosos
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 64
- d) Venéreos
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 65
- e) Neurológicos
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 66
- f) Psiquiátricos
 (excluye farmacodependencia)
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 67
- g) Consumo de otras drogas
 (incluye farmacodependencia)
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 68
- h) Traumáticos
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 69
- i) Quirúrgicos
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 70
- j) Alergias medicamentosas
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 71

24. Tabaquismo
- a) Tiempo
 No aplicable (1) _____
 Hasta 5 años (2) _____
 Más de 5 años a 10 años (3) _____
 Más de 10 años a 15 años (4) _____
 Más de 15 años (5) 72
- b) Promedio de cigarrillos por día, en los 2 últimos años
 De 1 a 5 (1) _____
 De 6 a 10 (2) _____
 De 11 a 15 (3) _____
 De 16 a 20 (4) _____
 De 21 a 30 (5) _____
 De 31 a 40 (6) _____
 Más de 40 (7) _____
 No aplicable (8) 73

III. PADECIMIENTO ACTUAL

25. Edad a la que inició la ingestión 74 75
26. Edad a la que inició la ingestión compulsiva 76 77

Clave y número de tarjeta

1 2 3 4 5 6

27. Patrón de ingestión en el último año activo. (Tipo de bebida y cantidad de ingestión semanal)
- | Tipo | Cantidad | 7 | 8 |
|---|----------|--------------------------|--------------------------|
| a) Fermentados
(vino, cerveza, pulque, etc.) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Destilados
(tequila, ron, etc.) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Alcohol 96° | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 11 12

d) Total 13 14

28. Periodo máximo de ingestión en el último año activo
 De 1 a 3 días (1) _____
 De 4 a 7 días (2) _____
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3) _____
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4) _____
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 290 días) (5) _____
 De más de 6 meses a 9 meses (181 a 270 días) (6) _____
 De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días) (7) 15
29. Periodo máximo de abstinencia en el último año activo
 De 1 a 3 días (1) _____
 De 4 a 7 días (2) _____
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3) _____
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4) _____
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5) _____
 De más de 6 meses a 9 meses (181 a 270 días) (6) _____
 De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días) (7) _____
 Sin abstinencia (8) 16
30. Duración de la última ingestión
 De 1 a 3 días (1) _____
 De 4 a 7 días (2) _____
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3) _____
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4) _____
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5) _____
 De más de 6 meses a 12 meses (181 a 360 días) (6) 17
31. Abstinencia actual
 De 1 a 3 días (1) _____
 De 4 a 7 días (2) _____
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3) _____
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4) _____
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5) _____
 Más de 6 meses (más de 180 días) (6) _____
 sin abstinencia (7) 18
32. ¿Por qué incrementó la ingestión?
 Por pérdida objetiva (1) _____
 Para lograr los efectos (2) _____
 Por motivos sociales (3) _____
 Otros. Especificar (4) 19
33. ¿Con quién bebe preferentemente?
 Solo (1) _____
 Desconocidos (2) _____
 Conocidos (3) _____
 Amigos (4) _____
 Familiares (5) _____
 Otros. Especificar (6) 20
34. Sitio donde bebe preferentemente
 Calle (1) _____
 Trabajo (2) _____

- Casa (3)
 Centina (4)
 Otros. Especificar (5) 21
35. ¿Ha intentado dejar de beber?
 No (1)
 Con ayuda médica (2)
 Grupo A.A. (3)
 Juramentos (4)
 Por sí mismo (5)
 Otros. Especificar (6) 22
36. ¿Consuma otras drogas?
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 23
37. Repercusiones laborales del alcoholismo
 a) Ausentismo
 Sí (1) No (2) 24
 b) Abandono
 Sí (1) No (2) 25
 c) Desempleo
 Sí (1) No (2) 26
 d) Despido
 Sí (1) No (2) 27
 e) Accidentes de trabajo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 28
 f) Problemas con compañeros y/o patronos
 Sí (1) No (2) 29
 g) Otros
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 30
38. En los periodos activos de ingestión
 ¿Cuántos días al mes se ausenta de su trabajo?
 (99 = ninguno) 31 32
39. Repercusión familiar
 a) Tensión y Dificultades
 Sí (1) No (2) 33
 No aplicable (3)
 b) Riñas
 Sí (1) No (2) 34
 No aplicable (3)
 c) Separación transitoria
 Sí (1) No (2) 35
 No aplicable (3)
 d) Abandono sin divorcio
 Sí (1) No (2) 36
 No aplicable (3)
 e) Divorcio
 Sí (1) No (2) 37
 No aplicable (3)
40. Actitud de la familia ante el alcoholismo
 Rechazo (1)
 Indiferencia (2)
 Ambivalencia (3)
 Aceptación (4) 38
 No aplicable (5)
41. Repercusión sexual
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 39
42. Repercusión Social
 a) Mendicidad
 Sí (1) No (2) 40
 b) Parasitismo Social
 Sí (1) No (2) 41
 c) Robo
 Sí (1) No (2) 42

- d) Problemas legales
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 43
- e) Riña
 Sí (1) No (2) 44
- f) Accidentes domésticos o viales
 Sí (1) No (2) 45
- g) Otros
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 46
- IV. EXPLORACION MENTAL
43. Circunstancias en que se realiza la exploración
 En el consultorio (1)
 Encamado (2) 47
 Consulta domiciliaria (3)
44. Edad aparente
 Mayor (1) Igual (2) 48
 Menor (3)
45. En estado de Intoxicación
 Sí (1) No (2) 49
46. Aliento Alcohólico
 Sí (1) No (2) 50
47. Condiciones de alivio
 Sí (1) No (2) 51
48. Postura
 Libre (1) Forzada (2) 52
49. Actitud
 Cooperas (1) No Cooperas (2) 53
50. Discurso
 a) Coherente
 Sí (1) No (2) 54
 b) Espontáneo
 Sí (1) No (2) 55
 c) Reiterativo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 56
 d) Disartria
 Sí (1) No (2) 57
 e) Dislalia
 Sí (1) No (2) 58
 f) Taquiprquia
 Sí (1) No (2) 59
 g) Bradiprquia
 Sí (1) No (2) 60
 h) Pararrespuestas
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 61
 i) Neologismos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 62
 j) Fugas de Ideas
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 63
 k) Ensalada de palabras
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 64
51. Contenido Ideatorio
 a) Fobias
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 65
 b) Obsesiones

- No (1) 66
 Sí. Especificar (2)
52. Compulsiones
 No (1) 67
 Sí. Especificar (2)
53. Ideas Suicidas
 No (1) 68
 Sí. Especificar (2)
54. Ideas Homicidas
 No (1) 69
 Sí. Especificar (2)
55. Ideas de Daño
 No (1) 70
 Sí. Especificar (2)
56. Delirios
 a) Persecutorios
 No (1) 71
 Sí. Especificar (2)
- b) De Grandeza
 No (1) 72
 Sí. Especificar (2)
- c) Celotipia
 No (1) 73
 Sí. Especificar (2)
57. Alteraciones de la Atención
 Sí (1) No (2) 74
58. Alteraciones de la Concentración
 Sí (1) No (2) 75
59. Alteraciones de la Abstracción
 Sí (1) No (2) 76
60. Alteraciones de Memoria Reciente
 Sí (1) No (2) 77
61. Alteraciones de Memoria Remota
 Sí (1) No (2) 78
62. Confabulación
 No (1) 79
 Sí. Especificar (2)
63. Alteraciones de Orientación en Tiempo
 Sí (1) No (2) 80
- Clave y número de tarjeta
- 1 2 3 4 5 6
64. Alteraciones de Orientación en Espacio
 Sí (1) No (2) 7
65. Alteraciones de Orientación en Persona
 Sí (1) No (2) 8
66. Alteraciones de la Sensopercepción
 a) Alucinaciones Auditivas
 No (1) 9
 Sí. Especificar (2)
- b) Alucinaciones Visuales
 No (1) 10
 Sí. Especificar (2)

- c) Alucinaciones Gustativas
 No (1) 11
 Sí. Especificar (2)
- d) Alucinaciones Olfatorias
 No (1) 12
 Sí. Especificar (2)
- e) Alucinaciones Táctiles
 No (1) 13
 Sí. Especificar (2)
63. Estado afectivo
 a) Angustia
 Sí (1) No (2) 14
- b) Depresión
 Sí (1) No (2) 15
- c) Euforia
 Sí (1) No (2) 16
- d) Aplanamiento
 Sí (1) No (2) 17
- e) Labilidad
 Sí (1) No (2) 18
64. Alteraciones de Juicio
 Sí (1) No (2) 19
- V. EXPLORACION FISICA
65. Alteraciones de Conformación
 No (1) 20
 Sí. Especificar (2)
66. Alteraciones de Integridad
 No (1) 21
 Sí. Especificar (2)
67. Alteraciones de Conciencia
 No (1) 22
 Sí. Especificar (2)
68. Peso
 Menor o igual a 50 kg. (1) 23
 De 51 a 60 kg. (2)
- De 61 a 70 kg. (3)
- De 71 a 80 kg. (4)
- De 81 a 90 kg. (5)
- De más de 90 kg. (6)
69. Estatura
 Menor o igual a 150 cms. (1) 24
 De 151 a 160 cms. (2)
- De 161 a 170 cms. (3)
- De 171 a 180 cms. (4)
- De 181 a 190 cms. (5)
70. Alteraciones de la Tensión Arterial
 No (1) 25
 Sí. Especificar (2)
71. Alteraciones de la Temperatura
 No (1) 26
 Sí. Especificar (2)
72. Alteraciones de la Frecuencia Respiratoria
 No (1) 27
 Sí. Especificar (2)
73. Alteraciones de Piel y Mucosas
 No (1) 28
 Sí. Especificar (2)
74. Alteraciones de Cráneo
 No (1)

- Sí. Especificar (2) 29
-
75. Alteraciones de Cuello
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 30
-
76. Alteraciones de Tórax
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 31
-
77. Alteraciones de la Frecuencia Cardíaca
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 32
-
78. Alteraciones de Abdómen
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 33
-
79. Alteraciones de las Extremidades
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 34

VI. EXPLORACION NEUROLOGICA

80. Alteraciones de los Nervios Craneales
- a) Olfatorio
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 35
-
- b) Óptico
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 36
-
- c) Motor Ocular Común
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 37
-
- d) Patético
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 38
-
- e) Trigémino
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 39
-
- f) Motor Ocular Externo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 40
-
- g) Facial
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 41
-
- h) Auditivo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 42
-
- i) Glossofaríngeo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 43
-
- j) Neumogástrico
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 44
-
- k) Espinal
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 45
-
- l) Hipogloso
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 46
-
81. Alteraciones de la Función Cerebelosa
 a) Coordinación Cedo-Nariz

- No (1)
 Sí (2) 47
-
- b) Movimientos Alternos
 No (1)
 Sí (2) 48
-
- c) Marcha
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 49
-
82. Alteraciones del Sistema Motor
- a) Atrofia Muscular
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 50
-
- b) Movimientos Anormales
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 51
-
- c) Tono Muscular
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 52
-
- d) Fuerza Muscular
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 53
-
83. Alteraciones del Sistema Sensorial.
- Sensación Primaria
- a) Sensibilidad táctil superficial
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 54
-
- b) Dolor Superficial
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 55
-
- c) Sensibilidad a la Temperatura
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 56
-
- d) Sensibilidad Vibratoria
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 57
-
- e) Dolor a la Presión Profunda
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 58
-
84. Alteraciones del Sistema Sensorial.
- Sensibilidad Discriminatoria Cortical
- a) Discriminación de dos puntos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 59
-
- b) Localización del lugar tocado
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 60
-
- c) Función Esterognóstica
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 61
-
- d) Grafestesia
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 62
-
85. Alteraciones de los Reflejos Osteotendinosos
- a) Bicipital
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 63
-
- b) Tricipital

- No (1) 64
 Sí. Especificar (2)
- c) Braquiorradial
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 65
- d) Patelar
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 66
- e) Aquileo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 67
86. Alteraciones de los Reflejos Superficiales
- a) Corneal
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 68
- b) Faringeo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 69
- c) Abdominal
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 70
- d) Cremasteriano
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 71
- e) Plantar
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 72

87. Reflejos Patológicos
- a) Clonus
 Sí (1) No (2) 73
- b) Babinsky
 Sí (1) No (2) 74

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

88. Patología Neuropsiquiátrica Derivada
- a) Delirium Tremens
 Sí (1) No (2) 75
- b) Psicosis Alcohólica de Korsakoff
 Sí (1) No (2) 76
- c) Demencia Alcohólica y/o Síndrome Cerebral Crónico Alcohólico
 Sí (1) No (2) 77
- d) Alucinosis Alcohólica
 Sí (1) No (2) 78
- e) Embriaguez Patológica
 Sí (1) No (2) 79
- f) Celotipia Alcohólica (Paranoia)
 Sí (1) No (2) 80

Clave y número de tarjeta

4 1 2 3 4 5 6

- g) Síndrome de Abstinencia Alcohólica
 Sí (1) No (2) 7
- h) Alcoholismo Crónico con Psicosis
 Sí (1) No (2) 8
- i) Síndrome de Dependencia al Alcohol

- Sí (1) No (2) 9
- j) Intoxicación Aguda o Efectos Posteriores a la Embriaguez
 Sí (1) No (2) 10
- k) Crisis Convulsivas (No Epilepsia)
 11

89. Patología Somática Derivada

- a) Gastritis
 Sí (1) No (2) 12
- b) Úlcera Gastroduodenal
 Sí (1) No (2) 13
- c) Hepatitis
 Sí (1) No (2) 14
- d) Pancreatitis
 Sí (1) No (2) 15
- e) Cirrosis
 Sí (1) No (2) 16
- f) Enteritis
 Sí (1) No (2) 17
- g) Polineuritis
 Sí (1) No (2) 18
- h) Desnutrición
 Sí (1) No (2) 19
- i) Hipovitaminosis
 Sí (1) No (2) 20
- j) Otros
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 21

VIII. TRATAMIENTO

90. Tratamiento en el Centro

- a) Soluciones Parenterales
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 22
- b) Dextrosa 50%
 Sí (1) No (2) 23
- c) Vitaminicos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 24
- d) Alcalinos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 25
- e) Antieméticos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 26
- f) Antidiarréicos
 Sí (1) No (2) 27
- g) Ansiolíticos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 28
- h) Antidepresivos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 29
- i) Antipsicóticos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 30
- j) Psicoterapia
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 31

91. Acciones Antialcohólicas Concomitantes

- a) Alcohólicos Anónimos
 Sí (1) No (2) 32
- b) Juramentos
 Sí (1) No (2) 33
- c) Otros
 No (1)
 34

Sí. Especificar (2)

IX. PRONOSTICO

92. Calificación (1)
Buena (2)
Regular (2) 35
Pobre (3)

93. Calificación Global de Severidad

Sujeto totalmente asintomático, sin molestia alguna ni alteraciones caracterológicas: (1)

El sujeto se queja de algunas alteraciones emocionales o psicológicas pero éstas no ameritan tratamiento psiquiátrico, porque no son suficientemente intensas o porque se confunden con la estructura caracterológica del sujeto. (2)

Las quejas presentadas por el sujeto hacen que éste requiera ayuda psiquiátrica, pero en Consulta Externa. (3)

El sujeto necesita forzosamente ayuda psiquiátrica en Consulta Externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara, aunque no sería indispensable. (4)

El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente. (5) 36

X. COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

94. Credibilidad de la Información (1)
Buena (2)
Regular (2) 37
Pobre (3)

95. Aplicación de la Historia Clínica (1)
1er. Contacto (1) 38
Subsecuente. Especificar (2)

96. Estado del Paciente durante la Entrevista (1)
Sobrio (1)
Embraguez ligera (2)
Posterior a Hidratación (3) 39
Posterior a Desintoxicación (4)

97. Otros

40

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

NUMERO DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

CODIGO 0 = AUSENTE 1 = INTENSIDAD LEVE 2 = INTENSIDAD MEDIA
 3 = INTENSIDAD FUERTE 4 = INTENSIDAD MAXIMA

HUMOR ANSIOSO	INQUIETUD, SUEÑO DE LO PEOR, APRENSION, (ANTICIPACION TENEROSA), IRRITABILIDAD.	
TENSION	SENSACION DE TENSION, FATIGABILIDAD, SOBRESALTOS, LLANTO TEMBLOR, SENSACION DE NO PODER QUEDARSE EN UN LUGAR, INCAPACIDAD PARA RELAJARSE.	
MIEDOS	A LA OSCURIDAD, A LA GENTE DESCONOCIDA, A QUEDARSE SOLO, A LOS ANIMALES, AL TRAFICO, A LA MULTITUD.	
INSOMNIO	DIFICULTAD EN CONCILIAR EL SUENO, SUENO INTEREUMPIDO, SUENO NO SATISFACTORIO CON CANSANCIO AL DESPERTAR, SUENOS PENOSOS, PESADILLAS, TEMORES NOCTURNOS.	
FUNCIONES INTELECTUALES	DIFICULTAD DE CONCENTRACION, MALA MEMORIA	
HUMOR DEPRESIVO	FALTA DE INTERES, NO DISFRUTAR YA CON LOS PASATIEMPOS, DEPRESION, INSOMNIO DE LA MADRUGADA, VARIACIONES DE HUMOR DURANTE EL DIA	
SINTOMAS SOMATICOS	DOLORES, CANSANCIO MUSCULAR, CONTRACCIONES, RIGIDEZ, SACUDIDAS MICCIONICAS, CHIRRIDO DE DIENTES, VOZ POCO FIRME, TONO MUSCULAR AUMENTADO.	
SINTOMAS SOMATICOS GENERALES	ZUMBIDO DE OJDOS, VISION BORROSA, SOFOCOS O ESCALOFRIOS, SENSACION DE DEBILIDAD, SENSACION DE HORMIGUEO	
SINTOMAS CARDIOVASCULARES	TAQUICARDIA, PALPITACIONES, DOLORES EN EL PECHO, LATIDOS VASCULARES, SENSACION DE DESMAYO, EXTRASISTOLE	
SINTOMAS RESPIRATORIOS	PESO U OPRESION TORAXICA, SENSACION DE AHOGO, SUSPIRO, DISNEA	
SINTOMAS GASTROINTESTINALES	DIFICULTAD PARA TRAGAR, METEORISMO, DOLOR ABDOMINAL, SENSACION DE ARDOR, PLENITUD ABDOMINAL, NAUSEAS, VOMITOS, BORBORISMO, SENSACION DE ESTOMAGO VACIO, PERDIDA DE PESO, ESTREÑIMIENTO.	
SINTOMAS GENITOURINARIOS	MICCIONES FRECUENTES, URGENCIA DE MICCION, AMENORREA, HEMORRAGIA, DESARROLLO DE FRIGIDEZ, EVACULACION PRECOZ, PERDIDA DE LA LIBIDO, IMPOTENCIA	
SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	BOCA SECA, ACCESOS DE RUBOR, PALIDEZ, TRANSPIRACION EXCESIVA, VERTIGO, CEFALEA, TENSION, HORRIPILACION.	
COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	AGITADO, INQUIETO O DANDO VUELTAS, MANOS TEMBLOROSAS, CENO FRUNCIDO, FACIES TENSA, SUSPIROS O RESPIRACION AGITADA, PALIDEZ, TRAGAR SALIVA, ERUCTOS, RAPIDOS MOVIMIENTOS DE LOS TENDONES, MIDRASIS, EXOFTALMOS.	

HOJA DE REPORTE.

PACIENTE No. _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: _____

RECIBIO TRATAMIENTO ANSIOLITICO PREVIO ? SI NO

SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE.

MEDICAMENTO EMPLEADO: _____

DOSIS: _____

TIEMPO DE EMPLEO: _____

CUMPLIO PERIODO DE LAVADO, PARA ESTE ESTUDIO ? SI NO

EL PACIENTE FUE INFORMADO SOBRE EL ESTUDIO ? SI NO

DIO SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO ? SI NO

DATOS SIGNIFICATIVOS HISTORIA PSIQUIATRICA:

DATOS SIGNIFICATIVOS HISTORIA MEDICA:

EXPLORACION FISICA:

PESO: _____ TALLA: _____

BIOMETRIA HEMATICA: _____

QUIMICA SANGUINEA: _____

P.F.H.: _____

P.F.T.: _____

SE APLICO HISTORIA PSIQUIATRICA CODIFICADA PARA ALCOHOLISMO ?

SI NO

DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SEGUN DSM III-R ? SI NO

MEDICAMENTO EMPLEADO: ALPRAZOLAM BUSPIRONA

DOSIS DE INICIO: _____

1 semana. _____

2 semana. _____

3 semana. _____

4 semana. _____

5 semana. _____

6 semana. _____

7 semana. _____

8 semana. _____

9 semana. _____

10 semana. _____

11 semana. _____

12 semana. _____

PUNTAJE DE ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

INICIO: _____

3 SEMANA _____

6 SEMANA _____

9 SEMANA _____

12 SEMANA _____

- 1.- Anote la fecha en que se aplica cada Escala de la Ansiedad de Hamilton.
- 2.- Marque la calificación de su paciente en cada visita (Línea de Base y Revisitas).
- 3.- Una los puntos, para ver cómo evoluciona la ansiedad de su paciente.

	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
35
34
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14

Línea de Base	Primera Revisita	Segunda Revisita	Tercera Revisita	Cuarta Revisita	Quinta Revisita
---------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------

COMENTARIO FINAL:

- _____ 26 27
11. ¿Con quién vive? _____
- Solo (1)
 - Cónyuge (2)
 - Cónyuge e hijos (3)
 - Cónyuge e hijos y otro (s) familiar (es) (4)
 - Padre (s) (5)
 - Padres, hermanos y otros^m (6)
 - Otros familiares (7)
 - Otros no familiares (8)
12. Referido por: _____ 28
- Nadie (sí mismo) (1)
 - Familiar (2)
 - Institución médica (3)
 - Médico Particular (4)
 - Tec. en Salud Mental (5)
 - Grupo A.A. (6)
 - Delegación Política (7)
 - Empresa laboral (8)
 - Otros. Especif. (9)
13. Acompañado por: _____ 29
- Familiar (1)
 - Amigo (2)
 - A.A. (3)
 - Familiar y amigo (4)
 - Familiar y A.A. (5)
 - Conocido (6)
 - Solo (7)
 - Otros. Especif. (8)
14. ¿Acude voluntariamente? _____ 30
- Sí (1)
 - No. Especificar (2)
15. ¿Desea tratarse de su alcoholismo? _____ 31
- Sí (1)
 - No. Especif. _____ (2) 32
16. ¿Acude además por otro tipo de problema? _____ 33
- No (1)
 - Somático. Especif. _____ (2)
 - Psíquico. Especif. _____ (3)
 - Otros. Especif. _____ (4)
17. ¿Le perjudica su alcoholismo? _____ 34
- a) Físicamente
 - Sí (1) No (2) 34
 - b) ¿Mental o emocionalmente?
 - Sí (1) No (2) 35
 - c) Familiarmente
 - Sí (1) No (2) 36
 - d) Laboralmente
 - Sí (1) No (2) 37
 - e) Económicamente
 - Sí (1) No (2) 38
 - f) Legalmente
 - Sí (1) No (2) 39
 - g) Otros
 - No (1) 40
 - Sí. Especificar _____ (2)
18. ¿Ha sido tratado por su alcoholismo en un Hospital General? _____ 41
- No (1)
 - Consulta Externa. Especificar _____ (2)
 - Internamiento. Especificar _____ (3)
 - Consulta Externa e Internamiento. Especificar _____ (4)

19. ¿Ha sido tratado por su alcoholismo en un Hospital Psiquiátrico? _____ 42
- No (1)
 - Consulta Externa. Especificar _____ (2)
 - Internamiento. Especificar _____ (3)
 - Consulta Externa e Internamiento. Especificar _____ (4)

II. ANTECEDENTES

20. Antecedentes Familiares Patológicos Alcohólicos:
- a) Padre
 - Sí (1) No (2) 43
 - b) Madre
 - Sí (1) No (2) 44
 - c) Hijos (no es antecedente)
 - Sí (1) No (2) 45
 - No aplicable (3)
 - d) Hermanos
 - Sí (1) No (2) 46
 - No aplicable (3)
 - e) Tíos
 - Sí (1) No (2) 47
 - No aplicable (3)
 - f) Abuelos
 - Sí (1) No (2) 48
 - g) Primos
 - Sí (1) No (2) 49
 - No aplicable (3)
 - h) Otros
 - No (1) 50
 - Sí. Especificar _____ (2)
21. Otros Antecedentes Familiares Patológicos:
- a) Cardiovasculares
 - Sí (1) No (2) 51
 - b) Tuberculosos
 - Sí (1) No (2) 52
 - c) Diabéticos
 - Sí (1) No (2) 53
 - d) Luéticos
 - Sí (1) No (2) 54
 - e) Neurológicos
 - No (1) 55
 - Sí. Especificar _____ (2)
 - f) Psiquiátricos
 - No (1) 56
 - Sí. Especificar _____ (2)
 - g) Neoplásicos
 - Sí (1) No (2) 57
 - h) Otros
 - No (1) 58
 - Sí. Especificar _____ (2)
22. Personales no Patológicos:
- a) Higiene Personal
 - Buena (1) Regular (2) Mala (3) 59
 - b) Higiene Habitacional
 - Buena (1) Regular (2) Mala (3) 60
 - c) Alimentación deficiente en cantidad y calidad
 - Sí (1) No (2) 61
23. Personales Patológicos
- a) Gastrointestinales
 - No (1) 62
 - Sí. Especificar _____ (2)
 - b) Cardiovasculares
 - No (1) 63
 - Sí. Especif. _____ (2)

- c) Tuberculosos
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 64
- d) Venéreos
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 65
- e) Neurológicos
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 66
- f) Psiquiátricos
 (excluye farmacodependencia)
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 67
- g) Consumo de otras drogas
 (incluye farmacodependencia)
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 68
- h) Traumáticos
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 69
- i) Quirúrgicos
 No (1) _____
 Sí. Especificar (2) 70
- j) Alergias medicamentosas
 No (1) 71
 Sí. Especific. (2) 71
24. Tabaquismo
 a) Tiempo (1) _____
 No aplicable (1) _____
 Hasta 5 años (2) _____
 Más de 5 años a 10 años (3) _____
 Más de 10 años a 15 años (4) _____
 Más de 15 años (5) 72
- b) Promedio de cigarrillos por día, en los 2 últimos años
 De 1 a 5 (1) _____
 De 6 a 10 (2) _____
 De 11 a 15 (3) _____
 De 16 a 20 (4) _____
 De 21 a 30 (5) _____
 De 31 a 40 (6) _____
 Más de 40 (7) _____
 No aplicable (8) 73

III. PADECIMIENTO ACTUAL

25. Edad a la que inició la ingestión 74 75
26. Edad a la que inició la ingestión compulsiva 76 77

Clave y número de tarjeta

1 2 3 4 5 6

27. Patrón de ingestión en el último año activo. (Tipo de bebida y cantidad de ingestión semanal)
- | | | | |
|--|----------|--------------------------|--------------------------|
| Tipo | Cantidad | 7 | 8 |
| a) Fermentados (vino, cerveza, pulque, etc.) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Destilados (tequila, ron, etc.) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Alcohol 96° | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 11 | 12 |

d) Total 13 14

28. Periodo máximo de ingestión en el último año activo
 De 1 a 3 días (1) _____
 De 4 a 7 días (2) _____
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3) _____
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4) _____
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 290 días) (5) _____
 De más de 6 meses a 9 meses (181 a 270 días) (6) _____
 De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días) (7) 15
29. Periodo máximo de abstinencia en el último año activo
 De 1 a 3 días (1) _____
 De 4 a 7 días (2) _____
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3) _____
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4) _____
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5) _____
 De más de 6 meses a 9 meses (181 a 270 días) (6) _____
 De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días) (7) _____
 Sin abstinencia (8) 16
30. Duración de la última ingestión
 De 1 a 3 días (1) _____
 De 4 a 7 días (2) _____
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3) _____
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4) _____
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5) _____
 De más de 6 meses a 12 meses (181 a 360 días) (6) 17
31. Abstinencia actual
 De 1 a 3 días (1) _____
 De 4 a 7 días (2) _____
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3) _____
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4) _____
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5) _____
 Más de 6 meses (más de 180 días) sin abstinencia (6) _____
 sin abstinencia (7) 18
32. ¿Por qué incrementó la ingestión?
 Por pérdida objetal (1) _____
 Para lograr los afectos (2) _____
 Por motivos sociales (3) _____
 Otros. Especificar (4) 19
33. ¿Con quién bebe preferentemente?
 Solo (1) _____
 Desconocidos (2) _____
 Conocidos (3) _____
 Amigos (4) _____
 Familiares (5) _____
 Otros. Especificar (6) 20
34. Sitio donde bebe preferentemente
 Calle (1) _____
 Trabajo (2) _____

- Casa (3)
 Cantina (4)
 Otros. Especificar (5) 21
35. ¿Ha intentado dejar de beber?
 No (1)
 Con ayuda médica (2)
 Grupo A.A. (3)
 Juramentos (4)
 Por sí mismo (5)
 Otros. Especificar (6) 22
36. ¿Consumo otras drogas?
 No (1) 23
 Sí. Especificar (2)
37. Repercusiones laborales del alcoholismo
 a) Ausentismo 24
 Sí (1) No (2)
 b) Abandono 25
 Sí (1) No (2)
 c) Desempleado 26
 Sí (1) No (2)
 d) Despido 27
 Sí (1) No (2)
 e) Accidentes de trabajo 28
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
 f) Problemas con compañeros y/o patrones 29
 Sí (1) No (2)
 g) Otros 30
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
38. En los periodos activos de ingestión
 ¿Cuántos días al mes se ausenta de su trabajo?
 (99 =ninguno) 31 32
39. Repercusión familiar
 a) Tensión y Dificultades 33
 Sí (1) No (2)
 No aplicable (3)
 b) Riñas 34
 Sí (1) No (2)
 No aplicable (3)
 c) Separación transitoria 35
 Sí (1) No (2)
 No aplicable (3)
 d) Abandono sin divorcio 36
 Sí (1) No (2)
 No aplicable (3)
 e) Divorcio 37
 Sí (1) No (2)
 No aplicable (3)
40. Actitud de la familia ante el alcoholismo
 Rechazo (1)
 Indiferencia (2)
 Ambivalencia (3)
 Aceptación (4) 38
 No aplicable (5)
41. Repercusión sexual
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 39
42. Repercusión Social
 a) Mendicidad 40
 Sí (1) No (2)
 b) Parasitismo Social 41
 Sí (1) No (2)
 c) Robo 42
 Sí (1) No (2)

- d) Problemas legales
 No (1) 43
 Sí. Especificar (2)
- e) Riña 44
 Sí (1) No (2)
- f) Accidentes domésticos o viales 46
 Sí (1) No (2)
- g) Otros 46
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
- IV. EXPLORACION MENTAL
43. Circunstancias en que se realiza la exploración
 En el consultorio (1)
 Encamado (2) 47
 Consulta domiciliaria (3)
44. Edad aparente 48
 Mayor (1) Igual (2)
 Menor (3)
45. En estado de Intoxicación 49
 Sí (1) No (2)
46. Aliento Alcohólico 50
 Sí (1) No (2)
47. Condiciones de alifio 51
 Sí (1) No (2)
48. Postura 52
 Libre (1) Forzada (2)
49. Actitud 53
 Coopera (1) No Coopera (2)
50. Discurso
 a) Coherente 54
 Sí (1) No (2)
 b) Espontáneo 55
 Sí (1) No (2)
 c) Repetitivo 56
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
 d) Disartria 57
 Sí (1) No (2)
 e) Dislalia 58
 Sí (1) No (2)
 f) Taquipsiquia 59
 Sí (1) No (2)
 g) Bradipsiquia 60
 Sí (1) No (2)
 h) Pararrespuestas 61
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
 i) Neologismos 62
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
 j) Fugas de Ideas 63
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
 k) Ensalada de palabras 64
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
51. Contenido Ideatorio
 a) Fobias 65
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
 b) Obsesiones

- No (1) 66
Sí. Especificar (2)
51. Compulsiones
No (1) 67
Sí. Especificar (2)
52. Ideas Suicidas
No (1) 68
Sí. Especificar (2)
53. Ideas Homicidas
No (1) 69
Sí. Especificar (2)
54. Ideas de Daño
No (1) 70
Sí. Especificar (2)
55. Delirios
a) Persecutorios
No (1) 71
Sí. Especificar (2)
- b) De Grandeza
No (1) 72
Sí. Especificar (2)
- c) Celotipia
No (1) 73
Sí. Especificar (2)
53. Alteraciones de la Atención
Sí (1) No (2) 74
54. Alteraciones de la Concentración
Sí (1) No (2) 75
55. Alteraciones de la Abstracción
Sí (1) 76
No (2)
56. Alteraciones de Memoria Reciente
Sí (1) No (2) 77
57. Alteraciones de Memoria Remota
Sí (1) No (2) 78
58. Confabulación
No (1) 79
Sí. Especificar (2)
59. Alteraciones de Orientación en Tiempo
Sí (1) No (2) 80
- Clave y número de tarjeta
 1 2 3 4 5 6
60. Alteraciones de Orientación en Espacio
Sí (1) No (2) 7
61. Alteraciones de Orientación en Persona
Sí (1) No (2) 8
62. Alteraciones de la Sensorpercepción
a) Alucinaciones Auditivas
No (1) 9
Sí. Especificar (2)
- b) Alucinaciones Visuales
No (1) 10
Sí. Especificar (2)
- c) Alucinaciones Gustativas
No (1) 11
Sí. Especificar (2)
- d) Alucinaciones Olfatorias
No (1) 12
Sí. Especificar (2)
- e) Alucinaciones Táctiles
No (1) 13
Sí. Especificar (2)
63. Estado afectivo
a) Angustia
Sí (1) No (2) 14
- b) Depresión
Sí (1) No (2) 15
- c) Euforia
Sí (1) No (2) 16
- d) Aplanamiento
Sí (1) No (2) 17
- e) Labilidad
Sí (1) No (2) 18
64. Alteraciones de Juicio
Sí (1) No (2) 19
- V. EXPLORACION FISICA
65. Alteraciones de Conformación
No (1) 20
Sí. Especificar (2)
66. Alteraciones de Integridad
No (1) 21
Sí. Especificar (2)
67. Alteraciones de Conciencia
No (1) 22
Sí. Especificar (2)
68. Peso
Menor o igual a 50 kg. (1)
De 51 a 60 kg. (2)
De 61 a 70 kg. (3)
De 71 a 80 kg. (4)
De 81 a 90 kg. (5) 23
De más de 90 kg. (6)
69. Estatura
Menor o igual a 150 cms. (1)
De 151 a 160 cms. (2)
De 161 a 170 cms. (3)
De 171 a 180 cms. (4) 24
De 181 a 190 cms. (5)
70. Alteraciones de la Tensión Arterial
No (1) 25
Sí. Especificar (2)
71. Alteraciones de la Temperatura
No (1) 26
Sí. Especificar (2)
72. Alteraciones de la Frecuencia Respiratoria
No (1) 27
Sí. Especificar (2)
73. Alteraciones de Piel y Mucosas
No (1) 28
Sí. Especificar (2)
74. Alteraciones de Cráneo
No (1)

- Sí. Especificar (2) 29
75. Alteraciones de Cuello
No (1)
Sí. Especificar (2) 30
76. Alteraciones de Tórax
No (1)
Sí. Especificar (2) 31
77. Alteraciones de la Frecuencia Cardíaca
No (1)
Sí. Especificar (2) 32
78. Alteraciones de Abdómen
No (1)
Sí. Especificar (2) 33
79. Alteraciones de las Extremidades
No (1)
Sí. Especificar (2) 34
- VI. EXPLORACION NEUROLOGICA**
80. Alteraciones de los Nervios Craneales
- a) Olfatorio
No (1)
Sí. Especificar (2) 35
- b) Óptico
No (1)
Sí. Especificar (2) 36
- c) Motor Ocular Común
No (1)
Sí. Especificar (2) 37
- d) Patético
No (1)
Sí. Especificar (2) 38
- e) Trigémino
No (1)
Sí. Especificar (2) 39
- f) Motor Ocular Externo
No (1)
Sí. Especificar (2) 40
- g) Facial
No (1)
Sí. Especificar (2) 41
- h) Auditivo
No (1)
Sí. Especificar (2) 42
- i) Glossofaríngeo
No (1)
Sí. Especificar (2) 43
- j) Neumogástrico
No (1)
Sí. Especificar (2) 44
- k) Espinal
No (1)
Sí. Especificar (2) 45
- l) Hipogloso
No (1)
Sí. Especificar (2) 46
81. Alteraciones de la Función Cerebelosa
- a) Coordinación Dedo-Nariz
No (1)
Sí (2) 47
- b) Movimientos Alternos
No (1)
Sí (2) 48
- c) Marcha
No (1)
Sí. Especificar (2) 49
82. Alteraciones del Sistema Motor
- a) Atrofia Muscular
No (1)
Sí. Especificar (2) 50
- b) Movimientos Anormales
No (1)
Sí. Especificar (2) 51
- c) Tono Muscular
No (1)
Sí. Especificar (2) 52
- d) Fuerza Muscular
No (1)
Sí. Especificar (2) 53
83. Alteraciones del Sistema Sensorial.
Sensación Primaria
- a) Sensibilidad táctil superficial
No (1)
Sí. Especificar (2) 54
- b) Dolor Superficial
No (1)
Sí. Especificar (2) 55
- c) Sensibilidad a la Temperatura
No (1)
Sí. Especificar (2) 56
- d) Sensibilidad Vibratoria
No (1)
Sí. Especificar (2) 57
- e) Dolor a la Presión Profunda
No (1)
Sí. Especificar (2) 58
84. Alteraciones del Sistema Sensorial.
Sensibilidad Discriminatoria Cortical
- a) Discriminación de dos puntos
No (1)
Sí. Especificar (2) 59
- b) Localización del lugar tocado
No (1)
Sí. Especificar (2) 60
- c) Función Esterognósica
No (1)
Sí. Especificar (2) 61
- d) Grafestesia
No (1)
Sí. Especificar (2) 62
85. Alteraciones de los Reflejos Osteotendinosos
- a) Bicipital
No (1)
Sí. Especificar (2) 63
- b) Tricipital

- No (1) 64
 Sí. Especificar (2)
- c) Braquiorradial
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 65
- d) Patelar
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 66
- e) Aquileo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 67
86. Alteraciones de los Reflejos Superficiales
- a) Corneal
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 68
- b) Faringeo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 69
- c) Abdominal
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 70
- d) Cremasteriano
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 71
- e) Plantar
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 72

87. Reflejos Patológicos
- a) Clonus
 Sí (1) No (2) 73
- b) Babinsky
 Sí (1) No (2) 74

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

88. Patología Neuropsiquiátrica Derivada
- a) Delirium Tremens
 Sí (1) No (2) 75
- b) Psicosis Alcohólica de Korsakoff
 Sí (1) No (2) 76
- c) Demencia Alcohólica y/o Síndrome Cerebral Crónico Alcohólico
 Sí (1) No (2) 77
- d) Alucinosis Alcohólica
 Sí (1) No (2) 78
- e) Embriaguez Patológica
 Sí (1) No (2) 79
- f) Celotipia Alcohólica (Paranoia)
 Sí (1) No (2) 80

Clave y número de tarjeta

4 1 2 3 4 5 6

- g) Síndrome de Abstinencia Alcohólica
 Sí (1) No (2) 7
- h) Alcoholismo Crónico con Psicosis
 Sí (1) No (2) 8
- i) Síndrome de Dependencia al Alcohol

- Sí (1) No (2) 9
- j) Intoxicación Aguda o Efectos Posteriores a la Embriaguez
 Sí (1) No (2) 10
- k) Crisis Convulsivas (No Epilepsia) 11

89. Patología Somática Derivada

- a) Gastritis
 Sí (1) No (2) 12
- b) Úlcera Gastroduodenal
 Sí (1) No (2) 13
- c) Hepatitis
 Sí (1) No (2) 14
- d) Pancreatitis
 Sí (1) No (2) 15
- e) Cirrosis
 Sí (1) No (2) 16
- f) Enteritis
 Sí (1) No (2) 17
- g) Polineuritis
 Sí (1) No (2) 18
- h) Desnutrición
 Sí (1) No (2) 19
- i) Hipovitaminosis
 Sí (1) No (2) 20
- j) Otros
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 21

VIII. TRATAMIENTO

90. Tratamiento en el Centro

- a) Soluciones Parenterales
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 22
- b) Dextrosa 50%
 Sí (1) No (2) 23
- c) Vitamínicos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 24
- d) Alcalinos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 25
- e) Antieméticos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 26
- f) Antidiarréicos
 Sí (1) No (2) 27
- g) Ansiolíticos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 28
- h) Antidepresivos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 29
- i) Antipsicóticos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 30
- j) Psicoterapia
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 31

91. Acciones Antialcohólicas Concomitantes

- a) Alcohólicos Anónimos
 Sí (1) No (2) 32
- b) Juramentos
 Sí (1) No (2) 33
- c) Otros
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 34

Sí. Especificar (2)

IX. PRONÓSTICO

92. Calificación (1)
Buena (2)
Regular (3) 35
Pobre

93. Calificación Global de Severidad

Sujeto totalmente asintomático, sin molestia alguna ni alteraciones caracterológicas. (1)

El sujeto se queja de algunas alteraciones emocionales o psicológicas pero éstas no ameritan tratamiento psiquiátrico, porque no son suficientemente intensas o porque se confunden con la estructura caracterológica del sujeto. (2)

Las quejas presentadas por el sujeto hacen que éste requiera ayuda psiquiátrica, pero en Consulta Externa. (3)

El sujeto necesita forzosamente ayuda psiquiátrica en Consulta Externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara, aunque no sería indispensable. (4)

El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente. (5) 36

X. COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

94. Credibilidad de la Información (1)
Buena (2)
Regular (3) 37
Pobre

95. Aplicación de la Historia Clínica (1)
1er. Contacto (2) 38
Subsecuente. Especificar

96. Estado del Paciente durante la Entrevista (1)
Sobrio (2)
Embraguez ligera (3) 39
Posterior a Hidratación (4)

97. Otros

40