

11241

27



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y  
SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**“ALCOHOLISMO Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN  
UNA POBLACION DE PACIENTES DEL HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ Y DEL  
CENTRO TOXICOLÓGICO DE XOCHIMILCO”**

TESIS PRESENTADA CON OPCIÓN AL TÍTULO DE  
PSIQUIATRA

ALUMNO: DR. JORGE LEAL RAMÍREZ

ASESOR METODOLÓGICO: DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

ASESOR TEÓRICO: DR. JAVIER ALFARO TORRES

2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DIVISION DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA  
SERIES DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.  
Co. Dr.  
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

# INDICE

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
2.- ANTECEDENTES.....	2
3.- JUSTIFICACION.....	29
4.- OBJETIVOS.....	29
5.- HIPOTESIS.....	29
6.- DISEÑO DEL ESTUDIO.....	30
7.- POBLACIÓN Y UNIVERSO.....	30
8.-CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	30
9.- VARIABLES.....	30
10.-METODOLOGIA.....	30
11.-RESULTADOS.....	32
12.-DISCUSIÓN.....	35
13.-CONCLUSION.....	37
14.BIBLIOGRAFÍA.....	38
15.ANEXOS.....	43

## **ALCOHOLISMO Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN UNA POBLACION DE PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ Y DEL CETRO TOXICOLÓGICO DE XOCHIMILCO.**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Determinar a través de la M.I.N.I. el porcentaje de pacientes alcohólicos de una muestra del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y del Centro de Atención Toxicológica Xochimilco que presentan otros trastornos psiquiátricos comórbidos, y si esta comorbilidad tiene relación con algunas variables sociodemográficas.

### **ANTECEDENTES:**

Suele considerarse al alcoholismo como el tercer problema sanitario en gravedad en los Estados Unidos, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, en términos de morbilidad total, en contraste con la mortalidad, es probablemente el primer problema sanitario en este país, ya que los; cerca de 12.5 millones de personas se ven afectadas por el consumo de alcohol, responsable del gasto anual por pérdida de productividad en el empleo, efectos sobre la salud, y gastos directos en tratamiento de más de 130 millones de dólares.

En México, los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones en 1993 señala que 77% de los hombres beben alcohol, mientras que de las mujeres 57.5% lo hace. Los episodios de embriaguez son comunes, ya que cerca de 25% de los bebedores los presentan, dando lugar a que nuestro país cuente con un gran número de problemas relacionados. De los varones bebedores, alrededor de 40% tienen problemas por el alcohol y de las mujeres el 5%. La prevalencia total de dependientes en México hasta 1993 fue de 9.4%. De ellos, la prevalencia de dependencia masculina fue de 19% y de 1.2% la femenina. En este mismo año, más de 40% de los bebedores ingirieron cinco copas ó más por ocasión y tuvieron uno ó más problemas derivados del consumo excesivo de alcohol, entre los que incluyen: problemas con la familia, problemas con la policía, problemas de salud y de trabajo, accidentes y muertes violentas.

Se ha descrito el alcoholismo como un trastorno conductual crónico, manifestado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en exceso de los usos dietarios y sociales de la comunidad, y que interfiere en la salud del bebedor ó en su funcionamiento social ó económico.

### **DEFINICIÓN E IMPORTANCIA DE LA COMORBILIDAD**

Comorbilidad es un constructo complejo y heterogéneo que puede crear confusión si no se define cuidadosamente. [11]

Kramer ha descrito cuatro tipos distintos de comorbilidad: al azar, clínica, familiar y epidemiológica. La comorbilidad al azar es la posibilidad de co-ocurrencia de dos

## **ALCOHOLISMO Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN UNA POBLACION DE PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ Y DEL CETRO TOXICOLÓGICO DE XOCHIMILCO.**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Determinar a través de la M.I.N.I. el porcentaje de pacientes alcohólicos de una muestra del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y del Centro de Atención Toxicológica Xochimilco que presentan otros trastornos psiquiátricos comórbidos, y si esta comorbilidad tiene relación con algunas variables sociodemográficas.

### **ANTECEDENTES:**

Suele considerarse al alcoholismo como el tercer problema sanitario en gravedad en los Estados Unidos, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, en términos de morbilidad total, en contraste con la mortalidad, es probablemente el primer problema sanitario en este país, ya que los; cerca de 12.5 millones de personas se ven afectadas por el consumo de alcohol, responsable del gasto anual por pérdida de productividad en el empleo, efectos sobre la salud, y gastos directos en tratamiento de más de 130 millones de dólares.

En México, los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones en 1993 señala que 77% de los hombres beben alcohol, mientras que de las mujeres 57.5% lo hace. Los episodios de embriaguez son comunes, ya que cerca de 25% de los bebedores los presentan, dando lugar a que nuestro país cuente con un gran número de problemas relacionados. De los varones bebedores, alrededor de 40% tienen problemas por el alcohol y de las mujeres el 5%. La prevalencia total de dependientes en México hasta 1993 fue de 9.4%. De ellos, la prevalencia de dependencia masculina fue de 19% y de 1.2% la femenina. En este mismo año, más de 40% de los bebedores ingirieron cinco copas ó más por ocasión y tuvieron uno ó más problemas derivados del consumo excesivo de alcohol, entre los que incluyen: problemas con la familia, problemas con la policía, problemas de salud y de trabajo, accidentes y muertes violentas.

Se ha descrito el alcoholismo como un trastorno conductual crónico, manifestado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en exceso de los usos dietarios y sociales de la comunidad, y que interfiere en la salud del bebedor ó en su funcionamiento social ó económico.

### **DEFINICIÓN E IMPORTANCIA DE LA COMORBILIDAD**

Comorbilidad es un constructo complejo y heterogéneo que puede crear confusión si no se define cuidadosamente. [11]

Kramer ha descrito cuatro tipos distintos de comorbilidad: al azar, clínica, familiar y epidemiológica. La comorbilidad al azar es la posibilidad de co-ocurrencia de dos

trastornos. La comorbilidad clínica se refiere al efecto de un trastorno en la presentación, curso, parámetros biológicos y resultados del tratamiento de otro trastorno. Estos efectos pueden existir a pesar de la naturaleza de la asociación (al azar ó no) entre los trastornos. La comorbilidad familiar existe cuando la presencia de un trastorno en relación a un individuo, afecta la posibilidad de que éste individuo tenga otro trastorno. La comorbilidad epidemiológica es una asociación sin azar entre dos trastornos en una población definida. [6,11]

La comorbilidad positiva se establece cuando dos trastornos tienen una tasa mayor de co-ocurrencia. Sin embargo en la comorbilidad negativa la tasa es menor que la dada por la posibilidad. [11]

La comorbilidad es usualmente representada por un riesgo relativo, ó como el ratio de probabilidad estimado para una población específica. [11]

En estudios epidemiológicos a gran escala de las enfermedades psiquiátricas tales como la Encuesta de Área de Captación Epidemiológica (ECA) y Encuesta de Comorbilidad Nacional (NCS) se han reportado altas tasas de co-ocurrencia de una variedad de diagnósticos psiquiátricos, incluyendo trastornos psicóticos, afectivos, ansiosos y por uso de sustancias. [11]

En la Encuesta de Comorbilidad Nacional (NCS) se indica que cerca de la mitad de la población puede experimentar una enfermedad psiquiátrica mayor en algún punto de su vida; la mayoría de estos individuos pueden también cumplir criterios diagnósticos para al menos otro trastorno adicional. Las condiciones comórbidas típicamente son seguidas de un curso más crónico y severo que los trastornos solos y son menos dispuestos al tratamiento. Los individuos con dos ó más diagnósticos son también significativamente más propensos a experimentar deterioro severo en importantes dominios tal como funcionalidad social y ocupacional. [62, 79]

La dependencia a alcohol es sinónimo de alcoholismo, y los criterios incluyen ingesta frecuente y excesiva, pérdida de control, consecuencias médicas, sociales, ocupacionales, y familiares por beber en exceso; su persistencia desarrolla consecuencias como: tolerancia marcada y síntomas de abstinencia característicos. [19]

La validez del diagnóstico de uso de sustancias actual y de por vida obtenida por investigadores usando el SCID es buena, aunque es moderada para trastorno de personalidad antisocial y depresión mayor, y pobre para trastornos de ansiedad. [35]

## **IMPORTANCIA DE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA DEL ALCOHOLISMO EN PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.**

El consumo de alcohol contribuye a un amplio rango de problemas médicos, incluyendo enfermedad cardiovascular, cáncer, síndrome orgánico cerebral y daño hepático. La severidad psiquiátrica, en particular la depresión, trastorno de personalidad

antisocial y abuso de otras sustancias han mostrado afectar el tratamiento de alcoholismo en una forma negativa. [8, 21]

Se han realizado numerosos estudios de revisión a lo largo del siglo, los cuáles son cada día mejores, pues se cuenta con instrumentos de medición y categorías diagnósticas mejor precisadas. Los estudios de comorbilidad psiquiátrica en alcoholismo como el de Regier y otros, demuestra que las tasas de comorbilidad en ámbitos de tratamiento son dos veces y media más altas que las encontradas en muestras comunitarias [49,11]. La presencia de más de un trastorno psiquiátrico facilita la búsqueda de tratamiento. El ámbito de tratamiento también modifica las tasas de distintas patologías, así las muestras procedentes de programas específicos para dependientes dan tasas de comorbilidad menores que las procedentes de unidades psiquiátricas generales, y las unidades de hospital general tasas menores y patrones diferentes de comorbilidad que las unidades psiquiátricas de larga estancia ó manicomios. Este hecho también se dá en muestras de poblaciones especiales como convictos, donde la asociación con personalidad antisocial y/ó abuso de drogas está sobre representada. Además determinados trastornos psiquiátricos como la depresión, llevan a la búsqueda de tratamiento con más probabilidad que otros trastornos por uso de sustancias, lo que hacen que estén más representados en las muestras en tratamiento. [11]

En un estudio realizado por Penick y cols. en 1994, se encontró que casi dos tercios de los pacientes alcohólicos tenían una historia clínica que fué consistente con uno ó más trastornos mentales adicionales . [55,49]

El tratamiento de estos pacientes con diagnósticos duales puede ser un reto para los clínicos, ya que no responden tan bien al tratamiento como otros pacientes, pueden tener mayores recaídas y pueden manifestar síntomas más severos, crónicos y de naturaleza refractaria. [32. 49]

Cornelius y Cols. En 1997, encontraron que la fluoxetina reduce los síntomas depresivos y mejora dramáticamente el beber, reduciendo el número de días de bebida en 48% y el número de bebidas en 67%. [45]

Entre pacientes que buscan tratamiento para depresión y otros trastornos afectivos, aquéllos que tienen problemas adicionales con alcohol ó drogas con más frecuencia son hombres, jóvenes, no casados y de status socioeconómico bajo. Los trastornos afectivos están asociados con altas tasas de uso de alcohol y drogas. [8, 23, 32, 44]

La composición de la muestra influye en el tipo de trastornos asociados. Las muestras con un predominio de mujeres presentan más trastornos en el eje I del DSM VI, pero no en el eje II, y más patologías preferentemente en mujeres: trastornos afectivos, agorafobia, trastornos de la alimentación, y trastornos somatoformes, mientras que en las muestras compuestas por mayoría de varones dominan las asociaciones con patologías más frecuentes en éstos: personalidad antisocial, abuso de drogas, trastorno por angustia; lo mismo ocurre en la edad: en las muestras con edad media muy alta se hace menos diagnóstico asociado, y en algunos grupos de edad determinadas patologías asociadas están muy incrementadas como es el caso del abuso de drogas en jóvenes, ó los trastornos de alimentación en mujeres menores de 30 años. [11, 25, 46, 69, 77]

La edad también juega un papel muy importante a la hora de establecer el inicio de los trastornos; así, en jóvenes y adolescentes, los trastornos afectivos y de ansiedad aparecen como previos al abuso de sustancias, cosa que no ocurre en las muestras de adultos. [11]

## **GENERALIDADES SOBRE LA COMORBILIDAD DEL ALCOHOLISMO.**

El momento de la evaluación es uno de los factores más importantes a la hora de condicionar las tasas de prevalencia, y en la mayoría de los estudios no se controla adecuadamente. Si la evaluación se hace en situación de consumo ó en abstinencia reciente, las tasas de trastornos asociados serán mucho mayores y la estabilidad de los trastornos diagnosticados en esos momentos evolutivos mucho menor, y así para algunos trastornos psiquiátricos como los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos, las tasas se multiplican por dos ó tres veces en situación de consumo ó de abstinencia reciente. [11, 66]

La co-ocurrencia de alcoholismo con otros trastornos psiquiátricos ha sido extensamente reconocida; los trastornos más consistentemente documentados han sido: uso de otras sustancias, trastornos del humor, trastornos de ansiedad y trastornos esquizofrénicos y disfunción sexual. [8, 32, 44, 65, 67, 72, 80, 81, 82.]

La prevalencia y significancia clínica de pacientes con trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias ha sido reconocida sólo en los últimos años. Definiendo "primario" en términos de cronología, 29% de pacientes con trastorno psiquiátrico primario tienen un trastorno por uso de sustancias secundario; 37% de los pacientes con alcoholismo primario tienen un trastorno psiquiátrico secundario, y 53% de los pacientes con dependencia ó abuso de drogas tienen un trastorno psiquiátrico secundario. [15]

Según el NCS, la prevalencia estimada de por vida y en doce meses para abuso de alcohol, es estimada en 9.4% y 2.5% respectivamente; mientras que éstas prevalencias para dependencia de alcohol son estimadas en 14.1% y 4.4% respectivamente, siendo los hombres más propensos a tener ambos trastornos de por vida. [32]

En general, los estudios reportaron que el status marital en los sujetos con problemas a alcohol fue con más frecuencia solteros, divorciados ó separados. [8, 23, 32, 44 ]

## **COMORBILIDAD DEL ALCOHOLISMO POR SEXO.**

Durante los últimos quince a veinte años, el número de tratamientos recibidos para enfermedades relacionadas con alcohol se ha incrementado más rápidamente entre mujeres que hombres, y en particular entre mujeres jóvenes. Las mujeres dependientes de alcohol parecen ser más propensas a tener una enfermedad depresiva primaria previa al alcoholismo y muestran más intentos suicidas. Varios autores sugieren que la mujer alcohólica tiende a tener baja autoestima y bebe a causa de los sentimientos de inadecuación; también parecen

tener un pariente (especialmente un padre), esposo ó hermano que abusa del alcohol y/ó tiene un trastorno psiquiátrico. [14, 19]

Las mujeres también parecen beber en una base continua, pero como grupo tienen una gran proporción de bebedoras de parranda; el beber en parrandas parece ser menos lesivo para el hígado que el beber regularmente. Las mujeres con cirrosis son más susceptibles que los hombres a la progresión de la enfermedad si continúan bebiendo, y su pronóstico es peor aún si dejan de beber; sin embargo, los hombres presentan más evidencia de daño hepático que las mujeres y la cirrosis es dos veces más común. [14]

La edad media de inicio para beber socialmente fue de 25 años en las mujeres y 19 en los hombres. Las mujeres son más propensas a tener depresión primaria que los hombres (31%) y sólo 8% de las mujeres sufrieron de depresión secundaria dada por el alcohol. [14, 77]

Los trastornos ansiosos y afectivos constituyen la gran proporción de trastornos co-ocurrentes entre mujeres, mientras que los trastornos por sustancias, trastornos de conducta y trastorno de personalidad antisocial son la mayoría de las co-ocurrencias entre hombres. [19, 32, 46]

Rounsaville y cols. en 1987 reportaron que las mujeres alcohólicas deprimidas responden más favorablemente al tratamiento que los hombres alcohólicos deprimidos. En contraste, Pettinati y cols. en 1997 reportaron que las mujeres deprimidas con dependencia a alcohol son más propensas a dejar prematuramente el tratamiento que los hombres. Según Yonkers en 1997 indicó que las mujeres con trastornos afectivos pueden responder mejor a los ISRS que los hombres. [19, 45]

Al estudiar predictores para abuso y dependencia de alcohol en mujeres, se ha encontrado que los problemas psiquiátricos y psicológicos antes de los 18 años, abuso sexual antes de los 13 años, y la intoxicación con alcohol antes de los 15 años, predicen abuso y dependencia de alcohol. [19, 36, 77.]

Se realizó un estudio con 74 hombres veteranos que se encontraban en un programa de tratamiento contra abuso de alcohol, y más de la mitad de éstos resultaron con otro diagnóstico psiquiátrico. Los síndromes más comunes fueron abuso de otra sustancia, trastorno de personalidad antisocial, trastorno fóbico, y depresión. En cada uno de estos casos la presencia de un trastorno adicional aceleró el curso del problema de alcohol significativamente. [8, 12, 25, 46,]

Virtualmente en todas las sociedades, es más común que beban los hombres que las mujeres. Fillmore realizó una comparación que muestra una convergencia en el riesgo del consumo de alcohol entre hombres y mujeres en sus 30 años. Las mujeres que actualmente tienen 30 años reportan una edad de primer consumo de 12 a 13 años, y las mujeres que actualmente tienen 20 años reportan sus edad de primer consumo en 11 a 12 años. [19]

Más mujeres bebedoras están asociadas a un estado de no matrimonio: siendo solteras, divorciadas, separadas, ó en unión libre. [19, 30, 42]

Beber más está asociado también con mejores logros educacionales. En cuanto a los factores étnicos y raciales, las mujeres México-americanas parecen ser más abstemias que las mujeres anglo, y las mujeres afroamericanas parecen ser más abstemias que las blancas. [14, 19, 42]

Una tipología desarrollada por Cloninger, describe el alcoholismo tipo 1 como aquél caracterizado por inicio después de los 25 años y pérdida de control, pero con sintomatología menos severa que el tipo 2, el cuál está basado en una gran predisposición genética y caracterizado por inicio temprano y sintomatología más severa. Ambos tipos ocurren entre hombres, pero el tipo 1 basado en condiciones ambientales, es más descriptivo del alcoholismo femenino. Cuando hombres y mujeres alcohólicos son interrogados acerca de su historia familiar, las mujeres consistentemente reportan mayor historia de alcoholismo parental..[19,30,33,67]

En las mujeres, el beber con exceso ha sido ligado al ciclo menstrual, al parto, y cambios en deseo sexual y menopausia.[19]

Helzer y Pryzbek reportan mayor conducta antisocial entre hombres que entre mujeres alcohólicas. Bedi y Halikas reportan una tasa de trastornos afectivos de 43% para mujeres y 29% para hombres. Hesselbrock encontró que entre alcohólicos hospitalizados 18% de los hombres y 38% de las mujeres estaban deprimidos, además de que las mujeres mostraban un mayor porcentaje de fobia, TOC, y trastorno de pánico. Ross también reportó que las mujeres parecen mostrar mayor sintomatología neurótica y los hombres mayor tendencia a ser diagnosticados como personalidad antisocial.[19, 30, 67.]

Cerca de una de tres mujeres indigentes tiene historia de abuso de sustancias, siendo la droga usada con más prevalencia el alcohol. [75]

En los datos publicados por el estudio de la ECA, Robins y sus colegas encontraron que las mujeres con diagnóstico de por vida de abuso ó dependencia a alcohol fueron más propensas a tener otros trastornos psiquiátricos durante su vida. Sin embargo, las mujeres con trastornos de alcohol actuales tuvieron sólo un pequeño exceso de trastornos psiquiátricos actuales. [42,65]

Las mujeres en este estudio no tuvieron trastornos psiquiátricos mayores que los hombres en adición a sus problemas con abuso de sustancias. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre sexos en la prevalencia de deterioro cognitivo, esquizofrenia ó trastornos afectivos; las mujeres parecen sufrir más de ansiedad, trastorno psicosexual y bulimia. [42, 65]

Herz y cols. en 1990 concluyeron que cualquier trastorno adicional incluyendo ansiedad, depresión y trastorno disocial, tienden a acelerar el curso de los problemas de alcoholismo. En este estudio la comorbilidad psiquiátrica está asociada con un gran incremento en la utilización de los servicios de salud mental entre las mujeres con problemas de alcoholismo; este incremento puede ser resultado a su vez del incremento de comorbilidad encontrado en mujeres alcohólicas. En cuanto al patrón de consumo de estas bebedoras, en este estudio se encontró que empezaban a beber a una edad más temprana, se

embriagaban más severa y frecuentemente y eran más propensas a beber en parrandas. [14, 19, 36, 67.]

Blow y cols. encontraron que los alcohólicos jóvenes tienen sustancialmente mayores tasas de comorbilidad que los alcohólicos viejos y que los alcohólicos jóvenes tienen una alta prevalencia de abuso de sustancias, trastorno de estrés post-traumático, esquizofrenia y trastornos de personalidad, mientras que los alcohólicos viejos tienen mayor prevalencia de trastornos afectivos, ansiosos y cerebrales orgánicos. Penick y cols. reportaron que 32% de una muestra de alcohólicos tenían 2 ó más trastornos psiquiátricos adicionales. De estos, 17.9% tenían depresión con un trastorno de ansiedad; 18.2% depresión con abuso de drogas ó trastorno disocial de la personalidad y 13% depresión con manía. [19,42]

## **ESTUDIOS COMUNITARIOS.**

Aunque las entrevistas diagnósticas estructuradas son usadas con frecuencia en los sets de tratamiento de abuso de sustancias, la evaluación sistemática es limitada para valorar su habilidad en cuanto a validez y confiabilidad para diagnósticos psiquiátricos. Los resultados indican que la validez del diagnóstico clínico es buena para trastornos por uso de sustancias; moderada para trastornos de personalidad, y pobre para trastornos ansiosos y depresión mayor. Una gran validez fue observada para diagnóstico por abuso de sustancias formulado por técnicos en investigación que utilizan entrevistas semiestructuradas. Basados en estas pruebas, nosotros concluimos que el diagnóstico psiquiátrico en pacientes con abuso de sustancias puede ser mejorado a través de la adición de elementos de entrevistas estructuradas a la evaluación clínica usual. [37] Son los que mejor controlan los factores antes señalados, y por ello, los que permiten responder de una manera más precisa a las preguntas planteadas. El trabajo pionero en este campo es el análisis de Regier y otros llevados a cabo de los datos del estudio epidemiológico auspiciado por el Instituto de Salud Mental Americano (NIMH), el Epidemiológico Catchment Area (ECA), sobre una muestra de 20,291 personas, con un instrumento diseñado a tal efecto. En este estudio se encuentra que entre los individuos con algún de trastorno mental, un 23.3% tuvieron un trastorno por alcohol, mientras que en aquellas personas que no tuvieron un trastorno mental la prevalencia para los trastornos por alcohol fue del 11%, por lo que tener un trastorno mental duplica el riesgo de tener un trastorno por alcohol. Al mismo tiempo para aquellos con un trastorno por alcohol, un 36.6% tuvieron otros trastornos mentales, que suponía 2.3 veces más riesgo que aquellos sin un trastorno por alcohol. [11 ]

Este estudio de la ECA se repitió siguiendo los mismos instrumentos y criterios en Canadá, Puerto Rico y Perú , los cuales de Canadá de Edmonton y el de la ECA ponen de manifiesto que el aumento de relación con los trastornos de alcohol es común para todos los trastornos psiquiátricos, aunque se produce de manera más acusada en la personalidad antisocial, la esquizofrenia y los trastornos afectivos, este exceso mayor a lo esperado se observa en personalidad antisocial veinte veces, los trastornos por otras drogas, diez veces y la esquizofrenia, más de tres veces. [11 ]

## **MOMENTO DE LA EVALUACIÓN.**

El momento de la evaluación es uno de los factores más importantes a la hora de condicionar las tasas de prevalencia y en la mayoría de los estudios no se controla adecuadamente. Si la evaluación se hace en situación de consumo ó en abstinencia reciente, las tasas de trastornos asociados serán mucho mayores y la estabilidad de los trastornos diagnosticados en estos momentos evolutivos mucho menor, y así para algunos trastornos psiquiátricos como los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos, las tasas se multiplican dos ó tres veces en situación de consumo ó de abstinencia reciente. [11, 66]

Los trastornos que aparecen en el contexto de una intoxicación ó de un síndrome de abstinencia, no son considerados por algunos autores como verdaderos trastornos psiquiátricos, sino como síntomas ó epifenómenos de la intoxicación y la abstinencia, y para eliminar los sesgos que introduce este solapamiento de síntomas propone realizar la evaluación tras 2 semanas de abstinencia. [11]

## **IMPLICACIONES ETIOPATOGÉNICAS DE LA COMORBILIDAD**

Se sabe que son múltiples los probables factores etiológicos para el consumo de alcohol, en los que destacan los estudios de agregación familiar, estudios de adopción y estudios de marcadores genéticos. [11 ]

## **COMORBILIDAD COMO CONSECUENCIA DE UNA PREDISPOSICIÓN COMÚN PARA LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA Y LOS OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.**

Los primeros estudios de historia familiar llevados a cabo por el grupo de Saint Louis, encontraron que sólo los trastornos afectivos estaban sobre representados en los familiares de alcohólicos, con una agregación diferente en función del sexo: Posteriormente se estudió la agregación familiar en alcohólicos primarios, frente a alcohólicos secundarios a trastornos afectivos y sociopatía, y se encontró que los primeros tenían más historia familiar de alcoholismo, los secundarios a trastornos afectivos, más historia familiar de trastornos afectivos y los secundarios a sociopatía más historia familiar de sociopatía y se interpretó que existiría una única enfermedad que, debido a los factores ambientales, se expresaría de distintas maneras en unas familias que en otras; a esta enfermedad común, Winokur la denominó "enfermedad de espectro depresivo". [11 ]

Sin embargo, Schuckit hace una interpretación diferente de los hallazgos anteriores, apostando por una herencia independiente para cada trastorno y señalando la necesidad de tener en cuenta el trastorno asociado a la hora de valorar la agregación familiar; en esta línea van los hallazgos de estudios más recientes como el que llevó a cabo el grupo de Kansas. [11 ]

El único gran estudio en gemelos, sobre 2,163 mujeres, ha tratado de dilucidar el origen de la comorbilidad de la dependencia alcohólica y trastornos afectivos; este estudio puso de manifiesto que son los trastornos genéticos y no los ambientales los que determinan la comorbilidad y que existiría una herencia independiente para los trastornos afectivos y

para la dependencia alcohólica así como para la asociación de estos dos trastornos, aunque la generalización de estos resultados a los varones y al resto de los trastornos psiquiátricos no parece sencilla. [11]

También se han realizado estudios de adopción y estudios de marcadores genéticos, siendo estos últimos los más llamativos; sin embargo, la comorbilidad no se puede explicar desde una base genética común. Algunos autores han postulado una predisposición común no genética sino cultural para todos los trastornos psiquiátricos, que estaría mediada por el aprendizaje de estilos cognitivos de autoevaluación que influyen en la autoestima y en la vulnerabilidad al estrés; sin embargo, los hallazgos actuales señalan que los factores genéticos son mucho más importantes que los ambientales. [11]

### **¿LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL FAVORECE OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ?**

El consumo de alcohol produce una amplia gama de síntomas psíquicos que, si tienen una intensidad y duración suficiente, pueden cumplir criterios para hacer un diagnóstico de cualquier trastorno psiquiátrico. [8, 11, 32, 36, 44, 65, 67, 72, 81, 82.]

Se reporta que la intoxicación etílica produce ansiedad y con poca dosis en algunos pacientes (intoxicación atípica) y la intoxicación crónica produce ansiedad, que puede evolucionar a un trastorno fóbico, así como trastornos depresivos que desaparecen en dos ó tres semanas de abstinencia. [11]

La ansiedad que se produce en el síndrome de abstinencia no se diferencia de otros cuadros de ansiedad, y la ansiedad ante la abstinencia tiene todas las características de una fobia; siguiendo el modelo de Kindling, los episodios de abstinencia repetidos podrían actuar como disparadores de los trastornos por angustia en individuos predispuestos. El consumo crónico de alcohol también favorece la aparición de conductas antisociales, cuadros psicóticos, deterioros psicoorgánicos y consumo de otras sustancias psicoactivas. [3, 11, 15, 48.]

En un estudio de Ricardo Castañeda y cols, se hizo una revisión de la literatura, la cuál sugiere que puede haber alguna relación entre el uso de alcohol y síntomas depresivos y ansiosos. Generalmente son poco discutidas las posibles complicaciones del uso moderado de alcohol que resultan de su habilidad para alterar tanto el funcionamiento cerebral, como el metabolismo de la medicación prescrita. Hay abundante evidencia de que los trastornos psiquiátricos, particularmente aquéllos que involucran trastornos del afecto y ansiedad, están asociados con una disfunción de base de uno o más sistemas de neurotransmisores; por esto es razonable esperar que los pacientes psiquiátricos comparados con la población general, puedan desarrollar respuestas más extremas e impredecibles a los efectos del etanol en sistema nervioso central (SNC). [11]

El alcohol es uno de los numerosos factores externos e internos que afectan el curso de trastornos psiquiátricos; por ejemplo, ciertos agentes exógenos tales como alcohol, nicotina, cannabis, cocaína y ciertas preparaciones antigripales, y factores internos tales

como depravación de sueño, dieta, ejercicio e hiperventilación ante estresores de la vida, son capaces de producir síntomas de pánico. [11 ]

Pequeñas cantidades de alcohol pueden asociarse con el desarrollo de síntomas afectivos y de ansiedad; la evidencia sugiere que el uso de alcohol complica significativamente el curso clínico y el tratamiento de los trastornos afectivos y ansiosos. Observaciones clínicas confirman que el incremento en las cantidades de alcohol consumidos por ocasión se asocian con un incremento en los síntomas de depresión y ansiedad en estados de sobriedad. [11, 15]

El etanol induce disrupción cognitiva y también puede deteriorar otros mecanismos e iniciar el desarrollo de síntomas psiquiátricos. [11 ]

Algunas alteraciones de funciones cerebrales tales como alerta, juicio, control de impulsos, toma de decisiones y afecto que resultan del consumo reciente de etanol, se pueden concebir como interpretación errónea del paciente de una prueba de la recaída de síntomas psiquiátricos primarios, paradójicamente precipitando la formación de síntomas psiquiátricos. [11 ]

## **ALCOHOLISMO Y MORTALIDAD.**

Los pacientes tratados por dependencia a alcohol tienden a morir prematuramente, y generalmente tienen un incremento del riesgo de muerte de 2 a 10 veces comparados con no casos. [5]

En este estudio realizado por Neumark y cols. el abuso de alcohol y/o dependencia estuvo asociado con un alto riesgo de muerte y con una edad mediana más joven de muerte. El incremento de riesgo de muerte fue notado en participantes con múltiples indicadores, como consumo de alcohol severo y bebedores severos diarios. [5]

El alto riesgo de muerte prematura experimentada por los trastornos mentales se ha conocido por estadísticas inglesas por 150 años. El impacto de las causas varía sobre el tiempo con cambios en la naturaleza de los trastornos mentales, la efectividad de los tratamientos y la provisión de cuidado. [20]

En la población que presenta abuso/dependencia a alcohol, el riesgo de mortalidad de causas no naturales fue 4.5 veces más alto que el esperado, explicando un 34% del exceso de muertes. Las muertes de causa natural fueron 1.7 veces mayor que las esperadas, explicando 66% del exceso de muertes. Entre las causas no naturales, el riesgo de mortalidad por suicidio fue 5.5 veces y para otras causas violentas 3.9 veces mayor que lo esperado. El riesgo para mujeres fue particularmente alto con 18 a 21 veces mayor que lo esperado. Entre las causas naturales todas las categorías excepto enfermedades infecciosas han aumentado significativamente. El mayor número de exceso de muertes fue por trastornos circulatorios, neoplasias, trastornos del sistema digestivo y respiratorio. El número de muertes debidas a cirrosis fue casi 9 veces mayor que lo esperado para población general y sobre 30 veces más que lo esperado para mujeres. En cuanto al uso de drogas legales (de prescripción) con alcohol, se reporta que 55% de la

población fué masculina, con una edad media de inicio de la droga de 29 años. El riesgo de muerte fue 3.4 veces mayor que lo esperado con 66 muertes excesivas. El riesgo de mortalidad de causas no naturales fue 22 veces mayor a lo esperado, y el de causas naturales 2 veces más que lo esperado. [20]

En las causas no naturales el riesgo de mortalidad por suicidio fue 39 veces mayor, y para otras causas violentas 13.5 veces mayor que lo esperado. No hay información acerca de causas naturales. [20]

El riesgo más alto de muerte prematura tanto para causas naturales y no naturales, es para trastorno por abuso de sustancias y trastornos de la alimentación. El riesgo de muerte para causas no naturales es especialmente alto para trastornos funcionales, particularmente esquizofrenia y depresión mayor. Las muertes para causas naturales están marcadamente aumentadas para trastornos mentales orgánicos, retraso mental y epilepsia. Sin embargo, todos los trastornos mentales tienen un riesgo aumentado de muerte prematura. [20]

## **EFFECTOS DEL ETANOL EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.**

El etanol afecta la función de muchos órganos corporales por sus efectos en SNC y la disrupción en el ambiente celular, al difundirse libremente a través de membranas celulares y fluidos corporales. El fenómeno de SNC asociado con etanol incluye los efectos farmacológicos directos del etanol, tales como excitación conductual, incoordinación, sedación, ataxia y el síndrome de supresión caracterizado por hiperexcitabilidad del SNC que refleja la neuroadaptación a los efectos depresivos del etanol. [2, 3, 11 ]

Los diversos fenómenos involucrados en la respuesta del SNC a la ingestión aguda de alcohol, como el desarrollo de la apetencia, tolerancia y dependencia al consumo crónico de alcohol son solo parcialmente entendidos. Estos fenómenos van desde factores genéticos que influyen la predisposición al abuso de alcohol y dependencia, hasta mecanismos neuroquímicos adaptativos en varios sistemas de receptores neuronales, incluyendo neuronas dopaminérgicas y de Norepinefrina, receptor GABA acoplado al canal dependiente de cloro, receptor N-metil-D-aspartato, receptor 5HT<sub>3</sub> acoplados a canales de potasio y de proteína G. Otros sistemas tales como aquéllos que gobiernan el canal de flujo de calcio y la arginina vasopresina están también afectados por la molécula del etanol. [11 ]

El impacto del etanol en la membrana celular sobre sus lípidos, ha sido reconocido desde principios de siglo. Interacciones específicas con el etanol han sido reportadas para los neurotransmisores mayores, tales como Glutamato, Norepinefrina, Dopamina, Serotonina y GABA, y para los sistemas de segundos mensajeros tales como adenilciclasa y consecuentemente adenosin 3,5-monofosfato cíclico (AMP). [11,34 ]

El etanol también altera los receptores  $\mu$  y  $\delta$ , que puede incrementar la actividad del sistema de opioides endógenos por incremento de los niveles de encefalinas ó por producción de alcaloides opiáceos del acetaldehído; parece que los efectos ansiolíticos y sedativos del etanol pueden ser mediados por el complejo GABA benzodiazepínico. [11 ]

Por lo anterior, cabe mencionar que la Dopamina se incrementa durante la exposición inicial al alcohol, y disminuye durante la administración crónica. [11,34] Cambios en la neurotransmisión y disfunción del receptor dopaminérgico han sido encontrados tanto en el desarrollo de síntomas psicóticos, como en abuso de sustancias /alcoholismo. Un número de subtipos de receptor de dopamina en diferentes regiones del cerebro parece estar involucrado en el desarrollo de esquizofrenia y abuso de sustancias; modificaciones en la función del receptor D2 han sido implicadas en los síntomas psicóticos, y cambios en la función D1 y D2 en el abuso de sustancias como alcohol y cocaína. [11,34,76]

Hay varias hipótesis de que las drogas inducen estados de deficiencia asociados con depresión; por ejemplo, los opioides causan una deficiencia de opioides endógenos, ya que a través del feedback inhiben la síntesis de éstos; la cocaína induce una deficiencia de dopamina a través de inhibición de la síntesis por feedback y depleción de dopamina neural, al bloquear la recaptura de dopamina sináptica; y el alcohol causa deficiencia de serotonina por depleción de ésta última. [11, 15]

En cuanto a alcohol y ansiedad, la abstinencia a alcohol y sedantes puede ser un gatillo para el desarrollo de pánico y otros trastornos de ansiedad, dada una actividad de rebote en los sistemas neuroquímicos afectados por estas sustancias, incluyendo sistemas neuroendócrinos cerebrales que predisponen a continuar la dependencia de alcohol. Aunque varios estudios han documentado la sobreposición de abstinencia a alcohol y sintomatología de pánico, los estudios realizados en pacientes con historia de trastorno de pánico en el cuál la infusión de lactato precipita ataques de pánico sólo en aquéllos sin historia de alcoholismo, sugieren que la neuroquímica del trastorno de pánico secundario a alcoholismo puede ser distinta de la del trastorno de pánico primario. [2, 15]

La abstinencia a alcohol y la ansiedad son parte de un círculo vicioso: la abstinencia a alcohol conduce a condiciones negativas que exacerban la ansiedad; la ansiedad promueve que el paciente se automedique. [ 11.15,45]

En el nivel bioquímico y neurofisiológico hay un incremento en la función de norepinefrina durante la abstinencia a alcohol, y reducción de la función del GABA. [11,15,43]

Estudios controlados han demostrado la superioridad de las benzodiazepinas sobre otras drogas en el tratamiento de abstinencia a alcohol. [43]

Hay evidencia de un proceso neuroquímico de base similar entre el trastorno de ansiedad y la abstinencia a alcohol que puede ser aditiva. Investigaciones han implicado la hiperactividad noradrenérgica en ambas condiciones.[2, 15, 43 ]

Concentraciones de noradrenalina y/ó su metabolito 3-metoxi-4-hidroxyfenilglicol fueron encontrados aumentados en el LCR y plasma de pacientes que experimentan abstinencia a alcohol, y también en el plasma de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada ó trastorno de pánico. Ha sido sugerido también que los receptores alfa2-adrenérgicos, los cuáles controlan la liberación de noradrenalina, pueden ser disfuncionales en la abstinencia a alcohol y en ciertos estados de ansiedad. En adición, evidencia que

apoya una liga neurológica es proveída por el tratamiento farmacológico similar de estas condiciones; ejemplo: benzodiazepinas. [11,15,29, 43]

Este estudio sugiere que los alcohólicos con un trastorno de ansiedad, muestran una abstinencia a alcohol más severa que aquéllos sin trastornos de ansiedad. [29]

Como Miller y Gold reportaron, los estudios han apoyado un origen neuroquímico para el uso de alcohol y otras drogas a través de centros de reforzamiento en el sistema límbico. El área tegmental ventral en el cerebro medio con sus proyecciones hacia el núcleo accumbens en la base del cerebro, es la vía mesolímbica que está identificada con el uso compulsivo de alcohol y drogas. La dopamina, el principal neurotransmisor involucrado, está contenido en neuronas del área tegmental ventral, y es liberado en las sinapsis del núcleo accumbens. Otros neurotransmisores tales como serotonina, ácido gamma-aminobutírico y norepinefrina parecen también contribuir significativamente por interacción con la dopamina en el área tegmental ventral. Las mismas áreas neuroanatómicas y sus neurotransmisores relevantes también han sido implicados en la patogénesis de varios trastornos mentales tales como esquizofrenia y trastorno bipolar, los cuáles pueden tener vulnerabilidad común con enfermedades adictivas. [2, 3, 50, 54]

Miller y Gold argumentaron que los tratamientos farmacológicos para trastornos adictivos que suprimen los estados de apetito, instinto ó motivación en el sistema límbico parecen tener la acción más específica en trastornos adictivos. El sustrato para reforzamiento del uso de drogas utiliza las vías mesolímbicas, donde los sistemas de neurotransmisores tales como serotonina, dopamina, encefalinas, GABA y norepinefrina interactúan. [3, 15, 43, 54]

Hay evidencia de que niveles bajos de serotonina pueden ser comunes en depresión, suicidio, y alcoholismo. Los niveles más bajos de 5-HIAA se presentaron en suicidios por los medios más violentos. Goodwin ha postulado el concepto de un modelo de déficit de serotonina como etiología para alcoholismo. [15,16,43,54]

## **EFFECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DEL ETANOL POTENCIALMENTE RELACIONADOS A LOS TRASTORNOS AFECTIVOS Y ANSIOSOS.**

El consumo de etanol tanto agudo como crónico, afecta varios neurotransmisores que han sido implicados en la patofisiología de los trastornos afectivos y de ansiedad; la observación que el etanol puede exacerbar síntomas disfóricos ó ansiosos, puede reflejar perturbación aguda en la liberación de Norepinefrina, serotonina y dopamina a través de antagonismo de N-metil-d-aspartato (NMDA). El uso moderado de alcohol y la inhibición continua del receptor NMDA puede interferir con la señal de dopamina en la corteza prefrontal y producir hiperactividad dopaminérgica del cerebro medio debido a sensibilización del receptor; esto puede en parte explicar el efecto psicogénico causado por el consumo crónico de alcohol. [11 ]

La relación entre alcoholismo y ansiedad es compleja. Los trastornos de ansiedad parecen ser frecuentes en los alcohólicos, pero una relación cerrada entre trastornos de ansiedad crónicos y alcoholismo no ha sido probada. [11 ]

Estudios prospectivos de hijos de alcohólicos y de individuos de la población general no indican una alta tasa de trastornos de ansiedad precediendo el desarrollo del alcoholismo. [11, 49 ]

A diferencia de pequeñas dosis de etanol, el consumo severo de éste causa incremento muy significativo en la actividad de las neuronas de Norepinefrina. Este importante efecto es más claramente aparente durante el desarrollo de supresión alcohólica, y la mayoría de los síntomas de supresión pueden ser atribuidos a este fenómeno de base. Los síntomas depresivos frecuentes durante este período, pueden también ser evidentes cuando el paciente esta sobrio. [11 ]

En los seres humanos, la supresión de alcohol está asociada con concentraciones bajas de algunos metabolitos en líquido ceforraquídeo (LCR). Reportes de reducciones leves de ingestión de alcohol después de la administración de Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) pueden ser considerados como una prueba relacionada; las concentraciones de Acido Homovanílico (metabolito de dopamina), están también reducidas durante la supresión de alcohol, sugiriendo una disminución de la Dopamina. Varios agonistas de Dopamina han mostrado disminuir la intensidad de alguna sintomatología de la supresión de alcohol. La respuesta colinérgica al etanol varía en las diferentes regiones cerebrales, y parece claro que el alcohol produce cambios adaptativos en el sistema colinérgico. [11,34 ]

Los efectos negativos del abuso de alcohol en el curso clínico de trastornos afectivos y ansiosos entre alcohólicos, ha sido reconocida. El alcohol no es usado consistentemente entre población de alcohólicos deprimidos, pero es claro que los alcohólicos sin depresión reportan beber en respuesta a síntomas depresivos tal como los alcohólicos deprimidos. [11 ]

El síntoma primario de la dependencia a alcohol es la pérdida de control sobre el beber. De acuerdo al DSM-IV, la pérdida de control es conductualmente definida como empezar a beber a pesar de consecuencias negativas obvias, ó beber más de lo que se quiere. [3 ]

El término “ recompensa “ se refiere a los sentimientos de euforia ó “elevación” producidos por las drogas adictivas. La recompensa a alcohol depende de una interacción entre dopamina y péptidos opioides. La sensación de recompensa estimulada por el consumo de alcohol involucra la actividad de endorfinas, encefalinas, dopamina y quizás serotonina. Se piensa que el reforzamiento positivo asociado con la recompensa juega un rol en el desarrollo de beber compulsivamente; pero el estrés puede también conducir a beber compulsivamente. El rol del estrés en el desarrollo de la forma compulsiva de beber es apoyado por estudios que indican que ansiedad y depresión son las 2 condiciones comórbidas más comunes encontradas en pacientes alcohólicos. Fármacos que afectan a los transmisores noradrenalina y serotonina han mostrado aliviar los síntomas de ansiedad y depresión, por lo que estos neurotransmisores parecen jugar un rol prominente en estas condiciones. [3 ]

El alcohol es quizás más potente que los agentes ansiolíticos efectivos en el aumento del GABA mediado por actividad inhibitoria neuronal, y afectando la actividad de la norepinefrina. [3 ]

El estrés puede causar en los individuos predispuestos que tienen trastornos ansiosos ó depresivos clínicamente significativos, el uso de alcohol para “automedicación”; tales individuos también pueden tener una anormalidad en su sistema de sensación de recompensa, que los pone en un riesgo inusual para el desarrollo de dependencia a alcohol. [3 ]

La “sensibilización” se refiere al proceso por el cuál una persona empieza a incrementar el uso de alcohol ó experimentar más fuertemente la apetencia ó la anticipación por los efectos del alcohol. La sensibilización puede jugar un rol crucial en la progresión del uso de alcohol para reducción de estrés ó sensación de recompensa a usar éste en forma compulsiva; puede también actuar en el efecto descrito como “ una bebida, un ebrio “; fenómeno que en el consumo de alcohol está científicamente descrito. [3 ]

Craving ó apetencia se refiere a un estado mental, que es subcortical. [3 ]

En el modelo neuroconductual de la dependencia a alcohol, la dopamina parece modular la sensación de recompensa y la reducción de estrés; contrariamente, GABA, noradrenalina, endorfinas, encefalinas y dopamina, todas parecen modular la sensibilización. La interacción entre los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos pueden jugar un rol importante en los efectos de reforzamiento del alcohol. [3 ]

## **ETANOL Y SUEÑO**

El uso moderado de etanol probablemente también agrava los trastornos psiquiátricos por sus efectos adversos en el sueño. El uso de pequeñas cantidades de alcohol, también altera la arquitectura del sueño de individuos normales.[17,11] El alcohol promueve apneas e hipoapneas y alteraciones de la estructura del sueño durante la última parte de la noche. El consumo moderado de alcohol también aumenta la frecuencia de movimientos de las piernas causando distrupción del sueño en 25% de las mujeres. Pequeñas dosis de etanol reducen la duración total del sueño, aumentan la duración de ondas lentas durante la primera fase de sueño, causan distrupción del sueño delta y disminución de la duración y densidad del sueño de movimientos oculares rápidos (MOR). El etanol puede aumentar la relajación de la vía aérea superior durante el sueño e inducir ronquidos y apnea obstructiva en gente que previamente tenía un dormir normal. En pacientes con historia de apnea obstructiva del sueño, una pequeña cantidad como por ejemplo tres onzas de alcohol antes de dormir, puede exacerbar la frecuencia y severidad de eventos hipóxicos apnéicos. [11 ]

El uso intenso y crónico de alcohol puede alterar el sueño y el apetito; puede crear una pasividad conductual y retardo psicomotor, y también puede causar síntomas psicológicos y cognitivos similares a aquéllos vistos en pacientes con depresión. [56,11,17]

Despertares tempranos y la interferencia subsecuente de la alerta diurna resultantes de consumo de etanol puede confundir al clínico que monitorea el progreso de pacientes que reciben tratamiento antidepresivo y ansiolíticos, y puede agravar síntomas psiquiátricos. La pobreza del sueño por sí sola es bien conocida por su asociación con el desarrollo y agravamiento de síntomas psiquiátricos. Es muy relevante que el insomnio resultante de trastornos de ansiedad y afecto es precipitado y prolongado por el etanol. [11 ]

## **COMORBILIDAD Y ALCOHOL.**

Según el estudio de la ECA se estima que la tasa de prevalencia en la vida para cualquier trastorno mental que no sea por abuso de sustancias es de 22.5%, mientras que para el abuso y dependencia a alcohol es del 13.5%, y para el abuso y dependencia de otras drogas fue del 6.1%. Entre estos con trastorno mental el ratio de probabilidad de tener algún trastorno adictivo fue de 2.7 con una prevalencia en la vida de cerca de 29% (incluyendo una sobreposición de 22% con alcohol y 15% con otro trastorno por drogas). [11 ]

En otro estudio realizado por Driessen y cols para evaluar la comorbilidad psiquiátrica del eje I y eje II en dependientes a alcohol, se encontró que los trastornos del eje I aparecieron en 24.0%, los trastornos del eje II en 16.4%, y los trastornos concurrentes del eje I y II en 17.2%; con una tasa total de comorbilidad de 57.6%. [13] En estudios realizados en lugares clínicos, la comorbilidad del eje I en pacientes con abuso ó dependencia a alcohol se encontró en 57 a 84%, los trastornos depresivos como depresión mayor en 15 a 38%, mientras que la distimia se encontró en 11 a 17%; en cuanto a los trastornos de ansiedad, las fobias se encontraron en 6 a 33%, trastorno de ansiedad generalizada en 8 a 52% y el trastorno de pánico en 4 a 21%. [11 ]

En un estudio realizado por Ross en pacientes alcohólicos , 47% tuvieron diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial; 50% de los pacientes tuvieron diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada; un tercio de la muestra diagnóstico de fobia (usualmente agorafobia); un trastorno afectivo de por vida fue diagnosticado en un 34%, depresión mayor en 24% y distimia en 17% de la muestra; deterioro cognitivo severo fue encontrado en 1% y leve en 7%. El 18% de los pacientes que abusaban tanto de alcohol como de otras drogas tuvieron un deterioro psiquiátrico más significativo. [61, 66]

La Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS) mostró que entre las mujeres 72.4% de aquéllas con abuso de alcohol y 86% de aquéllas con dependencia de alcohol tuvieron comorbilidad con trastornos psiquiátricos ó por uso de drogas, mientras que entre los hombres estas cifras fueron de 56.8% y 78.3% para abuso de alcohol y dependencia respectivamente. [46]

El estudio de la ECA mostró que 37% de los alcohólicos tienen historia durante su vida de otro diagnóstico psiquiátrico comórbido. Los trastornos con mayor prevalencia son: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad antisocial y disfunción psicosexual. [22, 81]

Los trastornos de control de impulsos incluyen trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, tricotilomanía, piromanía, y juego patológico. [41]

En el estudio realizado por Lejoyeux y cols. se concluye que 38% de los pacientes con dependencia a alcohol presentaron trastornos por control de impulsos; estos pacientes tienden a ser más jóvenes, pero no hay asociación con una forma específica de dependencia a alcohol ó con personalidad antisocial. Sin embargo, la co-ocurrencia de juego patológico fue asociada con menor edad de inicio de dependencia a alcohol, mayor número de destoxificaciones y larga duración de la dependencia a alcohol. [41]

## **COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEL HUMOR.**

### **DEPRESION:**

La depresión como parte de los diagnósticos duales es un problema frecuentemente estudiado; hay una dificultad considerable para el diagnóstico verdadero de un episodio depresivo mayor independiente en presencia de una adicción activa concurrente [53,54]. Frecuentemente un periodo de abstinencia es necesario; pero no es claro el tiempo mínimo necesario antes de intentar finalizar el diagnóstico. Algunos síntomas depresivos transitorios son comunes en las primeras pocas semanas de abstinencia después de un periodo prolongado de uso de sustancias. Hay una amplia evidencia de que alcoholismo y depresión están frecuentemente asociados; éstos también pueden presentarse como entidades distintas, y no diferentes presentaciones de un proceso idéntico. [54]

En un estudio realizado por Schuckit en 1987 se concluyó que el alcoholismo y los trastornos afectivos son distintas enfermedades con diferentes pronósticos y tratamientos. Síntomas de depresión parecen desarrollarse en el curso de alcoholismo, y algunos pacientes con trastorno afectivo aumentan su consumo cuando están enfermos, con quizá 5 a 10% llenando criterios para alcoholismo secundario. [70]

Smail y cols. encontraron que cerca del 20% de los alcohólicos cumplen criterios para pánico. Hesselbrock reportó una baja prevalencia de trastorno de pánico en alcohólicos. La gran variabilidad en estos resultados es probablemente debido a diferencias en las distribuciones de edad y sexo, y en la duración de alcoholismo en las muestras poblacionales. [43]

Los alcohólicos con depresión comórbida pueden tener un mayor riesgo de problemas psicosociales e interpersonales, falta de adherencia al tratamiento, recaídas alcohólicas e intento de suicidio y suicidio completo. [46,53]

Entre los hombres la presencia de un diagnóstico comórbido de por vida de depresión mayor, personalidad antisocial ó abuso/dependencia a drogas fue asociado con consecuencias pobres al beber. Entre las mujeres la presencia de depresión mayor predijo mejores resultados en las medidas relacionadas con el beber. [36]

Las pobres consecuencias relacionadas con el alcohol en los hombres son consistentes con un número de estudios que han mostrado que el hombre alcohólico bebe más severamente y tiene más problemas relacionados con alcohol que la mujer. [36]

Keeler mostró la importancia de un diagnóstico preciso de depresión en pacientes alcohólicos; comparó diferentes escalas usadas comúnmente; y los porcentajes de depresión fueron diferentes; usando diagnóstico clínico basado en el DSM-III encontró 8.6% de pacientes deprimidos; usando la escala de Hamilton 28%; usando el Zung 66%, y utilizando el inventario de personalidad multifásica de Minnesota 43%. [5]

Ya que el alcohol por sí mismo es un depresivo, es fácil presumir que un círculo vicioso puede entonces desarrollarse, en el cuál el alcohólico deprimido continúa bebiendo para obtener alivio, sólo que empeora tanto su depresión como su alcoholismo. [56]

Muchos reportan que el alcoholismo puede ser una consecuencia de la depresión en 5% ó menos de los pacientes. La prevalencia de alcoholismo en pacientes con depresión primaria probablemente no es más alta que en la población general, en contraste a la situación con depresión primaria y alcoholismo, Ross encontró una tasa de prevalencia para distimia en alcohólicos del 11% y 20% para la depresión mayor. [56]

La noción de que quizá exista una posible relación genética entre alcoholismo y depresión ha sido examinada en varios estudios con la conclusión general de que es poco aumentado el riesgo para alcoholismo en familiares de depresivos y similarmente hay poco aumento del riesgo de depresión en familiares de alcohólicos.[56]

Los estudios de adopción tienden a confirmar una transmisión independiente para depresión y alcoholismo. Goodwin mostró que adoptados de padres biológicos alcohólicos, los cuáles fueron criados por familiares no alcohólicos no tuvieron incremento en la depresión, pero sí tuvieron incremento en el alcoholismo. También encontró que las hijas de alcohólicos criadas por sus padres biológicos tuvieron un incremento en la depresión como adultos, sugiriendo que las mujeres pueden ser diferentes al tener una contribución ambiental para el desarrollo de depresión.[56]

La creencia convencional que los deprimidos se automedican con alcohol es en hecho no cierta. Cassidy y cols. encontraron que el paciente deprimido actualmente bebe menos cuando está deprimido que eufímico. [56]

El curso clínico de la depresión cuando ésta coexiste con el alcoholismo, es generalmente benigna y autolimitada, con la mayoría de los pacientes regresando a la eutimia después de 2 a 4 semanas sin tratamiento antidepressivo específico; pero en algunos alcohólicos deprimidos, sin embargo, una depresión más crónica persiste y puede predecir un empeoramiento en las consecuencias del alcoholismo. [56]

El consumo de alcohol y la ocurrencia de problemas de la vida relacionados con el alcohol son extremadamente comunes en sociedades occidentales. Al mismo tiempo, más gente reporta oscilaciones afectivas periódicas y casi todos han experimentado algún nivel intenso de depresión, como puede ser observado durante el duelo. La alta prevalencia de beber y estar triste significa que una muy grande proporción de individuos en las culturas

occidentales tienen ambos; experimentan con alcohol, algunas veces incluyendo problemas, algunas veces incluyendo depresión severa relacionada a circunstancias adversas de la vida. [71,73]

En un estudio realizado por Schuckit en 1994 concluyó que las oscilaciones afectivas son comunes entre bebedores severos y que el beber parece ser observado entre grupos de gente que incluyen aquellos con trastornos afectivos. La distinción entre episodios depresivos que ocurren sólo en el contexto de beber intensamente ó de usar drogas y aquellos episodios depresivos que parecen ser independientes está hecha a través de un método lineal en tiempo. [71]

Los individuos con trastorno depresivo mayor parecen desarrollar dependencia a alcohol en una tasa que es similar a la de la población general (aproximadamente el 10% de las personas con trastorno depresivo mayor pueden también en algún punto durante su vida desarrollar dependencia a alcohol sólo por probabilidad. Por otra parte, los alcohólicos son mucho más propensos que la población general para demostrar episodios depresivos severos que llenen criterios para depresión mayor (una tasa quizás tan alta como 33%). Sin embargo, la mayoría de estos casos representan depresiones mayores severas y clínicamente relevantes, pero temporales en el contexto de intoxicaciones severas repetidas con alcohol. [71]

La razón detrás de tal comorbilidad no está completamente entendida; pero 3 mecanismos generales han sido propuestos y todos tienen algún apoyo: (1) El abuso de alcohol conduce a altos niveles de depresión y ansiedad por contribución en el principio, duración ó recurrencia de estos trastornos. (2) La depresión y ansiedad conducen a incrementar los niveles de consumo de alcohol y la persistencia a la dependencia a alcohol como una forma de automedicación; (3) Hay determinantes comunes ambientales ó genéticos para abuso/dependencia a alcohol y otros trastornos. [64, 71]

En estudios relacionados a la profesión, se observó que los trastornos depresivos afectan a los escritores casi dos veces más que a otros hombres con trabajos creativos. Post encontró una alta prevalencia de trastornos afectivos y alcoholismo en escritores. [60]

En cuanto a la asociación entre depresión mayor y alcoholismo, el odds ratio fue de 1.7; los pacientes con abuso/dependencia a alcohol son de 1 a 1.5 veces más propensos a tener diagnóstico de depresión mayor; los hombres alcohólicos son sólo un poco más propensos a tener diagnóstico de depresión que los hombres de la población general (5 vs. 3%), mientras las mujeres alcohólicas tienen una mayor proporción de diagnóstico de depresión que las mujeres de la población general (19 vs. 7%). En hombres, el alcoholismo precede el inicio de la depresión en la gran mayoría (78%), mientras que en las mujeres la depresión es el diagnóstico que antecede en la mayoría de los casos (66%). En ambos sexos, el alcoholismo es un poco menos severo cuando la depresión es precedente. [24,26]

Las implicaciones pronósticas de la depresión comórbida para el resultado de la dependencia a alcohol, no son claras. Se ha sugerido que el beber puede representar un intento de automedicación del trastorno depresivo y alternativamente, que las propiedades farmacológicas del alcohol inducen episodios de depresión. [28,26,73]

Una historia de depresión es predictiva de un episodio depresivo subsecuente, aunque tal historia no es necesariamente predictiva de una pobre consecuencia de la bebida; un episodio depresivo puede asociarse con disminución en la bebida. No hay evidencia de que ésta preceda ó inicie episodios depresivos ó de que los episodios depresivos precipiten el beber intensamente. [28, 73]

Otro estudio de Hasin de 1996 en un reporte inicial del diagnóstico dual mostró que cerca del 25% de los pacientes deprimidos estudiados tenían problemas de alcohol clínicamente significativos justo antes de tratarse. [11 ]

## **DISTIMIA.**

Datos del estudio de la ECA indican una prevalencia de por vida para distimia de 3.1% y una prevalencia de por vida para depresión mayor de 4.4%. [31]

En varios estudios familiares se indica que hay un riesgo significativamente mayor de distimia en familiares de primer grado de personas con depresión mayor. Otros resultados muestran que 30% de los pacientes distímicos tienen un familiar de primer grado que manifiesta enfermedad depresiva. [31]

Los datos del estudio de la ECA muestran que 38.9% de los pácientes con distimia también tienen depresión mayor, 75% de los pacientes con distimia tienen un trastorno psiquiátrico comórbido no afectivo, 46.2% tienen trastorno de ansiedad y 29.8% abuso de sustancias. [31]

En un estudio en el cuál 1 ó ambos padres eran alcohólicos, mientras sus hijos eran pequeños, al crecer éstos mostraron tasas de prevalencia significativamente mayores para distimia al compararse con hijos de padres no alcohólicos. [31]

Una alta prevalencia de morbilidad y comorbilidad está asociada con la distimia: depresión mayor, alcoholismo, trastornos de ansiedad y personalidad están presentes en la gran mayoría de los afectados. [31]

## **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION**

La tasa de abuso de sustancia comórbida entre bulímicos, varía de 9 a 55%. Garfinkel y cols. encontraron una tasa de por vida para dependencia a alcohol significativamente mayor en bulímicos, al compararlos con bulímicos subsindromáticos (31% y 9% respectivamente). [27]

Una tasa significativamente alta de abuso de alcohol fue encontrada en padres de pacientes bulímicos (42%). Un incremento de tasas de trastornos de la alimentación han sido encontrados entre sujetos con abuso de sustancias. Beary y cols. encontraron en una muestra de pacientes alcohólicos que 20% tenía historia de bulimia nervosa. [27]

## **RIESGO SUICIDA Y SUICIDIO:**

El abuso ó dependencia a alcohol y otras sustancias psicoactivas en la adolescencia frecuentemente se asocian con ideación suicida, intento suicida y suicidio completo.[57, 58]

Estudios longitudinales de pacientes psiquiátricos en la adolescencia han encontrado que el abuso de alcohol y drogas es uno de los mayores factores de riesgo para suicidio. En un meta-análisis el riesgo en la vida para suicidio en la población alcohólica fue estimada en 7%; además la conducta suicida es más común entre alcohólicos con inicio temprano de beber en exceso. [58]

El uso de alcohol y alcoholismo son factores de alto riesgo para suicidio. El uso de alcohol ha sido encontrado en asociación con 50% de suicidios en que aumenta el riesgo de conducta suicida para alcohólicos y no alcohólicos. Entre 5 y 27% de todas las muertes de alcohólicos son causados por suicidios, y la incidencia de alcoholismo entre personas que cometen suicidio varía de 6% a 30% en diferentes estudios. Los alcohólicos con depresión han sido encontrados con un incremento en el riesgo para suicidio. [16]

En otro estudio sobre abuso de alcohol y conducta suicida se menciona que tanto el beber severamente como el abuso de alcohol han demostrado ser factores de riesgo para conductas suicidas tanto fatal como no fatal. Entre los suicidas un 20% tienen historia de abuso de alcohol y se estima que de 1 a 20 abusadores de alcohol comenten suicidio.[11, 39, 68] Tannes en 1992 notó que los trastornos afectivos, trastornos de personalidad y trastornos de pánico son factores de riesgo para ambos. [11]

El mal uso de alcohol es un factor de riesgo importante para suicidio en la población general, y un predictor clave de suicidio después de autolesión deliberada. Los bebedores severos tienen altas tasas de factores de riesgo para suicidio. [59,68, 80] Los parasuicidas son menos entre la gente joven, y se caracterizan por hacer frecuentemente actos más impulsivos o menos planeados.[68]

En suicidas menores de 30 años los trastornos por uso de sustancias psicoactivas han sido reportados en 47 a 66%, y en 26 a 62% de víctimas menores de 20 años. Los suicidas jóvenes son más propensos a sufrir abuso de alcohol ú otras sustancias. El uso y abuso de alcohol en adolescentes por sí está asociado con conducta agresiva e impulsiva, afecto disfórico y riesgo suicida. Se ha reportado que la intoxicación a alcohol contribuye a los suicidios de fin de semana. [57,58]

En conclusión, los adolescentes víctimas de suicidio con historia de mal uso de alcohol sufren de morbilidad psiquiátrica más severa y crónica y de deterioro psicosocial, y son más propensos a tener conducta antisocial; sin embargo, estas víctimas no reciben mayor tratamiento psiquiátrico que otros. [4,39,57,58]

Los alcohólicos con depresión comórbida pueden tener un mayor riesgo de problemas psicosociales e interpersonales, falta de adherencia al tratamiento, recaídas alcohólicas e intento de suicidio y suicidio completo, e intento suicida cometido hasta en 69 – 87% de los alcohólicos que cometieron suicidio [12,46,57,78]

## **TRASTORNO POR MANIA:**

Los pacientes con trastorno bipolar pueden beber para aliviar síntomas maníacos y depresivos, y por el contrario, la intoxicación de alcohol en personas sin trastorno bipolar puede producir síntomas similares a aquéllos asociados con hipomanía ó manía , los cuáles pueden incluir ánimo elevado, grandiosidad, irritabilidad ó agitación física. Algunos de éstos síntomas son también comúnmente encontrados durante la abstinencia a alcohol.[46]

## **COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

La común ocurrencia de ansiedad en conjunción con problemas de alcohol ha originado la sugerencia de que los trastornos de ansiedad pueden tener significancia etiológica ó ser importantes en el mantenimiento de beber en exceso. Alternativamente, la falla para detectar otras condiciones puede privar a los pacientes de tratamientos potencialmente auxiliares en un trastorno en el cuál puede tener un pobre pronóstico.[1, 2, 12]

Evidencia para el rol de la bebida intensa en la producción de los síntomas de ansiedad viene de administración experimental de etanol a alcohólicos en sets de investigación, los cuáles han mostrado producir niveles elevados de ansiedad. Además de que los síntomas de alcohol son prominentes durante la abstinencia de alcohol, y el nivel de ansiedad de los alcohólicos declina en función a la duración de la abstinencia a alcohol. Al mismo tiempo, beber intensamente es común entre pacientes que buscan tratamiento para trastornos de ansiedad; y la mayoría reporta que ellos empezaron a beber para reducir los síntomas.[2, 38]

La relación entre bebida y trastornos de ansiedad es también complicada; los alcohólicos frecuentemente reportan síntomas de ansiedad inducidos por alcohol, los cuáles son intensos pero transitorios (palpitaciones, sudoración y temor de objetos ó situaciones sociales, los cuáles frecuentemente son abatidos con la abstinencia a alcohol. Por otro lado, los individuos con agorafobia ó fobia social pueden tomar para automedicar sus síntomas de ansiedad; aquéllos con trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada pueden experimentar estos síntomas como consecuencia de beber en exceso.[46]

Smail y cols. encontraron que 18% de pacientes alcohólicos hospitalizados sufrían de un trastorno fóbico de severidad clínica. Pruebas similares han sido reportadas por otros como Bowen y Hesselbrock , quienes encontraron tasas de 29 y 27% respectivamente.[12]

El estudio de la ECA reporta que el abuso de alcohol ó dependencia es encontrado en 11 a 16% de la población general; mientras que los trastornos de ansiedad afectan entre 10 a 25% de la población. Los trastornos de ansiedad fueron encontrados como los trastornos mentales más comunes en general, y entre hombres la dependencia a alcohol y el abuso fueron los trastornos más comunes.[2, 43]

En varios estudios 80% de los hombres dependientes a alcohol admitieron haber tenido ataques de pánico repetitivos en el curso de abstinencia a alcohol, y de 50 a 67% de

los hombres dependientes a alcohol tienen altas puntuaciones al medir estados de ansiedad, con síntomas de trastorno de ansiedad generalizada y fobia social. Cuando algún cuadro de ansiedad es observado durante abstinencia aguda, es difícil determinar cuando el individuo tiene un trastorno de ansiedad mayor que implica un curso prolongado a lo largo de la vida de síntomas de ansiedad, ó cuándo estos síntomas parece que desaparecerán con el tiempo.[72, 49]

Los trastornos de ansiedad son altamente prevalentes entre individuos en la comunidad que tienen un trastorno por uso de alcohol. De los trastornos de ansiedad, el trastorno de pánico parece tener la asociación más fuerte con el alcoholismo ya que 28.7% de los individuos con ese trastorno también tienen un trastorno por uso de alcohol.[2, 38, 49]

## **TRASTORNO DE PANICO.**

La presencia de alcoholismo fue típicamente asociada con un riesgo de por vida de dos a tres veces más elevado para que se agreguen trastornos de ansiedad ó depresivos. Las pruebas actuales sugieren que la presencia de trastornos de ansiedad comórbidos típicamente aumentan los síntomas de alcoholismo, siendo los efectos más severos asociados con trastorno de pánico.[40, 41, 57]

Los ataques de pánico ocurren aproximadamente en el 10% de la población, mientras que el trastorno de pánico tiene una prevalencia que vá del 1 al 3%. El riesgo de alcoholismo en personas con fobias de cualquier tipo es cerca de 2.5 veces más alta que para la población general; en personas con trastorno de pánico el riesgo es mayor de 4 veces .[83]

Los estudios de la población general estiman una prevalencia de por vida de abuso de alcohol y dependencia de 13.5% a 14.1%, con abuso de otra droga o dependencia de 6.1%. los trastornos de ansiedad parecen tener una prevalencia de por vida de 10 a 25% en la población general, el trastorno de pánico es diagnosticado en aproximadamente 1.4% a 3.5% de la población general. Entre 4 y 8 % de las personas de la población general tienen agorafobia.[48]

Los estudios que estudian la relación entre abuso de alcohol, ansiedad y trastorno de pánico han tomado dos aproximaciones. En la primera el trastorno de ansiedad es estudiado en personas con varios problemas definidos como relacionados con alcohol. Estos estudios han referido una tasa estimada desde 22.6% a 68.7% de personas con abuso de sustancias que tienen problemas de ansiedad. En una reciente revisión de 10 estudios de trastornos de pánico en pacientes que abusan del alcohol, Schuckit y Hesselbrock reportaron cifras similares, ajustando que los trastornos de ansiedad que se desarrollan antes de dependencia y abuso de alcohol van del 2 al 17%. Las tasas de prevalencia según estos mismos autores para Agorafobia entre alcohólicos van del 2 al 41%. En una aproximación alternativa Regier y Cols reportaron que 17.1% de las personas con trastornos de ansiedad diagnosticados abusan del alcohol. Las tasas más altas de abuso de alcohol aparecen entre pacientes agorafóbicos que experimentan ataques de pánico.[41, 47, 48]

Kushner y Cols reportaron que la evidencia para trastorno de pánico descrita en varios estudios refiere un inicio anterior, simultáneo ó posterior con los problemas de alcohol. Los autores notaron que la agorafobia más precede el inicio del alcoholismo más consistentemente. [48]

La ingestión o abstinencia de alcohol puede incrementar los niveles de norepinefrina en el SNC, el cuál puede ser relacionado con la evidencia de un incremento en la activación noradrenérgica (Locus Cerúleos) en pacientes con trastorno de pánico. Los alcohólicos crónicos también muestran problemas en la regulación del GABA. [48]

Repetida abstinencia al alcohol pueden causar un proceso de Kindling. Este fenómeno consiste en un bajo umbral. Tanto el GABA como el sistema de catecolaminas están implicados en este proceso. Un número de estudios han demostrado hiperexcitabilidad del SNC, especialmente de las estructuras límbicas tales como Hipocampo, asociadas con síndromes de abstinencia a alcohol. [48]

El incremento de la comorbilidad de trastorno de pánico y alcoholismo ha sido demostrado tanto en estudios clínicos como epidemiológicos, sin embargo no hay un consenso en la prevalencia exacta de esta comorbilidad. Esta relación resulta de interacción de factores múltiples. [48]

## **TRASTORNOS FOBICOS.**

La fobia simple es el tipo de trastorno de ansiedad más común; se estima que de 10 a 15% de las mujeres y de 5 a 8% de los hombres sufren de este trastorno. La agorafobia también común, ocurre más frecuentemente en mujeres (prevalencia 8 a 9%); mientras que en los hombres es de 3 a 5%. [26, 33, 49, 83]

El diagnóstico de trastorno de ansiedad social está caracterizado por temor excesivo al escrutinio por otros, lo cuál puede conducir a síntomas de ansiedad tales como sonrojarse, temblar y presentar diaforesis y palpitaciones. La pérdida de funcionamiento resultante ó el marcado estrés causado por este trastorno es una característica clave esencial para el diagnóstico. De acuerdo a los datos reportados por el NCS la tasa de prevalencia de este trastorno es de 13.3%. Según el estudio de la ECA en general es más comúnmente encontrado en mujeres jóvenes no casadas con pobre educación y status socioeconómico bajo; la proporción mujer a hombre es de 3 a 2 y su inicio típicamente es entre los 13 y los 20 años. [49, 51, 52, 83]

Aproximadamente un tercio de los pacientes con trastorno de ansiedad social desarrollan trastornos mentales comórbidos ó abuso de sustancias significativo. En la mayoría de los casos el trastorno de ansiedad social precede el inicio de otro trastorno psiquiátrico. La odds ratio para trastorno depresivo mayor de por vida y trastorno distímico en pacientes con trastorno de ansiedad social es de 4, los pacientes con trastorno de ansiedad social son 4 veces más propensos a desarrollar depresión comparados con personas sin este trastorno. [52, 63, 83]

Para estos pacientes las tasas de comorbilidad de por vida para fobia simple, agorafobia, trastorno depresivo mayor, TOC, abuso de alcohol y abuso de drogas son mayores que el 10%. [52]

Schuckit y colegas también encontraron una asociación entre dependencia a alcohol y trastorno de ansiedad social. La tasa de por vida de trastorno de ansiedad social en alcohólicos es doble que la de los no alcohólicos. [26, 33, 52, 83]

## **TRASTORNOS POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO**

Datos de los estudios epidemiológicos apoyan fuertemente la idea de que en individuos con trastorno de estrés post-traumático, la presencia de otro trastorno psiquiátrico es la regla más que la excepción. Según el NCS 59% de los hombres y 44% de las mujeres con este trastorno cumplen criterios para 3 ó más diagnósticos psiquiátricos. Los diagnósticos comórbidos más comunes son: trastornos afectivos (particularmente depresión), otros trastornos ansiosos y trastornos por uso de sustancias. [9]

Varios estudios han documentado la co-ocurrencia de este trastorno con victimización y trastorno por uso de sustancias. Hay evidencia de que esta comorbilidad tiene un impacto negativo en el curso y consecuencias de los individuos con trastorno de estrés postraumático. Brown y Stout compararon un grupo de individuos con dependencia a alcohol y trastorno de estrés postraumático sintomático con alcohólicos y trastorno de estrés postraumático en remisión, encontrando que el grupo sintomático tuvo porcentajes de mayor número de bebidas por día y alto porcentaje de días en que bebían severamente. [9]

## **COMORBILIDAD CON TRASTORNOS POR ABUSOS DE SUSTANCIAS.**

La prevalencia y significancia clínica de pacientes con trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias ha sido reconocida sólo en los últimos años. [15,49]

La incidencia de alcohol y abuso de drogas en pacientes con síndromes afectivos es interesante para los que investigan factores de riesgo para abuso de sustancias, pacientes con un síndrome afectivo pueden tener generalmente tasas incrementadas para abuso de alcohol ó drogas comparados con no pacientes. [23] La comorbilidad de depresión con uso diario de drogas, fué por arriba del 40% en el estudio de la ECA y en el NCS. [34]

Entre usuarios de drogas 84% también tienen dependencia/abuso de alcohol. [24]

## **COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

La cuestión acerca de la existencia de rasgos estables de personalidad en relación con el alcoholismo ha sido bastante convencional. Sin embargo, en los estudios prospectivos que se han llevado a cabo, ha surgido una imagen de alguna manera homogénea. Los rasgos de personalidad precedentes al alcoholismo incluyen una tendencia a no temer, a la auto-confianza y a la agresividad (McCord, 1960); falta de autocontrol,

autoconfianza, conductas de acting-out, agresividad e impulsividad (Jones, 1968); psicopatía e hipomanía, impulsividad, conducta no convencional, sociabilidad y agresividad social (Loper, 1973); psicopatía e hipomanía (Kammeir, 1973); agresividad, hiperactividad y dificultades en la concentración (Nylander, 1979); agresividad y acting-out (Rydelius, 1983). [33]

Los alcohólicos con trastorno de personalidad antisocial, tienen un inicio más temprano y un curso más severo de alcoholismo al compararse con otros alcohólicos sin otro trastorno psiquiátrico.[26] Los alcohólicos deprimidos y con personalidad antisocial frecuentemente tienen abuso de drogas, pero aunque este último trastorno esté presente ó no, tiene una variedad de síntomas psicopatológicos de marcada severidad; y los alcohólicos con trastorno de personalidad y dependientes a otras drogas son mucho más jóvenes al tiempo de su primer hospitalización y tienen pocos años como alcohólicos al tiempo de su evaluación al compararse con los deprimidos más Personalidad Antisocial y los alcohólicos con Personalidad Antisocial. [ 8, 12, 33,44,46,49,59 ]

El abuso de alcohol tiene una asociación conocida con la personalidad antisocial, ese trastorno es casi 4 veces más común entre alcohólicos que en la población general. Aquéllos con ambos trastornos tienen una edad temprana de inicio de alcoholismo. [24]

Los alcohólicos con personalidad antisocial pueden mostrarse manipuladores con conductas agresivas que pueden causar problemas interpersonales para ellos mismos y para otros en el tratamiento. [46,33]

Sólo pocos estudios han evaluado el espectro de comorbilidad de alcohólicos con el eje II. Grandes tasas de prevalencia han sido encontradas para los trastornos de personalidad, siendo éstas para trastorno paranoide 7 a 44%, trastorno antisocial 3 a 47%, trastorno borderline 16 a 32%, trastorno histriónico 6 a 34%, trastorno dependiente 4 a 29%, y trastorno de evitación 2 a 32%. [11 ]

## **COMORBILIDAD CON ESQUIZOFRENIA**

Está creciendo la evidencia de que el abuso de sustancias es el mayor problema en pacientes con esquizofrenia. Con respecto al alcohol, es la droga abusada más frecuentemente entre esquizofrénicos. Estudios clínicos y epidemiológicos sugieren que el riesgo de alcoholismo es aproximadamente 4 veces mayor. Cambios en la neurotransmisión y disfunción del receptor dopaminérgico ha sido encontrado tanto en el desarrollo de síntomas psicóticos como abuso de sustancias /alcoholismo. [76] además de asociarse frecuentemente a tabaquismo. [18]

## **JUSTIFICACION:**

La importancia de realizar este estudio radica en el gran número de pacientes alcohólicos que presentan comorbilidad con otros trastornos de acuerdo a la literatura y que los instrumentos más utilizados para medir la comorbilidad son muy extensos, lo que hace

autoconfianza, conductas de acting-out, agresividad e impulsividad (Jones, 1968); psicopatía e hipomanía, impulsividad, conducta no convencional, sociabilidad y agresividad social (Loper, 1973); psicopatía e hipomanía (Kammeir, 1973); agresividad, hiperactividad y dificultades en la concentración (Nylander, 1979); agresividad y acting-out (Rydelius, 1983). [33]

Los alcohólicos con trastorno de personalidad antisocial, tienen un inicio más temprano y un curso más severo de alcoholismo al compararse con otros alcohólicos sin otro trastorno psiquiátrico.[26] Los alcohólicos deprimidos y con personalidad antisocial frecuentemente tienen abuso de drogas, pero aunque este último trastorno esté presente ó no, tiene una variedad de síntomas psicopatológicos de marcada severidad; y los alcohólicos con trastorno de personalidad y dependientes a otras drogas son mucho más jóvenes al tiempo de su primer hospitalización y tienen pocos años como alcohólicos al tiempo de su evaluación al compararse con los deprimidos más Personalidad Antisocial y los alcohólicos con Personalidad Antisocial. [ 8, 12, 33,44,46,49,59 ]

El abuso de alcohol tiene una asociación conocida con la personalidad antisocial, ese trastorno es casi 4 veces más común entre alcohólicos que en la población general. Aquéllos con ambos trastornos tienen una edad temprana de inicio de alcoholismo. [24]

Los alcohólicos con personalidad antisocial pueden mostrarse manipuladores con conductas agresivas que pueden causar problemas interpersonales para ellos mismos y para otros en el tratamiento. [46,33]

Sólo pocos estudios han evaluado el espectro de comorbilidad de alcohólicos con el eje II. Grandes tasas de prevalencia han sido encontradas para los trastornos de personalidad, siendo éstas para trastorno paranoide 7 a 44%, trastorno antisocial 3 a 47%, trastorno borderline 16 a 32%, trastorno histriónico 6 a 34%, trastorno dependiente 4 a 29%, y trastorno de evitación 2 a 32%. [11 ]

## **COMORBILIDAD CON ESQUIZOFRENIA**

Está creciendo la evidencia de que el abuso de sustancias es el mayor problema en pacientes con esquizofrenia. Con respecto al alcohol, es la droga abusada más frecuentemente entre esquizofrénicos. Estudios clínicos y epidemiológicos sugieren que el riesgo de alcoholismo es aproximadamente 4 veces mayor. Cambios en la neurotransmisión y disfunción del receptor dopaminérgico ha sido encontrado tanto en el desarrollo de síntomas psicóticos como abuso de sustancias /alcoholismo. [76] además de asociarse frecuentemente a tabaquismo. [18]

## **JUSTIFICACION:**

La importancia de realizar este estudio radica en el gran número de pacientes alcohólicos que presentan comorbilidad con otros trastornos de acuerdo a la literatura y que los instrumentos más utilizados para medir la comorbilidad son muy extensos, lo que hace

que esto aunado a las propias características de paciente alcohólico sean poco participativos.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO PRINCIPAL.**

Determinar la efectividad de la International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) como una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración para explorar los principales diagnósticos del eje I del CIE-10 y su utilidad para observar comorbilidad en alcoholismo.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS.**

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes alcohólicos del hospital Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la comorbilidad psiquiátrica más frecuente con alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la severidad del alcoholismo mediante la aplicación del instrumento de tamizaje para alcohol A.U.D.I.T.

## **HIPOTESIS:**

**H1=** El M.I.N.I. como instrumento de entrevista diagnóstico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de el alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

**H2=** La comorbilidad del alcoholismo con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

a) **POBLACION Y UNIVERSO:** El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes alcohólicos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que se presenten al servicio de consulta externa o se encuentren hospitalizados y pacientes que acuden al Centro Toxicológico de Xochimilco.

### **b) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **1.-Criterios de inclusión:**

Se incluyó a los pacientes que cuenten con diagnóstico de dependencia o abuso de alcohol y que acepten participar en el estudio.

que esto aunado a las propias características de paciente alcohólico sean poco participativos.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO PRINCIPAL.**

Determinar la efectividad de la International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) como una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración para explorar los principales diagnósticos del eje I del CIE-10 y su utilidad para observar comorbilidad en alcoholismo.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS.**

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes alcohólicos del hospital Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la comorbilidad psiquiátrica más frecuente con alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la severidad del alcoholismo mediante la aplicación del instrumento de tamizaje para alcohol A.U.D.I.T.

## **HIPOTESIS:**

**H1=** El M.I.N.I. como instrumento de entrevista diagnostico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de el alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

**H2=** La comorbilidad del alcoholismo con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

a) **POBLACION Y UNIVERSO:** El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes alcohólicos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que se presenten al servicio de consulta externa o se encuentren hospitalizados y pacientes que acuden al Centro Toxicológico de Xochimilco.

### **b) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **1.-Criterios de inclusión:**

Se incluyó a los pacientes que cuenten con diagnostico de dependencia o abuso de alcohol y que acepten participar en el estudio.

que esto aunado a las propias características de paciente alcohólico sean poco participativos.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO PRINCIPAL.**

Determinar la efectividad de la International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) como una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración para explorar los principales diagnósticos del eje I del CIE-10 y su utilidad para observar comorbilidad en alcoholismo.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS.**

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes alcohólicos del hospital Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la comorbilidad psiquiátrica más frecuente con alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la severidad del alcoholismo mediante la aplicación del instrumento de tamizaje para alcohol A.U.D.I.T.

## **HIPOTESIS:**

**H1=** El M.I.N.I. como instrumento de entrevista diagnóstico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de el alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

**H2=** La comorbilidad del alcoholismo con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

a) **POBLACION Y UNIVERSO:** El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes alcohólicos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que se presenten al servicio de consulta externa o se encuentren hospitalizados y pacientes que acuden al Centro Toxicológico de Xochimilco.

### **b) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **1.-Criterios de inclusión:**

Se incluyó a los pacientes que cuenten con diagnóstico de dependencia o abuso de alcohol y que acepten participar en el estudio.

que esto aunado a las propias características de paciente alcohólico sean poco participativos.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO PRINCIPAL.**

Determinar la efectividad de la International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) como una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración para explorar los principales diagnósticos del eje I del CIE-10 y su utilidad para observar comorbilidad en alcoholismo.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS.**

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes alcohólicos del hospital Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la comorbilidad psiquiátrica más frecuente con alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la severidad del alcoholismo mediante la aplicación del instrumento de tamizaje para alcohol A.U.D.I.T.

## **HIPOTESIS:**

**H1=** El M.I.N.I. como instrumento de entrevista diagnóstico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de el alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

**H2=** La comorbilidad del alcoholismo con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

a) **POBLACION Y UNIVERSO:** El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes alcohólicos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que se presenten al servicio de consulta externa o se encuentren hospitalizados y pacientes que acuden al Centro Toxicológico de Xochimilco.

### **b) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **1.-Criterios de inclusión:**

Se incluyó a los pacientes que cuenten con diagnóstico de dependencia o abuso de alcohol y que acepten participar en el estudio.

que esto aunado a las propias características de paciente alcohólico sean poco participativos.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO PRINCIPAL.**

Determinar la efectividad de la International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) como una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración para explorar los principales diagnósticos del eje I del CIE-10 y su utilidad para observar comorbilidad en alcoholismo.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS.**

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes alcohólicos del hospital Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la comorbilidad psiquiátrica más frecuente con alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la severidad del alcoholismo mediante la aplicación del instrumento de tamizaje para alcohol A.U.D.I.T.

## **HIPOTESIS:**

**H1=** El M.I.N.I. como instrumento de entrevista diagnóstico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de el alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

**H2=** La comorbilidad del alcoholismo con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

a) **POBLACION Y UNIVERSO:** El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes alcohólicos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que se presenten al servicio de consulta externa o se encuentren hospitalizados y pacientes que acuden al Centro Toxicológico de Xochimilco.

### **b) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **1.-Criterios de inclusión:**

Se incluyó a los pacientes que cuenten con diagnóstico de dependencia o abuso de alcohol y que acepten participar en el estudio.

que esto aunado a las propias características de paciente alcohólico sean poco participativos.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO PRINCIPAL.**

Determinar la efectividad de la International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) como una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración para explorar los principales diagnósticos del eje I del CIE-10 y su utilidad para observar comorbilidad en alcoholismo.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS.**

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes alcohólicos del hospital Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la comorbilidad psiquiátrica más frecuente con alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

Determinar la severidad del alcoholismo mediante la aplicación del instrumento de tamizaje para alcohol A.U.D.I.T.

## **HIPOTESIS:**

**H1=** El M.I.N.I. como instrumento de entrevista diagnóstico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de el alcoholismo en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y del Centro Toxicológico Xochimilco.

**H2=** La comorbilidad del alcoholismo con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

a) **POBLACION Y UNIVERSO:** El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes alcohólicos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que se presenten al servicio de consulta externa o se encuentren hospitalizados y pacientes que acuden al Centro Toxicológico de Xochimilco.

### **b) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **1.-Criterios de inclusión:**

Se incluyó a los pacientes que cuenten con diagnóstico de dependencia o abuso de alcohol y que acepten participar en el estudio.

## **2.-Criterios de exclusión:**

Se excluyó a los pacientes que no aceptaron participar en el estudio, aquellos que presentaron un trastorno físico que impedía su colaboración y pacientes cuyo estado mental no permitiera la entrevista por falta de comprensión de las preguntas realizadas.

- c) **VARIABLES:** se tomó el sexo, la edad, estado civil, escolaridad, la puntuación obtenida del A.U.D.I.T. y Las 16 categorías diagnósticas encontrados por medio de los 16 módulos de la M.I.N.I.

## **METODOLOGÍA.**

### **Instrumentos.**

Los instrumentos usados fueron los siguientes:

(1)Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) versión en español 5.0.0. la cual es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y del CIE-10. Se han realizado Estudios de validez y confiabilidad comparando la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una Entrevista Estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para el CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I. tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 +/- 11.6 minutos, media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados. La M.I.N.I. esta dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica (Episodio Depresivo Mayor, Trastorno distímico actual, Riesgo de Suicidio, Episodio (Hipo) maniaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Abuso y Dependencia de Alcohol, Trastornos asociados al uso de Sustancias Psicoactivas no Alcohólicas, Trastorno Psicótico, Anorexia, Bulimia, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Antisocial de la Personalidad). Al comienzo de cada módulo ( con excepción de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro una ó varias preguntas filtro que corresponden a los criterios diagnósticos principales del trastorno; esto permite un mejor rendimiento en la aplicación de la escala. [74]

(2) Se utilizó el A.U.D.I.T. que es un instrumento de tamizaje para identificación temprana de bebedores con consumo excesivo de alcohol. Los niveles de sensibilidad y especificidad fueron considerados como satisfactorios y es ampliamente recomendable (Babor, De la Fuente), además de haber sido probado en diferentes poblaciones. [07]

(3)Encuesta Sociodemográfica.

### **Procedimiento.**

## **2.-Criterios de exclusión:**

Se excluyó a los pacientes que no aceptaron participar en el estudio, aquellos que presentaron un trastorno físico que impedía su colaboración y pacientes cuyo estado mental no permitiera la entrevista por falta de comprensión de las preguntas realizadas.

- c) **VARIABLES:** se tomó el sexo, la edad, estado civil, escolaridad, la puntuación obtenida del A.U.D.I.T. y Las 16 categorías diagnósticas encontrados por medio de los 16 módulos de la M.I.N.I.

## **METODOLOGÍA.**

### **Instrumentos.**

Los instrumentos usados fueron los siguientes:

(1)Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) versión en español 5.0.0. la cual es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y del CIE-10. Se han realizado Estudios de validez y confiabilidad comparando la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una Entrevista Estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para el CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I. tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 +/- 11.6 minutos, media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados. La M.I.N.I. esta dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica (Episodio Depresivo Mayor, Trastorno distímico actual, Riesgo de Suicidio, Episodio (Hipo) maniaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Abuso y Dependencia de Alcohol, Trastornos asociados al uso de Sustancias Psicoactivas no Alcohólicas, Trastorno Psicótico, Anorexia, Bulimia, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Antisocial de la Personalidad). Al comienzo de cada módulo ( con excepción de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro una ó varias preguntas filtro que corresponden a los criterios diagnósticos principales del trastorno; esto permite un mejor rendimiento en la aplicación de la escala. [74]

(2) Se utilizó el A.U.D.I.T. que es un instrumento de tamizaje para identificación temprana de bebedores con consumo excesivo de alcohol. Los niveles de sensibilidad y especificidad fueron considerados como satisfactorios y es ampliamente recomendable (Babor, De la Fuente), además de haber sido probado en diferentes poblaciones. [07]

(3)Encuesta Sociodemográfica.

### **Procedimiento.**

## **2.-Criterios de exclusión:**

Se excluyó a los pacientes que no aceptaron participar en el estudio, aquellos que presentaron un trastorno físico que impedía su colaboración y pacientes cuyo estado mental no permitiera la entrevista por falta de comprensión de las preguntas realizadas.

- c) **VARIABLES:** se tomó el sexo, la edad, estado civil, escolaridad, la puntuación obtenida del A.U.D.I.T. y Las 16 categorías diagnósticas encontrados por medio de los 16 módulos de la M.I.N.I.

## **METODOLOGÍA.**

### **Instrumentos.**

Los instrumentos usados fueron los siguientes:

(1)Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) versión en español 5.0.0. la cual es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y del CIE-10. Se han realizado Estudios de validez y confiabilidad comparando la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una Entrevista Estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para el CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I. tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 +/- 11.6 minutos, media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados. La M.I.N.I. esta dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica (Episodio Depresivo Mayor, Trastorno distímico actual, Riesgo de Suicidio, Episodio (Hipo) maniaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Abuso y Dependencia de Alcohol, Trastornos asociados al uso de Sustancias Psicoactivas no Alcohólicas, Trastorno Psicótico, Anorexia, Bulimia, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Antisocial de la Personalidad). Al comienzo de cada módulo ( con excepción de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro una ó varias preguntas filtro que corresponden a los criterios diagnósticos principales del trastorno; esto permite un mejor rendimiento en la aplicación de la escala. [74]

(2) Se utilizó el A.U.D.I.T. que es un instrumento de tamizaje para identificación temprana de bebedores con consumo excesivo de alcohol. Los niveles de sensibilidad y especificidad fueron considerados como satisfactorios y es ampliamente recomendable (Babor, De la Fuente), además de haber sido probado en diferentes poblaciones. [07]

(3)Encuesta Sociodemográfica.

### **Procedimiento.**

Se reclutó una muestra de 50 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que se presentaron a Consulta Externa o se encontraban hospitalizados. Los pacientes contaban con diagnóstico clínico de dependencia ó consumo de alcohol en base a los criterios de la CIE-10; este diagnóstico se realizó por los médicos del servicio hospitalario donde se encontraba cada paciente, al detectarse consumo de alcohol de moderado a severa se les pidió su autorización verbal para participar en el estudio y a continuación les fue aplicada la Escala del A.U.D.I.T. para alcoholismo con la finalidad de valorar la severidad del consumo de alcohol y la presencia de dependencia al mismo, y en aquellos que se encontró dependencia al alcohol se les aplicó la M.I.N.I. como Entrevista diagnóstica para determinar la presencia de comorbilidad con los Trastornos Psiquiátricos evaluados por este instrumento, requiriendo un tiempo medio de 20 minutos en esta aplicación. Posteriormente se les aplicó una Encuesta Sociodemográfica para obtener la información que nos ayudó a definir la población de estudio. Los tres instrumentos fueron aplicados por el entrevistador en una sola sesión, requiriendo un tiempo medio de aplicación de 40 minutos en total.

### **Análisis de datos.**

Mediante el programa S.P.S.S versión 10.0 para Windows se construyó una base para captar los datos obtenidos. El mismo programa se utilizó para realizar el Análisis Estadístico, realizando frecuencias simples para las variables y correlación del cruce de variables; considerando 0.01 y 0.05 como niveles significativos.

## **RESULTADOS.**

### **Demográficos:**

Se obtuvo una muestra total de 50 pacientes; de estos 86% (N=43) masculinos y 14% (N=7) femeninos. El rango de edad fue de 18 a 68 años, con una edad media de la muestra de 36.96 años. El estado civil de los sujetos fue el siguiente: 40% (N=20) solteros, 34% (N=17) casados, 18% (N=9) divorciados/separados, 6% (N=3) unión libre y 2% (N=1) viudos. Su escolaridad fue la siguiente: 4% (N=2) Analfabetos, 16% (N=8) Primaria incompleta, 20% (N=10) Primaria completa, 1% (N=2) Secundaria incompleta, 20% (N=10) Secundaria completa, 8% (N=4) Preparatoria incompleta, 6% (N=3) Preparatoria completa, 9% (N=18) Carrera Técnica incompleta, 2% (N=1) Universidad incompleta y 4% (N=2) Universidad.

### **Trastornos por uso de alcohol de acuerdo al expediente clínico:**

Todos los pacientes contaban con diagnóstico clínico de acuerdo a la CIE-10. 44.0% (N=22) de la muestra tenían según su expediente un Diagnóstico Clínico de Trastorno Mental y del Comportamiento secundario a Alcoholismo, de los cuales 12.0% presentó cuadro psicótico secundario; 24.0% (N=12) con Trastorno Mental y del Comportamiento

Se reclutó una muestra de 50 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que se presentaron a Consulta Externa o se encontraban hospitalizados. Los pacientes contaban con diagnóstico clínico de dependencia ó consumo de alcohol en base a los criterios de la CIE-10; este diagnóstico se realizó por los médicos del servicio hospitalario donde se encontraba cada paciente, al detectarse consumo de alcohol de moderado a severa se les pidió su autorización verbal para participar en el estudio y a continuación les fue aplicada la Escala del A.U.D.I.T. para alcoholismo con la finalidad de valorar la severidad del consumo de alcohol y la presencia de dependencia al mismo, y en aquellos que se encontró dependencia al alcohol se les aplicó la M.I.N.I. como Entrevista diagnóstica para determinar la presencia de comorbilidad con los Trastornos Psiquiátricos evaluados por este instrumento, requiriendo un tiempo medio de 20 minutos en esta aplicación. Posteriormente se les aplicó una Encuesta Sociodemográfica para obtener la información que nos ayudó a definir la población de estudio. Los tres instrumentos fueron aplicados por el entrevistador en una sola sesión, requiriendo un tiempo medio de aplicación de 40 minutos en total.

### **Análisis de datos.**

Mediante el programa S.P.S.S versión 10.0 para Windows se construyó una base para captar los datos obtenidos. El mismo programa se utilizó para realizar el Análisis Estadístico, realizando frecuencias simples para las variables y correlación del cruce de variables; considerando 0.01 y 0.05 como niveles significativos.

## **RESULTADOS.**

### **Demográficos:**

Se obtuvo una muestra total de 50 pacientes; de estos 86% (N=43) masculinos y 14% (N=7) femeninos. El rango de edad fue de 18 a 68 años, con una edad media de la muestra de 36.96 años. El estado civil de los sujetos fue el siguiente: 40% (N=20) solteros, 34% (N=17) casados, 18% (N=9) divorciados/separados, 6% (N=3) unión libre y 2% (N=1) viudos. Su escolaridad fue la siguiente: 4% (N=2) Analfabetos, 16% (N=8) Primaria incompleta, 20% (N=10) Primaria completa, 1% (N=2) Secundaria incompleta, 20% (N=10) Secundaria completa, 8% (N=4) Preparatoria incompleta, 6% (N=3) Preparatoria completa, 9% (N=18) Carrera Técnica incompleta, 2% (N=1) Universidad incompleta y 4% (N=2) Universidad.

### **Trastornos por uso de alcohol de acuerdo al expediente clínico:**

Todos los pacientes contaban con diagnóstico clínico de acuerdo a la CIE-10. 44.0% (N=22) de la muestra tenían según su expediente un Diagnóstico Clínico de Trastorno Mental y del Comportamiento secundario a Alcoholismo, de los cuales 12.0% presentó cuadro psicótico secundario; 24.0% (N=12) con Trastorno Mental y del Comportamiento

secundario a Farmacodependencia Múltiple, de los cuales 12.0% presenta cuadro psicótico secundario; 12.0% (N=6) con Trastorno Depresivo de los cuales 8.0% son debidos a Trastornos Depresivos Recurrentes siendo la mayor parte de ellos graves, 2 % con Distimia, Trastorno Depresivo Grave respectivamente; 6.0% (N=3) con Esquizofrenia paranoide; 6.0% (N=3) con Trastorno Esquizofreniorme Orgánico; 4.0% (N=2) con Retraso Mental Moderado; 2.0% (N=1) Trastorno Psicótico en Estudio.

La severidad del consumo de alcohol fue evaluada usando la Escala de A.U.D.I.T.. Los rangos de puntuación de la escala fueron de 14 a 39 puntos, con una media de 27.96; de los 50 sujetos con consumo de alcohol, el 100 presentó dependencia y consumo peligroso de alcohol.

### **Trastornos por alcohol de acuerdo a la M.I.N.I.**

De los 50 sujetos 100.0% (50/50) cumplieron criterios para Dependencia al Alcohol Actual; de estos, el 100.0% (50/50) cumplieron criterios para Abuso de Alcohol Actual.

### **Comorbilidad de acuerdo a la M.I.N.I.**

Las frecuencias de Comorbilidad se realizaron en base a las 16 categorías diagnósticas exploradas por la M.I.N.I., las cuales se subdividieron en 28 Trastornos psiquiátricos, 2 de los cuales pertenecen al rubro de trastornos por consumo de alcohol y se encuentran en los resultados previos y los 26 restantes aparecen a continuación. 40.0% (20/50) tuvieron Episodio Depresivo Mayor Actual; 30% (15/50) tuvieron Episodio Depresivo Mayor Recidivante; 30.0% (15/50) Episodio Depresivo Mayor con síntomas Melancólicos Actual; 4.0% (2/50) tuvieron Trastorno Distímico Actual; 56.0% (28/50) tuvieron Riesgo de Suicidio; de estos, 22.0% (11/50) tuvieron Riesgo de Suicidio Leve; 6.0% (3/50) tuvieron Riesgo de Suicidio Moderado y 28.0% (14/50) tuvieron Riesgo de Suicidio Severo; 4.0% (2/50) tuvieron un Episodio Maníaco Pasado; 8.0% (4/50) tuvieron Trastorno de Angustia de por vida; 8.0% (4/50) tuvieron Trastorno de Angustia de Crisis con síntomas limitados actual; 10.0% (5/50) tuvieron Trastorno de Angustia actual; 12.0% (6/50) tuvieron Agorafobia actual; 6.0% (3/50) tuvieron Trastorno de Angustia sin Agorafobia actual; 6.0% (3/50) tuvieron Trastorno de Angustia con Agorafobia actual; 8.0% (4/50) tuvieron Agorafobia actual sin historia de Trastorno de Angustia; 18.0% (9/50) tuvieron Trastorno de Ansiedad Social; 4.0% (2/50) tuvieron Trastorno Obsesivo-Compulsivo actual; 6.0% (3/50) tuvieron Trastorno de Estrés Postraumático actual; 36.0% (18/50) tuvieron Dependencia a Sustancias actual; 28.0% (14/50) tuvieron Abuso de Sustancias actual; 40.0% (20/50) tuvieron Trastorno psicótico actual; 56.0% (28/50) tuvieron Trastorno Psicótico de por vida; 18.0% (9/50) tuvieron Trastorno del Estado de Ánimo con síntomas psicóticos actual; 20.0% (10/50) tuvieron Trastorno de Ansiedad Generalizada actual; y 40.0% (20/50) tuvieron Trastorno Antisocial de la Personalidad de por vida. Ningún paciente cumplió criterios para Trastornos de la Alimentación.

### **Frecuencias simples de Comorbilidad.**

En base a las 16 categorías diagnósticas exploradas por la M.I.N.I. se encontraron los siguientes resultados: 12% (N=6) de hombres cumplieron criterios para un diagnóstico,

4% (N=2) de mujeres y 16% (N=8) de hombres cumplieron criterios para dos diagnósticos, 8% (N=4) de mujeres y 16% (N=8) de hombres cumplieron criterios para tres diagnósticos, ninguna mujer y 24% (N=12) hombres cumplieron criterios para cuatro diagnósticos, 18% (N=9) hombres cumplieron criterios para cinco diagnósticos, 2% (N=1) mujer cumplió criterios para seis diagnósticos.

**TABLA 1** No. de Categorías Diagnósticas de acuerdo al Sexo

No DX.	No Mujeres	No. Hombre	total	% Mujeres	% Hombres	TOTAL
1		6	6		12	12
2	2	8	10	4	16	20
3	4	8	12	8	16	24
4		12	12		24	24
5		9	9		18	18
6	1		2	2		2
total	7	43	50	14	86	100%

DX = Categorías Diagnósticas

### Correlación de Variables.

La puntuación de A.U.D.I.T. en su correlación con la M.I.N.I. no fue significativa como sería de esperarse pues son dos instrumentos están hechos para diferentes cosas y por lo tanto no miden lo mismo.

Al correlacionar el Episodio Depresivo Mayor Actual se encontró una correlación positiva para Episodio Depresivo Mayor Recurrente, Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos, Riesgo Suicida, Crisis con Síntomas Limitados Actual, Trastorno de Angustia, Agorafobia Actual, Trastorno de Angustia con Agorafobia Actual, Agorafobia Actual sin Historia de Trastorno de Angustia, Trastorno de Ansiedad Social Actual.

El Episodio Depresivo Mayor Recidivante se correlacionó con: Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos, Riesgo Suicida, Trastorno de Angustia de por Vida, Crisis con Síntomas Limitados Actual, Trastorno de Angustia sin Agorafobia Actual, Trastorno Obsesivo Compulsivo Actual.

Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos Actuales se correlacionó con: Riesgo Suicida, Trastorno de Angustia de por Vida, Crisis con Síntomas Limitados Actual, Trastorno de Angustia Actual, Agorafobia Actual, Trastorno de Angustia con Agorafobia Actual, Agorafobia Actual sin Historia de Trastorno de Angustia, Trastorno Obsesivo Compulsivo Actual, Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos Actual.

Riesgo Suicida se correlacionó con: Crisis con Síntomas Limitados Actual, Trastorno de Angustia Actual, Agorafobia Actual, Trastorno de Angustia con Agorafobia Actual, Agorafobia Actual sin Historia de Trastorno de Angustia, Trastorno de Ansiedad Social Actual.

Episodio (Hipo) Maníaco se correlacionó con: Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos Actual.

Trastorno de Angustia de por Vida se correlacionó con: Ataques de Angustia de Crisis Limitados Actual, Trastorno de Ansiedad Actual, Agorafobia Actual, Trastorno de Angustia sin Agorafobia Actual, Trastorno de Angustia con Agorafobia Actual.

Trastorno de Angustia Crisis con Síntomas Limitados Actual se correlacionó con: Trastorno de Angustia Actual, Agorafobia Actual, Trastorno de Angustia sin Agorafobia Actual, Trastorno de Angustia con Agorafobia Actual, Trastorno de Ansiedad Social Actual.

Trastorno de Ansiedad se correlacionó con: Agorafobia Actual, Trastorno de Angustia sin Agorafobia Actual, Trastorno de Angustia con Agorafobia Actual y Trastorno de Ansiedad Social Actual.

Trastorno de Agorafobia Actual se correlaciona con: Estado por Estrés Postraumático y Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos Actuales.

Agorafobia Actual sin Historia de Trastorno de Angustia se correlacionó con: Trastorno de Ansiedad Social Actual, Trastorno Obsesivo Compulsivo Actual y Estado por Estrés Postraumático Actual.

Trastorno de Ansiedad Social Actual se correlacionó con: Estado por Estrés Postraumático Actual, Trastorno Psicótico Actual, trastorno Psicótico de por Vida, Trastorno del Estado de Ánimo con son Síntomas Psicóticos Actuales y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Abuso de Sustancias Actual se correlacionó con: Trastorno Psicótico de Por Vida y Trastorno de la Personalidad Antisocial de por Vida.

Trastorno Psicótico Actual se Correlacionó con: Trastorno de Angustia con Agorafobia Actual, Trastorno de Ansiedad Social Actual y Trastorno Psicótico de por Vida.

Trastorno Psicótico de por Vida se correlacionó con: Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos Actual y Trastorno Antisocial de la Personalidad de por Vida.

TABLA 2 CORRELACIONES POSITIVAS ENTRE VARIABLES

	E.D.M.A.	E.D.M.R.	E.D.M.M	R.S.	T.A.D. P.V.	C.S.L. A.	T.D. A.A.	T.A.S .A.A.	T.A. C.A. A.	A.A.S /H.T. A.	T.A.S .A.	D.D. S.A.	A.D. S.A.	T.P.A	T.P.D.P.V.	
E.D.M.R.	.713 **															
E.D.M.M.	.802**	.619**														
R.S.	.726**	.495**	.599**													
T.A.D.P.V.		.290*	.290*													
C.S.L.A.	.361**	.290*	.290	.367* *	.457**											
T.D.A.A.	.408**		.364**	.429* *	.639**	.885**										
T.A.S.A.A.		.386**			.546**	.546**	.577* *		.539* *	.438* *						
T.A.C.A.A.	.309*		.386**	.367* *	.546**	.546**	.758* *									
A.A. S/H.T.A.	.361**		.290*	.367* *												
T.A.S.A.	.468**			.511* *		.438**	.538* *									
T.O.C.A.		.312*	.312*							.316*						
E.P.E.P.T.A.										.546* *	.320*					
D.D.S.A.									.337*							
T.P.A.									.309*		.361* *					
T.P.D.P.V.											.310*		.284* *	.642* *		
T.D.E.A.C.S.P.A			.375**						.320*		.322*					.310*
T.A.D.L.P.D.P.V												.493* *	.582* *			.395**

NIVELES SIGNIFICATIVOS: \* es 0.05

\*\* es 0.01

ABREVIACIONES: E.D.M.= Episodio depresivo mayor; E.D.M.R.= Episodio Depresivo mayor recurrente; E.D.M.M.- Episodio Depresivo Mayor Melancólico; R.S.= Riesgo Suicida; T.A.D.P.V.=Trastorno de Angustia de por vida; C.S.L.A.= Trastorno de Angustia de Crisis con Síntomas Limitados Actual; T.D.A.A.= Trastorno de Angustia Actual; T.A c/A.A.= Trastorno de Angustia con Agorafobia actual; T.A. s/A.A.= Trastorno de Angustia sin Agorafobia actual; A.A. s/H.T.A.= Agorafobia Actual sin Historia de Trastorno de Angustia; T.A.S.A.= Trastorno de Ansiedad Social actual; T.E.P.T.= Trastorno de Estrés Postraumático; D.A.A.= Dependencia de alcohol actual; A.A.A.= Abuso de alcohol actual; D.S.A.= Dependencia de Sustancias actual; A.S.A.= Abuso de sustancias actual; T.P.A.= Trastorno Psicótico actual; T.P.D.P.V.= Trastorno Psicótico de por vida; T.E.A. c/S.P.= Trastorno del Estado de Ánimo con síntomas Psicóticos y T.A.P.D.P.V.= Trastorno Antisocial de la Personalidad de por vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSION.

En mi población psiquiátrica estudiada, se encontró una prevalencia del 86% de hombres y 14% de mujeres con dependencia al alcohol, lo cuál es similar a lo encontrado en la literatura; en mi muestra, la prevalencia de pacientes sin pareja, ya sea por estar solteros (40%), divorciados ó separados (18%) ó viudos (2%), corrobora lo descrito en la literatura en relación a los pacientes alcohólicos (Dunne 1993, Hasin 1985, Lewis 1996).

Es muy importante mencionar que en nuestra población de pacientes alcohólicos, la prevalencia de psicopatología es alta, encontrando que el 88% de ellos presentó comorbilidad con 2 ó más trastornos psiquiátricos. Es bien conocido que los individuos con dos ó más diagnósticos son significativamente más propensos a experimentar deterioro severo en importantes dominios, tal como funcionalidad social y ocupacional, como mencionó Swendsen (1998); además, el ámbito de tratamiento modifica las tasas de prevalencia de distintas patologías; así las muestras procedentes de programas específicos para dependientes dan tasas de comorbilidad menores que las procedentes de unidades psiquiátricas generales, y las unidades de hospital general, tasas menores y patrones diferentes de comorbilidad que las unidades psiquiátricas de larga estancia ó manicomios (Cuadrado 1996), como es el caso de mi estudio. Además, Penick (1994) encontró que casi dos terceras partes de los pacientes alcohólicos tienen historia clínica consistente con uno ó más trastornos mentales.

Por orden de frecuencia, los trastornos psicóticos aparecen en primer lugar en mi población estudiada con: 56% (N=28), de los cuáles 40% (N=20) fueron trastorno actual en el momento de la evaluación. Si bien, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se mencionan como más consistentemente encontrados en la literatura, mi población presenta una frecuencia mayor a la esperada, tal vez debido a que la mayoría de los pacientes reclutados estaban hospitalizados.

En segundo lugar, se encuentran los trastornos afectivos con 48% (N=44); de éstos, el 40% (N=20) correspondieron a episodio depresivo mayor; en estudios realizados en lugares clínicos, la comorbilidad del eje I en pacientes alcohólicos fue del 57 al 84%. Los trastornos depresivos como la depresión mayor, se encontró en 15 a 38% según mencionó Cuadrado (1996) en una revisión de la literatura, similar a la cifra que se encuentra en los pacientes alcohólicos deprimidos de mi estudio.

En tercer lugar, se encuentra el trastorno antisocial de la personalidad, que presentó una prevalencia del 40% (N=20) en la población de alcohólicos estudiada; en un estudio realizado por Ross (1998), mencionó que 47% de los pacientes alcohólicos tuvieron el diagnóstico antes citado, similar a los hallazgos de mi estudio.

En cuarto lugar se encuentra el trastorno por uso de sustancias, que en mi estudio tuvo una prevalencia del 36% (N= 16), siendo estas frecuencias superiores a las encontradas por Ross en 1998; esto tal vez se puede explicar, porque los

pacientes de la muestra son tomados en su gran mayoría de los servicios de internamiento del hospital psiquiátrico, como lo mencioné anteriormente.

En quinto lugar, se encuentran los trastornos de ansiedad y la agorafobia, presentes en el 20% (N=10) de los pacientes de la muestra; el 18% (N=9) presentó fobia social, y de éstos, 8% (N=4) también presentaron trastorno de ansiedad generalizado, y un 10% (N=5) sólo presentó trastorno de ansiedad generalizada; éstos datos son similares a los encontrados por Smile y cols. en el cuál el 18% de pacientes alcohólicos hospitalizados sufrían de un trastorno fóbico de severidad clínica. Pruebas similares han sido reportadas por otros autores como Bowen y Hesselbrock, según comenta Driessen en 1998 en una revisión de la literatura.

En cuanto a las correlaciones que existen entre los diferentes diagnósticos de la muestra de pacientes alcohólicos de mi investigación, encontré que los alcohólicos con trastorno depresivo mayor actual, tenían importante correlación con el riesgo suicida y con los trastornos de angustia con agorafobia, así como con el trastorno de ansiedad social; al respecto, Schuckit (1994) mencionó que los alcohólicos son mucho más propensos que la población general para presentar episodios depresivos severos, con una tasa del 33%, frecuencia similar a la encontrada en mi población; y la correlación con los trastornos de ansiedad y el riesgo suicida, es la esperada para un trastorno crónico y deteriorante, como lo mencionó Berner (1986).

En mi investigación encontré que los pacientes alcohólicos que presentaron episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actuales, tienen una correlación con el trastorno de estado de ánimo con síntomas psicóticos actuales, y sobre todo, con riesgo suicida; esta correlación también fue encontrada por varios autores, entre ellos Frances (1987). Esto nos lleva a pensar en la gravedad de los cuadros depresivos en los pacientes de mi población.

También encontré que el riesgo suicida que presentan los pacientes alcohólicos de mi muestra, es tan alto como 48% (N=24), de los cuáles un 28% (N=14) presentan un riesgo suicida grave; además presentan una comorbilidad con los trastornos de angustia con ó sin agorafobia; esto es similar a lo mencionado por Cuadrado (1996), al citar las prevalencias de los trastornos de ansiedad según la ECA (1988) y a algunos otros autores.

Es importante mencionar que la prevalencia de un trastorno de ansiedad se correlacionó de manera importante con otros trastornos de ansiedad, como se reporta en la literatura por Linnoila (1989). En particular, el trastorno de angustia y la fobia social se correlacionaron con trastornos psicóticos actual, de por vida y del estado de ánimo con síntomas psicóticos; sin embargo, esto es cuestionable, debido a que los pacientes con síntomas psicóticos frecuentemente presentan ansiedad ante la presencia de ideas delirantes, de daño y referencia; esta contingencia no la prevee la M.I.N.I.

En cuanto a mis pacientes alcohólicos que presentan dependencia de sustancias, existe una correlación muy significativa con el trastorno antisocial de la

personalidad y el trastorno psicótico de por vida; estas correlaciones son mencionadas por algunos autores, al hablar del curso y pronóstico de la enfermedad en éstos pacientes, los cuáles tienen mayor deterioro, Según reporta Lowe (1999) en una revisión de la literatura.

## CONCLUSION.

Los resultados de esta investigación apoyan los datos encontrados por la literatura acerca de que los pacientes alcohólicos tienen altas tasas de comorbilidad, principalmente con trastornos psicóticos, del estado de ánimo, personalidad antisocial, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad, y generalmente la comorbilidad aumenta la severidad de la sintomatología, la cronicidad de los cuadros y el riesgo suicida.

Con respecto a la utilización de la M.I.N.I. como entrevista diagnóstica semiestructurada, se concluye que es un instrumento hábil para detectar categorías diagnósticas, y por lo tanto útil como instrumento de tamizaje; pero no es tan fidedigna al realizar diagnósticos específicos. Sin embargo, se requieren estudios posteriores para corroborar esta conclusión.

Se recomienda para futuros estudios, utilizar una población más homogénea, la cuál sea comparada con un grupo control, así como utilizar una muestra mayor para que sea representativa de la población, con un número similar de mujeres y hombres para poder comparar los resultados de la literatura en función del género; y finalmente se sugiere tomar en cuenta los antecedentes psiquiátricos familiares, que son un dato sumamente importante en éstos estudios.

Como observación, quiero mencionar que al hacer la búsqueda para la fundamentación de este trabajo, no encontré literatura sobre la comorbilidad psiquiátrica en el alcoholismo en la población mexicana en la base de datos automatizada.

personalidad y el trastorno psicótico de por vida; estas correlaciones son mencionadas por algunos autores, al hablar del curso y pronóstico de la enfermedad en éstos pacientes, los cuáles tienen mayor deterioro, Según reporta Lowe (1999) en una revisión de la literatura.

## CONCLUSION.

Los resultados de esta investigación apoyan los datos encontrados por la literatura acerca de que los pacientes alcohólicos tienen altas tasas de comorbilidad, principalmente con trastornos psicóticos, del estado de ánimo, personalidad antisocial, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad, y generalmente la comorbilidad aumenta la severidad de la sintomatología, la cronicidad de los cuadros y el riesgo suicida.

Con respecto a la utilización de la M.I.N.I. como entrevista diagnóstica semiestructurada, se concluye que es un instrumento hábil para detectar categorías diagnósticas, y por lo tanto útil como instrumento de tamizaje; pero no es tan fidedigna al realizar diagnósticos específicos. Sin embargo, se requieren estudios posteriores para corroborar esta conclusión.

Se recomienda para futuros estudios, utilizar una población más homogénea, la cuál sea comparada con un grupo control, así como utilizar una muestra mayor para que sea representativa de la población, con un número similar de mujeres y hombres para poder comparar los resultados de la literatura en función del género; y finalmente se sugiere tomar en cuenta los antecedentes psiquiátricos familiares, que son un dato sumamente importante en éstos estudios.

Como observación, quiero mencionar que al hacer la búsqueda para la fundamentación de este trabajo, no encontré literatura sobre la comorbilidad psiquiátrica en el alcoholismo en la población mexicana en la base de datos automatizada.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALLAN CA: Alcohol problems and anxiety disorders: a critical review. *Alcohol and Alcoholism*, 30(2):145-151, 1995.
2. ANTHENELLI RM, SCHUCKIT MA: Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: Diagnosis and treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 12(3):73-87, 1993.
3. ANTON RF: Neurobehavioural basis for the pharmacotherapy of alcoholism: Current and future directions. *Alcohol and Alcoholism*, 31(suppl. 1):43-53, 1996.
4. BERGLUND M, OJHAGEN A: The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behaviour. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(7):333-345, 1998.
5. BERNER P, LESCH HW: Alcohol and depression. *Psychopathology*, 2(suppl. 2):177-183, 1986.
6. BOGENSCHUTZ MP, NURNBERG HG: Theoretical and methodological issues in psychiatric comorbidity. *Harvard Rev Psychiatry*, 8:18-24, 2000.
7. BOHN MJ, BABOR TF, KRANZLER HR: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of studies on Alcohol*, 56:423-432, 1995.
8. BOOTH BM, YATES WR, PETTY F, BROWN K: Patient factors predicting early alcohol-related readmissions for alcoholics: Role of alcoholism severity and psychiatric comorbidity. *Journal of studies on alcohol*, 52(1):37-43, 1991.
9. BRADY KT: Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry*, 58(suppl 9):12-15, 1997.
10. BROWN J, KRANZLER HR, DEL BOCA FK: Self-reports by alcohol and drug abuse in patients: Factors affecting reliability and validity. *British Journal of Addiction*, 87:1013-1024, 1992.
11. CUADRADO P: Dependencia alcohólica y comorbilidad psiquiátrica. I. Epidemiología e implicaciones etiopatogénicas. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 24(5):231-244, 1996.
12. DRIESSEN M, VELTRUP C, WEBER J, JOHN U, WETTERLING T, DILLING H: Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction*, 93(6):889-894, 1998.
13. DRIESSEN M, VELTRUP C, WETTERLING T, JOHN U, DILLING H: Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(1):77-86, 1998.
14. DUNNE FJ, GALATOPOULOS C, SCHIPPERHEIJN JM: Gender differences in psychiatric morbidity among alcohol misusers. *Comprehensive Psychiatry*, 34(2):95-101, 1993.
15. EXTEIN IL, GOLD MS: Hypothesized neurochemical models for psychiatric syndromes in alcohol and drug dependence. *Journal of Addictive Diseases*, 12(3):29-43, 1993.
16. FRANCES RJ, FRANKLIN J, FLAVIN DK: Suicide and alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 13(3):327-341, 1987.
17. GILLIN JC: Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(suppl 393):39-43, 1998.

18. GLASSMAN AH: Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 150:546-553, 1993.
19. GOMBERG ESL: Women and alcohol: Use and abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4):211-219, 1993.
20. HARRIS EC, BARRACLOUGH B: Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173:11-53, 1998.
21. HASIN DS, GRANT BF: Funcionamiento neuropsicológico en los alcohólicos: Comorbilidad psiquiátrica, historia de los hábitos de bebida y características demográficas. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6):520-529, 1987.
22. HASIN DS, TRAUTMAN KD, MIELE GM, SAMET S, SMITH M, ENDICOTT J: Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): Reliability for substance abusers. *Am J Psychiatry*, 153:1195-1201, 1996.
23. HASIN D, ENDICOTT J, LEWIS C: Alcohol and drug abuse in patients with affective syndromes. *Comprehensive Psychiatry*, 26(3):283-295, 1985.
24. HELZER JE, PRYZBECK TR: The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(3):219-224, 1987.
25. HERZ LR, VOLICER L, D'ANGELO N, GADISH D: Additional psychiatric illness by diagnostic interview schedule in male alcoholics. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1):72-79, 1990.
26. HERZ LR, D'ANGELO N, GADISH D: Enfermedad psiquiátrica adicional en hombres alcohólicos de acuerdo al DIS. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1):72-79, 1990.\*\*\*
27. HERZOG DB, NUSSBAUM KM, MARMOR AK: Comorbidity and outcome in eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19(4):843-859, 1996.
28. HODGINS DC, EL-GUEBALY N, ARMSTRONG S, DUFOUR M: Implications of depression on outcome from alcohol dependence: A 3-year prospective follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(1):151-157, 1999.
29. JOHNSTON AL, THEVOS AK, RANDALL CL, ANTON RF: Increased severity of alcohol withdrawal in in-patient alcoholics with a co-existing anxiety diagnosis. *British Journal of Addiction*, 86:719-725, 1991.
30. JOHNSON EO, VAN DEN BREE MBM, GUPMAN AE, PICKENS RW: Extension of a typology of alcohol dependence based on relative genetic and environmental loading. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(7):1421-1429, 1998.
31. KELLER MB, HIRSCHFELD RMA, HANKS D: Double depression: A distinctive subtype of unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 45:65-73, 1997.
32. KESSLER RC, CRUM RM, WARNER LA, NELSON CB, SCHULENBERG J, ANTHONY JC: Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 54:313-321, 1997.
33. KNORRING L: rasgos de personalidad en los subtipos de alcohólicos. *Journal of Studies on Alcohol*, 48(6):523-527, 1987.
34. KOSTEN TR, MARKOU A: Depression and stimulant dependence: Neurobiology and pharmacotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186:737-745, 1998.
35. KRANZLER HR, KADDEN RM, BABOR TF, TENNEN H, ROUNSAVILLE BJ: Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction*, 91(6):859-868, 1996.
36. KRANZLER HR, DEL BOCA FK, ROUNSAVILLE BJ: Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: A posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol*, 57:619-626, 1996.

37. KRANZLER HR, KADDEN RM, BURLESON JA, BABOR TF, APTER A, ROUNSAVILLE BJ: Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders: Is the interview more important than the interviewer?. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4):278-288, 1995.
38. KRANZLER HR: Evaluation and treatment of anxiety symptoms and disorders in alcoholics. *J Clin Psychiatry*, 57(suppl 7):15-21, 1996.
39. KOFOED L, KANIA J, WALSH T, ATKINSON RM: Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 143:867-872, 1986.
40. LECRUBIER Y: The impact of comorbidity on the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 8):11-14, 1998.
41. LEJOYEUX M, FEUCHE N, LOI S, SOLOMON J, ADES J: Study of impulse-control disorders among alcohol-dependent patients. *J Clin Psychiatry*, 60(5):302-305, 1999.
42. LEWIS CE, BUCHOLZ KK, SPITZNAGEL E, SHAYKA JJ: Effects of gender and comorbidity on problem drinking in a community sample. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 20(3):466-476, 1996.
43. LINNOILA ML: Anxiety and alcoholism. *J Clin Psychiatry*, 50(11, suppl):26-29, 1989.
44. LISKOW B, POWELL BJ, NICKEL E, PENICK E: Antisocial alcoholics: Are there clinically significant diagnostic subtypes?. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(1):62-69, 1991.
45. LITTEN RZ, ALLEN JP: Alcohol and substance abuse. *Psychopharmacology Bulletin*, 34(1):107-110, 1998.
46. LOWE VM, KRANZLER HR: Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorder. *Alcohol Research & Health*, 23(2):144-149, 1999.
47. MARSHALL JR: Alcohol and substance abuse in panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 58(suppl 2):46-49, 1997.
48. MERIKANGAS KR, ANGST J, EATON W, CANINO G, RUBIO-STIPEC M, WACKER H, WITTCHEN HU, ANDRADE L, ESSAU C, WHITAKER A, KRAEMER H, ROBINS LN, KUPFER DJ: Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Results of an International Task Force. *British Journal of Psychiatry*, 168(suppl 30):58-67, 1996.
49. MILLER NS: Dependencia al alcohol y a drogas, y poblaciones psiquiátricas: La necesidad de diagnóstico, intervención y entrenamiento. *Comprehensive Psychiatry*, 32(3):268-276, 1991.
50. MILLER NS: Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders: Interactions and independent status. *Journal of Addictive Diseases*, 12(3):5-16, 1993.
51. MOUTIER CY, STEIN MB: The history, epidemiology and differential diagnosis of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 60(suppl 9):4-8, 1999.
52. NEUMARK YD, VAN ETEN ML, ANTHONY JC: "Alcohol dependence" and death: Survival analysis of the Baltimore ECA sample from 1981 to 1995. *Substance Use & Misuse*, 35(4):533-549, 2000.
53. O'SULLIVAN K: Depression and its treatment in alcoholics: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29(5):379-384, 1984.
54. PECHTER BM, MILLER NS: Psychopharmacotherapy for addictive and comorbid disorders: Current studies. *Journal of Addictive diseases*, 16(4):23-40, 1997.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN  
NO SISSEL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

55. PENICK EC, POWELL BJ, NICKEL EJ, BINGHAM SF, RIESENMY KR, READ MR, CAMPBELL J: Co-morbidity of lifetime psychiatric disorder among male alcoholic patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(6):1289-1293, 1994.
56. PETTY F: The depressed alcoholic: Clinical features and medical management. *General Hospital Psychiatry*, 14:258-264, 1992.
57. PIRKOLA S, ISOMETSA E, HEIKKINEN M, LONQVIST J: employment status influences the weekly patterns of suicide among alcohol misusers. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 21(9):1704-1706, 1997.
58. PIRKOLA SP, MARTTUNEN MJ, HENRIKSSON MM, ISOMETSA ET, HEIKKINEN ME, LONNQVIST JK: Alcohol-related problems among adolescent suicides in Finland. *Alcohol & Alcoholism*, 34(3):320-329, 1999.
59. PIRKOLA S, ISOMETSA ET, HEIKKINEN ME, LONNQVIST JK: Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol & Alcoholism*, 35(1):70-75, 2000.
60. POST F: Verbal creativity, depression and alcoholism: An investigation of one hundred american and British writers. *British Journal of Psychiatry*, 168:545-555, 1996.
61. REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ, JUDD LL, GOODWIN FK: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264(19):2511-2518, 1990.
62. REGIER DA, KAELBER CT, RAE DS, FARMER ME, KNAUOER B, KESSLER RC, NORQUIST GS: limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 55(feb.):109-115, 1998.
63. REGIER DA, RAE DS, NARROW WE, KAELBER CT, SCHATZBERG AF: Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173(suppl 34):24-28, 1998.
64. RODGERS B, KORTEN AE, FORM AF, JACOMB PA, CHRISTENSEN H, HENDERSON AS: Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine*, 30:421-432, 2000.
65. ROSS HE, GLAZER FB, STIANSY S: sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems. *British Journal of Addiction*, 83:1179-1192, 1998.
66. ROSS HE, GLAZER FB, GERMANSON T: the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 45:1023-1031, 1988.
67. ROSS H, SHIRLEY M: Life-time problem drinking and psychiatric co-morbidity among ontario women. *Addiction*, 92(2):183-196, 1997.
68. ROSSOW I, ROMELSJO A, LEIFMAN K: Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: Differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction*, 94(8):1199-1207, 1999.
69. ROTH M: Anxiety disorders and the use and abuse of drugs. *J Clin Psychiatry*, 50(11, suppl):30-35, 1989.
70. SCHUCKIT MA: Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *Am J Psychiatry*, 143(2):140-147, 1986.
71. SCHUCKIT MA: Alcohol and depression: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl 377:28-32, 1994.
72. SCHUCKIT MA, HESSELBROCK V: Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship?. *Am J Psychiatry* 151(12):1723-1734, 1994.

73. SCHUCKIT MA, TIPP JE, BERGMAN M, REICH W, HESSELBROCK VM, SMITH TL: Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry*, 154:948-957, 1997.
74. SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, SHEEHAN KH, AMORIM P, JANAVS J, WEILLER EMMANUELLE, HERGUETA T, BAKER R, DUNBAR GC: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DMS-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 20):22-33, 1998.
75. SMITH EM, NORTH CS, SPITZNAGEL EL: Alcohol, drugs and psychiatric comorbidity among homeless women: An epidemiologic study. *J Clin Psychiatry*, 54(3):82-87, 1993.
76. SOYKA M, SAND P: Successful treatment with flupenthixol decanoate of a patient with both schizophrenia and alcoholism. *Pharmacopsychiat*. 28:64-65, 1995.
77. SPAK L, SPAK F, ALLEBECK P: Alcoholism and depression in a Swedish female population: co-morbidity and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102:44-51, 2000.
78. SUOMINEN K, ISOMETSA E, HENRIKSSON M, OSTAMO A, LONNQVIST J: hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96:142-149, 1997.
79. SWENDSEN JD, MERIKANGAS KR, CANINO GJ, KESSLER RC, RUBIO-STIPEC M, ANGST J: The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4):176-184, 1998.
80. TAYLOR C, COOPER J, APPLEBY L: Is suicide risk taken seriously in heavy drinkers who harm themselves?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:309-311, 1999.
81. TÓMASSON K, VAGLUM P: A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92:378-385, 1993.
82. VERHEUL R, KRANZLER HR, POLING J, TENNEN H, BALLS, ROUNSAVILLE BJ: Co-occurrence of axis I and Axis II disorders in substance abuses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:110-118, 2000.
83. WEISSMAN M: Anxiety and alcoholism. *J Clin Psychiatry*, 49(10, suppl):17-19, 1988.

## **ANEXOS**

**1.- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.)**

**2.- Test de Identificación de Trastornos por uso de Alcohol (A.U.D.I.T.)**

**3.- Encuesta Sociodemográfica**

I Dx:

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999. Sheehan DV & Lecrubier Y
Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

Número de protocolo: \_\_\_\_\_

Hora en que inició la entrevista: \_\_\_\_\_

Hora en que terminó la entrevista: \_\_\_\_\_

Duración total: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta circulando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (por ejemplo, periodo de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la M.I.N.I. La M.I.N.I. Plus tiene preguntas que exploran estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento, o información acerca de los últimos cambios en la M.I.N.I. se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
tel: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D. / Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS, FRANCE
tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr

Laura Ferrando, MD
IAP
Velázquez 156,
28.002 Madrid, España
Tfn.: +91 5644718
Fax: +91 4115432
e-mail: iap@lander.es

Marelli Soto, M.D.
University of South Florida
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
tel: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail: mon0619@aol.com

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Table with 3 columns: Question (A1, A2, CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?), NO, SÍ. A1: ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? A2: ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?

A3 En las últimas dos semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

- a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (ej. variaciones en el último mes de ± 5% de su peso corporal o ± 8 libras o ± 3.5 kg. para una persona de 160 libras/ 70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA
b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?
c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?
d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?
e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?
f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?
g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTIÑUE CON A4. DE LO CONTRARIO CONTIÑUE CON EL MÓDULO B:

**A4**

- a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar? NO SÍ 10
- b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?

NO SÍ 11  
EPISODIO DEPRESIVO  
MAYOR RECIDIVANTE

**EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)**

AS

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

- A5**
- a ¿CODIFICÓ SÍ EN A2? NO SÍ
- b ¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?  
SI NO: ¿Cuándo algo bueno le sucede, falla en hacerlo sentirse mejor aunque sea temporalmente? NO SÍ 12
- ¿CODIFICÓ SÍ EN A5a o A5b? NO SÍ

**A6 Durante las últimas dos semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:**

- a ¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado? NO SÍ 13
- b ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas? NO SÍ 14
- c ¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse? NO SÍ 15
- d ¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (RETARDACIÓN O AGITACIÓN PSICOMOTORA)? NO SÍ
- e ¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)? NO SÍ
- f ¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa fuera de proporción con la realidad de la situación? NO SÍ 16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6? NO SÍ  
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR  
CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS  
ACTUAL

**B. TRASTORNO DISTÍMICO**

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

- B1** ¿En los últimos dos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo? NO SÍ 17
- B2** ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de dos meses o más, en el que se haya sentido bien? NO SÍ 18
- B3 Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:**
- a ¿Cambió su apetito notablemente? NO SÍ 19
- b ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso? NO SÍ 20
- c ¿Se sintió cansado o sin energía? NO SÍ 21
- d ¿Perdió la confianza en sí mismo? NO SÍ 22
- e ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? NO SÍ 23
- f ¿Tuvo sentimientos de desesperanza? NO SÍ 24
- ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3? NO SÍ
- B4** ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante? NO SÍ 25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO SÍ  
TRASTORNO DISTÍMICO  
ACTUAL

**C. RIESGO DE SUICIDIO**

Durante este último mes: Puntos:

- C1** ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? NO SÍ 1
- C2** ¿Ha querido hacerse daño? NO SÍ 2
- C3** ¿Ha pensado en el suicidio? NO SÍ 6
- C4** ¿Ha planeado como suicidarse? NO SÍ 10
- C5** ¿Ha intentado suicidarse? NO SÍ 10
- A lo largo de su vida:**
- C6** ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? NO SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) CIRCULAR "SÍ" Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

NO SÍ  
RIESGO DE SUICIDIO

1-5 puntos Leve

6-9 puntos Moderado

≥10 puntos Alto

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## D. EPISODIO (HIPO) MANIACO

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

<b>D1</b>			
a	¿Alguna vez, ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol)	NO SÍ	1
SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON "EXALTADO" O "EUFÓRICO", CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con "exaltado" o "eufórico" es: un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.			
SI SÍ:			
b	¿En este momento se siente "exaltado", "eufórico", o lleno de energía?	NO SÍ	2
<b>D2</b>			
a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado por varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha usted, o los demás, notado que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO SÍ	3
SI SÍ:			
b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?		NO SÍ	

**D3** SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL  
SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

16

## E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

(→ SIGNIFICA: CIRCULAR NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

<b>E1</b>			
a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en las cuales la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO SÍ	1
b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO SÍ	2
<b>E2</b>			
	¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea, u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO SÍ	3
<b>E3</b>			
	¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO SÍ	4
<b>E4</b> Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
a	¿Sentía que su corazón saltaba latidos, latía más fuerte o más rápido?	NO SÍ	5
b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO SÍ	6
c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO SÍ	7
d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO SÍ	8
e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO SÍ	9
f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO SÍ	10
g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO SÍ	11
h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecer?	NO SÍ	12
i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO SÍ	12
j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO SÍ	14

18

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó qué:

- 46
- |   |  |       |    |
|---|--|-------|----|
| a | ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?   | NO SÍ | 5  |
| b | ¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?  | NO SÍ | 6  |
| c | ¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?  | NO SÍ | 7  |
| d | ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?   | NO SÍ | 8  |
| e | ¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?   | NO SÍ | 9  |
| f | ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?   | NO SÍ | 10 |
| g | ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (por ejemplo, se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente, o mantuvo actividades sexuales indiscretas)? | NO SÍ | 11 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3  
(O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO (EPISODIO PASADO)  
O SI D1b ES NO (EPISODIO ACTUAL))?

- |           |  |       |    |
|-----------|--|-------|----|
| <b>D4</b> | ¿Duraron estos síntomas al menos una semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas? | NO SÍ | 12 |
|-----------|--|-------|----|

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

↓ ↓  
□ □  
-COMENZÓ MANIACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

- |   |   |       |    |
|---|---|-------|----|
| k | ¿Tenía miedo de morir?  | NO SÍ | 15 |
| l | ¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos? | NO SÍ | 16 |
| m | ¿Tenía sofocaciones o escalofríos?                            | NO SÍ | 17 |

**E5** ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?

**E6** SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?  
SI E6 = SÍ, PASAR A F1

**E7** ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?

Trastorno  
de Angustia  
De Por Vida

Crisis con  
síntomas  
limitados  
Actual

Trastorno  
de Angustia  
Actual

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

19

## F. AGORAFOBIA

**F1** ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil, como el estar en una multitud, el permanecer en fila, el estar solo fuera de casa, el permanecer solo en casa, el viajar en autobús, tren o automóvil? NO SÍ 19

SI F1 = NO. CIRCULE NO EN F2.

**F2** ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre a través de ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas? NO SÍ 20  
Agorafobia Actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

¿CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ  
TRASTORNO DE ANGUSTIA sin Agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

¿CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ  
TRASTORNO DE ANGUSTIA con Agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

¿CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO SÍ  
AGORAFOBIA ACTUAL sin historia de Trastorno de Angustia

## G. FOBIA SOCIAL

(Trastorno de Ansiedad Social)

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

**G1** ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales. NO SÍ 1

**G2** ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional? NO SÍ 2

**G3** ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre a través de ellas? NO SÍ 3

**G4** ¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia? NO SÍ 4

FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social) ACTUAL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## H. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

**H1** ¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (ej. la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas.) NO SÍ 1  
H4

[NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.]

**H2** ¿Estos pensamientos volvían a su mente aún cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos? NO SÍ 2  
H4

**H3** ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior? NO SÍ 3  
obsesiones

**H4** ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como el lavar o limpiar en exceso, el contar y verificar las cosas una y otra vez o el repetir, el coleccionar, el ordenar las cosas o el realizar otros rituales supersticiosos? NO SÍ 4  
compulsiones

¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4? NO SÍ

**H5** ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos? NO SÍ 5

**H6** ¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de una manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria? NO SÍ 6  
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ACTUAL

## I. ESTADO POR ESTRÉS

POSTRAUMÁTICO (opcional)

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

**I1** ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazados de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHEN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATASTROFE NATURAL. NO SÍ 1

**I2** ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)? NO SÍ 2

**I3** En el último mes:

a ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar? NO SÍ 3

b ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? NO SÍ 4

c ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? NO SÍ 5

d ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? NO SÍ 6

e ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos? NO SÍ 7

f ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas? NO SÍ 8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3? NO SÍ

**I4** Durante el último mes:

a ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? NO SÍ 9

b ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje? NO SÍ 10

c ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? NO SÍ 11

d ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta? NO SÍ 12

e ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa? NO SÍ 13

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3? NO SÍ

**I5** ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales, o han sido causa de gran ansiedad? NO SÍ 14  
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos doce meses, ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas, en 3 ó más ocasiones?	NO	SÍ	1
J2	<b>En los últimos doce meses:</b>			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuándo reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca, (ej. temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su uso de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 Ó MÁS RESPUESTAS DE J2?		NO SÍ <b>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</b>		
J3	<b>En los últimos doce meses:</b>			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, ej. conducir un automóvil, una motocicleta, un bote, utilizar una máquina, etc.?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, ej. un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 Ó MÁS RESPUESTAS DE J3?		NO SÍ <b>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</b>		

### AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar / leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1a ¿En los últimos doce meses, tomó alguna de estas drogas, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? NO SÍ

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:  
**Estimulantes:** anfetaminas, "speed", cristal, dexedrine, ritalina, píldoras adelgazantes.  
**Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, "speedball".  
**Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.  
**Alucinógenos:** LSD (ácido) mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, "peace pill"), "psilocybin", STP hongos, éxtasis, MDA, MDMA.  
**Inhalantes:** pegamento, "ether", óxido nítrico, ("laughing gas"), "amy" o "butyl nitrate" ("poppers").  
**Mariguana:** hashish, THC, pasto, hierba, mota, "reefer".  
**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmene, Halción, barbitúricos, "Miltown".  
**Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.**  
**Otras drogas:** Esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

ESPECIFIQUE LA DROGA (S) MÁS USADA: \_\_\_\_\_

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA.

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO)

b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE DROGA / CLASE DE DROGAS VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN: \_\_\_\_\_

K2 **Considerando su uso de ( NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos doce meses,**

a	¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1
b	¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna droga (s) para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	2
c	¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4
e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 Ó MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA DROGA(S): _____		NO SÍ <b>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>		

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos doce meses:

K3

a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo ó en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SOLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (ej. conducir un automóvil, una motocicleta, un bote, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 Ó MÁS RESPUESTAS DE K3?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): \_\_\_\_\_

NO SÍ  
**ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SI SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO "EXTRAÑAS" O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON "EXTRAÑAS" O RARAS SI SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON "EXTRAÑAS" O RARAS SI UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SI.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

EXTRAÑOS

L1 a ¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NO SI 1

NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO

b SI SI: ¿Actualmente cree usted esto? NO SI 2

L2 a ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros? NO SI 3

b SI SI: ¿Actualmente cree usted esto? NO SI 4

L3 a ¿Alguna vez ha creído, que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? NO SI 5

Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR (A): PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO

b SI SI: ¿Actualmente cree usted esto? NO SI 6

28

L4 a ¿Alguna vez ha sentido que le enviaban mensajes especiales a través de la radio, el televisor, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted? NO SI 7

b SI SI: ¿Actualmente cree usted esto? NO SI 8

L5 a ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR (A): PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SI SOLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4. POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC. NO SI 9

b SI SI: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas? NO SI 10

L6 a ¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? NO SI 11

LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO "EXTRAÑAS" SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:

SI SI: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí? SI 12

b SI SI: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes? NO SI 12

L7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR (A): INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS. NO SI 13

b SI SI: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes? NO SI 14

BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR (A):

L8 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES? NO SI 15

29

49

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

L9 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO? NO SI 16

L10 b ¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE (ALOGIA) O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)? NO SI 17

L11 ¿CODIFICÓ SI EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS a b +? 0

¿CODIFICÓ SI (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS a b +? NO SI TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL

L12 ¿CODIFICÓ SI EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS a +? 0

¿CODIFICÓ SI (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS a +? NO SI TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA

VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO

¿CODIFICÓ SI EN L11? NO SI 18 TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA

L13 a ¿CODIFICÓ SI EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L11 a L7 b Y CODIFICÓ SI EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, (ACTUAL) 0

EPISODIO MANÍACO, (ACTUAL O PASADO)? NO SI

b Anteriormente me dijo, que usted tuvo un periodo(s) en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/ particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir, ¿SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L11 A L7 b? ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/ irritable? NO SI 19 TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL

### M. CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a ¿Cuál es su estatura?

cm

b ¿En los últimos tres meses, cual ha sido su peso más bajo?  kg

c ¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)? NO SI

En los últimos tres meses:

M2 ¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar? NO SI 1

M3 ¿A pesar de estar bajo de peso, tenía ganas de ganar peso o ponerse gordo(a)? NO SI 2

M4 a ¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda? NO SI 3

b ¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo? NO SI 4

c ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo? NO SI 5

M5 ¿CODIFICÓ SI EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4? NO SI

M6 SOLO PARA MUJERES: ¿En los últimos tres meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)? NO SI 6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SI EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SI EN M5?

NO SI ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropas)

Mujer Estatura/Peso	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
pies/pulg	49	410	411	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
lb	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110
cm	144.8	147.3	149.9	152.4	154.9	157.5	160.0	162.6	165.1	167.6	170.2	172.7	175.3
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50
Hombre Estatura/Peso	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
pies/pulg	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
lb	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127
cm	154.9	157.5	160.0	162.6	165.1	167.6	170.2	172.7	175.3	177.8	180.3	182.9	185.4
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y peso del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de estatura con normal del Metropolitan Life Insurance Table of Weights.

## N. BULIMIA NERVIOSA

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- N1** ¿En los últimos tres meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas? NO SÍ 7
- N2** ¿En los últimos tres meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana? NO SÍ 8
- N3** ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo? NO SÍ 9
- N4** ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, hacer ejercicios, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua), u otros medicamentos? NO SÍ 10
- N5** ¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo, su peso o la figura de su cuerpo? NO SÍ 11
- N6** ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA? NO SÍ 12  
Ir a N8
- N7** ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de [ ] libras/kg? (ENTREVISTADORA: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA / PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA) NO SÍ 12

**N8** ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8? NO SÍ BULIMIA NERVIOSA ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN N7? NO SÍ ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL

32

## P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y CIRCULAR NO)

- P1** Antes de cumplir los quince años:
- a ¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia? NO SÍ 1
- b ¿Mentía, hacía trampa, estaba o robaba con frecuencia? NO SÍ 2
- c ¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba? NO SÍ 3
- d ¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos? NO SÍ 4
- e ¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente? NO SÍ 5
- f ¿Ha forzado a alguien a tener relaciones sexuales con usted? NO SÍ 6
- ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1? NO SÍ
- NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SOLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS
- P2** Después de cumplir los quince años:
- a ¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse? NO SÍ 7
- b ¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto [ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito]? NO SÍ 8
- c ¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)? NO SÍ 9
- d ¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse? NO SÍ 10
- e ¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara? NO SÍ 11
- f ¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros? NO SÍ 12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2? NO SÍ TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA

## O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

50

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- O1** a ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses? NO SÍ 1
- b ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días? NO SÍ 2
- CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS. NO SÍ 3
- O2** ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? NO SÍ 4
- O3** CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS. NO SÍ 4
- En los últimos seis meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:
- a ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? NO SÍ 5
- b ¿Se sentía tenso? NO SÍ 6
- c ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? NO SÍ 7
- d ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco? NO SÍ 8
- e ¿Se sentía irritable? NO SÍ 9
- f ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)? NO SÍ 10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3? NO SÍ TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL

## DE ORIGEN

### REFERENCIAS

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavys J, Weiller E, Bonora U, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12: 232-241.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora U, Sheehan K, Janavys J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavys J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J. Clin Psychiatry*. 1998; 59(suppl 20):22-23.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-IV-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.

Traducciones	M.I.N.I. 4.4 o versiones previas	M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 y M.I.N.I. Screen 5.0
Africano		R. Enslley
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Alemán	I. v. Denfler, M. Actenheil, R. Dietz-Bauer	G. Storz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil, L.G. Hranov
Bulgariano		H. Banerjee, A. Banerjee
Bengali		P. Zlotsky
Checo		L. Carroli, K. J. Jiang
Chino		In preparation
Croata		P. Bech, T. Schütze
Danés	P. Bech	L. Ferrando, L. Franco-Monzo, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Español	J. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Ranota, Y. Lecrubier	J. Shik, A. Akusja, E. Khat, K. Khooshabi, A. Zomorodi
Estoniano		M. Heltöinen, M. Ujeström, O. Tuominen
Farsi/Persa		Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine
Finesa	M. Heltöinen, M. Ujeström, O. Tuominen	T. Hergueta
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine	T. Calligas, S. Beraás
Griego	S. Beraás	M. Patel, B. Patel
Gujarati		R. Bards, I. Levinson
Hebreo	J. Zohar, Y. Sasson	C. Miztal, K. Batra, S. Gamber
Hindi		I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Meegen
Indonesio	E. Griez, K. Shruets, T. Overbeek	
Italiano	K. Camyngaere	
Japones	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Coreano		J.G. Stefansson

**TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL  
(A.U.D.I.T.)**

1.- ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Una vez al mes o menos ( )
- 2 = Dos o cuatro veces al mes ( )
- 3 = Dos o tres veces por semana ( )
- 4 = Cuatro o más veces por semana ( )

2.- ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?

- 0 = Una o dos ( )
- 1 = Tres o cuatro ( )
- 2 = Cinco o seis ( )
- 3 = Siete o nueve ( )
- 4 = Diez o más ( )

3.- ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de una vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

4.- Durante el último año, ¿Le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de un vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

5.- Durante el último año ¿Con que frecuencia dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de una vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

6.- Durante el último año ¿Que tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de una vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

7.- Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de una vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

8.- Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de una vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

9.- ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?

- 0 = No ( )
- 2 = Sí, pero no en el último año. ( )
- 4 = Sí, en el último año. ( )

10.- ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que la disminuya?

- 0 = No ( )
- 2 = Sí, pero no en el último año. ( )
- 4 = Sí, en el último año. ( )

## ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Nombre \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_

1.- Sexo: 1. Masculino  2. Femenino   1

2.-Estado civil:

1. Soltero  2. Casado  3. Divorciado   24.-Viudo  5. Unión libre 

3.-Trabaja usted?.

1. Trabaja y estudia  2. Solo estudia  3. Solo trabaja   3¿Qué es lo que hace en su trabajo y donde trabaja? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.-¿Estudio usted durante el año anterior?

1. Sí  ¿Que estudiaba? \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_  42. Estuvo sin estudiar un tiempo y trabajo.  Cuanto tiempo \_\_\_\_\_  53. Estuvo sin estudiar un tiempo y no trabajo.  Cuanto tiempo \_\_\_\_\_

5.-¿Ha realizado otros estudios?

1. No  2. Sí  Especifique \_\_\_\_\_  6

6.-¿Quién es la persona que sostiene principalmente su hogar?

1. Usted  2. Su padre  3. Su Madre  4. Otros  \_\_\_\_\_  77.- ¿Cuál es la ocupación de la persona que sostiene a la familia? \_\_\_\_\_  88.-¿Donde trabaja y que hace allí? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_9.-¿Cuál es la escolaridad de su Padre? 1. Sin educación formal   92. Primaria incompleta  3. Primaria completa 4. Secundaria o Equiv. incompleta  5. Secundaria o Equiv. completa 6. Preparatoria  7. Universidad

- 10.-¿Cuál es la escolaridad de su Madre?  10
1. Sin educación formal
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria o Equiv. Incompleta
5. Secundaria o Equiv. Completa
6. Preparatoria
7. Universidad

11.-¿En donde nació usted? \_\_\_\_\_  11

12.-¿Cuánto tiempo lleva residiendo en el D.F.? \_\_\_\_\_  12

13.-¿En donde reside su familia? \_\_\_\_\_  13

14.-¿Con cuantas personas vive? (incluyéndolo a usted) \_\_\_\_\_  14

15.-¿Con quien vive? (Marque todas las que se apliquen)

1. Padre  2. Madre  3. Hermanos  4. Espos(a)   15
5. Hijos  6. Amigos  7. Otros Fam.  8. Solo

16.-¿Qué número de miembros compone su familia de origen? (Padres y Hnos) \_\_\_\_\_  16

17.-¿Qué lugar ocupa usted entre sus hermanos? \_\_\_\_\_  17

18.-Estado civil de sus padres  18

1. Casados  2. Viudo(a)

3. Divorciados  4.-Soltero(a)  5. Unión libre

19.-Si sus padres o alguno de ellos murió. ¿Quién fue y qué edad tenía usted cuando sucedió?

Padre 1. Vive  2. Murió  Edad \_\_\_\_\_ años  19

Madre 1. Vive  2. Murió  Edad \_\_\_\_\_ años  20

20.-Si están divorciados o separados ¿Qué edad tenía usted cuando sucedió? Edad \_\_\_\_ años.  21

21.- Familiar responsable \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Dom. Trabajo \_\_\_\_\_

22.- Domicilio de Usted \_\_\_\_\_

Tel. trabajo familiar \_\_\_\_\_ Tel. Usted. \_\_\_\_\_