

11290⁸



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS DE LA SALUD**

**"FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS DE ACUERDO A SU CONSUMO DE
ALCOHOL SEGUN EL AUDIT Y EL CIDI"**

T E S I S

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS
P R E S E N T A
VALERIO VILLAMIL SALCEDO**

**DIRECTOR DE TESIS: MTRA. ROSA DIAZ MARTINEZ
COMITE DE TESIS: DRA. MARIA ELENA MEDINA-MORA ICAZA
DR. FRANCISCO FRANCO MARINA
DR. MARCELO VALENCIA COLLAZOS
DR. ANTONIO VILLA ROMERO**

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACIÓN DISCONTINUA

JURADO DEL EXAMEN DE GRADO

Presidente: Dra. Maria Elena Medina-Mora Icaza
Secretario: Dr. Francisco Franco Marina
Vocal: Mtra. Leonila Rosa Díaz Martínez
Suplente: Dr. Marcelo Valencia Collazos
Suplente: Dr. Antonio Villa Romero

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas •
UNAM a difundir en formato electrónico e imp.
contenido de mi trabajo recepc.

NOMBRE: Valerio Villanil
Salcedo

FECHA: 31 Marzo 03

FIRMA: E. H. Villanil

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a mi hijo Eduardo:

"Gracias a la vida
que me ha dado tanto,
me ha dado el abecedario
y me ha dado un hijo"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 2.1. Relevancia científica y pertinencia
- 2.2. Preguntas de investigación

3. HIPÓTESIS

4. OBJETIVOS

- 4.1. Objetivo general
- 4.2. Objetivos específicos

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ESQUIZOFRENIA

- 1.1. Introducción
- 1.2. Historia
- 1.3. Epidemiología
- 1.4. Etiología
 - 1.4.1. Hipótesis genética
 - 1.4.2. Hipótesis inmunológica
 - 1.4.3. Hipótesis viral
 - 1.4.4. Hipótesis de complicaciones obstétricas
- 1.5. Fisiopatología
 - 1.5.1. Teoría neuroanatómica
 - 1.5.2. Teoría neurobioquímica (DA)
 - 1.5.3. Teoría Psicosocial
- 1.6. Clasificación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. ALCOHOL

2.1. Introducción

2.2. Epidemiología

2.2.1. Alcohol y comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas

2.3. Etiología

2.3.1. Teoría genética

2.4. Fisiopatología

2.5. Clasificación

2.6. Tratamiento

3. ESQUIZOFRENIA Y ALCOHOL

4. FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio

2. Población y muestra

3.1. Criterios de inclusión

3.2. Criterios de exclusión

4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

4.1. Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS)

4.2. Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)

4.3. Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS)

4.4. Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT)

5. VARIABLES

6. PLAN DE ANÁLISIS

6.1. Operacionalización de variables

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPÍTULO IV

Análisis estadístico

CAPÍTULO V

VALIDACIÓN DEL AUDIT

RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DEL AUDIT

- 1. Alfa de Cronbach**
- 2. Prueba rápida**
- 3. Criterio 1-4**

COMENTARIO DE LA VALIDACIÓN DEL AUDIT

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

- 1. Características de los sujetos en la muestra**
- 2. Características del consumo de alcohol según el AUDIT y el CIDI**
- 3. Relación entre el Funcionamiento Psicosocial y el consumo de alcohol**
- 4. Relación de la severidad de la esquizofrenia y el consumo de alcohol**

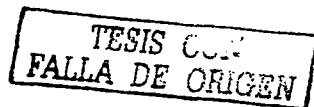
CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO VIII

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS



RESUMEN

Antecedentes: La esquizofrenia afecta al 1% de la población mundial, siendo más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes de sexo masculino; las características principales son los síntomas positivos y negativos los cuales producen importante deterioro del funcionamiento psicosocial; por otro lado, consumo excesivo de alcohol produce por sí misma alteraciones del funcionamiento psicosocial. Este funcionamiento se define como la capacidad que tiene cada sujeto de adaptarse, funcionar, desenvolverse y de interactuar en el ámbito social y personal; valora las áreas social, ocupación, económica, sexual y de pareja y familiar.

Objetivo: Conocer la relación que existe entre el Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos de acuerdo a su consumo de alcohol y a la severidad de la esquizofrenia.

Metodología: Se seleccionaron 80 sujetos esquizofrénicos a quienes se les aplicó la EFPS, el CIDI, el PANSS y el AUDIT. Para el análisis estadístico se utilizó la Chi cuadrada, la U de Mann-Whitney, la prueba t, el riesgo relativo, Kruskal-Wallis y ANOVA de una vía.

Resultados: El 71% fueron varones y el 29% mujeres, 87% eran solteros y 70% eran desempleados o sub-empleados. El 87% de los sujetos iniciaron la esquizofrenia entre los 12 y 30 años, mientras que el 94% inició el consumo de alcohol en este mismo grupo. El 76% de los sujetos tenían menos de 10 años con esquizofrenia. Al comparar el consumo de alcohol según el AUDIT y el CIDI tomando en cuenta el sexo, existieron diferencias significativas en los 2 grupos. El área económica y familiar presentaron significativamente mayor riesgo de presentar mal funcionamiento psicosocial si consumían alcohol. En la severidad de la esquizofrenia, el área económica y familiar se relacionó con dicho riesgo, pero no fueron estadísticamente significativos.

Conclusión: Existe alta comorbilidad entre esquizofrenia y consumo de alcohol que no se diagnostica y que provocan mayor deterioro del funcionamiento psicosocial siendo el AUDIT un excelente instrumento de tamizaje para la identificación temprana de consumo de alcohol y de sus complicaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que se caracteriza por ideas delirantes y alucinaciones (síntomas positivos) por una parte, y aislamiento social, aplanamiento afectivo, alergia y abulia (síntomas negativos) por otra (APA, DSM-IV, 1995; OMS, CIE-10, 1992)¹. La esquizofrenia produce importante deterioro en el funcionamiento psicosocial del sujeto que se refleja en una mala calidad de vida² (Addington, 1998), ya que es incapaz de interactuar adecuadamente con otras personas, se muestra "retraído" y se aísla de su medio. Por otro lado, el sujeto tiene problemas en el desempeño laboral que se traduce en ausentismo y, por lo tanto, muchas horas perdidas en el trabajo; en mayor utilización de los servicios hospitalarios y finalmente en un mayor gasto económico para la familia y la sociedad (Crawford, 1996; Rascón, 1998).

El funcionamiento psicosocial que mediante el desempeño de roles (definido por Valencia (1985) como "las acciones que realiza el individuo con relación a las condiciones en que se desenvuelve dentro del grupo social al que pertenece") valora el funcionamiento en diversas áreas como la social, la ocupacional, la económica, la sexual y de pareja y la familiar, y que en el paciente psiquiátrico se ve alterado; dicha alteración dependerá de muchos factores como es el tipo de enfermedad y la severidad del mismo, así como la edad de inicio de la enfermedad mental, entre otros. Sin embargo, en los

¹ **Aplanamiento afectivo.** Se refiere a la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, pobre contacto visual y reducción del lenguaje corporal.

Algia. (Pobreza del hablar). Se manifiesta por réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en disminución de la fluidez y de la productividad del habla.

Abulia. Está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

² **Definición de calidad de vida:** Aunque hay varias definiciones de calidad de vida, la definición desde el punto de vista psicológico se refiere a la percepción que tiene el paciente de su enfermedad a lo que se ha llamado "experiencia de estar enfermos" el cual incluye algunas variables como la percepción de los síntomas, la forma en que los pacientes los identifican y comunican el malestar que les causan, la experiencia de estar incapacitado para funcionar normalmente y los métodos de enfrentamiento usados por los pacientes y sus familias para controlar la enfermedad (Lara, 2000).

sujetos esquizofrénicos, la alteración del Funcionamiento Psicosocial, es mucho más evidente, pues la esquizofrenia es una enfermedad crónica, invalidante y deteriorante a lo largo de la vida (Díaz, 1992, 1994; Valencia, 1997, 1998). Si a la patología de base (la esquizofrenia), se asocia el consumo de alcohol (que por sí misma puede llegar a producir cierto grado de deterioro social y psicológico), el efecto será "potenciador" en la alteración del Funcionamiento Psicosocial y, por lo tanto, producirá mayor deterioro del funcionamiento previamente establecido (Mendivil, 1997; Hambrecht, 1996).

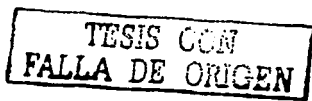
2. PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA.

Existen 23 millones de sujetos con esquizofrenia en todo el mundo (1-1.5% de la población mundial tiene esquizofrenia), 75% de ellos están en países poco desarrollados. Una mayoría vive con su familia de origen, sin embargo, se observa un creciente abandono de los pacientes en las ciudades con mayor desarrollo (Desjarlais, 1995; APA, DSM-IV, 1995).

El costo promedio del manejo de un caso de esquizofrenia en el año de 1994 en 3 instituciones mexicanas (IMSS, SSA e ISSSTE) fue de 1,230,000 pesos mexicanos ocupando las enfermedades mentales el segundo lugar en cuanto a gastos por tratamiento. Los casos de hipertensión y diabetes ocuparon el primer lugar y, la neumonía y la diarrea el tercero (Rascón, 1998).

Por otro lado, los trastornos adictivos entre la población psiquiátrica son elevados abarcando desde el 25% hasta el 80%. Los pacientes esquizofrénicos no están al margen de estas estadísticas pues más del 50% de los ellos consumen sustancias ilícitas o alcohol y más del 70% tienen dependencia a la nicotina (Crawford, 1996; Kosten, 1997; Menezes, 1996).

El abuso y dependencia al alcohol en los pacientes esquizofrénicos condiciona un autocuidado deficiente, rechazo al tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico, incremento de los síntomas positivos (ideas delirantes y alucinaciones), conducta disruptiva y un mayor índice de recaídas de la enfermedad con hospitalizaciones frecuentes. En un estudio de población psiquiátrica que incluía a pacientes esquizofrénicos, se encontró que en los últimos 3 meses, 1 de cada 3 había abusado más frecuentemente del alcohol en relación con otras sustancias. El uso del alcohol en ésta



población se correlacionó con un desajuste psicosocial severo (Crawford, 1996; Modestin, 1997).

En otro orden, Valencia y Cols. (1997) encontraron que el funcionamiento psicosocial de los pacientes esquizofrénicos a 30 meses de seguimiento era mejor si cumplían con el uso de antipsicóticos lo cual evitaba la rehospitalización.

En los últimos años se ha hablado de la reincorporación de los pacientes esquizofrénicos a su núcleo familiar, social y laboral, ya que se comprobó que la reinstalación pronta a su medio, promueve una mejoría de la enfermedad y de su evolución, disminuye los días de hospitalización y las recaídas, previniendo en cierto grado el deterioro psicosocial (Crawford, 1996; Rascón, 1998; Valencia, 1997); dicha condición se cumple, siempre y cuando el paciente viva con familias de emoción expresada baja, pues si no es así, ocurre todo lo contrario (Lagomarsino, 1990).

La esquizofrenia no ocupa el primer lugar en las causas de muerte por lo que nunca fue considerada como una prioridad en la atención de la salud, pues "nadie se muere de esquizofrenia, sino con esquizofrenia". El sujeto esquizofrénico tiene una larga vida pero con una mala calidad de la misma. Esto nos invita a reflexionar sobre el papel que debemos jugar los profesionales del área de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales) para la "reinserción" de estos pacientes a su actividad cotidiana. El término de "Funcionamiento Psicosocial" (Weissman, 1975; Valencia, 1985; Valencia, 2001 Cap. X y XIII) que abarca el desempeño en las áreas social, ocupacional, económica, familiar y sexual, ha sido cada vez más empleado, debido a la creciente necesidad de implementarlo lo más tempranamente posible en estos pacientes. Sin embargo, no hay datos acerca del Funcionamiento Psicosocial en esquizofrénicos con algún tipo de consumo de alcohol, y por lo tanto, no se tienen estrategias para mejorar la atención médica y la calidad de vida en esta población.

2.1. Relevancia científica y pertinencia.

Si bien existen investigaciones que asocian el consumo de alcohol y enfermedad mental (Díaz, 1991, 1992), el panorama epidemiológico respecto al consumo de alcohol en México ha cambiado en los últimos años (Secretaría de Salud, 1998; Villatoro, 1999; Rojas-Guiot, 1999; Medina-Mora, 2000), por lo que existe una gran laguna respecto a un "nuevo" patrón de consumo de alcohol que de una u otra forma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

influye en el Funcionamiento Psicosocial del paciente esquizofrénico. Dicha pregunta debe ser respondida para así plantear programas de prevención, alternativas de tratamiento y de reincorporación del paciente esquizofrénico a su medio social, familiar y laboral.

En otro orden, la edad de inicio del consumo de alcohol es cada vez a más temprana edad (Secretaría de Salud, 1998; Villatoro, 1999), si se relaciona con la edad de inicio de la esquizofrenia que también se presenta a edades tempranas (15-16 años habitualmente) (Hambrecht, 1996) entonces se plantea otra pregunta a responder: ¿el inicio de la esquizofrenia induce al consumo de alcohol? ó ¿el consumo de alcohol promueve más rápidamente el inicio de la esquizofrenia?. Por tal motivo se diseñó este trabajo para responder estas interrogantes y plantear respuestas adecuadas a las necesidades de la población.

2.2. Preguntas de Investigación:

1. ¿Cuál es el Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos?
2. ¿Cuál es la frecuencia de asociación de la esquizofrenia con los diferentes tipos de consumo de alcohol?
3. ¿Cuál es el orden de aparición entre la esquizofrenia y algún tipo de consumo de alcohol?
4. ¿Cuál es el grado de alteración del Funcionamiento Psicosocial en los pacientes esquizofrénicos con algún tipo de consumo de alcohol?
5. ¿El tiempo de evolución del consumo de alcohol y de la esquizofrenia afectará el Funcionamiento Psicosocial?
6. ¿Existen diferencias en la severidad de la esquizofrenia entre los pacientes abstemios, con consumo moderado, con consumo peligroso y dañino, con consumo perjudicial, con abuso y dependencia al alcohol, y ésta severidad afectará el Funcionamiento Psicosocial?

3. HIPÓTESIS

1. En los pacientes esquizofrénicos con algún tipo de consumo de alcohol está más deteriorado el Funcionamiento Psicosocial que en los pacientes esquizofrénicos que no presentan consumo de alcohol dependiendo de la severidad de la esquizofrenia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general.

Conocer la relación que existe entre el Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos de acuerdo a su consumo de alcohol, a la edad, al sexo y a la severidad de la esquizofrenia.

4.2. Objetivos específicos.

- 1. Determinar el Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos según el área ocupacional, social, económica, sexual-pareja y familiar.**
- 2. Identificar el tipo de consumo de alcohol del paciente esquizofrénico según el AUDIT, el CIE-10 y el DSM-III-R.**
- 3. Determinar la edad de inicio de la esquizofrenia y del consumo de alcohol por sexo.**
- 4. Determinar el Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos según el AUDIT; el CIE-10 y el DSM-III-R.**
- 5. Determinar el consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT, CIE-10 y DSM-III-R y su relación con el Funcionamiento Psicosocial.**
- 6. Evaluar el tiempo de evolución de la esquizofrenia y del consumo de alcohol y su relación con el Funcionamiento Psicosocial.**
- 7. Determinar la edad de inicio de la esquizofrenia y del consumo de alcohol y su relación con el Funcionamiento Psicosocial.**
- 8. Determinar la severidad de la esquizofrenia según el PANSS.**
- 9. Evaluar el Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos según el AUDIT, el CIE-10 y el DSM-III-R de acuerdo a la severidad de la esquizofrenia.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ESQUIZOFRENIA

1.1. Introducción

La Esquizofrenia es una enfermedad de evolución crónica que produce cambios en el comportamiento y el pensamiento del sujeto a los cuales se ha venido a llamar síntomas psicóticos. Para el manejo de la esquizofrenia se han utilizado varios tratamientos siendo uno de los primeros el tratamiento psicoanalítico el cual planteaba fuerzas inconscientes que alteraban la conciencia. Sin embargo, desde 1950 se dio un gran giro al tratamiento de la esquizofrenia con el descubrimiento de los antipsicóticos, existiendo hasta la fecha aproximadamente 30 clases de neurolépticos los cuales actúan principalmente sobre los síntomas positivos y unos cuantos sobre los síntomas negativos (risperidona y clozapina) (Ortega-Soto, 1997).

Varios de los estudios se han abocado a investigar la etiología de la esquizofrenia, sin encontrar una causa única, sino múltiples orígenes que se encadenan entre sí para producir el trastorno. También se han hecho muchos estudios de psicofarmacología para "curar", o más bien, para disminuir los síntomas psicóticos, muchos de ellos con grandes beneficios para estos pacientes, pero hasta la fecha, no se ha encontrado el medicamento ideal debido a lo complejo de la enfermedad.

1.2. Historia

Aunque desde hace varios siglos atrás, se habló de esquizofrenia, una de las primeras descripciones literarias aparece en 1832, realizada por Balzac en su novela "Louis Lambert", y poco después es bautizada con el nombre de "dementia praecox" por Benedict Augustin Morel, aunque existe controversia al respecto, pues otros le dan la paternidad a Kraepelin. Dicho término hacía alusión al deterioro que presentaban estos pacientes que en su mayoría eran jóvenes, diferenciándola así de la demencia que se presentaba en los ancianos (Garrabé, 1992). A lo largo de varios años se mantuvo este nombre, entre muchos otros, hasta llegar al que actualmente conocemos como "esquizofrenia" (Pérez-Rincón, 2001).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3. Epidemiología

Dentro de los trastornos psiquiátricos más frecuentemente diagnosticados están las psicosis y dentro de ellas, la más importante es la esquizofrenia (Hagnell, 1989). Uno de los primeros estudios epidemiológicos sobre esquizofrenia fue realizado en la isla de Bornholm donde reportaron una prevalencia de 0.67%, más frecuentemente observada en hombres jóvenes que en mujeres (Bojholm, 1989).

Tradicionalmente se ha descrito a la esquizofrenia como una enfermedad de la adolescencia y la juventud, sin embargo, existen estudios que mencionan 3 picos de presentación de la esquizofrenia: el primero, y el más importante, está entre los 16-25 años, el segundo entre los 46-50 años y el tercero en mayores de 65 años. También cambia la proporción hombre-mujer en los grupos extremos, pues en el grupo de 16-25 años la relación es 1.56:1, y en el grupo de 66-75 años la relación es de 0.38:1 (Bojholm, 1989).

Las prevalencias en cada grupo varían entre sí, en el estudio de la ECA (Epidemiologic Catchment Area) se reportó 1.2% para el grupo de 18-29 años, 1.5% para el grupo de 30-40 años, 0.6% para el grupo de 45-64 años y 0.2% en los mayores de 65 años (Regier, 1990).

Castle (1993) realizó un estudio epidemiológico al sureste de Londres, Inglaterra de 20 años de seguimiento y encontró que la incidencia de la esquizofrenia tardía era de 12.6 por 100.000 habitantes, además dichos pacientes presentaban mayores experiencias alucinatorias que trastornos en el pensamiento, con un buen ajuste ocupacional premórbido y mayor presencia del trastorno en mujeres que en hombres. Los autores sugieren que la diferencia en la presentación por sexo se debe a la disminución de los estrógenos en las mujeres y una disminución de los andrógenos en los hombres.

En México, Caraveo y Cols. (1996) reportó una prevalencia de 0.7% con diagnósticos sugestivos de esquizofrenia, afectando de igual manera a hombres y mujeres, predominando en el grupo de edad más joven. Asimismo, De la Fuente y Cols. (1997) menciona una prevalencia de 1 a 2% de esquizofrenia. Con estos datos, Valencia (2001, Cap. X), hace un cálculo aproximado para el año 2000 tomando en cuenta los resultados del Consejo Nacional de Población de 1998 y considerando a la población en riesgo de 15 a 65 años, llega al resultado que para ese año existieron en México de 619,550 a 1'239,101 sujetos con esquizofrenia.

Por otro lado, la tasa de muerte en las poblaciones psiquiátricas es más alta que en la población normal, 1.5 en hombres y 1.2 en mujeres (Hagnell, 1989). Muchas de estas se deben a suicidios, ocupando así el primer lugar con un porcentaje de 10 a 13%. Los esquizofrénicos con mayor riesgo son jóvenes blancos con altos niveles de funcionamiento premórbido y altas expectativas, así como los que reportaron desesperanza durante la entrevista. Otras variables para tomar en cuenta son los antecedentes de un episodio depresivo previo, con admisiones por depresión o ideación suicida, trastornos de identidad, sentimientos de deficiencia, solteros, divorciados o viudos, conciencia de enfermedad y temor a la "desintegración mental" (cita textual) entre otros; el riesgo va desde 4.1-44 veces más probabilidades de suicidarse. La relación hombre-mujer también es variable, sin embargo, se considera en un rango de 3:1 a favor de los hombres (Caldwell, 1990). Tomando en cuenta el subtipo de esquizofrenia, los pacientes con mayor riesgo de suicidio fueron los del subtipo paranoide (Fenton, 1991).

1.4. Etiología

Aunque no se sabe con exactitud cuál es la causa de la esquizofrenia, se han propuesto muchas teorías. Una de las más importantes ha sido la hipótesis genética. Sin embargo, también se ha prestado atención a otros factores que pueden causar esquizofrenia, dentro de ellos está la hipótesis medioambiental donde 2 son los factores principales: las complicaciones obstétricas y la exposición viral (Harrison, 1990).

1.4.1. Hipótesis genética.

Para realizar estudios de genética en esquizofrenia, se ha utilizado el modelo poligénico, involucrando algunos genes de pequeño efecto con un umbral para la enfermedad, sin embargo, existen muchos problemas para realizar el análisis génico por lo complejo de esta enfermedad. Uno de los problemas se debe a que muchos de los pedigríes no muestran patrones de transmisión Mendeliana, además, es difícil de encontrar muchos pedigríes con muchos miembros afectados, o bien, estos son inusuales y, por lo tanto, no generalizable a la enfermedad en estudio. Otro problema es la edad de inicio que es variable, así como las diferencias relacionadas al sexo, en la expresión de la variable fenotípica, en la penetrancia reducida, en la susceptibilidad significativa a las influencias medioambientales y en la mala asignación del diagnóstico. La heterogeneidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

alélica no es problema serio, pero si la heterogeneidad no alélica. Por tales motivos, antes de iniciar un estudio de este tipo se recomienda tener un diagnóstico preciso y confiable, un acceso a todas las fuentes de información clínica, con criterios pre-establecidos y una jerarquía para el diagnóstico (Weeks, 1990); así, también se recomienda una balanceada investigación de los aspectos genéticos de la esquizofrenia que incluya estudios familiares, de gemelos y de adopción (Kendler, 1993). Con estos antecedentes, se iniciaron estudios familiares, de gemelos monocigóticos y de adopción sugiriendo un 65% a 85% de susceptibilidad de la esquizofrenia atribuida a los genes; pero no sólo está involucrado un gen, sino varios genes que al expresarse de una u otra forma "condicionan" el inicio de la enfermedad (Tsuang, 1991). En tal sentido, Levinson (1998) investigó a 269 sujetos procedentes de 43 pedigrees, 126 de ellos tenían esquizofrenia, y encontró 5 regiones cromosómicas involucrados en la esquizofrenia: la región D2S410 del cromosoma 2q; la región D10S1239 del cromosoma 10q; la región D4S2623 del cromosoma 4q; la región D9S257 del cromosoma 9q; y la región D11S2002 del cromosoma 11q; todos ellos presentaron valores significativos a 8 marcadores de localización. Por otro lado, Crow (1999) hace un comentario sobre otras teorías que relacionan los aspectos genéticos de la lateralización del cerebro para la predisposición a la psicosis. Estas teorías se consideraron debido a que la psicosis está asociada con una substancial desventaja biológica que se traduce en una inhabilidad y una predisposición a la psicosis por dicha lateralización. Este autor menciona que dicha lateralización está más relacionada con los grados que con la dirección de la lateralización. La hipótesis de un solo gen para la asimetría cerebral está localizada en la región homóloga tanto del cromosoma X como del Y, lo que explica las diferencias entre los sexos, como la edad de inicio y los precursores premórbidos de la psicosis, así como las diferencias con la población general en relación a los grados de destreza manual, la capacidad verbal y la asimetría cerebral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.4.2. Hipótesis inmunológica.

La hipótesis inmunológica, surgió a raíz de que sujetos con esquizofrenia tenían el antecedente de una infección viral al momento del nacimiento o intra útero; en tal sentido se comenzó a estudiar el papel del sistema inmunológico en el estrés encontrando que, en sujetos sanos, el estrés podía condicionar el incremento del interferón alfa,

disminución de la producción de interleucina 2 y disminución de los receptores de interleucina 2 (Glaser, 1990). Asimismo, se ha reportado incremento de inmunoglobulinas en el líquido cefalorraquídeo. Aunque estos hallazgos indican la activación del sistema inmune secundario a una infección, también pueden indicar que un proceso autoinmune está involucrado en la enfermedad y en este caso se plantea la falla en el reconocimiento del propio tejido y en una subsecuente respuesta inmune destructiva (Kaplan, 1995).

Otros hallazgos reportados por McAllister y Cols. (1989) en la esquizofrenia son la presencia de linfocitos morfológicamente atípicos, deficiente producción de las células "natural killer", anormalidades en las células supresoras y el incremento de un subtipo de linfocitos, CD5 + B-linfocitos, que producen una activación autoinmune. Dichos estudios fueron encontrados en el 30% de los pacientes esquizofrénicos y sólo 6% en sujetos sanos; proponen los autores que dichos hallazgos sugieren un subtipo de esquizofrenia que tiene una causa genética y/o autoinmune.

1.4.3. Hipótesis viral.

La hipótesis viral surgió debido a investigaciones de infecciones intermedias estimuladas por las variaciones estacionales mostrando un alto riesgo en adultos jóvenes cuyas madres estuvieron en contacto con una epidemia de influenza A₂ en Copenhague durante el segundo trimestre del desarrollo fetal (Mednick, 1987). Por otro lado, Barr (1990) encontró mayores tasas de nacimiento de esquizofrénicos que la estacionalmente esperada, especialmente relacionada con los 6 meses de gestación. Stevens (1988), en uno de sus artículos, plantea la asociación esquizofrenia-esclerosis múltiple y sugiere la posibilidad de una infección viral en el período postnatal que actúa como agente neurotrópico alterando la interacción de la competitividad neuronal y ocupando estos lugares.

En resumen, podemos decir que la hipótesis viral se sustenta por los siguientes hallazgos: a) un número de nacimientos de pacientes en el invierno y a inicios de la primavera, sugiriendo una posible exposición viral en el útero materno; b) la asociación entre la exposición in útero a epidemias virales y el posterior desarrollo de esquizofrenia; y c) la presencia de gliosis, que es un proceso que se sabe que acompaña a la infección y a la inflamación en algunas áreas cerebrales de los pacientes esquizofrénicos.

1.4.4. Hipótesis de complicaciones obstétricas.

Los pacientes con historia de complicaciones obstétricas son más susceptibles de tener crecido los ventrículos laterales y más amplios los surcos corticales. Por otro lado, se asoció a los niños con bajo peso al nacer con mayor riesgo subsecuente de esquizofrenia, sin embargo, esto no explica por qué no hay un exceso de esquizofrenia en países con pobre desarrollo como el Caribe (Harrison, 1990).

Aunque estos reportes, probablemente son el resultado de una coincidencia de los factores de riesgo, la exposición a los virus, las respuestas inmunológicas anormales, las complicaciones obstétricas y los diferentes tipos de sufrimientos fetales, es necesario tomarlos en cuenta y hacer nuevas investigaciones en el futuro.

1.5. Fisiopatología

1.5.1. Teoría neuroanatómica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La búsqueda angustiosa de alguna alteración morfológica en el cerebro de los pacientes esquizofrénicos, llevó a los investigadores a hacer estudios de Tomografía Axial Computarizada (TAC), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Resonancia Nuclear Magnética (RNM) en estos pacientes con el fin de encontrar un patrón que nos sugiera la presencia de esquizofrenia; en estos intentos, Cazzulo (1989), mediante la TAC, estudió a 160 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia comparado con un grupo control de pacientes no esquizofrénicos encontrando crecimiento ventricular que era significativamente mayor en los pacientes esquizofrénicos que en el grupo control, además de presentar atrofia cortical difusa. Asimismo, encontraron una fuerte asociación entre la atrofia difusa y la conducta suicida. Los autores presumen que los hallazgos podrían indicar que la coexistencia de ambas anomalías, la ventricular y la cortical, identifican una forma severa de la enfermedad con resultados más pobres y un mayor riesgo suicida de los sujetos que la padecen.

Otra forma de investigar las alteraciones cerebrales, son las técnicas que miden la asimetría perceptual aplicando un estímulo a un campo visual o a un oído como parte de una dicotomía que es procesada inicialmente en las áreas receptoras primarias de un hemisferio cerebral. En los sujetos normales el procesamiento de la información al recibir un estímulo es más rápido y agudo en el campo sensorial opuesto al hemisferio especializado por lo que se piensa que la asimetría perceptual refleja el grado de

activación del mismo; con dichos antecedentes Wexler y cols. (1991) probaron que los pacientes esquizofrénicos tenían significativamente menor superioridad en el oído derecho cuando se encontraban activamente sintomáticos, en comparación con los sujetos sanos. Esto indica que los esquizofrénicos con mayor frecuencia escuchan el estímulo auditivo presentado a su oído izquierdo brindando evidencia de una disfunción del hemisferio izquierdo en la esquizofrenia, lo que es congruente con los hallazgos de este estudio.

Otras hipótesis para explicar los diferentes aspectos de la esquizofrenia son la hipótesis del neurodesarrollo que postula que las desviaciones en el desarrollo temprano del individuo, establece un fenotipo neuronal que predispone posteriormente al inicio de la esquizofrenia. Otras teorías propuestas de la etiología de la esquizofrenia son la que propone que los síntomas de la esquizofrenia emergen de las anomalías en la conexión neuronal. Y una tercera línea de investigación, que junta las 2 anteriores hipótesis en una sola es la Hipótesis de la red displásica la cual propone que la "desconexión" anatómica y fisiológica del cerebro del esquizofrénico adulto, está determinado por el desarrollo displásico del cerebro fetal. Esta "conexión" anormal entre las regiones cerebrales constituyen grandes redes neurocognitivas que se expresan en fases prepsicóticas y psicóticas de la esquizofrenia, existiendo como posibles factores de riesgo el medio ambiente y la genética para la formación displásica de estas redes (Bullmore, 1997).

Bogerts en 1993, hizo una revisión de 50 estudios sobre los hallazgos neuroanatómicos postmortem de pacientes esquizofrénicos y encontró que en cada uno de estos estudios reportaban alteraciones en diferentes estructuras anatómicas del cerebro siendo las más frecuentes las alteraciones del sistema neurotransmisor de la dopamina el cual presentaba una sub-actividad en las células del sistema nigroestriatal y mesolímbico; otros hallazgos consistieron en una disminución del flujo sanguíneo y en el metabolismo cerebral de los ganglios basales; pérdida celular y reducción tisular del volumen de las estructuras talámicas medias; anomalías estructurales del cuerpo calloso; reducción del flujo sanguíneo cerebral en la corteza frontal; reducción del volumen de la amígdala, del hipocampo y de la circunvolución parahipocámpica, con disminución en el número de células y en el tamaño celular de estas estructuras; alteraciones arquitectónicas en la corteza entorinal y cingulado; incremento de axones

verticales y disminución de interneuronas pequeñas en la circunvolución del cíngulo. El autor concluye que muchos de los estudios estaban basados en muestras pequeñas, por lo que deberían ser tomados como estudios preliminares. Las anomalías citoarquitectónicas y de falta de gliosis del sistema límbico así como la asimetría cerebral de estos pacientes, indica que estas anomalías estructurales pueden reflejar un trastorno en el desarrollo prenatal del cerebro y argumentar en contra de que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral degenerativa progresiva.

Sin embargo, Lieberman (1999) concluye que existe un proceso neurodegenerativo que se refleja en los síntomas psicóticos y que está más activo en los estadios tempranos de la enfermedad. Esta evidencia, como lo menciona este autor, se refleja en el nivel de funcionamiento premórbido, en el curso de la enfermedad, en los efectos de la sintomatología y en el tratamiento, así como, en los hallazgos de neuroimagen y de postmortem.

1.5.2. Teoría neurobioquímica.

La Hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia es una de las teorías más importantes relacionadas en la etiología de esta enfermedad. Dicha hipótesis se vio reforzada por el bloqueo de los receptores D2 de los medicamentos antipsicóticos que se atribuye a una reducción en la neurotransmisión de la dopamina. Las anomalías de la dopamina que se encuentra en la corteza prefrontal han sido implicadas en la fisiopatología de la esquizofrenia. Estos hallazgos han sido confirmados debido a la alteración de la lámina y el neurotransmisor específico el cual se traduce en una alteración de la innervación dopaminérgica del área 9 de la corteza prefrontal (Akil, 1999). Así, la reducción cortical de dopamina puede explicar las alteraciones en la cognición y la presencia de síntomas negativos como la anhedonia y la falta de motivación; el incremento de los niveles de dopamina en la región subcortical y sistema límbico, pudiera estar relacionado con los síntomas positivos como las alucinaciones y las ideas delirantes. La corteza prefrontal parece regular la neurotransmisión dopaminérgica subcortical y límbica, por lo que un déficit cortical primario produciría un incremento secundario en la dopamina subcortical y límbica. Otra hipótesis, es que un incremento inicial en los niveles de dopamina en la corteza prefrontal, lleva a una disminución progresiva en esta misma región (Kaplan, 1995).

La evidencia de la intervención de la dopamina en la esquizofrenia fue demostrada entre otros por Wong (1986) quien encontró en estudios de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) que existía mayor bloqueo de los receptores dopaminérgicos de los núcleos caudados en sujetos con esquizofrenia que en sujetos normales concluyendo que la esquizofrenia, por sí misma, está asociada con el incremento en la densidad del receptor D2 en el cerebro.

Otros neurotransmisores implicados en la esquizofrenia son la noradrenalina y la serotonina. Así, las alteraciones de la noradrenalina se relacionaron con la anhedonia o falta de interés que es característico de los pacientes esquizofrénicos, y las alteraciones en la neurotransmisión de la dopamina en la presencia de síntomas psicóticos (Kaplan, 1995).

Otras alteraciones neurobioquímicas encontradas en los pacientes esquizofrénicos al comparar los niveles de ácido homovanílico y de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol en el líquido cefalorraquídeo y en el plasma, fueron que existía aumento de los niveles del ácido homovanílico y del 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol en el líquido cefalorraquídeo y dicho incremento se relacionaba con las puntuaciones de los síntomas positivos y negativos del BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) condicionando el incremento de síntomas psicóticos (Pickar, 1990).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.5.3. Teoría psicosocial.

Como se ha podido observar hasta este momento, la esquizofrenia tiene un componente biológico importante el cual se relaciona con los diversos síntomas que presenta dicha enfermedad. Sin embargo, los factores psicosociales han cobrado igual importancia en los últimos años, proporcionando sustentos teóricos y clínicos para el inicio, mantenimiento, exacerbación y recaídas de la enfermedad como lo demuestran diversos artículos (Barrowclough, 1990; Brugha, 1993; Bellack, 1993). Estos factores psicosociales, se refieren al déficit o disminución en las habilidades de funcionar socialmente demostrado por un pobre repertorio de conductas sociales como la interacción con familiares, amigos y compañeros de estudio o trabajo; pobres redes sociales y menos recíprocas entre sí que se traduce en el incremento del criticismo y la hostilidad de parte de los familiares del paciente esquizofrénico y de su comunidad lo cual lleva a altas tasas de recaídas, aspectos que influyen en su funcionamiento psicosocial

(Tarrier, 1989; Leff, 1989, Vaughn, 1976). Otro término que surge es el de "emoción expresada" que se refiere al sobreinvolucramiento intenso y al criticismo excesivo entre los miembros de la familia y el paciente; el sobreinvolucramiento se expresa en intrusividad y niveles altos de ansiedad en el paciente y, la crítica implica intolerancia y desaprobación. Dichos síntomas se expresan (si es alta) con resentimiento, enojo, molestia, rechazo, descontento, culpa, o exagerada aflicción hacia el enfermo y a su enfermedad; estos sentimientos se relacionaron altamente con el incremento de las recaídas en los pacientes esquizofrénicos (Leff, 1980; Gabbard, 1994, Rascón y cols., 2001).

1.6. Clasificación

Clásicamente se reconocen en la esquizofrenia los síntomas positivos y negativos. Los síntomas positivos o productivos se caracterizan por ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y pensamiento y el comportamiento desorganizados.

Las **ideas delirantes** son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias, es una idea irreductible a la lógica y que provoca deterioro en la vida personal, social, familiar y laboral del sujeto.

Las **alucinaciones** son percepciones erróneas que ocurren sin ninguna estimulación externa del órgano sensorial.

El **pensamiento desorganizado, trastorno formal del pensamiento o pérdida de las asociaciones**, es valorado a través del lenguaje, por lo que se ha puesto énfasis en el **lenguaje desorganizado**. El sujeto puede "perder el hilo", saltando de un tema a otro; las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas (tangencialidad), y en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible (incoherencia o ensalada de palabras).

El **comportamiento desorganizado** puede manifestarse en varias formas que van desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible, además existen problemas de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la vida cotidiana como organizar la comida o mantener la higiene, o pueden presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (por ejemplo, masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (por ejemplo, gritar o insultar). El comportamiento

también puede ser **catatónico**, que algunas veces alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), o manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica); la resistencia activa a las ordenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico); el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica) (APA, DSM-IV, 1995; Kaplan, 1995).

Los síntomas negativos son la **alogia**, la **abulia** y el **aplanamiento afectivo**.

El **aplanamiento afectivo** se caracteriza por la inmovilidad y la falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal.

La **alogia o pobreza del habla**, se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución en los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla.

La **abulia** está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

Existen otros síntomas negativos como la **anhedonia** que es la incapacidad de disfrutar de las actividades que antes le eran placenteras al sujeto, y el **aislamiento social** que es el abandono o reducción importante de las actividades sociales y laborales (APA, DSM-IV, 1995; Kaplan, 1995).

Los síntomas positivos y negativos están distribuidos normalmente y son teóricamente independientes, representando dimensiones más que subtipos de esquizofrenia; además difieren en su asociación con el funcionamiento premórbido, con la historia familiar de enfermedad, con el perfil cognitivo y con los signos neurológicos; la magnitud de cada una de ellas es comparablemente alta en todos los estadios de la enfermedad, cambiando la visión de un estado negativo progresivo; son estables en ausencia de tratamiento y a lo largo de meses de terapia farmacológica; mejoran con los neurolepticos, especialmente los síntomas negativos. La distinción entre los síntomas positivos y negativos, aunque válido, es un modelo incompleto para la fenomenología esquizofrénica ya que debe incluir componentes depresivos y ansiosos no específicos (Kay, 1990).

Otro tipo de clasificación que nos aproxima al conocimiento de la esquizofrenia es

la propuesta por Crow quien lo divide en tipo I y II. La esquizofrenia tipo I se caracteriza por la presencia de síntomas positivos, buen funcionamiento premórbido, inicio agudo y respuesta adecuada a los neurolepticos. En el tipo II predominan los síntomas negativos, existe mal funcionamiento premórbido, el inicio es insidioso y existe resistencia a los neurolepticos (Crow, 1985; 1989).

La esquizofrenia presenta diferentes subtipos, y dependiendo de las características clínicas, se dividen en esquizofrenia hebefrénica (para el CIE-10) o esquizofrenia desorganizada (para el DSM-IV), paranoide, indiferenciada, catatónica y residual (APA, DSM-IV, 1995; CIE-10, 1992). Algunas veces no se puede llegar a un diagnóstico preciso del subtipo, pues los datos disponibles sugieren que la enfermedad se inicia con un período agudo en el que los subtipos no están completamente diferenciados, y tanto el diagnóstico como la subclasificación empiezan a hacerse más claros entre los primeros 5 y 10 años después de haberse iniciado el trastorno (Fenton, 1991).

a) Esquizofrenia paranoide.

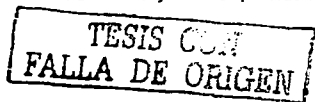
La característica principal del tipo paranoide de la esquizofrenia consiste en la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas.

Las **ideas delirantes** son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática, como son de celos, religiosidad o somatización. Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente.

También es habitual que las **alucinaciones** estén relacionadas con el contenido de la temática delirante.

Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira, puede predisponerle a la violencia.

El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para los otros tipos de esquizofrenia, especialmente en los aspectos laborales y a la capacidad de llevar una vida independiente (APA, DSM-IV, 1995).



b) Esquizofrenia hebefrénica.

La esquizofrenia hebefrénica, llamada por el DSM-IV (1995) como **esquizofrenia desorganizada**, es una forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos.

La **afectividad** es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondríacas y de frases repetitivas.

El **pensamiento** aparece **desorganizado** y el **lenguaje** es **divagatorio e incoherente**. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

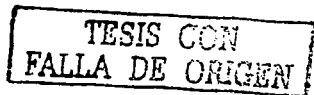
Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el **trastorno del pensamiento**. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos pueden hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento (CIE-10, 1992; APA, DSM-IV, 1995).

c) Esquizofrenia catatónica.

La característica principal del tipo catatónico de la esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

La **inmovilidad** puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor.

Aparentemente, la **actividad motora excesiva** carece de propósito y no está influida por estímulos externos.



Puede haber un **negativismo extremo** que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den.

Las **peculiaridades del movimiento voluntario** se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas.

La **ecotalia** es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona.

La **ecopraxia** consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. Otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlona.

Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser explicada por otras etiologías: inducida por sustancias, como el parkinsonismo inducido por neurolépticos; por una enfermedad médica, como las neoplasias o las hipercalcemias; o por un episodio maníaco o depresivo mayor con síntomas catatónicos (APA, DSM-IV, 1995).

d) Esquizofrenia indiferenciada.

La característica esencial del tipo indiferenciado de la esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el criterio A de esquizofrenia, pero no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico (APA, DSM-IV, 1995).

e) Esquizofrenia residual.

Este tipo de esquizofrenia se refiere cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos, como las ideas delirantes, las alucinaciones, el comportamiento o lenguaje desorganizados. Hay **manifestaciones continuas** de la alteración que se manifiestan por la presencia de **síntomas negativos**, como la afectividad aplanada, la pobreza del lenguaje o la abulia, o 2 o más **síntomas positivos atenuados**, como son el comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras. Si

existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas (APA, DSM-IV, 1995).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. ALCOHOL

2.1. Introducción

Uno de los problemas número uno de Salud Pública, se refiere al consumo de alcohol que causa importantes alteraciones en el seno familiar, social, laboral y personal del individuo, por tal motivo, se ha prestado mayor importancia en los programas de investigación. Pese a los muchos estudios sobre el alcoholismo, existen aún lagunas en el conocimiento, lo que condiciona continuar su estudio.

Además, el reconocimiento del abuso de alcohol y de otras sustancias, y de los problemas causados por ellos en los pacientes, son poco diagnosticados tanto en la medicina general como en la psiquiatría, esto no se debe a un error en la clasificación del alcoholismo, sino más bien a una falta de reconocimiento de que el alcoholismo es una "enfermedad" que produce alteraciones médicas y psicológicas, y por lo tanto, requiere un manejo integral del sujeto que la padece (Crum, 1994; Miller, 1991).

Jellineck (1960) fue el primero en proponer al alcoholismo como una enfermedad que ocasionaba daño al individuo, a la sociedad, o a ambos. Asimismo, mencionó que se caracterizaba por diferentes fases y síntomas que se podían dividir en: prealcohólica, prodrómica, crucial y crónica. Al considerarla como enfermedad propuso dividir al alcoholismo en 3 fases: *épsilon*, o alcoholismo periódico o dipsomanía; *gamma*, o alcoholismo con incremento en la tolerancia, metabolismo celular adaptativo, síndrome de dependencia y pérdida de control; y *delta*, que incluye los síntomas de la fase previa y se añade la incapacidad de la abstinencia. Posteriormente, Edwards y Gross (1976) introdujeron el término de "Síndrome de Dependencia al Alcohol" que no era una condición de "todo o nada" sino que podía presentarse en diferentes grados de intensidad a lo largo de la vida del sujeto alcohólico. Esta nueva manera de ver al alcoholismo, por un lado ha provocado diferencias entre los investigadores, y por el otro, ha promovido la aparición de nuevos términos para "afinar" el diagnóstico de alcoholismo, así como, sus implicaciones y alcances (Medina Mora, 1994).

Los estudios internacionales muestran, cada vez, un incremento en el consumo de alcohol a nivel mundial, uno de estos, es el reportado por Smart (1991) quien comparó los resultados de 1970 y 1980 encontrando un incremento del 3.6% de consumo de alcohol por habitante en el mundo entero. El incremento fue más en los países africanos y mucho menos en América del Sur y Oceanía. Asimismo, encontró una relación entre desarrollo

económico y consumo de alcohol. Una característica típica de los países en desarrollo como África, Asia, Oceanía y América Latina fueron el aumento o la estabilidad del consumo; sin embargo, en casi la mitad de los países de Europa y América del Norte se registraron aumentos del consumo de la sustancia.

2.2. Epidemiología

Según el reporte de la Secretaría de Salud de México (1986), uno de cada 8 adultos presentó problemas por su manera de beber y, alrededor de 2 millones de personas fueron consideradas como alcohólicas, esta manera de beber provocó, en dicha población, ausentismo laboral, accidentes de tránsito y laboral, gastos médicos elevados, suicidios, divorcios y homicidios o actos violentos en los que el alcohol estuvo presente.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones, en su capítulo de alcohol (Secretaría de Salud, 1993) reportó que el 25.4% fueron no bebedores, el 8.1% ex-bebedores y el 66.5 fueron bebedores. En el grupo de bebedores, el 53.7% de los sujetos fueron adolescentes que ingirieron bebidas alcohólicas durante los últimos 2 años. En cuanto al sexo, no existieron diferencias importantes entre los 2 grupos, así como en el estado civil. Respecto a la escolaridad, existió una tendencia al aumento de la proporción de bebedores, a medida que aumenta el nivel escolar. Al comparar las prevalencias de bebedores a nivel nacional (bebedores durante los últimos 2 años), los estados de Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas obtuvieron las prevalencias más altas de México con 78%; mientras que el menor índice se presentó en San Luis Potosí, Nuevo León y Tamaulipas con una frecuencia de 54.4%. La cerveza fue la bebida más frecuentemente consumida a nivel nacional (70.9%); en segundo lugar las bebidas destiladas (48.8%) y en tercero el vino de mesa (28%). Alrededor de la cuarta parte (23.4%) de los bebedores que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, lo hicieron hasta embriagarse. De ellos, el 7% fueron menores de edad y el 92.4% fueron adultos. El género masculino representó el 88.9% de la población que llegaba a la embriaguez, mientras que los sujetos de 26 a 34 años fueron los que tuvieron el riesgo más alto de embriagarse. Finalmente, el 9.4% de la población estudiada presentaron 3 o más de los síntomas considerados como indicadores de dependencia al alcohol.

La tercera Encuesta Nacional de Adicciones en su versión de alcohol (Secretaría de Salud, 1998), reportó que el 77% de los varones habían bebido en los últimos 12

meses y el 45% de las mujeres lo habían hecho en el mismo período; es también una práctica más común entre los grupos más jóvenes de la población siendo la edad más frecuente para iniciar el consumo de alcohol entre 18 y 29 años para las mujeres y entre 12 y 15 años para los hombres. Respecto al patrón de consumo, las mujeres consumen de poco frecuente a moderado, mientras que en los varones, sigue siendo el patrón característico el de beber en grandes cantidades por ocasión que ocurre mensual o semanalmente; de la misma manera, el porcentaje más alto se encuentra más frecuentemente en los grupos más jóvenes. Finalmente, encontraron una correlación entre la cantidad de alcohol consumido y la manifestación de dependencia y de problemas sociales, en ambos casos el índice de problemas aumenta conforme se incrementa la frecuencia o cantidad de alcohol.

Otro estudio realizado en estudiantes de la ciudad de México por Villatoro y Cols (1999) indica que el 54% de los adolescentes han usado alcohol alguna vez en su vida y un 30% los han consumido en el último mes. En cuanto al nivel educativo, en la secundaria el 21.1% de los adolescentes ha consumido alcohol en el último mes, en las escuelas técnicas se encuentra en el 39.3% y en los bachilleratos en el 46.3%. En cuanto a la edad de consumo de alcohol, el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menos de la mitad de los que tienen 18 años o más. Asimismo, un porcentaje importante (49.8%) de adolescentes de 17 años —menores de edad— han bebido alcohol en el último mes. Por último, el 23% de los encuestados consumieron 5 copas o más por cada ocasión de consumo, al menos una vez al mes, representando esto conductas de riesgo que se evidenció en que el 3% reportó haber manejado un coche o motocicleta mientras bebía o justo después de haber bebido, el 5% había tenido accidentes como caídas, fracturas o golpes. El autor concluye que uno de los pilares dentro de la prevención es el involucramiento de los maestros quien es una figura a quien se escucha cuando da un consejo, intervención en los padres para consolidar y desarrollar autoestima de sus niños así como definir reglas y normas claras en cuanto a la educación, finalmente incentivar a actividades deportivas y culturales extraclase, así como actividades conjuntas padre-hijo relacionadas con las tareas escolares.

Rojas-Guiot y Cols (1999) hicieron un estudio en estudiantes de Pachuca encontrando que el 47.9% de los encuestados había probado alcohol alguna vez en su vida, el 20.9% lo había hecho en el mes anterior a la encuesta y el 12.6% lo había hecho

en grandes cantidades. Otras variables estudiadas fueron las referidas a las actividades que realizan en su tiempo libre al cual respondieron los estudiantes que no bebían alcohol que practicaban deportes, ayudaban en casa, hacían la tarea y salían de paseo con su familia; los estudiantes que consumían alcohol salían más frecuentemente con amigos, no hacían nada y se aburrían o bien acostumbraban ir a beber con sus amigos en sus ratos libres, asimismo reportaron más conflictos familiares evidenciado por peleas entre sus padres, solicitaron ayuda por estos conflictos e intentaron alguna vez separarse de sus padres. Los autores concluyen que el número de jóvenes que han probado bebidas alcohólicas se ha mantenido más o menos estable, sin embargo, existe un aumento de sujetos que habían bebido en el mes anterior. Por otro lado, el problema del consumo de alcohol se debe a muchos otros factores como la disponibilidad de la sustancia, la falta de actividades en su tiempo libre y problemas o distanciamiento familiar.

Los patrones de consumo de alcohol en la población mexicana varían según el sexo, la edad, la posición social y otros más. Medina-Mora (1988) describió el patrón de consumo de alcohol mediante un estudio de encuesta de hogares e hizo la comparación con una población de origen mexicano que vivía en los Estados Unidos (México-americanos); reportó que el consumo de alcohol entre los mexicanos es poco frecuente pero en grandes cantidades en cada ocasión llegando frecuentemente a la embriaguez; mientras que los México americanos consumían más frecuentemente bebidas alcohólicas, como los americanos, pero, manteniendo las altas cantidades de consumo por ocasión, como lo hacen los mexicanos, siendo uno de los principales problemas la cirrosis hepática. Concluye esta autora que se requieren mayores investigaciones sobre las modificaciones de las actitudes hacia el alcohol, así como, el efecto de la aculturación en dicha población.

En este sentido, Room, como lo menciona Medina-Mora (1994), hizo una caracterización de las diferentes culturas como "secas" o "húmedas". De acuerdo a esta clasificación, los sujetos presentarán diferentes actitudes frente al consumo de alcohol y también existirán variaciones en los problemas relacionados con su consumo. El consumo "intenso" en una cultura "húmeda", con altos niveles de consumo per cápita, es típicamente frecuente; esta forma de consumo se asocia a tasas más altas de cirrosis hepática y a tasas menores de muerte por envenenamiento con alcohol, de violencia y

problemas relacionados con el consumo. El consumo intenso en culturas "secas", reflejado en niveles bajos de consumo per cápita, tiende a ser poco frecuente, pero cuando se consume, suelen ingerirse en grandes cantidades. Esta forma de consumo conlleva tasas más bajas de cirrosis hepática, tasas más altas de envenenamiento con alcohol, violencia y otros problemas sociales. La forma de consumo más frecuente de la población mexicana se ubica en el grupo de países "secos": el consumo frecuente es raro, y el consumo excesivo es más bien episódico, provocando altos índices de intoxicaciones y hechos violentos, sin embargo, contrario a lo esperado, existen altas tasas de cirrosis hepática, sobre todo en la población masculina.

Existe la evidencia de que el consumo per cápita de alcohol es uno de los indicadores más utilizados para evaluar el nivel de consumo de una población, además de estar en estrecha relación con algunos problemas médicos como la cirrosis hepática. Esta se obtiene como resultado de la suma de la venta más las importaciones, menos las exportaciones, dividido entre la población general mayor de 15 años. De acuerdo a esto, se espera que sociedades con niveles altos de consumo per cápita de alcohol, también tendrán niveles altos de problemas, y aún más, que una reducción en el volumen total circulante disminuirá el número de bebedores y el de bebedores problema. Sin embargo, en la práctica esta medida no es la más útil, pues en México, el consumo per capita de alcohol según los datos de 1994 fue de 5 litros de etanol, pero las tasas de muerte por cirrosis hepática son las más altas del mundo (Medina-Mora, 1994; Poikolainen, 1995; Rosovsky, 1996). Esto nos lleva a pensar que existen otros mecanismos por el cual el alcohol actúa en la población mexicana, uno de ellos son los aspectos culturales que se refieren a los patrones, creencias, costumbres, modos y formas de vida particulares de un grupo que los distinguen de otros (Berruecos, 1988). Otros son la producción y la venta clandestina de bebidas alcohólicas, o bien la producción y venta de bebidas nativas como el pulque y la chicha, situación que ha sido mencionada por varios autores (Campillo, 1992; Medina-Mora, 1994).

2.2.1. Alcohol y comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas.

La asociación de consumo de alcohol con otras enfermedades psiquiátricas (comorbilidad) ha sido documentada a lo largo de los años, es así que se ha visto que el riesgo para la admisión psiquiátrica en los grandes consumidores de alcohol (mayor a 250

gramos de alcohol por semana), fue más alto que los consumidores moderados (1-100 gramos por semana). La depresión mostró ser un factor de riesgo para el inicio del alcoholismo indicando una asociación entre depresión y alcoholismo (Andreason, 1991), pues en estos se encontró disminución del ácido homovanílico y del ácido gama-amino-butiárico en líquido cefalorraquídeo (Roy, 1991). Además estos pacientes tuvieron 2 veces menos probabilidad de recuperarse de la depresión si consumían alcohol (Mueller, 1994). Por otro lado, el riesgo de suicidio en dicha población es alto; Cornelius (1995) reportó hasta 59% de síntomas de ideación o planeación suicida en estos pacientes comparado con los deprimidos no alcohólicos. Este autor concluye que los pacientes con depresión y alcoholismo sufren de un efecto sinérgico y aditivo de 2 trastornos distintos, resultando en un nivel desproporcionadamente elevado de suicidio por encima de la evaluación psiquiátrica inicial. Otros estudios sobre el curso y evolución de esta comorbilidad, depresión y alcoholismo, mencionan que los síntomas depresivos remitieron más rápidamente entre los hombres con alcoholismo primario que entre aquellos con trastorno afectivo primario concluyendo que el diagnóstico de dependencia al alcohol y de trastorno afectivo sobre la cronología de síntomas, parece tener un buen pronóstico, estadísticamente significativo, con respecto a la remisión de síntomas depresivos en hombres con ambos diagnósticos, y que por lo tanto, es necesario hacer una buena diferenciación en el inicio de la enfermedad para establecer pronósticos y tratamiento óptimos (Brown, 1995; Schuckit, 1997).

Las diferencias según el género varían tanto en el patrón de consumo como en las consecuencias biológicas del uso de alcohol. Así, se ha visto que las mujeres tienen 4 veces más bajo el sistema enzimático para el metabolismo del etanol por lo que tienen un riesgo más alto de padecer las consecuencias nocivas del consumo excesivo de alcohol como la disfunción ginecológica y el Síndrome de Alcohol Fetal. También se ha encontrado en esta misma población trastornos depresivos, ansiosos y otras enfermedades psiquiátricas (Gearhart, 1991; Roberts, 1997).

Por otro lado, se ha visto un incremento en el número de pacientes ancianos con problemas relacionados al alcohol, siendo las principales quejas o patologías: las enfermedades hepáticas, la demencia, la confusión, la neuropatía periférica, el insomnio, las convulsiones de inicio tardío, la pobre nutrición, la incontinencia urinaria, la diarrea, la miopatía, el inadecuado autocuidado, la macrocitosis, la depresión, las fracturas y las

reacciones adversas a los medicamentos (Fink, 1996). En un estudio de veteranos masculinos que ingresaron a un hospital de tratamiento por abuso del alcohol, encontraron que el 54.1% de estos estaban asociados con otro diagnóstico psiquiátrico, siendo los más frecuentes el Trastorno Antisocial de la personalidad, los Trastornos Fóbicos y los Trastornos Depresivos. En cada uno de estos casos, la presencia del trastorno adicional aceleró el curso del problema del alcohol significativamente (Herz, 1990).

Otros estudios mencionan la relación estrecha que existe entre la enfermedad psiquiátrica y el abuso y dependencia al alcohol, en especial con los Trastornos de Ansiedad y Fóbicos en unos, y de 37% con algún trastorno mental en otros, con una razón de momios de 4.5 (Winokur, 1988; Regier, 1992; Lepola, 1994).

Kessler (1996) encontró razones de momios estadísticamente significativos que variaron desde 2.2 hasta 6.3 fuertemente asociados con dependencia al alcohol y algún trastorno psiquiátrico específico, con 78% de co-ocurrencia a 12 meses de seguimiento y, 80% para trastornos a lo largo de la vida. Dentro de los trastornos más frecuentemente asociados estuvieron la manía, los trastornos de conducta y la conducta antisocial del adulto. Por otro lado, este autor encontró que la enfermedad mental ocurría antes que el trastorno adictivo especialmente en los trastornos afectivos y de ansiedad, tanto en hombres como en mujeres, aunque el uso de alcohol era más probable de ocurrir primero en co-ocurrencia con los trastornos afectivos entre los hombres. Kessler concluyó que los médicos deben de considerar rutinariamente la posibilidad de una co-ocurrencia de trastornos entre pacientes que presentan una enfermedad mental y un trastorno adictivo.

En un estudio de seguimiento de 1 año de hombres alcohólicos con alguna enfermedad comórbida, encontraron que menos del 25% de los pacientes estuvieron abstemios, el 10% reportó haber bebido ocasionalmente y el resto reportó uno o más episodios de consumo excesivo, existiendo una diferencia significativa en el empleo de los sujetos, pues quienes presentaban conducta antisocial estaban más desempleados. Por otro lado, los pacientes que presentaron comorbilidad con Depresión, fueron más veces hospitalizados que los otros grupos (Powell, 1992). Otros estudios en hombres alcohólicos encontraron una más alta frecuencia de co-ocurrencia con la depresión y el trastorno de personalidad antisocial con 36% y 24% respectivamente (Penick, 1994).

Stack (1995) encontró que los sujetos casados consumían menos alcohol y que el abuso de dicha sustancia era un gran predictor de intentos suicidas.

En México, los estudios sobre consumo de alcohol asociado a enfermedades psiquiátricas son escasos, dos de estos estudios realizados en pacientes psiquiátricos de un hospital general de México, concluyeron que el consumo de alcohol considerado como no excesivo para poblaciones no psiquiátricas, tendía a ocasionar importantes problemas en los enfermos psiquiátricos; por otro lado, las enfermedades psiquiátricas más frecuentemente asociadas con el abuso y dependencia al alcohol fueron los Trastornos de Ansiedad, las Disfunciones Sexuales, los Trastornos Afectivos y la Farmacodependencia (Díaz, 1992; 1994).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3. Etiología

2.3.1. Teoría genética.

En otro orden, existe una alta prevalencia de comorbilidad de Trastornos psiquiátricos entre los pacientes con dependencia a sustancias, ambos diagnósticos son confusos y de tratamiento complicado. Los resultados de estudios familiares, de gemelos y de adopción indican la existencia de un riesgo específico y heredable para la dependencia al alcohol independientemente de otras enfermedades psiquiátricas, e incluso, de otras dependencias de sustancias (Dinwiddie, 1993).

2.4. Fisiopatología

Farmacología y Metabolismo del alcohol.

El alcohol etílico o etanol es el ingrediente activo de la cerveza, el vino, el whisky y otras bebidas alcohólicas. La concentración de alcohol en sangre se expresa en miligramos o gramos de etanol por decilitro. Así, 340 ml de cerveza, 115 ml de vino ligero y 43 ml (un trago) de una bebida de 80 grados contienen aproximadamente 10 gramos de etanol; medio litro de una bebida de 86 grados contiene aproximadamente 160 g y un litro de vino contiene aproximadamente 80 g de etanol (Harrison, 1994). Se absorbe tanto en el estómago como en el intestino delgado y su presencia puede ser demostrada en la sangre 5 minutos después de su ingestión, y la máxima concentración se alcanza a los 30 a 90 minutos. La ingestión de leche y alimentos grasos impide la absorción del alcohol por el estómago y el intestino. El agua, en cambio la facilita. La velocidad de absorción se

incrementa en persona a quienes se han practicado gastrectomías existiendo además concentraciones sanguíneas más altas y más rápidas que en individuos con estómago intacto (Harrison, 1986).

El alcohol circula principalmente en el plasma y penetra en los diversos órganos del cuerpo, así como al líquido cefalorraquídeo, a la orina y al interior de los alvéolos pulmonares, en concentraciones que guardan una relación constante con la de la sangre (Harrison, 1986). Para el hombre medio, se ha calculado que el consumo de 180 ml de alcohol con estómago vacío producirá una concentración sanguínea de aproximadamente 100 mg/100 ml. Las concentraciones sanguíneas de alcohol logradas en las situaciones usuales de las bebidas en sociedad son, en promedio, de 50 a 75 mg/100 ml. Con esta concentración el estado subjetivo puede ser de tranquilidad agradable y ligero grado de sedación. Suelen aparecer signos manifiestos de borrachera en bebedores sociales con concentraciones entre 100 y 200 mg/100 ml e intoxicación intensa con concentraciones mayores de 200 mg/100 ml. Las concentraciones mayores de 400 mg/100 ml producen estupor, coma, o ambos; y las concentraciones mayores de 500 mg/100 ml suelen causar la muerte (Cecil-Loeb, 1977). La eliminación del alcohol se lleva a cabo por oxidación a dióxido de carbono, y se pierde menos de 10% a través de los pulmones, la piel y los riñones. La energía liberada por la oxidación del alcohol es equivalente a 7 Kilocalorías por gramo (Kcal/g) (Harrison, 1986).

El metabolismo del alcohol se lleva a cabo principalmente en el hígado, donde varios sistemas enzimáticos pueden oxidar el alcohol a acetaldehído independientemente. El más importante es el sistema de la alcohol deshidrogenasa (ADH) que se encuentra en el citoplasma del hepatocito y que utiliza como cofactor a la nicotinamida adenin-dinucleótido (NAD). El aumento de la relación entre cofactor reducido (NADH) y NAD (NADH:NAD) es el responsable de muchos de los trastornos metabólicos observados después de beber (Harrison, 1994). La segunda vía para la oxidación del alcohol utiliza la catalasa, que se encuentra en los peroxisomas y las mitocondrias, y una tercera utiliza el sistema oxidativo microsomal del etanol (SOME), localizado en los microsomas del retículo endoplásmico liso que es responsable del 10% o más de la oxidación del etanol. Probablemente el SOME no tiene mucha importancia en el metabolismo del alcohol en circunstancias normales, pero puede ser el responsable del aumento en la velocidad del metabolismo del alcohol que se observa en los alcohólicos. Por otro lado, el acetaldehído

se convierte en acetil coenzima (Acetil-CoA) y acetato por acción de la enzima acetaldehído-deshidrogenasa, que se encuentra en la mitocondria del hepatocito, y estos últimos son metabolizados por otras vías conocidas hasta obtener el dióxido de carbono y agua (Harrison, 1986).

El acetaldehído tiene un gran número de efectos bioquímicos únicos, y esto ha permitido pensar que podría ser el responsable de las manifestaciones de la intoxicación alcohólica. Sin embargo, su velocidad de oxidación es muy alta, y sobrepasa mucho la velocidad de oxidación de etanol a acetaldehído. Por esta razón, los niveles sanguíneos de acetaldehído permanecen bajos, aunque existan niveles altos de alcohol.

Una vez que se ha terminado la absorción y se ha logrado un equilibrio con los tejidos, el alcohol etílico es oxidado a un ritmo constante, en forma independiente de su concentración en la sangre (más o menos 150 mg de alcohol/Kg. de peso corporal por hora; o aproximadamente una onza de whisky; o bien, de 10 a 12 onzas de cerveza por hora).

El grado de oxidación del acetaldehído depende de su concentración en los tejidos. Este hecho es importante en relación con el empleo del disulfiram, fármaco que aumenta la concentración tisular necesaria para metabolizar una cierta cantidad de acetaldehído por unidad de tiempo. El paciente que está recibiendo disulfiram e ingiere alcohol, acumulará una cantidad excesiva de acetaldehído, por lo cual sufrirá náuseas, vómitos e hipotensión, en ocasiones muy intensos.

Muy pocos factores pueden acelerar el metabolismo del alcohol. Los alcohólicos crónicos metabolizan el alcohol más rápidamente que las personas normales. Los aminoácidos (especialmente la alanina), la insulina y la fructosa también favorecen el metabolismo del etanol, pero su uso clínico para acelerar la oxidación es limitado. Por otro lado, la inanición puede disminuir la velocidad del metabolismo del alcohol en el hígado. El alcohol también reduce la absorción de nutrientes como la glucosa, los aminoácidos, el calcio, el folato y la vitamina B₁₂, lo que puede contribuir a la deficiencia nutricional que caracteriza al alcohólico (Harrison, 1986).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Efectos Fisiológicos del alcohol.

a) Hígado.

El alcohol tiene efectos importantes sobre la función hepática. En el metabolismo de los lípidos, puede ocasionar hipertrigliceridemia, así como conducir hacia un hígado graso. Interfiere con el metabolismo de los carbohidratos produciendo hipoglucemias por deterioro de la gluconeogénesis. Cuando el etanol se oxida hay una generación simultánea de NAD reducida; como consecuencia el piruvato es convertido en lactato. De este modo, el alcoholismo puede dar como resultado niveles elevados de lactato sérico, ocasionalmente acidosis láctica y también hiperuricemia secundaria al efecto inhibitorio del ácido láctico sobre la excreción renal de ácido úrico.

b) Riñón y sistema endocrino.

El alcohol produce un aumento en la excreción urinaria de fosfato y magnesio, lo que causa disminución de los niveles séricos de estos iones y aumento en la excreción urinaria de amonio. En los alcohólicos se puede producir acidosis metabólica por acumulación de metabolitos ácidos como la beta-hidroxibutirato, y acidosis respiratoria por una acción directa del alcohol en el centro respiratorio. También existen efectos sobre la excreción del agua por una supresión transitoria de la liberación de la hormona antidiurética (ADH) en el sistema supraóptico-hipofisario que se traduce en diuresis. La diuresis se presenta sólo durante la fase inicial de la administración de alcohol y no persiste durante periodos largos.

Parece ser que el alcohol también inhibe la liberación de vasopresina y oxitocina en el hipotálamo y la neurohipófisis. También produce anomalías en el metabolismo de la testosterona por acción central (hipotálamo-hipófisis) y gonadal del alcohol.

c) Corazón y circulación.

El alcohol tiene efecto directo sobre la excitabilidad y contractilidad del músculo cardíaco. Con dosis intoxicantes hay elevación en la frecuencia y gasto cardíacos, en las presiones del pulso y sistólica, además de vasodilatación distal a expensas de la vasoconstricción esplácnica. El aumento en la sudación y la vasodilatación causa pérdida de calor corporal y disminución de la temperatura. También hay pruebas que indican que el beber en exceso coincide con mayor vulnerabilidad a las arritmias. Algunos autores

afirman que el consumo regular de alcohol aumenta el riesgo de hipertensión. También se ha observado disminución de las lipoproteínas de alta densidad que disminuyen la frecuencia de infarto al miocardio y accidente vascular cerebral.

d) Aparato gastrointestinal.

En concentraciones bajas, el alcohol estimula las células parietales de la mucosa gástrica que producen ácido por liberación de gastrina en la región antral, o tal vez hace que los tejidos formen o liberen histamina. Con la ingestión de alcohol en concentraciones mayores de 10 a 15%, aumenta la secreción de moco lo que hace que la mucosa se congestione y se haga hiperémica, y la secreción de ácido se deprima.

e) Efectos hemopoyéticos.

El alcohol tiene efecto directo sobre las células de la médula ósea que se manifiesta con un aumento en la vacuolización de las células precursoras de los eritrocitos y de los leucocitos, disminución en el número de plaquetas y disminución del hierro sérico.

f) Efectos sobre la conducta.

Los efectos más obvios del alcohol se localizan en el sistema nervioso. Se acepta que el alcohol no es un estimulante, sino un depresor del sistema nervioso central. Algunos de sus primeros efectos son manifestados por locuacidad, agresividad, actividad excesiva y aumento de la excitabilidad eléctrica de la corteza cerebral que simulan un estado de estimulación debido a la acción inicial del alcohol que es deprimir ciertas estructuras subcorticales, como la formación reticular alta, que por lo común modulan la actividad de la corteza cerebral. Con el aumento en la cantidad de alcohol, la acción depresora se difunde y abarca las neuronas cerebrales corticales directamente, al igual que otras neuronas cerebrales y espinales.

Los efectos de la ingestión aguda de alcohol sobre la conducta (entre 1 y 6 onzas) en personas no adictas, afectan la posición de pie, el control del habla y los movimientos oculares los cuales son más lentos que lo normal, menos seguros y desordenados.

El alcohol también interfiere con la eficacia de la función mental y con el proceso de aprendizaje que se vuelve más lento y menos efectivo. El individuo no es tan versátil como de costumbre para dirigir el pensamiento hacia nuevas líneas que ayuden a

resolver un problema. Por último, el alcohol interfiere con la facultad de juzgar y discriminar, y con la eficacia de pensar y razonar con claridad (Harrison, 1986).

2.5. Clasificación

Los distintos tipos de clasificaciones sobre el consumo de alcohol surgidos hasta el momento, obedecen a criterios de investigación realizados por la Organización Mundial de la Salud, mediante la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión; por la Asociación Psiquiátrica Americana mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico en su cuarta versión, y por estudios surgidos de investigaciones epidemiológicas, clínicas o genéticas. En tal sentido, haremos una breve descripción, definición y clasificación de algunos de estos conceptos.

- a) **Bebedor social.** Se refiere a patrones de consumo de alcohol aceptados en los grupos sociales en que ocurren, aunque muchas veces, la aceptación social del consumo de alcohol se asocia a un número importante de consecuencias adversas (Medina-Mora, 1986).
- b) **Consumo moderado.** Es el consumo de alcohol que generalmente no causa problemas ni para el usuario ni para la sociedad. Definir qué cantidad de alcohol no causa problemas es complicado, por las diversas formas en que afecta a diferentes personas. El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, 1992) de los Estados Unidos, establece como límite del consumo moderado la ingestión de no más de una copa por día para la mayoría de las mujeres y personas de edad avanzada, y no más de 2 copas para la mayoría de los hombres.
- c) **Uso riesgoso o consumo peligroso.** Se refiere a un patrón de consumo ocasional, repetitivo o persistente y que conlleva un alto riesgo de daño a la salud (CIE-10, 1992).
- d) **Uso dañino.** Implica un patrón de uso que ya ocasionó algún daño, sea este físico como la hepatitis, o bien mental como la depresión que se observa en los bebedores fuertes (CIE-10, 1992).
- e) **Consumo perjudicial.** Es aquel consumo que afecta la salud física o mental del consumidor; asimismo, califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no cumple con los criterios de dependencia (CIE-10, 1992).

f) **Abuso de alcohol.** Se define abuso como el punto a partir del cual el uso de la sustancia constituye un riesgo significativo de ocurrencia de una enfermedad como hepatitis, cirrosis, pancreatitis, etc. (CIE-10, 1992). La Asociación Psiquiátrica Americana, mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (APA, DSM-IV, 1995), define el abuso de alcohol como un patrón desadaptativo manifestado por incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas, así por ejemplo conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez. El beber alcohol puede causar problemas legales como detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol. Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un periodo continuado de 12 meses.

g) **Dependencia del alcohol.** La característica esencial de la dependencia al alcohol, consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. La dependencia se define como un grupo de 3 o más síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses:

Tolerancia, es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

La **abstinencia** es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración de alcohol en la sangre o los tejidos, disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esta sustancia. Después de la aparición de los

síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos. Los síntomas de la abstinencia son: hiperactividad autonómica, como la sudoración o la taquicardia; temblor distal de manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o alucinaciones; agitación psicomotora; ansiedad y; crisis convulsivas.

El **uso compulsivo** se refiere al consumo de alcohol en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido. El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de alcohol. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de dicha sustancia.

Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas son abandonadas o reducidas debido al consumo del alcohol. El sujeto puede abandonar sus actividades familiares o hobbies con tal de consumir el alcohol, o bien, estar más tiempo con amigos que consuman la sustancia. Otro dato presente es que, a pesar de reconocer un problema psicológico o fisiológico, como síntomas depresivos o lesiones orgánicas, la persona continúa consumiendo la sustancia (APA, DSM-IV, 1995).

Cloninger y Cols. (1987) hicieron una clasificación del alcoholismo en tipo I y tipo II. Dicha clasificación consideró las diferencias de los síntomas del alcoholismo, los patrones de herencia y las características de la personalidad. Así, se definió a los alcohólicos tipo I aquellos que tenían la característica de ser hombres, con antecedentes familiares de mujeres alcohólicas (madres, hermanas o hijas alcohólicas), que iniciaron su alcoholismo después de los 25 años, con problemas de salud, de pareja o de autocuidado relacionado al alcohol, además de historia de arrestos, violencia y abuso de otras drogas. El tipo II se caracterizó por estar presente en hombres que tenían familiares masculinos que eran alcohólicos, que tenían incapacidad de abstenerse al alcohol y que iniciaron su alcoholismo antes de los 25 años, asimismo, tenían características de trastorno de personalidad antisocial, con historias de violencia con y sin alcohol, arrestos por alcoholismo y de abuso de drogas ilegales. Por otro lado, el alcoholismo tipo I tenía una rápida progresión del abuso leve a la dependencia severa con o sin criminalidad; el tipo II se caracterizó por causar problemas legales y sociales por el abuso del alcohol, y los

perfiles de la personalidad incluyeron un perfil de alta búsqueda de la novedad, una baja de la evitación al daño y una baja de dependencia a la recompensa (Cloninger, 1987; Gilligan, 1988). Aunque esta clasificación suena muy atractiva, Irwin (1990) sugiere mayores estudios con el uso del Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (ITC) entre los alcohólicos en tratamiento para re-evaluar la relación entre el puntaje de alcoholismo tipo II, la historia clínica, el curso y resultado a 3 meses y un año de seguimiento.

Bucholz (1996), intentó identificar subtipos de alcohólicos usando el análisis de clase latente en 2551 familiares de probandos alcohólicos, reportando 4 clases de alcohólicos: la clase 1, bebedores sin problemas (39.6% hombres y 50% mujeres); la clase 2, alcohólicos leves, que se caracterizaban por pérdida del control en el consumo de la bebida, beber más de lo planeado, tolerancia, sentimientos de culpa sobre la forma de beber y uso peligroso, entre otros (-1.8% hombres y 28.7% mujeres); clase 3, o alcohólicos moderados, que presentaban problemas sociales, de salud y emocionales (18.9% hombres y 14.6% mujeres); finalmente, la clase 4, que eran alcohólicos severamente afectados, con incapacidad de parar de beber, apetencia hacia la sustancia y problemas de salud y emocional (9.7% hombres y 6.7% mujeres). La clase 3 y 4 se relacionaron con el diagnóstico de dependencia al alcohol según el DSM-III-R. Concluye el autor que el alcoholismo no está diferenciado en perfiles de síntomas y más bien está en un continuum de severidad de la enfermedad.

2.6. Tratamiento

No existe evidencia consistente en que el tratamiento intensivo en pacientes hospitalizados, sea mejor que en los pacientes tratados en la consulta externa (Poikolainen, 1995), sin embargo, existe evidencia que muestra que el tratamiento intensivo en pacientes internados fue más efectivo que el tratamiento poco intensivo de pacientes de la consulta externa, aunque los resultados son contradictorios unos con otros, se muestra claramente mejores resultados en pacientes abstemios después del tratamiento intrahospitalario (37%) que en pacientes externos de doble A (16%) (Walsh, 1991).

En México, han existido algunas experiencias de modelos terapéuticos para el abordaje del tratamiento y rehabilitación del alcohólico, uno de ellos se realizó en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hospital Psiquiátrico del Seguro Social (citado por Elizondo, 1988), el cual consistía en un modelo de prevención terciaria del alcoholismo encaminada hacia la motivación de la abstinencia permanente y a una psicoterapia re-educativa con el objeto de mejorar sus ajustes personales, familiares, laborales y sociales. Paralelamente existía un programa que incorporaba a los familiares el cual consistía en la orientación, información y re-educación con el objeto de un cambio de las actitudes del familiar hacia el alcoholismo del paciente. Otra experiencia en el manejo del paciente alcohólico es la del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) que funciona desde 1977 hasta la fecha. Dicho centro incluyó en su tratamiento un abordaje psicoterapéutico individual y familiar y la psicofarmacología, aunque, debido a las características de la población atendida, ha sufrido algunos obstáculos como la poca adherencia a los tratamientos, el pobre apoyo de los familiares y el no ver al alcoholismo como una enfermedad tanto de quien la padece como de sus familiares y red social. En fin, los diversos modelos de atención del paciente alcohólico surgidos hasta la fecha, se pueden resumir en un abordaje multidisciplinario, psicoterapéutico, psicofarmacológico, re-educativo, de involucramiento familiar, tratamiento integral de las complicaciones orgánicas y psiquiátricas, rehabilitación y finalmente la adhesión a un grupo de autoayuda (Alcohólicos Anónimos) (Elizondo, 1988; Central mexicana de servicios generales de A.A., AC., 1989; Edwards, 1986).

3. ESQUIZOFRENIA Y ALCOHOL

Los pacientes con dependencia a sustancias y trastornos psiquiátricos tienen mayor predisposición a presentar más dificultades que aquellos con trastornos psiquiátricos puros, es decir, los pacientes con diagnóstico dual presentan mayores rehospitalizaciones, aumento del suicidio, conducta violenta, encarcelación por problemas con la ley, infección por VIH y mortalidad temprana (Ross, 1994; Anthenelli, 1994; Jonson, 1995; Drake, 1994; Lipsitz, 1994; Crawford, 1996). En un estudio prospectivo de 4 años en 66 pacientes esquizofrénicos, se encontró que la severidad de la dependencia al alcohol y el uso de otras drogas fueron mayores en aquellos con historia familiar de alcoholismo (Noordsy, 1994).

Respecto a las drogas que los sujetos esquizofrénicos prefieren, están las drogas con efectos estimulantes como la cocaína, las anfetaminas y el alcohol; estas drogas incrementan el riesgo de psicosis especialmente en aquellos con una vulnerabilidad a una psicosis. Como mecanismo de acción, se ha postulado una disregulación del sistema dopaminérgico para explicar la similitud entre la psicopatología de la esquizofrenia y la psicosis inducida por drogas; asimismo, se han postulado como factores de riesgo la vulnerabilidad genética, la prominencia de los síntomas negativos, los efectos colaterales de los medicamentos, los factores psicosociales y el bajo nivel socioeconómico de estos pacientes precipitando así la presentación de nuevos episodios de psicosis. (Miller, 1994; Sterling, 1994; Crawford, 1996).

Otra hipótesis sobre el diagnóstico dual, es la propuesta por Khantzian (1985), "la hipótesis de la automedicación", quien sugirió que el uso de drogas podía en forma aguda disminuir algunos síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, siendo el efecto crónico de las sustancias, el deterioro psicológico de estos pacientes.

Otro factor de riesgo biológico potencial, involucra a los medicamentos usados en la esquizofrenia, pues los neurolépticos en su primera fase pueden disminuir algunos de los efectos de las drogas abusadas, particularmente de los estimulantes, y los efectos crónicos de los neurolépticos parecen reforzar sus propiedades. Algunos estudios en roedores han demostrado que el tratamiento crónico con haloperidol incrementa los efectos de la cocaína. Además que los pacientes psicóticos a menudo reportan euforia a dosis bajas de cocaína. El mecanismo de esta respuesta enlazada se debe probablemente a una mayor regulación de los receptores postsinápticos de dopamina

secundario al bloqueo crónico de los neurolépticos (Kosten 1997).

Otra manera de ver la comorbilidad es desde el punto de vista genético, pues existen factores genéticos que han sido fuertemente relacionados con el alcoholismo y la esquizofrenia, sin embargo, pocas investigaciones han valorado el papel etiológico de estos factores cuando ambos trastornos ocurren en forma conjunta. En un estudio de gemelos realizado por Kendler (1985), encontró mayor predisposición genética a la esquizofrenia y al alcoholismo, no así a los factores ambientales que no están altamente relacionados, cosa que se contrapone a lo descrito por otros autores quienes encontraron cierta correlación con los estresores de la vida. Sin embargo, el abuso de otras drogas como los alucinógenos no encontraron ser causa de síntomas de esquizofrenia (Kosten, 1997).

Por otro lado, Cuffel (1994) estudió longitudinalmente a 103 sujetos con Esquizofrenia y con Trastorno Esquizoafectivo quienes presentaron uso de alcohol u otras sustancias, encontrando que el uso de drogas y alcohol estuvo asociado con futuras y concurrentes conductas violentas comparado con los esquizofrénicos sin uso de sustancias; el autor concluyó que la violencia estuvo particularmente elevada en los individuos con patrones de uso de polisustancias.

Referente al inicio de la esquizofrenia y del abuso de alcohol, Hambrecht (1996) encontró en una muestra de 232 pacientes esquizofrénicos que la edad de inicio del abuso de alcohol fue a los 22.6 años siendo más frecuentemente entre hombres que en mujeres; la edad de inicio de la esquizofrenia fue a los 17.7 años. El abuso de alcohol previo a la primera admisión por psicosis se presentó en 23.7% de los sujetos, mientras que en el resto, la esquizofrenia estuvo presente previamente, incluso con 4 episodios de hospitalizaciones previas al inicio del abuso de alcohol.

4. FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Valencia (1996, 1997, 1989, 2001 Cap. XIII) define al Funcionamiento Psicosocial como "los roles que desempeña el individuo en relación con otros individuos y en el medio ambiente en que se desenvuelve. Estos roles lo desempeña el sujeto en diversas áreas del funcionamiento psicosocial (ocupacional, social, económico, sexual y de pareja y familiar)".

El Funcionamiento Psicosocial surge debido al proceso de desinstitucionalización de los enfermos mentales de los nosocomios, quienes al encontrarse en la comunidad, sufrieron diversas dificultades para relacionarse con los demás, debido a que carecían de una vivienda, de un trabajo que le permitiera tener ingresos económicos para satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, vestimenta, etc.) y de un vínculo afectivo llámese pareja, amigos o familia para proporcionarle un soporte social (Valencia, 2001 Cap. XIII). Valencia (1997, 2001 Cap. XIII) hace una referencia sobre los factores psicosociales de los pacientes esquizofrénicos como las "características psicológicas o atributos del individuo, en este caso del paciente, y a su ambiente social que contribuyen de manera importante a la iniciación, evolución, tratamiento y seguimiento del trastorno esquizofrénico". Los factores que causan "problemas psicosociales" están incluidas en 5 áreas de funcionamiento: ocupacional, social, económica, sexual y de pareja y familiar.

Para entender el funcionamiento psicosocial de los pacientes esquizofrénicos, es importante analizar las dinámicas de grupo, las institucionales y las particulares que se aplican a estos pacientes. En este sentido, debe comprenderse individualmente a cada paciente, sus fantasías, su visión del ser y del mundo, así como, las necesidades generales de este tipo de enfermos, como su necesidad de mantener su "distancia" de los demás y la manera como desvían su creatividad de las necesidades del grupo (Fassino, 1992).

En un estudio longitudinal a 19 años de seguimiento se observó que los pacientes con síntomas negativos, presentaron una historia de mal funcionamiento premórbido, con un inicio de la enfermedad insidioso, permanecieron sintomáticos a lo largo del estudio así como desempleados. Para reportar los resultados, los autores dividieron a la muestra en 3 grupos según la evolución de los síntomas: los primeros rara vez fueron rehospitalizados, estuvieron levemente sintomáticos, fueron capaces de trabajar, casarse y socializar. Los del tercer grupo permanecieron severamente sintomáticos, socialmente

aislados y desempleados. Dentro del grupo de pacientes con mayor número de síntomas negativos y positivos, presentaron mayor riesgo para suicidarse. Los autores concluyen que los síntomas negativos tempranos en el curso de la esquizofrenia, pueden reflejar o señalar un proceso que lleva a largo plazo a la incapacidad funcional del sujeto (Fenton, 1991).

Los estudios sobre funcionamiento psicosocial en México se hicieron en población general (Valencia, 1989), en pacientes esquizofrénicos (Valencia, 1996; 1997, 1998, 1999, 1999, 2001 Cap. X y XIII, 2002, 2002; Díaz, 1996; 1998; 1999) y en pacientes cardiopatas (Sandoval, 1998).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, correlacional y transversal para identificar las características de cada una de las áreas del Funcionamiento Psicosocial en sujetos esquizofrénicos y su relación con el tipo de consumo de alcohol que presenta dicha población.

2. Población y muestra

La muestra se obtuvo de pacientes esquizofrénicos que acudieron a la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría (actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón De la Fuente").

Se estudiaron a 80 pacientes esquizofrénicos crónicos, psiquiátricamente estables quienes firmaron el consentimiento informado y se les aplicó la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS), la Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS) y la Prueba de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol (AUDIT) que es un instrumento de tamizaje.

3.1. Criterios de inclusión

1. Pacientes de ambos sexos con edades entre 16 y más años.
2. Educación primaria terminada.
3. Pacientes que reúnan los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo al DSM-III-R ó CIE-10.
4. Que el paciente cuente con dos o más familiares que tengan convivencia estrecha con el mismo.

3.2. Criterios de exclusión

1. Pacientes con alguna enfermedad física importante (epilepsia, esclerosis múltiple).
2. Pacientes con déficit cognoscitivos severos.
3. Pacientes que hubieran participado en un programa de rehabilitación para esquizofrenia anteriormente.



4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

4.1. Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS)

La EFPS (Valencia, 1986; 1989) fue creada para estudiar el funcionamiento psicosocial del individuo, su relación con otros y en un medio ambiente determinado, esto bajo el supuesto que toda sociedad tiene una serie de expectativas respecto a los roles que desempeña todo individuo. Este desempeño de roles lo realiza en las distintas áreas de su vida: ocupacional, social, económica, sexual y de pareja y familiar; estas áreas están comprendidas dentro de la escala a través de la cual se evalúa el funcionamiento psicosocial en términos de un continuo satisfacción-insatisfacción que reporta el individuo respecto a su desempeño de roles. La escala comprende un total de 35 reactivos y un sistema de calificación que incluye 5 niveles: 1= muy satisfecho; 2= satisfecho; 3= Neutral, indiferente; 4= Insatisfecho; 5= muy insatisfecho. Dicha escala fue validada con pacientes que acudían a la consulta externa de un centro de salud al sur del Distrito Federal mostrando correlaciones de todas las áreas superiores de 0.80 con una $p= 0.01$ en todas las correlaciones (Valencia, 1989).

La EFPS se ha utilizado en diversas investigaciones sobre todo en población esquizofrénica (Valencia, 1996; 1997, 1998, 1999, 2001 Cap. X y XIII, 2002, 2002; Díaz, 1996; 1998; 1999) y en pacientes cardiopatas (Sandoval, 1998).

4.2. Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)

La Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta o CIDI, por sus siglas en inglés (Composite International Diagnostic Interview), surgió de la necesidad de hablar un lenguaje común en el diagnóstico de enfermedades mentales, es así que fue desarrollado por investigadores de la Organización Mundial de la salud (OMS) y por la Administración de Salud Mental y Abuso de drogas y Alcohol de los Estados Unidos de Norteamérica (US Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration/ADAMHA). El programa se llamó "WHO/ADAMHA Join Project on Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcohol and Drug-Related Problems". El CIDI es una entrevista diagnóstica estandarizada diseñada para evaluar posibles casos psiquiátricos entre ellos la esquizofrenia y el abuso y dependencia al alcohol. Ha demostrado gran confiabilidad y consistencia en diversas poblaciones de todo el mundo (WHO, 1990; Wittchen, 1991).

El CIDI fue creado a partir de la Cédula de Entrevista Diagnóstica o DIS (Diagnostic Interview Schedule), cayendo ésta última en desuso por sus limitadas posibilidades diagnósticas. El CIDI fue diseñado en 1980 por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), como una herramienta epidemiológica para valorar los criterios diagnósticos del DSM-III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en tercera versión) de los Estados Unidos, del PSE (Present State Examination) y del CIE-8 (Clasificación Internacional de Enfermedades en su octava versión) de la OMS. El CIDI fue sustentado por el mismo diseño del DIS, por el mismo formato y el mismo modo de aplicación, sin embargo, el CIDI cuenta con la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y con el DSM-III-R (Robins, 1991; CIE-10, 1992; APA, DSM-III-R, 1987).

El CIDI ha sido probado en estudios de campo en el ámbito internacional para explorar la aceptabilidad transcultural del este instrumento, su factibilidad y confiabilidad test-retest obteniendo valores de kappa mayores a 0.9, por lo que este instrumento ha sido utilizado en estudios epidemiológicos, clínicos y de investigación con buenos resultados. La calificación y obtención de los diagnósticos del CIDI se realiza mediante un programa computacional especialmente diseñado para tal efecto (WHO, 1990; Robins, 1988; Wittchen, 1991).

En México, el CIDI ha sido usado en un buen número de estudios de población general de la ciudad de México (Caraveo y Cols., 1996) así como en otras ciudades (Díaz, 1994) y en población de nivel social bajo (Medina-Mora, 1997).

La versión del CIDI usada en este estudio, fue la versión 1.0 de 1990, que está basada en los criterios diagnósticos del CIE-10 y del DSM-III-R y que está compuesta de los siguientes reactivos:

- A. Datos sociodemográficos
- C. Trastornos somatomorfos
- D. Ansiedad/Pánico
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Fobia social
 - Fobia simple
 - Trastorno de pánico con agorafobia
 - Trastorno de pánico sin agorafobia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Agorafobia sin trastorno de pánico

E. Depresión

- Depresión Mayor, único episodio
- Depresión Mayor, único episodio, con características psicóticas, tipo melancólico.
- Depresión Mayor, único episodio, sin características psicóticas, tipo melancólico
- Depresión Mayor recurrente, sin características psicóticas.
- Depresión Mayor recurrente, con características psicóticas.
- Distimia

F. Manía

G. Esquizofrenia

H. Anorexia Nervosa

- Bulimia nervosa

I. Alcohol

- Abuso de alcohol
- Dependencia al alcohol

K. Trastorno obsesivo compulsivo

L. Medicinas/Drogas

- Abuso de cannabis
- Abuso de estimulantes
- Abuso de sedantes
- Abuso de opiáceos
- Abuso de cocaína
- Abuso de PCP
- Abuso de psicodélicos
- Abuso de inhalables
- Dependencia a cannabis
- Dependencia a estimulantes
- Dependencia a sedantes
- Dependencia a opiáceos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Dependencia a cocaína
- Dependencia a PCP
- Dependencia a psicodélicos
- Dependencia a inhalables
- Otros

M. Memoria

- Síndrome Orgánico Cerebral

N. Disfunciones sexuales

P. Observaciones del entrevistador

Sin embargo, para este estudio sólo se aplicaron los capítulos de Esquizofrenia y de Alcohol a los pacientes esquizofrénicos debido a que la investigación iba enfocada hacia ambos trastornos.

4.3. Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS)

La Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia o PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale), fue diseñada con el fin, entre otros, de medir la severidad de la esquizofrenia.

El PANSS consta de 30 reactivos distribuidos en 3 áreas: 7 reactivos en la subescala positiva que miden delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia-persecución y hostilidad; 7 en la subescala negativa que evalúa el afecto adormecido o embotado, la retirada emocional, la empatía limitada, la retirada social apática/pasiva, la dificultad para pensar en abstracto, la dificultad para la conversación fluida y el pensamiento estereotipado; y 16 reactivos en la subescala de psicopatología general que valora otros síntomas que pudieran estar presentes en el sujeto como la ansiedad, la depresión, la desorientación, la retirada social apática/activa, entre otros. Cada pregunta es calificada en grados de severidad que van del 1 al 7: 1= ausente; 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado; 5= moderadamente severo; 6= severo; 7= extremo. El puntaje mínimo obtenido es de 30 puntos y el máximo de 210 puntos (Kay, 1987).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se considera que una puntuación de 60 o más puntos, indica la presencia de psicopatología que requiere atención: 15 puntos en la subescala positiva, 15 en la negativa y 30 en la general.

La información para la calificación del PANSS se puede obtener mediante la entrevista clínica, de los reportes de enfermería y de los familiares del sujeto. Es importante esta variedad de fuentes de información para poder calificar adecuadamente algunos reactivos como la hostilidad y la evitación social activa, entre otros.

En los estudios farmacológicos, una reducción del 50% en el PANSS total con respecto a la calificación basal, indica buena respuesta al tratamiento.

El PANSS ha mostrado tener excelentes correlaciones en las 3 subescalas que van de 0.83 a 0.87 con alto grado de significancia ($p < 0.0001$), con una alfa de Cronbach de las escalas positiva y negativa de 0.74 y 0.69 respectivamente (Kay, 1988; Bell, 1992).

En México fue validado mostrando un coeficiente de correlación inter evaluador de 0.81 a 0.99 y un alfa de Cronbach de 0.92 (Herrera-Estrella, 1993).

4.4. Prueba de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol o AUDIT

La Prueba de identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) fue desarrollada en 1982 por un grupo de investigadores en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para identificar a personas con problemas tempranos por el uso de alcohol.

El AUDIT es un instrumento de tamizaje que nos aproxima a aquellos sujetos que probablemente tienen un problema en su consumo de alcohol, nos da una idea general sobre su patrón de consumo, e incluso nos proporciona la severidad del mismo, pero de ninguna manera podemos hacer un diagnóstico de dependencia al alcohol como lo hace el CIDI. La ventaja que tiene el AUDIT sobre el anterior, es que es un instrumento más sensible para detectar a los sujetos que están en riesgo de volverse alcohólicos, además de identificar algunos problemas ocasionados por el consumo de alcohol, sin ser necesario que exista ya un diagnóstico de abuso y dependencia o de consumo perjudicial y dependencia, según el criterio diagnóstico utilizado. En tal sentido, el AUDIT detecta patrones "incipientes" de consumo de alcohol, que a la larga pueden transformarse en entidades patológicas y con repercusiones serias sobre la salud del individuo (OMS, 1992).



Los resultados de la validación del instrumento de tamizaje AUDIT en México mostró una alta sensibilidad (80%) y alta especificidad (89%), con un valor predictivo positivo de 60% y un valor predictivo negativo de 90% (De la Fuente, 1992). Medina-Mora (1998) encontró un coeficiente de confiabilidad interna de 0.87, indicando una consistencia adecuada en la respuesta de los trabajadores.

El AUDIT ha sido usado en varios estudios en México tanto en población general, como en ambientes hospitalarios: salas de emergencia, hospitales generales y servicios de tercer nivel mostrando ser un instrumento sensible para la detección de sujetos consumidores de alcohol (Díaz R, 1994; Borges, 1997; Guevara-Arnal, 1995; Peña-Corona, 1996). Medina-Mora concluye que el AUDIT no solo es un instrumento útil para identificar personas en riesgo a volverse alcohólicos o bebedores problema, sino también ayuda a identificar a sujetos cuya forma de beber representa un riesgo de sufrir accidentes u otros problemas psicosociales relacionados a la intoxicación.

5. VARIABLES.

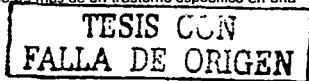
Todo sujeto esquizofrénico tiene un determinado Funcionamiento Psicosocial, que será "mejor o peor", en relación a otro esquizofrénico. Dicha variabilidad dependerá de muchos factores, entre ellos está la severidad de la enfermedad y la comorbilidad³ con otras enfermedades psiquiátricas como es el abuso y la dependencia al alcohol. Así, se ha planteado ciertas variables, que se considera son las más importantes, pero no las únicas, que modifican o que intervienen en el Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos.

La variable dependiente y de mayor interés, es el Funcionamiento Psicosocial de sujetos esquizofrénicos de acuerdo a su consumo de alcohol.

Dentro de las características de la esquizofrenia que tienen influencia sobre el Funcionamiento Psicosocial están:

- a) La edad de inicio de la esquizofrenia que se obtuvo del paciente o sus familiares.
- b) El tiempo de evolución de la esquizofrenia que está estrechamente relacionado con la severidad del mismo y éste a su vez con el tratamiento que reciben dichos pacientes.

³ Wittchen HU (1996) menciona a 2 autores que definen la comorbilidad de la siguiente manera: 1. Es el riesgo relativo para una persona con un trastorno a adquirir otro trastorno (Feinstein, 1970). 2. Es la presencia de más de un trastorno específico en una persona en un periodo definido de tiempo (Burke y cols, 1990).



Estas variables están en estrecha relación con el buen o mal Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, tal relación se ve afectada por otras variables como es el caso del consumo de alcohol.

c) Es bien conocido que el consumo de alcohol a niveles de consumo peligroso, dañino, perjudicial, abuso y dependencia, provoca en el sujeto deterioro en el orden social, laboral, físico y psicológico. El paciente esquizofrénico tiende a ser más vulnerable a dicha relación debido a que toma medicamentos (psicofármacos) que se contraponen con el alcohol, al menor control de impulsos, a una dificultad en la adaptación psicosocial, a una alta comorbilidad psiquiátrica y finalmente a una alta incidencia de problemas familiares, psicosociales y económicos (Díaz, 1992; Díaz, 1994; APA, DSM-IV, 1995; Kaplan, 1996; Stahl, 1996; Valencia, 1996; Valencia, 1997).

Es conveniente mencionar otras variables las cuales han sido determinadas como variables antecedentes, y se las ha clasificado en datos sociodemográficos y patológicos personales.

Dentro de las variables sociodemográficas, se consideró la edad, la cual se determinó por la proporcionada por el sujeto al momento del estudio; el sexo, que en la esquizofrenia es más frecuente en hombres que en mujeres (Kaplan, 1995; APA, DSM-IV, 1995; Valencia, 1996); la escolaridad, ocupación y estado civil, que en los pacientes esquizofrénicos se caracteriza por llegar hasta la secundaria, una gran mayoría de ellos están desocupados y son solteros (Kaplan, 1995; Valencia, 1996).

El segundo grupo de variables incluidas en el modelo (Patológicos personales), se refiere a la edad inicio del consumo de alcohol y el tiempo de evolución del mismo. El primero se tomó en cuenta sólo si el sujeto presentaba consumo de alcohol. El tiempo de evolución del consumo de alcohol se evaluó en años referido por el paciente.

El tipo de consumo de alcohol fue evaluado por los criterios diagnósticos (CIE-10 y DSM-III-R) y por el instrumento de tamizaje (AUDIT) y fue considerada como una variable interviniente debido a que por sí misma puede modificar el funcionamiento psicosocial del paciente esquizofrénico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. PLAN DE ANÁLISIS.

6.1. Operacionalización de variables

Las variables a utilizar, fueron operacionalizadas de la siguiente manera:

a) Antecedentes sociodemográficos.

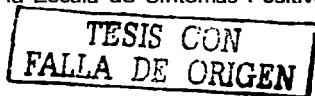
- Edad = Proporcionada por el paciente al momento del estudio. Para el análisis estadístico se dividió en grupos de edad de: 12-30; 31-45 y más de 46 años.
- Sexo = Hombres y mujeres.
- Escolaridad = Primaria, secundaria, preparatoria, técnico, profesional y número de años de estudio.
- Ocupación = Estudiante, empleado con remuneración, empleado sin remuneración, empleado eventual, desempleado, labores de casa. El empleo fue necesario subdividirla debido a que en esta población existían sujetos que trabajaban pero no recibían algún ingreso económico o que dicho trabajo era por temporadas cortas (semanas o meses).
- Estado civil = Solteros, casados, otros (separados y viudos).

b) Antecedentes Personales Patológicos.

- Edad de inicio del consumo de alcohol = Proporcionada por el paciente. Para el análisis de los resultados, se dividió en grupos de edad de 14-30; 31-45 y más de 46 años.
- Tiempo de evolución del consumo de alcohol (en años)= Identificada por el paciente o el familiar. Para el análisis de los resultados, se dividió en grupos de 5 años: 1-5; 6-10; 11-15; 16-20; mayores de 20 años. Esta división se realizó en forma arbitraria por el investigador y obedeció a fines netamente estadísticos para obtener los mismos grupos y comparar con el tiempo de evolución de la esquizofrenia.

c) Esquizofrenia.

- Edad de inicio de la esquizofrenia = Identificada por el paciente o el familiar. Para el análisis se dividió en grupos de edad: 12-30; 31-45 y más de 46 años.
- Tiempo de evolución de la esquizofrenia (en años)= Identificada por el paciente o el familiar. Para el análisis se agrupó en grupos de 5 años: 1-5; 6-10; 11-15; 16-20; mayores de 20 años.
- Severidad de la esquizofrenia = Se evaluó según la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS).



d) Alcohol.

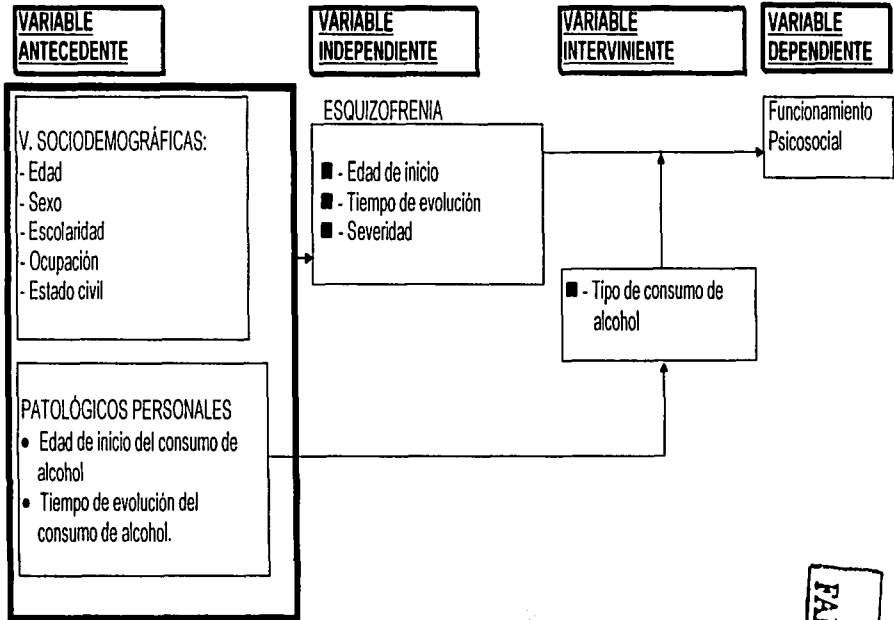
Consumo de alcohol = según el AUDIT y según los criterios diagnósticos del DSM-III-R y del CIE-10.

e) Funcionamiento Psicosocial.

Funcionamiento Psicosocial = valora el grado de satisfacción del sujeto tomando en cuenta 5 áreas: ocupacional, social, económica, sexual-pareja y familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO CONCEPTUAL



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

CAPÍTULO IV

Análisis estadístico

Para el análisis de los resultados, se utilizaron la χ^2 , la U de Mann-Whitney y la prueba t para describir las características de cada variable. Se compararon los niveles de funcionamiento psicosocial de acuerdo al tipo de consumo de alcohol mediante el análisis de varianza de una vía y, pruebas t y riesgo relativo cuando existieron 2 grupos. Asimismo, se comparó si existían diferencias en el funcionamiento psicosocial de acuerdo al tiempo de evolución de la esquizofrenia y el tiempo de evolución del consumo de alcohol, mediante el análisis de varianza de una vía (ANOVA) y Kruskal-Wallis.

Finalmente se comparó la relación entre el tipo de consumo de alcohol y el nivel de severidad de la esquizofrenia mediante el análisis de varianza de una vía (ANOVA).

CAPÍTULO V

Validación del AUDIT

Para la validación del AUDIT se utilizó el alfa de Cronbach para cada pregunta y para la escala total (ver Tablas 1 y 2) utilizando el programa de SPSS para Windows. Las preguntas que incluye el AUDIT son:

1. Frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas
2. Número de copas en un día típico
3. Consumo de más de 6 copas en la misma ocasión
4. No poder parar de beber una vez iniciado
5. Dejar de hacer actividades por estar bebiendo
6. Beber en la mañana siguiente después de beber en exceso el día previo
7. Sentirse culpable por beber
8. Olvidar algo que había pasado mientras estuvo bebiendo
9. Resultar lastimado por la ingestión de alcohol
10. Algún amigo, familiar o doctor se preocupó por la forma de beber.

Para encontrar un punto de corte adecuado para utilizar en población psiquiátrica, se hicieron varias pruebas estadísticas, la primera fue combinando las 3 primeras preguntas del AUDIT con los criterios diagnósticos del CIE-10 y del DSM-III-R (ver Tabla 3 y 4).

En cada una de ellas se analizaron la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo, el valor predictivo negativo, la tasa de falsos positivos, la tasa de falsos negativos y la tasa de clasificación errónea. Se decidió comparar el AUDIT con dichos criterios diagnósticos debido a que estos son criterios estandarizados y nos proporcionan un diagnóstico respecto al consumo de alcohol. Aunque, debemos de tomar en cuenta que el AUDIT no es un instrumento diagnóstico, sino de tamizaje como se mencionó anteriormente.

Así, se realizaron varios puntos de corte desde el puntaje de 0-1 hasta de 0-8 puntos para clasificar al sujeto dentro de un consumo bajo, en riesgo o peligroso (ver Tablas 5 y 6).

A esta prueba se la denominó "**prueba del semáforo o Quit AUDIT o prueba rápida**" (Medina-Mora, 1998) debido a que sólo toma en cuenta las 3 primeras preguntas que se refieren a frecuencia y cantidad del consumo de alcohol y que da una visión rápida del problema en cuestión. Es así que se dividió a los consumidores de alcohol en 3 categorías que se caracterizaron por los colores verde, ámbar y rojo. Los sujetos con consumo bajo o moderado fueron etiquetados con el color verde; los sujetos con consumo en riesgo fueron ámbar, y los sujetos con consumo peligroso fueron de color rojo (ver Tabla 5).

Una vez obtenidos los resultados, la prueba rápida se combinó con las restantes preguntas del AUDIT (preguntas del 4 al 10) para obtener el "**criterio 1-4**". Las preguntas del 4 al 10 del AUDIT proporcionan datos de problemas psicosociales y de dependencia. El criterio 1-4 consiste en colocar un puntaje de 1 a 4 puntos en las preguntas del 4 al 10 del AUDIT para determinar el tipo de consumo de alcohol que presenta dicho sujeto; de esta manera se dice que, si no hay problemas de consumo, o es un consumo bajo (es decir, de 0-2 puntos según la prueba rápida), y además no hay problemas psicosociales (según las preguntas 7-10 del criterio 1-4), ni dependencia (según las preguntas 4-6 del criterio 1-4), entonces se dice que el **consumo es bajo, que no presenta dependencia y además no tiene problemas psicosociales** (primer grupo). Un **consumo mayor con respecto al anterior, pero sin dependencia ni problemas psicosociales**, formó el segundo grupo. El tercer grupo, los formaron quienes tuvieron un **consumo similar que el anterior grupo, pero además presentaron problemas psicosociales pero sin dependencia al alcohol**, es decir, obtuvieron un puntaje de 1 hasta 4 en las preguntas del 7 al 10 del AUDIT. Finalmente, el cuarto grupo obtuvo, por lo menos, un punto en los **síntomas de dependencia (preguntas 4 al 6) además de problemas psicosociales**. De esta manera quedaron formados los 4 grupos:

Criterio 1-4

Consumo bajo sin Dependencia ni Problemas Psicosociales.

Consumo alto sin Dependencia ni Problemas Psicosociales.

Consumo alto con Problemas Psicosociales sin Dependencia.

Dependencia.

RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DEL AUDIT

Alfa de Cronbach.

Los artículos publicados hasta el momento, dan muestra de los resultados del AUDIT en población general y no así en población psiquiátrica. En tal sentido, para la validación de la escala en población psiquiátrica se aplicó el AUDIT a 80 sujetos esquizofrénicos obteniendo un alfa de Cronbach de 0.812 para el total de las 10 preguntas del AUDIT. El alfa de Cronbach para las 3 primeras preguntas fue de 0.785; para las preguntas 4, 5 y 6 fue de 0.449; y para las 4 últimas preguntas (7,8,9 y 10) fue de 0.701. Dichos resultados se compararon con los reportados por Medina-Mora (1998) en población general (Tabla 1).

TABLA 1

	Preguntas del AUDIT	Alfa de Cronbach*	Alfa no estandarizada de Cronbach*	Alfa de Cronbach**
Frecuencia, cantidad, 6 o más copas	1,2 y 3	0.798	0.785	0.87
compulsión, dejar de hacer algo, beber por la mañana	4,5 y 6	0.560	0.449	0.69
Culpa, olvidos, lesiones, preocupaciones	7,8,9 y 10	0.744	0.701	0.69
Total		0.852	0.812	0.87

*pacientes de la muestra

**población general (Medina-Mora, 1998)

Asimismo, se observó su media y su desviación estándar, la correlación total del ítem y, su afectación en el alfa de Cronbach si una de las preguntas no era tomada en cuenta (Tabla 2).

TABLA 2

Preguntas del AUDIT	Media (DE)	Correlación total del ítem	Alfa si el ítem es desechado
Frecuencia	0.61 (0.64)	0.59	0.78
Cantidad	0.53 (1.01)	0.63	0.77
6 o más copas	0.36 (0.71)	0.71	0.77
Compulsión	0.31 (1.23)	0.24	0.84
Dejar de hacer algo	0.17 (0.49)	0.53	0.79
Beber por la mañana	0.18 (0.55)	0.58	0.79
Culpa	0.23 (0.66)	0.57	0.78
Olvidos	0.13 (0.52)	0.47	0.80
Lesiones	0.20 (0.60)	0.57	0.79
Preocupaciones	0.45 (1.23)	0.52	0.80

El análisis incluyó al total de la muestra de abstemios y bebedores.
Coeficiente de confiabilidad: alfa = 0.81; alfa estandarizado = 0.85

Una vez obtenido el alfa de Cronbach, se utilizaron las 3 primeras preguntas y se combinaron con los criterios diagnósticos del CIE-10 y del DSM-III-R para obtener la **prueba rápida** que divide a los sujetos en *consumo bajo, en riesgo y peligroso*. Según esta división, se encontró que en el punto de corte de 0-2 puntos contra 3 o más, se obtuvo una especificidad adecuada para el AUDIT tanto con el CIE-10 como con el DSM-III-R (especificidad de 93.5 y 92.1 respectivamente), por lo que éste fue el primer punto de corte para considerar a los sujetos con consumo bajo. Para el segundo punto de corte se consideraron los mismos parámetros, en tal sentido se consideró como el punto de corte más adecuado el de 0-4 contra 5 o más para dividir a los sujetos de consumo en riesgo (3-4 puntos) de los sujetos de consumo peligroso (5-12 puntos) (especificidad de 96.8 y 93.7 respectivamente) (Tabla 3 y 4).

TABLA 3

AUDIT con CIE-10

Puntaje del AUDIT	S	E	VPP	VPN	TFP	TFN	TCE
0-1 vs 2 ó más	77.8	79	51.9	92.5	21.0	22.2	0.213
0-2 vs 3 ó más	72.2	93.5	76.5	92.1	6.5	27.8	0.113
0-3 vs 4 ó más	66.7	96.8	85.7	90.9	3.2	33.3	0.10
0-4 vs 5 ó más	44.4	96.8	80.0	85.7	3.2	55.6	0.15
0-5 vs 6 ó más	22.2	98.4	80.0	81.3	1.6	77.8	0.188
0-6 vs 7 ó más	11.1	100	100	79.5	—	88.9	0.20
0-7 vs 8 ó más	11.1	100	100	79.5	—	88.9	0.188

S= sensibilidad; E= especificidad; VPP= valor predictivo positivo; VPN= valor predictivo negativo; TFP= tasa de falsos positivos; TFN= tasa de falsos negativos; TCE= tasa de clasificación errónea

TABLA 4

AUDIT con DSM-III-R

Puntaje del AUDIT	S	E	VPP	VPN	TFP	TFN	TCE
0-1 vs 2 ó más	82.4	79.4	51.9	94.3	20.6	17.6	0.20
0-2 vs 3 ó más	70.6	92.1	70.6	92.1	7.9	29.4	0.125
0-3 vs 4 ó más	58.8	93.7	71.4	89.4	6.3	41.2	0.138
0-4 vs 5 ó más	35.3	93.7	60.0	84.3	6.3	64.7	0.188
0-5 vs 6 ó más	17.6	96.8	60.0	81.3	3.2	82.4	0.20
0-6 vs 7 ó más	5.9	98.4	50.0	79.5	1.6	94.1	0.213
0-7 vs 8 ó más	5.9	98.4	50.0	79.5	1.6	94.1	0.213

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También esta comparación entre instrumentos sirvió para comparar cuánta especificidad comparte un instrumento de tamizaje como es el AUDIT con un instrumento diagnóstico como es el CIDI (ver Tablas 9,10,11,12.1 y 12.2).

De esta manera, se consideró a los sujetos con "consumo bajo" a aquellos cuyo puntaje fue de 0-2 puntos; a los sujetos con "consumo en riesgo" de 3-4 puntos y; a los sujetos con "consumo peligroso" a aquellos que puntuaron de 5-12 puntos (Tabla 5).

TABLA 5.

Prueba rápida	
Consumo bajo =	0-2 puntos
Consumo en riesgo =	3-4 puntos
Consumo peligroso =	5-12 puntos

Prueba rápida.

Tomando en cuenta la **prueba rápida**, se encontró que 63 sujetos (78.8%) presentaron consumo bajo; 7 (8.8%) consumo en riesgo y; 10 sujetos (12.5%) consumo peligroso (Tabla 6).

TABLA 6

Prueba rápida (3 primeras preguntas)

		n	%
Verde	Consumo bajo	63	78.8
Ambar	Consumo en riesgo	7	8.8
Rojo	Consumo peligroso	10	12.5
Total		80	100

Criterio 1-4.

Considerando el **criterio 1-4**, se encontró que 56 sujetos (70%), presentaron consumo bajo, sin presentar dependencia ni problemas psicosociales; 4 sujetos (5%) presentaron un consumo mayor que el anterior grupo pero sin dependencia ni problemas psicosociales; ningún sujeto estuvo presente en el tercer grupo de consumo alto con problemas psicosociales pero sin dependencia, y en su lugar se presentó un nuevo grupo que tenía dependencia pero no presentaba problemas psicosociales (6.3%) (ver discusión); y finalmente, el grupo con dependencia y problemas psicosociales lo constituyeron 15 sujetos (18.8%) (Tabla 7).

TABLA 7

Criterio 1-4		
	n	%
Consumo bajo sin Dep. ni Prob. Psicosoc.	56	70
Consumo alto sin Dep. ni Prob. Psicosoc.	4	5
Consumo alto con Prob. Psicosoc. Sin Dep.	—	—
Dependencia sin Prob. Psicosoc.	5	6.3
Dependencia con Prob. Psicosoc.	15	18.8
Total	80	100

Dep.= Dependencia; Prob. Psicosoc.= Problemas Psicosociales

COMENTARIO DE LA VALIDACIÓN DEL AUDIT

Al hacer la validación del AUDIT llamó la atención que el puntaje total del alfa no estandarizado era adecuado (0.812), sin embargo, al analizar por grupos, se observó que el alfa más bajo lo obtuvo el grupo de las preguntas 4,5, y 6 con un alfa estandarizado y no estandarizado por debajo de lo esperado, haciendo ver que dichas preguntas no se relacionaban entre sí, sin embargo, al hacer la correlación total del ítem y su correlación en el alfa si alguna pregunta era desechada, se vio que la pregunta que llega a disminuir el alfa de la correlación total es la pregunta 4 del AUDIT que se refiere a la compulsión en la forma de beber. Esta baja correlación con dicha pregunta se puede deber a la mala interpretación de la pregunta por parte del sujeto respondiente o a una confusión del mismo al momento del responder. No existe una teoría específica para poder responder dicha pregunta, por lo que se sugiere que se tome en cuenta el buen entendimiento de la pregunta por parte del sujeto al momento de utilizar este instrumento. Sin embargo, se puede decir que el alfa en general llega a ser bueno para esta población.

Por otro lado, el motivo de comparar un instrumento de tamizaje como es el AUDIT con un instrumento diagnóstico como es el CIDI, fue el de dar un mayor peso a esta validación por lo cual se hicieron varias pruebas estadísticas utilizando las 3 primeras preguntas para finalmente considerar 2 puntos de corte que fueron los más adecuados (ver tabla 3 y 4). Se consideró las 3 primeras preguntas, que dan frecuencia y cantidad, porque son las más sensibles para "ubicar" de manera rápida a sujetos que tienen problemas en su forma de beber, esto hace que el instrumento sea mucho más corto, fácil de usar y práctico, hecho que permite hacer una rápida identificación de la forma de beber de un sujeto y ayuda a identificar a sujetos en riesgo a volverse alcohólicos (Medina-Mora, 1998). Finalmente, la validación del resto de las preguntas, permitió hacer una clasificación del tipo de consumo de alcohol relacionando los problemas psicosociales que se derivan del consumo de alcohol y la dependencia a la sustancia. Aquí llamó la atención que no se formó el grupo de *consumo alto con problemas psicosociales y sin dependencia al alcohol*, y en su lugar se formó un nuevo grupo bautizado como *Dependencia sin problemas psicosociales*, esto hace pensar que los

sujetos esquizofrénicos pese a tener un consumo excesivo, no llegan a tener problemas en su relaciones interpersonales y sociales, y más bien, les ayuda a dicha interrelación, esto es corroborado, más adelante, con el Funcionamiento Psicosocial. En este punto es necesario tener en cuenta a los neurolépticos y los síntomas negativos de la esquizofrenia que causan aplanamiento afectivo y que el alcohol, actuando como "euforizante" del ánimo, llega a disminuir dichos síntomas (estos resultados se ampliarán en los comentarios finales).

Con estas consideraciones, se puede decir que el AUDIT es un instrumento de tamizaje muy práctico por lo que se sugiere su amplia utilización en ámbitos psiquiátricos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO VI

RESULTADOS.

1. Características de los sujetos en la muestra:

El total de la muestra fue de 80 sujetos, de los cuales 57 fueron hombres y 23 mujeres (71.2% y 28.8% respectivamente). La edad media de los hombres fue de 30.53 años (DE= 7.45), y de las mujeres de 34.3 años (DE= 11.13); el promedio de edad en ambos grupos fue de 31.61 años (DE= 8.76). El 53.75% de los sujetos pertenecían al primer grupo de edad de 14 a 30 años; 40% al segundo grupo y 6.25% al tercero (Tabla 1).

TABLA 1

EDAD DEL PACIENTE

	Hombres (n = 57)		Mujeres (n = 23)		Total (n = 80)	
	n	%	n	%	N	%
14-30 años	31	54.4	12	52.18	43	53.75
31-45 años	24	42.1	8	34.78	32	40.0
46 años y más	2	3.5	3	13.04	5	6.25
Total	57	100	23	100	80	100
MEDIA	30.53 (DE=7.45)		34.3 (DE= 11.13)		31.61 (DE= 8.76)	

($\chi^2 = 2.618$; $gl = 2$; $p = 0.44$)

Respecto al estado civil, el 87.5% fueron solteros (50 hombres y 20 mujeres), el 6.3% fueron casados (3 hombres y 2 mujeres) y el 6.3% fueron separados o viudos (4 hombres y una mujer). En cuanto a la ocupación, sólo el 5% eran estudiantes, el 12.5% tenían un empleo con alguna remuneración, el 17.5% tenían un empleo pero éste no era remunerado y el 13.8% tenían un empleo eventual; el 38.8% eran desempleados y el 12.5% se dedicaban a las labores de casa (Tabla 2.1).

TABLA 2.1

Datos Sociodemográficos:

N = 80 sujetos

	Hombres (n = 57)		Mujeres (n = 23)		Total (n = 80)	
	n	%	n	%	n	%
Estado civil*						
• Soltero	50	87.72	20	86.95	70	87.50
• Casado o unión libre	3	5.26	2	8.80	5	6.25
• Otros	4	7.02	1	4.35	5	6.25
Ocupación**						
• Estudiante	3	5.27	1	4.34	4	5.00
• Empleado con remuneración	8	14.00	2	8.70	10	12.50
• Empleado sin remuneración	10	17.50	4	17.40	14	17.50
• Empleado eventual	9	15.80	2	8.70	11	13.8
• Desempleado	26	45.61	5	21.74	31	38.8
• Labores de casa	1	1.75	9	39.14	10	12.5

* $(X^2 = 0.497; \text{gl} = 2; p = 0.780)$

** $(X^2 = 21.726; \text{gl} = 5; p = 0.001)$

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En cuanto a los años de estudio, sólo una mujer (1.3%) tuvo una escolaridad menor de 6 años, siendo el mayor porcentaje, tanto en hombres como en mujeres, en el grupo de 7 a 9 años de estudio con 41.2% (33 sujetos) (Tabla 2.2).

TABLA 2.2

Años de estudio:

	Hombres (n = 57)		Mujeres (n = 23)		Total (n = 80)	
	n	%	n	%	n	%
Menos de 6 años	---	---	1	4.3	1	1.3
7-9 años	22	38.6	11	47.8	33	41.2
10-12 años	22	38.6	8	34.8	30	37.5
Más de 13 años	13	22.8	3	13.0	16	20.0
Total	57	100	23	100	80	100

($X^2 = 3.661$; $g = 3$; $p = 0.3$)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Funcionamiento Psicosocial por áreas mostró que se sentían más satisfechos en el área ocupacional (media= 2.46) y menos satisfechos en el área económica (media= 3.11) con una media de 2.72 en el funcionamiento psicosocial global (Tabla 3).

TABLA 3

**FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN EL ÁREA**

Área	Media	Mediana	DE
Ocupacional	2.46	2.28	0.55
Social	2.84	2.78	0.71
Económico	3.11	3.14	0.69
Sexual-pareja	2.61	2.42	0.68
Familiar	2.58	2.42	0.76
Global	2.72	2.64	0.51

Por otro lado, se obtuvo la edad de inicio y el tiempo de evolución de la esquizofrenia y del consumo de alcohol de todos los sujetos (Tabla 4).

TABLA 4

**EDAD DE INICIO Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN
DE LA ESQUIZOFRENIA Y DEL CONSUMO DE ALCOHOL**

Pac	Sexo	Edad	Edad de inicio de la esq	Tiempo de evol. de la esq	Edad de inicio del con. de alc	Tiempo de evol. del con. de alc
1	H	34	18	16	0	0
2	H	42	23	19	0	0
3	H	27	25	2	0	0
5	H	20	16	4	17	3
7	H	35	21	14	0	0
8	H	35	31	4	0	0
12	H	31	29	2	0	0
13	H	38	22	16	15	23
14	H	45	30	15	0	0
15	H	21	17	4	15	6
16	H	23	19	4	0	0
17	M	23	19	4	0	0
20	H	21	15	6	18	3
22	H	27	25	2	20	7
23	H	23	16	7	0	0
27	M	23	21	2	0	0
28	M	39	35	4	0	0
31	M	37	35	2	0	0
33	H	20	17	3	0	0
35	H	24	16	8	0	0
36	M	22	16	6	21	1
39	H	30	20	10	17	13
40	H	46	17	29	15	31
41	M	28	23	5	0	0
42	H	40	23	17	20	20
44	H	25	21	4	0	0
45	H	20	12	8	0	0
47	H	24	16	8	19	8
49	H	26	17	9	0	0
50	M	30	25	5	0	0
51	H	35	20	15	23	12
52	M	25	23	2	0	0
54	M	27	17	10	0	0
55	M	35	26	9	0	0
56	H	36	28	8	0	0
57	H	30	21	9	0	0
58	M	23	17	6	0	0
59	H	28	16	12	22	6
60	H	38	27	11	21	17
62	M	29	23	6	20	9

Pac	Sexo	Edad	Edad de inicio de la esq	Tiempo de evol. de la esq	Edad de inicio del con. de alc	Tiempo de evol. del con. de alc
63	H	37	29	8	27	10
66	H	32	30	2	31	1
68	H	32	24	8	0	0
69	H	25	20	5	16	9
70	M	30	27	3	0	0
72	H	21	16	5	0	0
73	H	21	16	5	0	0
75	H	29	27	2	0	0
80	H	36	18	18	0	0
98	H	26	24	2	20	6
101	H	30	20	10	0	0
102	M	39	30	9	0	0
103	M	69	48	21	0	0
104	H	43	33	10	18	25
105	M	34	32	2	19	15
106	M	51	35	16	27	24
107	M	52	20	32	0	0
108	H	35	28	7	15	20
109	H	19	17	2	17	2
110	H	39	25	14	0	0
111	H	21	14	7	0	0
112	M	40	20	20	37	3
113	H	28	26	2	0	0
114	H	25	23	2	19	6
115	M	36	28	8	18	18
116	M	38	36	2	0	0
117	H	32	23	9	22	10
118	H	39	21	18	16	14
119	H	23	17	6	0	0
120	H	32	23	9	0	0
121	H	27	20	7	22	5
122	H	39	30	9	25	14
123	M	30	21	9	0	0
124	H	40	35	5	27	13
125	H	46	20	26	0	0
126	M	29	21	8	0	0
127	H	24	22	2	15	9
128	H	39	18	21	18	21
129	H	28	18	10	21	7
130	H	36	20	16	14	22
Total	80	80	80	80	80	35

H= Hombre; M= Mujer; Pac= paciente; evol= evolución; esq= esquizofrenia; con= consumo; OH= alcohol.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

De la anterior tabla se excluyeron a los sujetos que no presentaron consumo de alcohol y que por lo tanto, no presentaban tiempo de evolución de tal consumo, obteniendo la siguiente tabla (Tabla 4.1).

TABLA 4.1

**EDAD DE INICIO Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN
DE LA ESQUIZOFRENIA Y DEL CONSUMO DE ALCOHOL**

N = 35 sujetos

Pac	Sexo	Edad	Edad de inicio de la esquizofrenia	Tiempo de evolución de la esquizofrenia	Edad de inicio del consumo de alcohol	Tiempo de evolución del consumo de alcohol
5	H	20	16	4	17	3
13	H	38	22	16	15	23
15	H	21	17	4	15	6
20	H	21	15	6	18	3
22	H	27	25	2	20	7
35	M	22	16	6	21	1
39	H	30	20	10	17	13
40	H	46	17	29	15	31
42	H	40	23	17	20	20
47	H	25	20	5	19	6
51	H	35	20	15	23	12
59	H	28	16	12	22	6
60	H	38	27	11	21	17
62	M	29	23	6	20	9
63	H	37	29	8	27	10
66	H	32	30	2	31	1
69	H	25	20	5	16	9
98	H	26	24	2	20	6
104	H	43	33	10	18	25
105	M	34	32	2	19	15
106	M	51	35	16	27	24
108	H	35	28	7	15	20
109	H	19	17	2	17	2
112	M	40	20	20	37	3
114	H	25	23	2	19	6
115	M	36	28	8	18	18
117	H	32	23	9	22	10
118	H	30	21	9	16	14
121	H	27	20	7	22	5
122	H	39	30	9	25	14
124	H	40	35	5	27	13
127	H	24	22	2	15	9
128	H	39	18	21	18	21
129	H	28	18	10	21	7
130	H	36	20	16	14	22
Total	35	35	35	35	35	35

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Respecto a la media de la edad de inicio de la esquizofrenia, los hombres iniciaron a los 22 años, con un rango entre 12 a 35 años; mientras que las mujeres tuvieron el promedio de inicio a los 26 años, con un rango de 16 a 48 años; es decir, las mujeres iniciaron más tardíamente la esquizofrenia siendo la diferencia estadísticamente significativa con la prueba t y con la U de Mann-Whitney. El mayor porcentaje de la muestra estuvo presente en el primer grupo de 12-30 años con el 93% en hombres y el 74% en mujeres. Sólo existió un sujeto de sexo femenino que inició la esquizofrenia después de los 46 años (Tabla 5).

TABLA 5

EDAD DE INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA

N= 80

	Hombres (n = 57)		Mujeres (n = 23)		Total (n = 80)	
	N	%	n	%	n	%
12-30 años	53	92.98	17	73.91	70	87.5
31-45 años	4	7.02	5	21.74	9	11.25
46 años y más	—	—	1	4.35	1	1.25
Total	57	100	23	100	80	100
Media	21.74 (DE= 5.22)		25.96 (DE= 7.92)		22.95 (DE= 6.36)	

(t= 2.573; p= 0.012); (U= 528.50; p= 0.019)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respecto al consumo de alcohol, se identificó a 35 sujetos (29 hombres y 6 mujeres) que habían consumido alcohol alguna vez en la vida o consumían al momento del estudio. La media de la edad de inicio del consumo de alcohol para los hombres fue de 19.48 años, con un rango entre 14 a 31 años; y para las mujeres fue de 23.67 años, con un rango entre 18 a 37 años. Cuarenta y cinco sujetos (56.3%) se consideraron abstemios y ningún sujeto inició el consumo de alcohol en el grupo de 46 años y más. No hubo diferencias significativas entre los sexos en la prueba t y en la U de Mann-Whitney, sin embargo, en esta última, existió tendencia a serlo ($p = 0.064$) (Tabla 6).

TABLA 6

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

N = 35

	Hombres (n = 29)		Mujeres (n = 6)		Total (n = 35)	
	N	%	n	%	n	%
14-30 años	28	96.55	5	83.33	33	94.29
31-45 años	1	3.45	1	16.66	2	5.71
46 años y más	---	---	---	---	---	---
Total	29	100	6	100	35	100
Media	19.48 (DE= 4.20)		23.67 (DE= 7.26)		20.2 (DE= 4.98)	

($t = -1.625$; $p = 0.112$); ($U = 504.50$; $p = 0.064$)

Al comparar la edad de inicio de la esquizofrenia contra la edad de inicio de exposición al alcohol, se observó que en el 69% de los sujetos se inició primeramente el consumo de alcohol. Respecto al sexo, existieron 6 mujeres de las cuales 2 iniciaron primeramente con la esquizofrenia y el resto (4 mujeres) iniciaron con el consumo de alcohol (Tabla 6.1).

TABLA 6.1

**COMPARACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO DE LA
ESQUIZOFRENIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL**

N = 35

	Exposición al Alcohol	
	Antes	Después
Esquizofrenia	24 (68.57%)	11 (31.43%)

El tiempo de evolución de la esquizofrenia mostró que 31 sujetos (21 hombres y 10 mujeres) (38.8%) tenían un tiempo de evolución de la esquizofrenia menor de 5 años, 30 sujetos (37.5%) de 6 a 10 años, 6 sujetos masculinos (7.5%) de 11 a 15 años, 6 hombres y 2 mujeres (10%) de 16 a 20 años y finalmente 3 hombres y 2 mujeres (6.3%) de más de 21 años. La media de años del tiempo de evolución de la esquizofrenia fue mayor en los hombres (8.78) que en las mujeres (8.34). No se encontraron diferencias significativas por sexo con la prueba t y con la U de Mann-Whitney (Tabla 7).

TABLA 7

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

	Hombres (n = 57)	Mujeres (n = 23)	Total (n = 80)
Menos de 5 años	21 (36.8%)	10 (43.5%)	31 (38.8%)
6 a 10 años	21 (36.8%)	9 (39.1%)	30 (37.5%)
11 a 15 años	6 (10.5%)	—	6 (7.5%)
16 a 20 años	6 (10.5%)	2 (8.7%)	8 (10%)
Más de 21 años	3 (5.3%)	2 (8.7%)	5 (6.3%)
Total	57 (100%)	23 (100%)	80 (100%)
Media	8.78 (DE= 6.16)	8.34 (DE= 7.46)	8.66 (DE= 6.52)

(t= -0.341; p= 0.735); (U= 601.50; p= 0.542)

Respecto al tiempo de evolución del consumo de alcohol, el grupo estuvo formado por 35 sujetos quienes habían consumido alcohol alguna vez en su vida o eran bebedores actuales. El mayor porcentaje se presentó en el grupo de 6 a 10 años con 12 sujetos (34.3%). En cuanto al sexo, se presentaron 6 mujeres y 29 hombres en el total de la muestra. La media del tiempo evolución del consumo de alcohol fue de 11.75 años para los hombres y 11.66 años para las mujeres. Al realizar la prueba t y U de Mann-Whitney no se encontraron diferencias entre los sexos (Tabla 8).

TABLA 8

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

	Hombres (n = 29)	Mujeres (n = 6)	Total (n = 35)
Menos de 5 años	5 (17.2%)	2 (33.3%)	7 (20%)
6 a 10 años	11 (37.9%)	1 (16.7%)	12 (34.3%)
11 a 15 años	5 (17.2%)	1 (16.7%)	6 (17.1%)
16 a 20 años	3 (10.3%)	1 (16.7%)	4 (11.4%)
Más de 21 años	5 (17.2%)	1 (16.7%)	6 (17.1%)
Total	29 (100%)	6 (100%)	35 (100%)
Media*	11.75 (DE= 7.74)	11.66 (DE= 8.93)	11.74 (DE= 7.82)

(t= -0.081; p= 0.938); (U= 83.0; p= 0.857)

2. Características del consumo de alcohol según el AUDIT y el CIDI:

Al comparar el tipo de consumo de alcohol según la prueba rápida del AUDIT, y tomando el sexo como variable, se observó que el 78.7% de nuestra población se ubicó en el grupo de *consumo bajo o moderado* (72% de hombres y 96% de mujeres). Habrá que hacer notar que este grupo está conformado por sujetos que beben menos de 2 copas por vez y sujetos abstemios. Seis hombres (11%) y una mujer (4%) presentaron *consumo en riesgo* y 10 sujetos masculinos (18%) y ninguna mujer presentaron *consumo peligroso*. Existió tendencia a la significancia estadística según el sexo ($p = 0.052$) (Tabla 9).

TABLA 9

TIPO DE CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS POR SEXO SEGÚN EL AUDIT
(Prueba del semáforo)

Tipo de consumo de alcohol	Hombres (n = 57)		Mujeres (n = 23)		Total (n = 80)	
	n	%	n	%	N	%
Consumo moderado	41	71.9	22	95.7	63	78.7
Consumo en riesgo	6	10.5	1	4.3	7	8.8
Consumo peligroso	10	17.5	—	—	10	12.5
Total	57	100	23	100	80	100

($\chi^2 = 5.921$; $gl = 2$; $p = 0.052$)

Al hacer la misma comparación del consumo de alcohol por sexo, esta vez con el CIE-10, encontramos que los sujetos *no casos* fueron el 77.5% (70% de hombres y 96% de mujeres). El diagnóstico de *dependencia* lo presentaron el 26% de hombres y el 4% de mujeres, el de *consumo perjudicial* el 4% de hombres y ninguna mujer. Se presentaron diferencias significativas según el sexo ($p = 0.047$) (Tabla 10).

TABLA 10

**TIPO DE CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS POR SEXO SEGÚN EL CIE-10**

Tipo de consumo de alcohol	Hombres (n = 57)		Mujeres (n = 23)		Total (n = 80)	
	n	%	n	%	n	%
No casos	40	70.2	22	95.7	62	77.5
Consumo perjudicial	2	3.5	—	—	2	2.5
Dependencia	15	26.3	1	4.3	16	20
Total	57	100	23	100	80	100

($\chi^2 = 6.134$; $gI = 2$; $p = 0.047$)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el caso del DSM-III-R, el grupo *no casos* fue de 78.7% (72% de hombres y 96% de mujeres), el de *abuso* de alcohol fue en el 7% de los hombres y el de *dependencia* en el 21% de los hombres y 4% de las mujeres. En el grupo de abuso al alcohol no existieron mujeres y en el de dependencia sólo existió una. No existieron diferencias significativas según el sexo (Tabla 11).

TABLA 11

**TIPO DE CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS POR SEXO SEGÚN EL DSM-III-R**

Tipo de consumo de Alcohol	Hombres (n = 57)		Mujeres (n = 23)		Total (n = 80)	
	n	%	n	%	n	%
No casos	41	71.9	22	95.7	63	78.7
Abuso	4	7.0	—	—	4	5.0
Dependencia	12	21.1	1	4.3	13	16.3
Total	57	100	23	100	80	100

($\chi^2 = 5.599$; $gl = 2$; $p = 0.061$)

Comparando el criterio 1-4 del AUDIT con el CIE-10, se observó que 52 sujetos (84%) que el CIE-10 los identificó como *No casos*, el AUDIT lo clasificó dentro del grupo de consumo bajo; los 2 sujetos que presentaron consumo perjudicial según el CIE-10 estuvieron presentes en el grupo de consumo bajo y de dependencia del AUDIT; finalmente 11 sujetos (68.8%) el CIE-10 y el AUDIT los identificó dentro del grupo de dependencia al etanol (Tabla 12.1).

TABLA 12.1

CRITERIO 1-4 DEL AUDIT Y CIE-10

Consumo de alcohol según el AUDIT	Consumo de alcohol según el CIE-10			Total (n = 80)
	No casos (n = 62)	C. perjudicial (n = 2)	Dependencia (n = 16)	
Consumo bajo	52 (83.9%)	1 (50.0%)	3 (18.8%)	56 (70%)
Consumo alto sin dep. ni prob. Psicococ.	2 (3.2%)	---	2 (12.5%)	4 (5.0%)
Consumo alto sin dep. con prob. Psicococ.	---	---	---	---
Dependencia sin prob. Psicococ.	5 (8.1%)	---	---	5 (6.3%)
Dependencia con prob. Psicococ.	3 (4.8%)	1 (50.0%)	11 (68.8%)	15 (18.8%)
Total	62 (100%)	2 (100%)	16 (100%)	80 (100%)

(C.= Consumo; Dep.= Dependencia; Prob. Psicococ.= Problemas Psicosociales)



Al comparar el criterio 1-4 del AUDIT con el DSM-III-R, se encontró que el 82.5% de los *No casos* del DSM-III-R, presentaron consumo bajo según el AUDIT; mientras que ambos instrumentos coincidieron con el diagnóstico de dependencia en el 69.2% (9 sujetos). Con el diagnóstico de abuso al alcohol se presentó uno con consumo bajo y 3 con dependencia (Tabla 12.2).

TABLA 12.2

CRITERIO 1-4 DEL AUDIT Y DSM-III-R

Consumo de alcohol según el AUDIT	Consumo de alcohol según el DSM-III-R			Total (n = 80)
	No casos (n = 63)	Abuso (n = 4)	Dependencia (n = 13)	
Consumo bajo	52 (82.5%)	1 (25.0%)	3 (23.1%)	56 (70%)
Consumo alto sin dep. ni prob. Psicococ.	3 (4.8%)	—	1 (7.7%)	4 (5.0%)
Consumo alto sin dep. con prob. Psicococ.	—	—	—	—
Dependencia sin prob. Psicococ.	5 (7.9%)	—	—	5 (6.3%)
Dependencia con prob. Psicococ.	3 (4.8%)	3 (75.0%)	9 (69.2%)	15 (18.8%)
Total	63 (100%)	4 (100%)	13 (100%)	80 (100%)

(Dep.= Dependencia; Prob. Psicococ.= Problemas Psicosociales)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

3. Relación entre el Funcionamiento Psicosocial y el consumo de alcohol

Las medias de cada una de las áreas del Funcionamiento Psicosocial fueron comparadas con la prueba rápida del AUDIT utilizando la prueba de análisis de varianza de una vía (ANOVA), y se observó que la media más baja fue el área familiar con el grupo de *consumo peligroso* (2.30), y la media más alta lo presentó el área social con el grupo de *consumo en riesgo* (3.61). Al hacer el análisis inter e intra grupos, el área social, el familiar y el global mostraron resultados estadísticamente significativos con $p < 0.05$ (Tabla 13.1).

Al hacer comparaciones posteriores mediante la corrección de Bonferroni, no se encontraron diferencias significativas en el área ocupacional, económica y sexual, mientras que en el área social existieron diferencias significativas debidas a la diferencia entre el grupo de consumo moderado y el de consumo en riesgo, así como al comparar el grupo de consumo en riesgo con el de peligroso, resultando que el consumo en riesgo tiene el peor funcionamiento psicosocial al presentar un promedio más alto en esta escala. También existieron diferencias significativas en el área familiar al comparar el grupo de consumo moderado con el grupo de consumo en riesgo, y al comparar el grupo de consumo en riesgo con el de consumo peligroso; finalmente, en el puntaje global también existieron significancias estadísticas dadas entre los grupos de consumo moderado con el de consumo en riesgo, así como entre el consumo en riesgo y el consumo peligroso, dichas diferencias fueron con $p < 0.05$ (Tabla 13.1).

ESTA TESIS NO SE
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 13.1

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN LA PRUEBA DEL SEMÁFORO DEL AUDIT
(Medias)**

Área	Consumo moderado N= 63	Consumo en riesgo N= 7	Consumo peligroso N= 10	Sig.	Comparaciones posteriores
Ocupacional	2.44	2.75	2.32	0.281	
Social	2.80	3.61	2.60	0.007	C. Mod < C. Riesgo C. pelig < C. Riesgo
Económico	3.07	3.51	3.10	0.289	
Sexual-pareja	2.61	2.78	2.48	0.680	
Familiar	2.54	3.30	2.30	0.018	C. Mod < C. Riesgo C. pelig < C. Riesgo
Global	2.69	3.19	2.56	0.029	C. Mod < C. Riesgo C. pelig < C. Riesgo

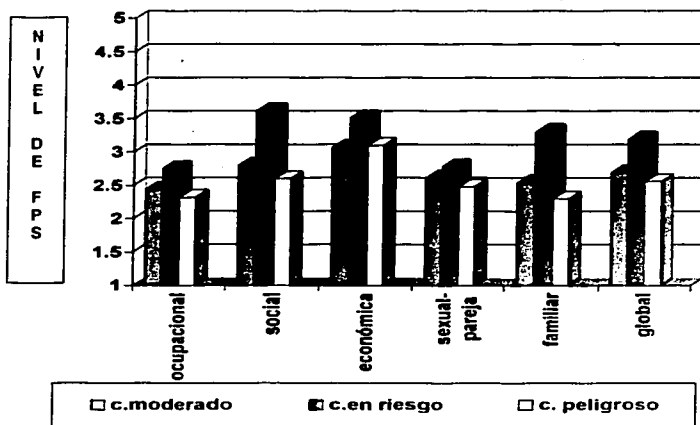
(ANOVA. Las diferencias significativas en las comparaciones posteriores son con $p < 0.05$)

Las variables analizadas en la tabla anterior con ANOVA, fueron sometidas al escrutinio de la prueba estadística de Kruskal-Wallis para verificar el comportamiento de esta muestra con dicha prueba estadística, para ello se recodificaron las variables del Funcionamiento Psicosocial; los resultados no mostraron significancia estadística ($X^2 = 0.205$; $p = 0.651$).

En la representación gráfica se tiene lo siguiente (Gráfica 1):

Gráfica 1.

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN LA PRUEBA DEL SEMÁFORO DEL AUDIT
(Medias)**



En la Tabla 13.2 se observa las medias de cada una de las áreas del Funcionamiento Psicosocial comparada con cada uno de los grupos de consumo de alcohol según el criterio 1-4 del AUDIT. Utilizando análisis de varianza se observó que la media más baja lo presentó el área ocupacional con el consumo bajo con una media de 2.42, y la media más alta estuvo en el área económica con dependencia y problemas psicosociales con una media de 3.31. Llamó la atención el área sexual y de pareja donde existía mayor satisfacción si presentaban dependencia y problemas psicosociales (2.45). En los análisis inter e intra grupos, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las áreas.

TABLA 13.2

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CRITERIO 1-4 DEL AUDIT
(Medias)**

Área	Consumo bajo N= 56	Consumo alto N= 4	Dep. sin Prob. Ps. N= 5	Dep. con Prob. Ps. N= 15	Sig.
Ocupacional	2.42	2.71	2.45	2.51	0.769
Social	2.82	2.92	2.57	2.99	0.704
Económico	3.06	3.14	3.00	3.31	0.661
Sexual-pareja	2.62	2.89	2.74	2.45	0.643
Familiar	2.51	2.46	2.80	2.79	0.569
Global	2.69	2.82	2.71	2.81	0.852

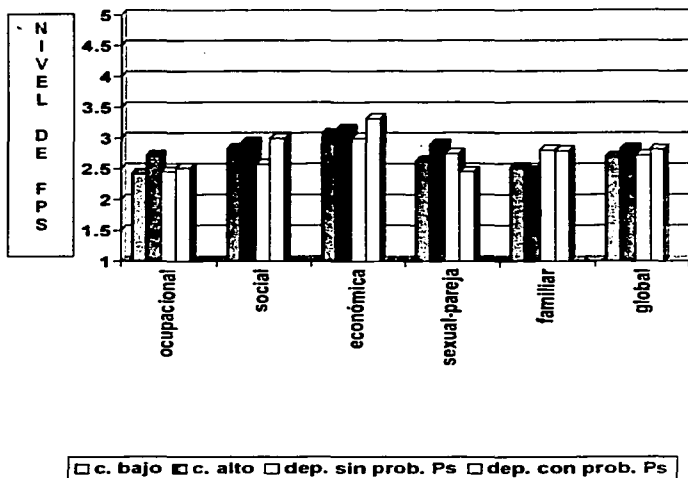
(Dep= Dependencia; Prob. Ps.= Problemas psicosociales)

Al utilizar la prueba de Kruskal-Wallis no se encontraron diferencias significativas ($X^2= 0.064$; $p= 0.801$).

En la gráfica de la tabla 13.2 se observa lo siguiente (Gráfica 2):

Gráfica 2.

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CRITERIO 1-4 DEL AUDIT
(Medias)**



Se dividió al criterio 1-4 en 2 grupos: consumo alto y consumo bajo. Los sujetos con consumo bajo incluyó a los abstemios y los sujetos con 2 o menor puntaje en la prueba del semáforo; el grupo de consumo alto incluyó a los sujetos con dependencia con y sin problemas psicosociales. Las medias fueron similares que la anterior tabla. Al realizar la prueba t para comparar las medias del consumo bajo y el consumo alto contra las medias del funcionamiento psicosocial, no se encontraron diferencias significativas en las diferentes áreas del Funcionamiento Psicosocial (Tabla 13.2.1).

TABLA 13.2.1

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CRITERIO 1-4 DEL AUDIT
(Medias)**

Área	C. bajo N= 56	C. alto N= 24	Sig.
Ocupacional	2.42	2.53	0.432
Social	2.82	2.89	0.707
Económico	3.06	3.22	0.375
Sexual-pareja	2.62	2.58	0.820
Familiar	2.51	2.73	0.233
Global	2.69	2.79	0.422

Se calculó el Riesgo Relativo de cada área del Funcionamiento Psicosocial con el criterio 1-4 del AUDIT dicotomizado en consumo bajo y alto (Tabías 13.2.1.1, 2, 3, 4, 5 y 6). El área ocupacional no mostró diferencia significativa entre los grupos, sin embargo, existió mayor porcentaje de sujetos con mal funcionamiento en dicha área (62.5%) tanto con consumo bajo como con consumo alto.

TABLA 13.2.1.1

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CRITERIO 1-4 DEL AUDIT DICOTOMIZADO
(ÁREA OCUPACIONAL)**

	C. bajo N= 56	C. alto N= 24	Total
Bien	21 (37.5%)	9 (37.5%)	30 (37.5%)
Mal	35 (62.5%)	15 (62.5%)	50 (62.5%)
Total	56 (100%)	24 (100%)	80 (100%)

(RM= 1; IC_{95%}= 0.372-2.685; p= 1)

El área social, no mostró significancia estadística en ninguno de los grupos.

TABLA 13.2.1.2

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CRITERIO 1-4 DEL AUDIT DICOTOMIZADO
(ÁREA SOCIAL)**

	C. bajo N= 56	C. alto N= 24	Total
Bien	29 (51.8%)	11 (45.8)	40 (50%)
Mal	27 (48.2%)	13 (54.2)	40 (50%)
Total	56 (100%)	24 (100%)	80 (100%)

(RM= 1.269; IC_{95%}= 0.487-3.311; p= 0.508)

El área económica, mostró casi 2 veces mayor probabilidad de tener buen funcionamiento psicosocial si presentaban consumo bajo de alcohol, aunque no existió diferencia significativa entre los grupos.

TABLA 13.2.1.3

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CRITERIO 1-4 DEL AUDIT DICOTOMIZADO
(ÁREA ECONÓMICA)**

	C. bajo N= 56	C. alto N= 24	Total
Bien	34 (60.7%)	11 (45.8%)	45 (56.3%)
Mal	22 (39.3%)	13 (54.2%)	35 (43.7%)
Total	56 (100%)	24 (100%)	80 (100%)

(RM= 1.826; IC_{95%}= 0.695-4.797; p= 0.232)

El área sexual y de pareja no mostró significancia estadística.

TABLA 13.2.1.4

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CRITERIO 1-4 DEL AUDIT DICOTOMIZADO
(ÁREA SEXUAL-PAREJA)**

	C. bajo N= 56	C. alto N= 24	Total
Bien	30 (53.6%)	12 (50%)	42 (52.5%)
Mal	26 (46.4%)	12 (50%)	38 (47.5%)
Total	56 (100%)	24 (100%)	80 (100%)

(RM= 1.154; IC_{95%}= 0.443-3.005; p= 0.811)

El área familiar, no mostró significancia estadística entre los grupos.

TABLA 13.2.1.5

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CRITERIO 1-4 DEL AUDIT DICOTOMIZADO
(ÁREA FAMILIAR)**

	C. bajo N= 56	C. alto N= 24	Total
Bien	32 (57.1%)	13 (54.2%)	45 (56.3%)
Mal	24 (42.9%)	11 (45.8%)	35 (43.7%)
Total	56 (100%)	24 (100%)	80 (100%)

(RM= 1.128; IC_{95%}= 0.431-2.951; p= 0.811)

El funcionamiento psicosocial global, no mostró diferencia significativa entre los grupos.

TABLA 13.2.1.6

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CRITERIO 1-4 DEL AUDIT DICOTOMIZADO**

	C. bajo N= 56	C. alto N= 24	Total
Bien	30 (53.6%)	10 (41.7%)	40 (50%)
Mal	26 (46.4%)	14 (58.3%)	40 (50%)
Total	56 (100%)	24 (100%)	80 (100%)

(RM= 1.615; IC_{95%}= 0.614-4.247; p= 0.465)

Al comparar las medias del Funcionamiento Psicosocial con los grupos de diagnóstico del CIE-10 se observa que la media más baja lo presentaba el área sexual y de pareja con el grupo de *consumo perjudicial* (media de 2.21), sin embargo, se debe de tomar en cuenta que en dicho grupo existían pocos pacientes (2 sujetos) por lo que la otra media más baja la presentó el área ocupacional con el grupo *no casos* con una media de 2.43 y la media más alta lo presentó el área económica con el grupo de *dependencia* con una media de 3.24. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las áreas del funcionamiento psicosocial (Tabla 14.1).

TABLA 14.1

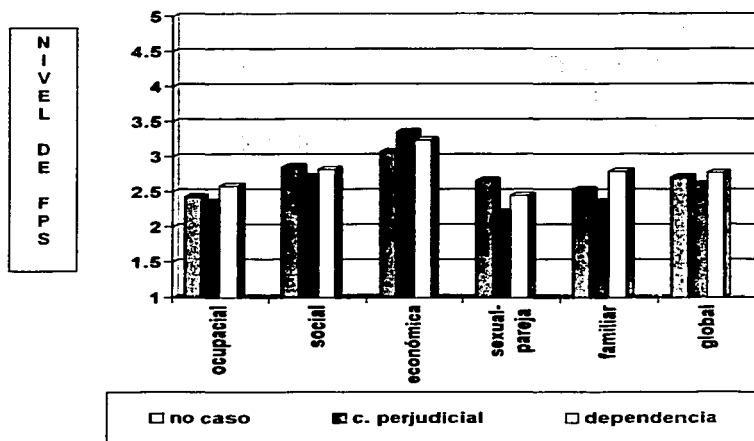
**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CIE-10
(Medias)**

Área	No casos	C. Perjudicial	Dependencia	Sig.
	N= 62	N= 2	N= 16	
Ocupacional	2.43	2.35	2.58	0.581
Social	2.85	2.71	2.82	0.952
Económico	3.07	3.35	3.24	0.615
Sexual-pareja	2.66	2.21	2.45	0.375
Familiar	2.53	2.35	2.79	0.442
Global	2.71	2.60	2.77	0.852

La representación gráfica muestra lo siguiente:

Gráfica 3.

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CIE-10
(Medias)**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al dividir a los sujetos en *casos* y *no casos*, se nota que en general no hay diferencias significativas en ninguna de las áreas del funcionamiento psicosocial. Al observar las medias se encuentra que en el grupo de *no casos* la media es más baja que en el grupo de *casos* a excepción del área social y sexual y de pareja donde la media del funcionamiento psicosocial es más bajo en el grupo de *casos*.

TABLA 14.2

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CIE-10
(Medias)**

Área	No casos N= 62	Casos N= 18	Sig.
Ocupacional	2.43	2.56	0.375
Social	2.85	2.80	0.806
Económico	3.07	3.25	0.335
Sexual-pareja	2.66	2.42	0.120
Familiar	2.53	2.74	0.303
Global	2.71	2.75	0.738

Se calculó el Riesgo Relativo de cada área del Funcionamiento Psicosocial con el CIE-10 dicotomizado en consumo bajo y alto (Tablas 14.2.1,2,3,4,5 y 6).

El área ocupacional, no mostró significancia estadística.

TABLA 14.2.1

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CIE-10 DICOTOMIZADO
(ÁREA OCUPACIONAL)**

	C. bajo N= 62	C. alto N= 18	Total
Bien	22 (35.5%)	8 (44.4%)	30 (37.5%)
Mal	40 (64.5%)	10 (55.6%)	50 (62.5%)
Total	62 (100%)	18 (100%)	80 (100%)

(RM= 0.688; IC_{95%}= 0.237-1.995; p= 0.583)

El área social, no mostró significancia entre los grupos.

TABLA 14.2.2

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CIE-10 DICOTOMIZADO
(ÁREA SOCIAL)**

	C. bajo N= 62	C. alto N= 18	Total
Bien	31 (50%)	9 (50%)	40 (50%)
Mal	31 (50%)	9 (50%)	40 (50%)
Total	62 (100%)	18 (100%)	80 (100%)

(RM= 1; IC_{95%}= 0.350-2.856; p= 1)

El área económica, mostró 2 veces mayor riesgo de tener mal funcionamiento psicosocial si consumían alcohol y tendían a mejorar su funcionamiento si presentaban consumo bajo de alcohol.

TABLA 14.2.3

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CIE-10 DICOTOMIZADO
(ÁREA ECONÓMICA)**

	C. bajo N= 62	C. alto N= 18	Total
Bien	37 (59.7%)	8 (44.4%)	45 (56.3%)
Mal	25 (40.3%)	10 (55.6%)	35 (43.7%)
Total	62 (100%)	18 (100%)	80 (100%)

(RM= 1.850; IC_{95%}= 0.641-5.335; p= 0.289)

En el área sexual y de pareja, no se presentaron diferencias significativas.

TABLA 14.2.4

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CIE-10 DICOTOMIZADO
(ÁREA SEXUAL-PAREJA)**

	C. bajo N= 62	C. alto N= 18	Total
Bien	31 (50%)	11 (61.1%)	42 (52.5%)
Mal	31 (50%)	7 (38.9%)	38 (47.5%)
Total	62 (100%)	18 (100%)	80 (100%)

(RM= 0.636; IC_{95%}= 0.218-1.856; p= 0.436)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En el área familiar, aunque no existió diferencia significativa entre grupos, existió 2 veces mayor riesgo de tener mal funcionamiento psicosocial si presentaba consumo alto de alcohol.

TABLA 14.2.5

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CIE-10 DICOTOMIZADO
(ÁREA FAMILIAR)**

	C. bajo N= 62	C. alto N= 18	Total
Bien	38 (61.3%)	7 (38.9%)	45 (56.3%)
Mal	24 (38.7%)	11 (61.1%)	35 (43.7%)
Total	62 (100%)	18 (100%)	80 (100%)

(RM= 2.488; IC_{95%}= 0.848-7.302; p= 0.111)

El funcionamiento psicosocial global, no mostró significancia en ninguno de los grupos.

TABLA 14.2.6

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL CIE-10 DICOTOMIZADO**

	C. bajo N= 62	C. alto N= 18	Total
Bien	32 (51.6%)	8 (44.4%)	40 (50%)
Mal	30 (48.4%)	10 (55.6%)	40 (50%)
Total	62 (100%)	18 (100%)	80 (100%)

(RM= 1.333; IC_{95%}= 0.464-3.828; p= 0.790)

Al comparar las medias del Funcionamiento Psicosocial con los criterios diagnósticos del DSM-III-R se observa que la media más baja lo tiene el área sexual y de pareja con *abuso* de alcohol (2.25), sin embargo, considerando que la muestra lo conforman 4 sujetos, la otra media más baja lo representa el área ocupacional con *no casos* (2.40), y la media más alta se encontró en el área económica con *abuso* al alcohol con una media de 3.53. Ninguna de las áreas mostró diferencias significativas en la prueba t (Tabla 15.1).

TABLA 15.1

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL DSM-III-R
(Medias)**

Área	No casos	Abuso	Dependencia	Sig.
	N= 63	N= 4	N= 13	
Ocupacional	2.40	2.64	2.67	0.237
Social	2.82	2.85	2.93	0.890
Económico	3.05	3.53	3.26	0.288
Sexual-pareja	2.67	2.25	2.43	0.287
Familiar	2.51	2.57	2.89	0.283
Global	2.69	2.77	2.83	0.659

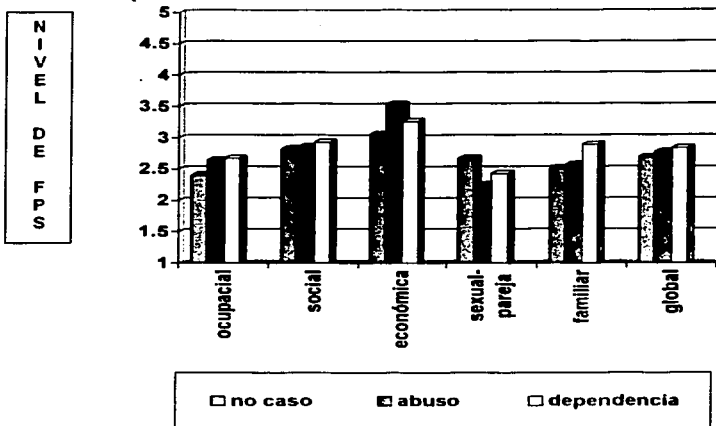
La representación gráfica se ve de la siguiente manera:

Gráfica 4.

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS**

SEGÚN EL DSM-III-R

(Medias)



Considerando las mismas variables pero dividiendo a los sujetos en 2 grupos: *caso* y *no casos*, los resultados fueron similares que la tabla anterior. El área sexual y de pareja mostró una media más baja en el grupo de casos que en el de no casos. No se encontró diferencias significativas en ninguna de las áreas según la prueba t aunque existió tendencia en el área sexual y de pareja (Tabla 15.2).

TABLA 15.2

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA Y GLOBAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL DSM-III-R
(Medias)**

Área	No casos N= 63	Casos N= 17	Sig.
Ocupacional	2.40	2.66	0.089
Social	2.82	2.91	0.655
Económico	3.05	3.32	0.154
Sexual-pareja	2.67	2.38	0.076
Familiar	2.51	2.81	0.157
Global	2.69	2.82	0.374

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Se calculó el Riesgo Relativo de cada área del Funcionamiento Psicosocial con el DSM-III-R dicotomizado en consumo bajo y alto (Tablas 15.2.1, 2, 3, 4, 5 y 6).

En el área ocupacional, no se encontraron diferencias significativas entre grupos.

TABLA 15.2.1

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL DSM-III-R DICOTOMIZADO
(ÁREA OCUPACIONAL)**

	C. bajo N= 63	C. alto N= 17	Total
Bien	24 (38.1%)	6 (35.3%)	30 (37.5%)
Mal	39 (61.9%)	11 (64.7%)	50 (62.5%)
Total	63 (100%)	17 (100%)	80(100%)

(RM= 1.128; IC_{95%}= 0.369-3.448; p= 1)

El área social, no mostró significancia estadística entre los grupos.

TABLA 15.2.2

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL DSM-III-R DICOTOMIZADO
(ÁREA SOCIAL)**

	C. bajo N= 63	C. alto N= 17	Total
Bien	33 (52.4%)	7 (41.2%)	40 (50%)
Mal	30 (47.6%)	10 (58.8%)	40 (50%)
Total	63 (100%)	17 (100%)	80(100%)

(RM= 1.571; IC_{95%}= 0.531-4.651; p= 0.586)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En el área económica, existió hasta 3 veces mayor riesgo de presentar mal funcionamiento psicosocial mientras mayor consumo presentase el sujeto, asimismo, presentó tendencia a la significancia estadística ($p = 0.059$).

TABLA 15.2.3

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL DSM-III-R DICOTOMIZADO
(ÁREA ECONÓMICA)**

	C. bajo N= 63	C. alto N= 17	Total
Bien	39 (61.9%)	6 (35.3%)	45 (56.3%)
Mal	24 (38.1%)	11 (64.7%)	35 (43.8%)
Total	63 (100%)	17 (100%)	80(100%)

(RM= 2.979; $IC_{95\%}$ = 0.975-9.105; $p = 0.059$)

El área sexual y de pareja, no mostró significancia estadística.

TABLA 15.2.4

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL DSM-III-R DICOTOMIZADO
(ÁREA SEXUAL-PAREJA)**

	C. bajo N= 63	C. alto N= 17	Total
Bien	31 (49.2%)	11 (64.7%)	42 (52.5%)
Mal	32 (50.8%)	6 (35.6%)	38 (47.5%)
Total	63 (100%)	17 (100%)	80(100%)

(RM= 0.528; $IC_{95\%}$ = 0.174-1.604; $p = 0.287$)

En el área familiar, existió 2 veces mayor riesgo de padecer alteraciones en el funcionamiento psicosocial si presentaban consumo alto de alcohol, aunque no presentó significancia estadística dicha relación.

TABLA 15.2.5

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL POR ÁREA
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL DSM-III-R DICOTOMIZADO
(ÁREA FAMILIAR)**

	C. bajo N= 63	C. alto N= 17	Total
Bien	38 (60.3%)	7 (41.2%)	45 (56.3%)
Mal	25 (39.7%)	10 (58.8%)	35 (43.8%)
Total	63 (100%)	17 (100%)	80(100%)

(RM= 2.171; IC_{95%}= 0.730-6.457; p= 0.179)

En el funcionamiento psicosocial global, no se presentaron diferencias significativas entre los grupos.

TABLA 15.2.6

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOSLAL
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN EL DSM-III-R DICOTOMIZADO**

	C. bajo N= 63	C. alto N= 17	Total
Bien	33 (52.4%)	7 (41.2%)	40 (50%)
Mal	30 (47.6%)	10 (58.8%)	40 (50%)
Total	63 (100%)	17 (100%)	80(100%)

(RM= 1.571; IC_{95%}= 0.531-4.651; p= 0.586)

Al comparar el Funcionamiento Psicosocial global entre los grupos formados por el tiempo de evolución de la esquizofrenia, se encontró que la media más baja lo presentó el grupo de 11 a 15 años con 2.38 y la media más alta lo presentó el grupo de 16 a 20 años. En la prueba t, se encontró diferencias significativas en las comparaciones posteriores entre el grupo de 11 a 15 años y el de 16 a 20 años con $p < 0.05$ (Tabla 16).

TABLA 16

**RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN
DE LA ESQUIZOFRENIA Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL
(Medias)**

	N	Funcionamiento Psicosocial Global	Comparaciones posteriores
Menos de 5 años	31	2.68	
6 a 10 años	30	2.70	
11 a 15 años	6	2.38	11 a 15 años <
16 a 20 años	8	3.18	16 a 20 años
Más de 21 años	5	2.72	
Total	80	2.72	

Las diferencias significativas en las comparaciones posteriores son con $p < 0,05$

Al establecer las comparaciones del Funcionamiento Psicosocial global entre los grupos formados por el tiempo de evolución del consumo de alcohol, se observó que la media más alta se encontró en el grupo con una evolución de menos de 5 años (3.07) y la más baja estuvo presente en el grupo con una evolución de 6 a 10 años (2.59). No se encontraron diferencias significativas en la prueba t (Tabla 17).

TABLA 17

**RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN
DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL
(Medias)**

	N	Funcionamiento Psicosocial Global
Menos de 5 años	7	3.07
6 a 10 años	12	2.59
11 a 15 años	6	2.62
16 a 20 años	4	2.78
Más de 21 años	6	2.75
Total	35	2.74

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4. Relación de la severidad de la esquizofrenia y el consumo de alcohol

En cuanto al PANSS, la media de la severidad de la psicopatología positiva fue de 10.92, de psicopatología negativa de 16.70 y de psicopatología general fue de 22.79 (Tabla 18).

TABLA 18

PANSS
(medias)

Psicopatología positiva	10.92
Psicopatología negativa	16.70
Psicopatología general	22.79
Total	50.61

Al comparar las medias de la severidad de la esquizofrenia por el tipo de consumo de alcohol se observó que el consumo moderado, según el AUDIT, tenía las medias más bajas de severidad del PANSS; el consumo perjudicial, del CIE-10, también mostró medias bajas de severidad. El resto de los tipos de consumo de alcohol presentaron medias más altas de severidad de la psicopatología positiva, psicopatología negativa y psicopatología general. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos por tipo de consumo de alcohol (Tabla 19).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 19

**SEVERIDAD DE LA ESQUIZOFRENIA SEGÚN EL PANSS
POR TIPO DE CONSUMO DE ALCOHOL
(AUDIT, CIE-10 Y DSM-III-R)
(Medias)**

	PANSS			
	Psicopatología positiva	Psicopatología negativa	Psicopatología general	Total
Consumo moderado*	10.52	16.49	22.3	49.32
C. riesgo*	12.71	18.29	28.29	59.29
C. peligroso*	13	16.9	22.8	52.7
No casos**	10.76	16.65	22.76	50.16
C. perjudicial**	7.5	11.5	16.5	35.5
Dependencia**	12.5	17.56	24.19	54.25
No casos***	10.83	16.33	22.54	49.70
Abuso***	12	19.50	25	56.5
Dependencia***	11.69	17.62	23.92	53.23
Total	11.03	16.7	22.89	50.61

*Consumo de alcohol según el AUDIT.

**Consumo de alcohol según el CIE-10.

***Consumo de alcohol según el DSM-III-R.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Como se ha señalado, la esquizofrenia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, en el presente estudio la proporción hombre: mujer fue de 3:1 siendo más evidente en el grupo de 14 a 30 años. El promedio de edad al momento del estudio en ambos grupos fue de 31.6 años, siendo los hombres de menor edad (30.5 años). La edad de inicio de la esquizofrenia fue otra variable similar a la edad de los sujetos pues el 87% pertenecían al primer grupo de 12 a 30 años; además se encontraron diferencias significativas entre los sexos. Otro dato que resulta interesante mencionar, es que, la edad de inicio de la esquizofrenia, se comportó de manera similar a lo reportado por Bojholm (1989), este autor indica que durante la adolescencia y la juventud, es más frecuente el inicio en varones que en mujeres; que entre los adultos jóvenes la relación hombre:mujer es similar y; que a partir de los 45 años, la edad de inicio de la esquizofrenia es más frecuente en las mujeres que en los hombres. En general, se puede comentar que existen algunos estudios que encontraron que la esquizofrenia: se inicia más frecuentemente en la adolescencia, que hay más hombres que mujeres y que la mayor parte de los sujetos inician la enfermedad entre los 16 a 25 años (Bojholm, 1989; Caraveo y Cols. 1996; Valencia, 1996).

En cuanto al consumo de alcohol, los estudios sobre el inicio del consumo en población general, muestran inicios cada vez más tempranos (Secretaría de Salud, 1993; Secretaría de Salud, 1998; Villatoro y cols., 1999); el presente estudio encontró que el 94% de los sujetos (n= 33) iniciaron el consumo de alcohol entre los 14 a 30 años predominando el sexo masculino sobre el femenino. El promedio de edad de inicio del consumo de alcohol fue de 19.48 para hombres y 23.67 para mujeres, datos similares reportó Hambrech (1996) en población esquizofrénica. Llama la atención este resultado pues tanto la edad de inicio de la esquizofrenia (hombres: 19 años; mujeres: 26 años) como la edad de inicio del consumo de alcohol están en el mismo grupo; este hecho hizo que se plantearan algunas hipótesis respecto a que los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia (los cuales son principalmente negativos) provocasen que el sujeto

consume alcohol para aminorar dichos síntomas (Crawford, 1996; Khantzián, 1985); es bien sabido el efecto "eufórico" que provoca el alcohol a dosis bajas, siendo probablemente éste uno de los hechos más controvertidos respecto a la comorbilidad esquizofrenia-alcohol, pues se dice que el consumo de alcohol se debe a la ya existencia de síntomas negativos (Crawford, 1996). En la muestra de este estudio sólo 11 sujetos (31.43%) de 35 que consumían alcohol iniciaron antes con la esquizofrenia, el resto (68.57%) había iniciado primero el consumo de alcohol; las diferencias entre la edad de inicio del consumo de alcohol y la edad de inicio de la esquizofrenia varió entre 1 y 15 años, sin embargo, más del 50% se encontraba en el grupo de 1 y 5 años entre la edad de inicio de uno y edad de inicio del otro (tablas 4, 4.1 y 6.1). Esto no significa claramente que la esquizofrenia fue "engatillada" por el consumo de alcohol, pero probablemente provocó que se exacerbaran algunos de los síntomas.

Por otro lado, al estudiar el tiempo de evolución de la esquizofrenia dividido en intervalos de 5 años, se encontró que el grupo de menos de 5 años y el de 6 a 10 años fueron muy similares y donde existió el mayor porcentaje de sujetos (39% y 37% respectivamente); es decir, más del 70% de los sujetos esquizofrénicos de ésta muestra habían iniciado su trastorno en los últimos 10 años antes del estudio, lo que da entender que ésta muestra de esquizofrénicos es joven.

Respecto al tiempo de evolución del consumo de alcohol, el mayor porcentaje se ubicó en el grupo de 6 a 10 años (34%) y le siguió el grupo de menos de 5 años con el 20%. Nuevamente se observa la relación entre la esquizofrenia y el consumo de alcohol, esta vez considerando el tiempo de evolución del consumo de alcohol.

Respecto al estado civil, no hubo sorpresas pues el 88% eran solteros y del sexo masculino.

La ocupación fue necesario subdividirla en: estudiante, empleado con remuneración, empleado sin remuneración, empleado eventual, desempleado y labores de casa; dicha subclasificación obedeció para diferenciar claramente la actividad que realizaban la mayor parte del tiempo los sujetos bajo estudio. En tal sentido se observó

que sólo el 12.5% tenían un empleo remunerado (10 sujetos) mientras que los que tenían un empleo eventual y sin remuneración fueron el 31% (Tabla 2.1). Es importante remarcar dicha diferencia debido a que, de las 5 áreas, el área de menor satisfacción fue la económica. El problema que representa el no trabajar o no recibir alguna remuneración en los sujetos esquizofrénicos, es que no tienen ingresos, y por lo tanto, dependen de la familia por completo. En México los resultados encontrados son del 80-90% de los esquizofrénicos que no tienen ninguna ocupación lo que se traduce en insatisfacción en su economía (Valencia, 1998). Como se mencionó anteriormente, el área de menor satisfacción es el área económica (Tabla 3), esta se debe a que el paciente esquizofrénico piensa que el dinero no le alcanza para vivir, que no cubre sus necesidades básicas como alimentación, ropa y transporte y porque su seguridad económica se ve amenazada por el gasto que demanda la compra de sus medicamentos. Asimismo, los pacientes se quejan de que sus apoderados (padres generalmente) les restringen el acceso al dinero aludiendo a que estos tienen dificultad para distribuir el dinero para sus gastos ya sea en la compra de medicamentos o en sus cigarros, por tales motivos el paciente se siente poco tomado en cuenta en las decisiones económicas.

Al comparar los resultados del DSM-III-R con el CIE-10 y con la prueba rápida del AUDIT teniendo como variable al sexo, se encontró que el grupo de *no casos* del DSM-III-R y el grupo de *consumo moderado* del AUDIT presentaron resultados similares (78.7%), mientras que el grupo de *no casos* del CIE-10 presentó un sujeto menos (77.5%); en el segundo grupo, el *consumo perjudicial* (según el CIE-10) presentó a 2 sujetos (2.5%), el *abuso* al alcohol (según el DSM-III-R) tuvo a 4 sujetos (5.0%) y el *consumo en riesgo* (según el AUDIT) presentó a 7 sujetos (8.8%); en ambos criterios diagnósticos, todos los sujetos fueron masculinos, mientras que en la prueba de tamizaje se presentaron 6 hombres y una mujer. En el tercer grupo de *dependencia al alcohol*, el CIE-10 identificó a 15 hombres y una mujer (20%), y el DSM-III-R a 12 hombres y una mujer (16.3%), mientras que el AUDIT en su tercer grupo denominado *consumo peligroso* identificó a 10 sujetos masculinos y a ninguna mujer con dicho consumo (12.5%) (tablas 9, 10 y 11).

La comparación entre instrumentos permitió dar a conocer que los 3 instrumentos guardan alto grado de especificidad especialmente en el primer grupo (consumo

moderado y no casos), baja especificidad en el segundo grupo (consumo en riesgo, consumo perjudicial y abuso) y buena especificidad en el último grupo (consumo peligroso y dependencia), más aún al comparar los 2 criterios diagnósticos (DSM-III-R y CIE-10). De la misma manera se hizo la comparación entre el criterio 1-4 del AUDIT y los 2 criterios diagnósticos para ver que tanto el AUDIT se comporta como un instrumento diagnóstico (tablas 12.1 y 12.2). Los resultados mostraron que tanto el grupo de dependencia del CIE-10 como del DSM-III-R mostraron el 69% de concordancia con el grupo de dependencia con problemas psicosociales del AUDIT. Otro grupo que se comportó de manera similar fue el denominado "no casos" de ambos criterios diagnósticos y consumo bajo y alto sin problemas psicosociales del AUDIT mostrando un 87% de concordancia entre ambos grupos. Los grupos intermedios no se relacionaron entre sí. De todo lo anterior, llamó la atención que la dependencia al alcohol en población general tiene una prevalencia del 10% aproximadamente, en nuestro grupo de estudio el porcentaje fue mucho mayor con los 3 instrumentos; incluso con los criterios diagnósticos (DSM-III-R y CIE-10) el porcentaje prácticamente se duplicó (16% y 20% respectivamente). Estos datos indican la gran importancia de interrogar a los pacientes con una enfermedad de base (como es la esquizofrenia) sobre el consumo de alcohol pues el diagnóstico comórbido podría estar afectando otras áreas como el apego al tratamiento u ocasionar recaídas de la enfermedad.

Lo anterior se puede ver más claramente si se compara el consumo de alcohol con el Funcionamiento Psicosocial:

1. En el caso de la prueba rápida, los sujetos esquizofrénicos estuvieron más insatisfechos en el área social cuando el consumo de alcohol era catalogado como en riesgo (media= 3.61), sin embargo, si el consumo era peligroso, su funcionamiento psicosocial era más satisfactorio (media= 2.6). Resultados similares se encontraron en el área familiar (media= 3.30) y en el funcionamiento psicosocial global (media= 3.19); estas medias fueron estadísticamente significativas al compararlas con los otros 2 grupos (consumo moderado y consumo peligroso) (Tabla 13.1). Estos resultados también se observaron cuando se realizó la validación del AUDIT con el criterio 1-4 donde apareció un grupo de sujetos que pese a tener dependencia al alcohol, no tenían problemas psicosociales (ver Tabla 7 de la validación del AUDIT).

Tal situación se puede deber a que los pacientes esquizofrénicos se sienten estimulados con este tipo de consumo y no les causa problemas de socialización, incluso el alcohol les puede inducir a tener mayor interés al contacto social, mayor comunicación con sus familias y disminución del aislamiento social.

2. Debido a que no se presentaron diferencias significativas del criterio 1-4 del AUDIT con el Funcionamiento Psicosocial, se calculó el Riesgo Relativo para lo cual se realizaron tablas de 2x2 dividiendo el criterio 1-4 del AUDIT en "consumo bajo y consumo alto", y el Funcionamiento Psicosocial en "bueno y malo". Los resultados no mostraron razones de momios estadísticamente significativos en ninguno de los grupos.
3. Al comparar el CIE-10 con el Funcionamiento Psicosocial no se encontraron diferencias significativas en los grupos, en términos generales se sentían más satisfechos en el área ocupacional (media= 2.43) si pertenecían al grupo de no casos, sin embargo, se sentían más insatisfechos en el área económica en el grupo de casos. Probablemente el consumo de alcohol en estos sujetos provoca que se desenvuelvan mejor en sus actividades laborales, pero por otro lado, provoca deterioro de su economía.
4. Al calcular el riesgo relativo del CIE-10 con el Funcionamiento psicosocial, se observó que el área económica mostró 2 veces mayor riesgo de tener mal funcionamiento si consumían alcohol. De la misma manera, el área familiar presentó un riesgo de 2.5 veces más de tener mal funcionamiento psicosocial si presentaban consumo alto de alcohol. En ambos casos, no se presentaron diferencias significativas en los resultados.
5. Respecto al DSM-III-R y el Funcionamiento Psicosocial, los sujetos se mostraron más satisfechos en el área sexual y de pareja (media= 2.36) en el grupo de casos; esto se puede entender debido a que los neurolépticos causan disminución del apetito sexual y el alcohol tiende, en un principio, a estimularlos. Esta relación inversa: mayor consumo de alcohol mayor satisfacción del área sexual y de pareja, se evidenció en todas las comparaciones. El nivel más alto de insatisfacción nuevamente lo presentó el área económica tanto en el grupo de casos como en el de no casos.
6. En el cálculo del riesgo relativo del DSM-III-R con el Funcionamiento Psicosocial, se encontró en el área económica, hasta 3 veces mayor riesgo de presentar mal

funcionamiento psicosocial si existía consumo alto de alcohol; dicho riesgo fue estadísticamente significativo. El área familiar fue otra de las áreas que presentó 2 veces mayor riesgo de presentar mal funcionamiento psicosocial si presentaba consumo alto de la sustancia, aunque dicha relación no fue estadísticamente significativa.

TESIS CON
FALLA DE VALIDACION

El cálculo del riesgo relativo fue útil debido a que evidenció (lo que no hizo la prueba t) el riesgo que tiene un sujeto esquizofrénico de tener mal funcionamiento psicosocial si presenta consumo alto de alcohol; dicho riesgo fue mayor en el área económica y en el área familiar. Es interesante notar que estas 2 áreas se vean más afectadas por el consumo de alcohol; esto se puede deber a que el alcohol provoque, además del mismo proceso de la enfermedad esquizofrénica, que el sujeto esquizofrénico tenga pobre capacidad para distribuir sus ingresos para sus diferentes gastos, entre ellos el del alcohol, esta mala distribución económica (entre otras cosas), provoca problemas con su familia, quienes aún más, restringen la economía del paciente convirtiéndose esto en un círculo: mayor consumo de alcohol, mayor problema económico y mayores problemas familiares.

En relación al tiempo de evolución de la esquizofrenia y el Funcionamiento Psicosocial, se encontró que a medida que aumentan los años de padecer la enfermedad, la insatisfacción con el funcionamiento psicosocial se va incrementando; la excepción lo conformó el grupo de 11 a 15 años de evolución donde existió mayor satisfacción en el funcionamiento psicosocial global (media= 2.38), mientras que el grupo de 16 a 20 años se mostró neutral o indiferente (media= 3.18). Este resultado hay que tomarlo con reserva debido a que la mayor cantidad de sujetos de la muestra se encuentra en los 2 primeros grupos (61 sujetos), sin embargo, a mayor tiempo de evolución de la esquizofrenia, el sujeto tiende a estar más insatisfecho en sus actividades cotidianas.

El tiempo de evolución del consumo de alcohol no influyó significativamente en el Funcionamiento Psicosocial global. El grupo de *menos de 5 años* de consumo presentó una media de 3.07 considerado como neutral-indiferente; el motivo de estos resultados no se sabe, pero clínicamente se puede inferir que se debe a la apatía que presenta el

paciente esquizofrénico de manera constante a lo largo de su enfermedad.

Al utilizar el PANSS como una escala que mide la severidad de la esquizofrenia se encontró que en la subescala de psicopatología positiva, los sujetos obtuvieron una media de 11 puntos. Considerando que el puntaje mínimo de dicha subescala es de 7 y el máximo de 49 puntos, se puede decir que ésta población se situó en el grado mínimo de severidad de síntomas positivos; esta misma característica se presentó en los grupos de psicopatología negativa y psicopatología general por lo que no existieron diferencias significativas en los grupos. Al comparar estos resultados con el tipo de consumo de alcohol, se esperaría que la severidad aumentase según el incremento en el consumo de dicha sustancia, sin embargo, aunque existió aumento de las medias de la severidad de la psicopatología positiva, el incremento no fue importante en ninguno de los grupos de consumo de alcohol. Al utilizar el riesgo relativo como un método estadístico diferente al anterior debido a que utiliza como medida de tendencia central a la mediana, las áreas económicas y familiar fueron las más susceptibles a modificarse si se incrementaba el consumo de alcohol.

El no encontrar diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos de funcionamiento psicosocial, por un lado, y el hecho de que un sujeto esquizofrénico consuma alcohol, por el otro, provoca que dicho consumo incremente su psicopatología. Si bien en este estudio no se observó un incremento importante en la severidad de la esquizofrenia al consumir alcohol, esto se puede deber a muchos factores:

1. Que la muestra fue insuficiente para determinar que el consumo de alcohol incremente la severidad de la esquizofrenia por lo que no se puede generalizar dichos resultados.
2. Que los pacientes al momento del estudio estaban clínicamente estables y por lo tanto no abusaban del alcohol.
3. Que los pacientes, al estar en tratamiento psiquiátrico, fueron prohibidos de consumir alcohol y a pesar de ello, se observó el consumo.
4. Finalmente que no existe ninguna relación entre consumo de alcohol y severidad de la esquizofrenia. Este último punto es el menos probable debido a que existe bastante evidencia que apunta que el alcohol deteriora al sujeto esquizofrénico; además, los resultados mostrados en este trabajo, aunque no son

estadísticamente significativos, muchos de ellos tienden a serlo, incluso algunos de ellos se muestran significativos si se usa una prueba estadística distinta como fue el caso del riesgo relativo.

Respecto al uso de análisis estadísticos y de sus resultados, muchos de ellos no mostraron datos menores de 0.05 el cual indica significancia estadística; el valor de 0.05 es un número estadístico que se tomó arbitrariamente y por lo tanto, algunos estudios no pueden ser medidos con dicha severidad estadística porque minimiza el problema. En este caso, el no haber encontrado resultados estadísticamente significativos en todas las tablas, no significa que el alcohol no esté influenciando directamente en el funcionamiento psicosocial de los sujetos esquizofrénicos, y las variaciones entre una y otra prueba estadística entre alcohol y funcionamiento psicosocial, muestran que sí existe diferencia. Para tal caso, se utilizó un programa estadístico para medir el PODER de la muestra. El PODER proporciona datos sobre la cantidad de sujetos esquizofrénicos adecuados para medir la relación entre estas 2 variables (alcohol y funcionamiento psicosocial); los resultados mostraron que para encontrar una relación "real" entre estas 2 variables, se necesitarían entre 150 a 180 sujetos, éste trabajo incluyó a 80 los cuales se obtuvieron en el transcurso de 14 meses aproximadamente; por tal motivo se utilizaron términos como "tendencia", "tendencioso a serlo" o "casi significativos", palabras que aunque no son legítimos en estadística, son válidos para ciertos estudios. Es así que, muchos de los resultados encontrados en la presente, pueden ser considerados como significativos, pese al sesgo ya expuesto.

Finalmente, se puede decir que los resultados plasmados en esta tesis pueden servir para plantear programas de prevención mediante conferencias informativas dirigidas a la población general enfocadas a la identificación temprana de algunos síntomas de la esquizofrenia y a la prevención del consumo de alcohol en esta población; introducir la terapia de familia de pacientes esquizofrénicos para concientizar sobre la enfermedad y dar contención dentro del núcleo familiar; para que el personal de salud mental considere que un paciente esquizofrénico puede usar o abusar del alcohol o de cualquier otra sustancia y que este abuso puede condicionar la perpetuación de los síntomas o su exacerbación. La prevención, en el caso de la esquizofrenia, se refiere

básicamente al apego al tratamiento y a evitar recaídas debido a que una vez que se inicia la enfermedad, ésta se da de por vida.

El conocimiento surgido de esta tesis puede servir para plantear programas de prevención en recaídas de la esquizofrenia, pues es bien sabido que las recaídas frecuentes que sufre un paciente esquizofrénico influyen directamente en el deterioro del funcionamiento psicosocial. Asimismo, es necesario informar a los pacientes esquizofrénicos del riesgo del consumo de alcohol, no sólo por las consecuencias médicas propias del alcohol, sino por la exacerbación de la sintomatología psicótica que provoca éste, por el abandono del tratamiento que llegan a realizar estos pacientes y por la interacción que tienen los medicamentos con el alcohol.

Por otro lado, una nueva manera de abordar la esquizofrenia es desde el punto de vista psicoterapéutico. Valencia y Cols. (1998) evaluaron a pacientes esquizofrénicos un año después de la intervención Psicosocial y encontraron que al final de la terapia conocían más las características de su enfermedad y consideraban que era necesario recibir medicamentos, incluso sabían su diagnóstico, conocimiento que parece obvio a primera vista, pero que en general es desconocido por el paciente. Asimismo, desarrollaban mejores destrezas en las relaciones sociales, de pareja y familiar. Finalmente, como lo menciona el autor, aunque el trabajo terapéutico con pacientes esquizofrénicos no es una tarea fácil por el alto grado de complejidad multidimensional de la enfermedad, por el uso de medicamentos, por la incapacidad de la enfermedad, por la presencia de síntomas y porque en la mayoría de los casos son personas introvertidas, solitarias, con miedos y temores, el abordaje terapéutico lo debe de realizar un personal altamente capacitado en tal área que incluya médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras y trabajadoras sociales. Este tipo de intervención hace que el paciente se reincorpore rápidamente a su medio y vuelva a sus actividades cotidianas en breve tiempo. Datos similares reportó Díaz y Cols. (1996, 1998 y 1999) en un programa del manejo integral del paciente esquizofrénico con una duración de 14 meses y un seguimiento hasta de 2 años. El proyecto consistía en un grupo control y un grupo experimental. El grupo control sólo recibía atención psiquiátrica y el grupo experimental además de la atención psiquiátrica recibía psicoterapia individual y de grupo, dinámica

familiar para los familiares de los esquizofrénicos, intervención psicosocial y terapias de actividades (terapia recreativa, de expresión corporal, musicoterapia y taller de dibujo artístico). Los resultados mostraron que los pacientes del grupo experimental presentaron mejor rendimiento psicosocial, menores recaídas y bajas hospitalizaciones. Los autores concluyen que la atención integral del paciente esquizofrénico es una de las mejores estrategias para disminuir las discapacidades primarias de la enfermedad y abordar los cambios que se presentan por haber sufrido un trastorno psiquiátrico severo.

Otra visión de la rehabilitación psicosocial, son las terapias de actividades, en este sentido Fassino (1992) vio que la elaboración de fantasías y la importancia que reviste para los esquizofrénicos la realidad interna, es fuente importante de creatividad, y es precisamente por medio de la expresión artística como el paciente puede comunicarse nuevamente con los demás, logrando de esta manera poner término a la falta de significado del mundo y a su temor al "sentimiento" de existir dentro de un grupo. Propone 2 aspectos importantes en la terapia por medio de la expresión del arte; por un lado, la creatividad y las fantasías, y por el otro, la estructuración de un "sentimiento social". En el primer punto se analiza la relación de la creatividad y las fantasías a partir de la idea de que los psicóticos traducen la ficción en realidad, es decir, son incapaces de diferenciar el interior del exterior, por lo que tienen la necesidad de su propia creatividad como medio existencial; el segundo punto analiza la forma en la que se vincula el esquizofrénico, para el cual, el objeto de la relación se experimenta en forma fragmentada y omnipotente; su ideal de personalidad es semejante a lo divino y el delirio es la solución para mantener alejados del Yo aspectos intolerables; por otra parte la relación con los demás se experimenta como muy lejana y con valencias de tipo paradójico. Es importante no adoptar una actitud persecutoria o de gran preocupación por obtener resultados dentro de la dinámica de grupo, sin dejar por esto de apoyar y dirigir al paciente. Asimismo, debe de respetarse la decisión del paciente de no expresar nada, ya que el funcionamiento del grupo debe basarse en la confianza y no debe de ser para él fuente de amenazas o de confusión. Murow y Unikel (2001) reportaron en un estudio de 14 meses de seguimiento con pacientes esquizofrénicos en quienes se aplicó la musicoterapia y la terapia de danza y de movimiento expresivo como método para mejorar el autoconcepto, las relaciones interpersonales y el empleo del tiempo libre; encontraron que al principio los sujetos

esquizofrénicos eran poco participativos y no hablaban entre sí; durante el proceso de la investigación, se incrementó la interacción social con los demás integrantes del grupo, participaban más en las diversas actividades dentro de la terapia, hacían mayores aportaciones al grupo y estaban más interesados en ocupar su tiempo libre en otras actividades. Estos conceptos son fácilmente reproducibles y que están en estrecha relación con la mejoría de sujeto esquizofrénico.

Por muchos años se ha considerado al paciente esquizofrénico como el "loco" irrehabitable, sin cura y por lo tanto, alguien en quien no vale la pena intentar ningún tipo de tratamiento, ni curativo ni paliativo. Ahora, afortunadamente, ha cambiado tal visión y se promueve que el paciente vuelva a su seno familiar, a su medio social y a su ámbito laboral lo antes posible, tales esfuerzos no dependen de uno sino de todos quienes trabajan en el campo de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Addington J., Addington D.: "Effect of substance misuse in early psychosis". *British Journal of Psychiatry*, 172(33):134-136, 1998.
2. Akil M., Pierri JN., Whitehead RE., et al.: Lamina-specific alterations in the dopamine innervation of the prefrontal cortex in schizophrenic subjects. *American Journal of Psychiatry*, 156(10):1580-1589, 1999.
3. Andreason S., Allebeck P.: Alcohol and Psychiatric illness: Longitudinal study of psychiatric admissions in a cohort of Swedish conscripts. *Int J Addict*, 26(6):713-728, 1991.
4. Anthenelli RM.: The initial evaluation of the dual diagnosis patient. *Psychiatr Ann*, 24:407-411, 1994.
5. Asociación Psiquiátrica Americana.: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta edición (DSM-IV). Barcelona. Editorial Masson SA. 1995.
6. Barr CE., Mednick SA., Munk-Jorgensen P.: Expose to Influenza Epidemics During Gestation and Adult Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 47(9):869-874, 1990.
7. Barrowclough C., Tarrier N.: Social functioning in schizophrenia patients. I. The effects of expressed emotion and family intervention. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 25:125-129, 1990.
8. Bell., Milstein R., Beam Goulet J., et al.: The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale. Reliability, comparability and predictive validity. *J Nerv Ment Dis*, 180:723-728, 1992.
9. Bellack AS., Mueser KT.: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2):317-336, 1993.
10. Berruecos L.: Aspectos culturales del Consumo del alcohol en México. En M. Jean Gilbert (Editor). *Alcohol Consumption among Mexicans and Mexican Americans: a Binational Perspective*. Los Angeles, California. 1988.
11. Bogerts B.: Recent Advances in the Neuropathology of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2):431-445, 1993.
12. Bojholm S., Strömgen E.: Prevalence of schizophrenia on the island of Bornholm in 1935 and in 1983. *Acta Psychiatr Scand*, 79(suppl. 348):157-166, 1989.

13. Borges G.: Detección de problemas relacionados con el alcohol en salas de emergencia. Pachuca, Hidalgo, México. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997.
14. Brown SA., Inaba RK., Gillin C., et al.: Alcoholism and Affective Disorder: Clinical Course of Depressive Symptoms. *Am J Psychiatry*, 152(1):45-52, 1995.
15. Brugha TS., Wing JK., Brewin CR., et al.: The relationship of social network deficits with functioning in long-term psychiatric disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 28:218-224, 1993.
16. Bucholz KK., Heath AC., Reich T, et al.: Can We Subtype Alcoholism? A Latent Class Analysis of Data from Relatives of Alcoholics in a Multicenter Family Study of Alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res*, 20(8):1462-1471, 1996.
17. Bullmore ET., Frangou S., Murray RM.: The dysplastic-net hypothesis: An integration of developmental and dysconnectivity theories of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 28(2-3):143-156, 1997.
18. Caldwell CB.: Gottesman II.: Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16(4):571-589, 1990.
19. Campillo Serrano C., Díaz Martínez R., Mendoza MMR., y cols.: Chapter 9. Mexico city, Mexico. En Thomas F. Babor and Marcus Grant (Editors). *Programme on Substance abuse. Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care.* WHO. 1992.
20. Caraveo J.: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19(Supl abril):8-13, 1996.
21. Castle DJ., Murray R.: The epidemiology of late-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(4):691-700, 1993.
22. Cazzulo CL, Vita A., Sacchetti M., et al.: Brain morphology in schizophrenic disorder: prevalence and correlates of diffuse (cortical and subcortical) brain atrophy. *Psychiatry Research*, 29:257-259, 1989.
23. Cecil-Coeb. *Tratado de Medicina Interna.* Decimocuarta edición. Editorial Interamericana. México. 1977.
24. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A.: *Alcohólicos Anónimos.* Central Mexicana de servicios generales de A.A., A.C. México DF. 1989.

25. Cloninger CR.: Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236:410-416, 1987.
26. Cornelius JR., Salloum IM., Mezzich J., et al.: Disproportionate Suicidality in Patients With Comorbid Major Depression and Alcoholism. *Am J Psychiatry*, 152:358-364, 1995.
27. Crawford V.: "Comorbidity of substance misuse and psychiatric disorders". *Current Opinion in Psychiatry*, 9:231-234, 1996.
28. Crow TJ.: The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11:471-486, 1985.
29. Crow TJ.: A current view of type II syndrome: age of onset, intellectual impairment, and meaning of structural changes in the brain. *Br J Psychiatry*, 155(suppl 7):15-20, 1989.
30. Crow TJ.: Commentary on Annett, Yeo et al., Klar, Saugstad and Orr: Cerebral asymmetry, language and psychosis - The case for a Homo sapiens-specific sex-linked gene for brain growth. *Schizophrenia Research*, 39(3):219-231, 1999.
31. Crum RM., Ford DE.: The effect of psychiatric symptoms on the recognition of alcohol disorders in primary care patients. *Int J Psychiatry Med*, 24(1):63-82, 1994.
32. Cuffel BJ., Shumway M., Chouljian TL., et al.: A Longitudinal Study of Substance Use and Community Violence in Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 182(12):704-708, 1994.
33. De la Fuente JR., Kersenobich D.: El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina*, 35:47-51, 1992.
34. Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A.: "Problems and Priorities in low-income countries". New York. Oxford University Press, 1995.
35. Díaz LR.: Estudio de bebedores excesivos entre la población psiquiátrica de un hospital general. Trabajo de Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Documento interno. 1991.
36. Díaz LR., Campillo C., Cerrud J., y cols.: El consumo de alcohol en la población psiquiátrica. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1992. Págs. 108-116.
37. Díaz LR., Osornio A., Díaz A., y cols.: La Salud Mental en el Municipio de Querétaro: Estudio Epidemiológico de la Población marginada. Querétaro, México, Sociedad de Salud Mental del Estado de Querétaro, 1994.



38. Díaz LR.: Comorbilidad Psiquiátrica: Consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. Las Adicciones: Hacia un enfoque multidisciplinario. CONADIC. México. 1994. Págs. 100-105.
39. Díaz LR, Murow E, Ortega H, y cols.: El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud Mental, 19(4):1-7, 1996.
40. Díaz LR, Rascón ML, Ortega H, y cols.: Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, 41(2):51-59, 1998.
41. Díaz LR, Rascón ML, Valencia M, y cols.: El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a 2 años. Salud Mental, 22(número especial):104-113, 1999.
42. Dinwiddie SH., Reich T.: Genetic and family studies in psychiatric illness and alcohol and drug dependence. J Addict Dis, 12(3):17-27, 1993.
43. Drake RE., Noordsy DL.: Case management for people with coexisting severe mental disorder and substance use disorder. Psychiatr Ann, 427-431, 1994.
44. Edwards E., Gross MM.: Alcohol Dependence: Provisional Description of a Clinical Syndrome. WHO Technical Report, 1, 1976.
45. Edwards G.: Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional. Editorial Trillas. México DF. 1986.
46. Elizondo JA., Panorama Actual de Tratamiento y La Rehabilitación de Los Alcohólicos en México. En M. Jean Gilbert (Editor). Alcohol Consumption among Mexicans and Mexican Americans: a Binational Perspective. Los Ángeles, California, 1988.
47. Fassino S., Ferrero A.: Arte terapia e schizofrenia crónica. Riflessioni su alcuni aspetti del sentimento sociale e del sé creativo. Minerva Psichiatrica, 33(1):73-77, 1992.
48. Fenton WS., McGlashan TH.: Natural history of schizophrenia subtypes: I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 48:969-977, 1991.
49. Fenton WS., McGlashan TH.: II. Positive and negative symptoms and long-term course. Arch Gen Psychiatry, 48:978-986, 1991.

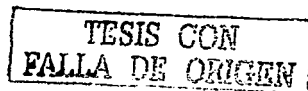
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

50. Fink A., Hays RD., Moore AA., et al.: Alcohol-related problems in older persons: Determinants, consequences, and screening. *Ach Intern Med*, 156(11):1150-1156, 1996.
51. Gabbard G.: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition. Section II. Schizophrenia.* Washington DC. American Psychiatric Press. 1994.
52. Garrabé J: *Historie de la Schizophrénie.* Col. Médecine et Histoire. Editions Seghers. Paris, 1992.
53. Gearhart JG., Beebe DK., Milhorn HT., et al.: Alcoholism in women. *Am Fam Phys*, 44(3):907-913, 1991.
54. Gilligan SB., Reich T., Cloninger CR.: Alcohol-related symptoms in heterogeneous families of hospitalized alcoholics. *Alcoholism*, 12:671-678, 1988.
55. Glaser R., Kennedy S., Lafuse WP., et al.: Psychological Stress-Induced Modulation of Interleukin 2 Receptor Gene Expression and Interleukin 2 Production in Peripheral Blood Leukocytes. *Arch Gen Psychiatry*, 47(8):707-712, 1990.
56. Guevara-Arnal L., Zapata L., Kaplan M., et al.: Excessive alcohol intake among Mexican patients. *J Addict*, 2:170-176, 1995.
57. Hagnell O.: Repeated incidence and prevalence studies of mental disorders in a total population followed during 25 years. The Lundby study, Sweden. *Acta psychiatr Scand*, 79(suppl. 348):61-78, 1989.
58. Hambrecht M., Häfner H.: Substance Abuse and the Onset of Schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 40:1155-1163, 1996.
59. Harrison G.: Searching for the causes of Schizophrenia: The role of Migrant studies. *Schizophrenia Bulletin*, 16(4):663-671, 1990.
60. Harrison TR.: *Principios de Medicina Interna. Décima edición.* Editorial McGraw Hill. México. 1986.
61. Harrison TR.: *Principios de Medicina Interna. Decimotercera edición.* Editorial McGraw Hill. México. 1994.
62. Herrera-Estrella M. Torner C., González G., y cols.: Estudio de confiabilidad de la traducción al español de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) para valorar Esquizofrenia. *Psiquis*, 2(2):47-51, 1993.

63. Herz LR., Volicer L., D'Angelo N, et al.: Additional psychiatric illness by diagnostic interview schedule in male alcoholics. *Compr Psychiatry*, 31(1):72-79, 1990.
64. Irwin M., Schuckit M., Smith TL.: Clinical Importance of Age at Onset in Type 1 and Type 2 Primary Alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 47:320-324, 1990.
65. Jellinek EM.: *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, Conn: College University Press, 1960.
66. Johnson JG., Spitzer RL., Williams JBW., et al.: Psychiatric comorbidity, health status and functional impairment associated with alcohol abuse and dependence in primary care patients: findings of the PRIME MD-1000 Study. *J Consult Clin Psych*, 63:133-140, 1995.
67. Kaplan H., Sadock B.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI*. Baltimore, Maryland. Williams and Wilkins Press, 1995.
68. Kaplan H., Sadock B.: *Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment*. Second Edition. Baltimore, Maryland. Williams and Wilkins Press, 1996.
69. Kay SR., Fiszbein A., Opler LA.: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13(2):261-276, 1987.
70. Kay SR., Opler LA., Lindenmayer JP.: Reliability and Validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia. *Psychiatry Res*, 23:99-110, 1988.
71. Kay SR.: Significance of the Positive-Negative distinction in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16(4):635-652, 1990.
72. Keltner NL., Folks DG.: *Psychotropic Drugs*. St. Louis, Missouri. Mosby-Year Book, Inc., 1993.
73. Kendler KS.: A Twin study of Individuals with both Schizophrenia and Alcoholism. *Br J Psychiatr*, 147:48-53, 1985.
74. Kendler KS., Diehl SR.: The Genetics of Schizophrenia: A Current, Genetic-Epidemiologic Perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2):261-286, 1993.
75. Kessler RC., Nelson CB., McGonagle KA., et al.: The epidemiology of co-occurring additive and mental disorders: Implications for Prevention and Service Utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1):17-29, 1996.
76. Khantjian EJ.: The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *Am J Psychiatry*, 142(11):1259-1264, 1985.

77. Kosten TR., Ziedonis DM.: "Substance abuse and schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, 23(2):181-186, 1997.
78. Lagomarsino AJ.: Psicoeducación para familias de esquizofrénicos. *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.*, 36:73-80, 1990.
79. Lara-Muñoz MC.: Capítulo VI. La calidad de vida del enfermo esquizofrénico. En Ortega-Soto H. y Valencia-Collazos M: *Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas*. México DF. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2001.
80. Leff JP., Vaughn C.: The interaction of life events and relatives expressed emotional and depressive neurosis. *British Journal of psychiatry*, 136(146-153), 1980.
81. Leff JP., Berkowitz R., Shavit N., et al.: A trial of family therapy vs. a relatives' group for schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 154:58-66, 1989.
82. Lepola U.: Alcohol and depression in panic disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 89(377):33-35, 1994.
83. Levinson DF., Mahtani MM., Mancarrow DJ., et al: Genome Scan of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 155(6):741-750, 1998.
84. Lieberman JA.: Is schizophrenia a neurodegenerative disorder?. A clinical and neurobiological perspective. *Biological Psychiatry*, 46(6):729-739, 1999.
85. Lipsitz JD., Williams JB., Rabkin JG., et al.: Psychopathology in male and female intravenous drug users with and without HIV infection. *Am J Psychiatry*. 151:1662-1668, 1994.
86. McAllister CG., Rapaport MH., Pickar D., et al.: Increased Numbers of CD5 + B Lymphocytes in Schizophrenic Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 46:890-894, 1989.
87. Medina-Mora ME., García G., Rascón ML., y cols.: Normas y actitudes en torno a la ingesta de bebidas alcohólicas y su relación con las prácticas de consumo. En: *La psicología social en México*, I. México, 1986.
88. Medina-Mora ME., Rascón ML., Otero BR., y cols.: Patrones de consumo de alcohol de México. En M. Jean Gilbert (Editor). *Alcohol Consumption among Mexicans and Mexican Americans: a Binational Perspective*. Los Angeles, California, 1988.

89. Medina-Mora ME.: Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En Tapia R (Editor). Las Adicciones. Dimensión, Impacto y Perspectivas. Manual Moderno. México, 1994.
90. Medina-Mora ME., Berenzon S., López EK., y cols.: El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. Salud Mental, 20(Supl. 2):32-38, 1997.
91. Medina-Mora MA., Carreño S., De la Fuente JR.: Experience with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in México. En: Recent Developments in Alcoholism, Volume 14: The Consequences of Alcoholism. Edited by Galanter. Plenum Press, New York, 1998.
92. Medina-Mora ME.: El abuso y la dependencia a sustancias. En: La salud en México a la vuelta del siglo. Desafíos, instrumentos, respuestas. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. 2000.
93. Mednick SA., Parnas J., Schulsinger F.: The Copenhagen high-risk project, 1962-86. Schizophrenia Bulletin, 13:485-495, 1987.
94. Mendivil JL., Eguiluz I., Galletero JM., y cols.: "Influencias del abuso de sustancias psicotropas en el paciente psicótico agudo". Psiquis, 18(4):38-42, 1997.
95. Menezes PR., Johnson S., Thornicroft G, et al.: "Drug and Alcohol Problems among Individuals with Severe Mental Illnesses in South London. British Journal of Psychiatry, 168:612-619, 1996.
96. Miller NS., Gold MS.: Dual diagnoses: Psychiatric syndromes in alcoholism and drug addiction. Am Fam Phys, 43(6):2071-2076, 1991.
97. Miller NS., Eriksen A., Owley T.: Psychosis and schizophrenia in alcohol and drug dependence. Psychiatr Ann, 24:418-423, 1994.
98. Modestin J., Nussbaumer C., Angst K., et al.: "Use of potentially abusive psychotropic substance in psychiatric inpatients". Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 247(3): 146-153, 1997.
99. Mueller TI., Lavori PW., Keller MB., et al.: Prognostic Effect of the Variable Course of Alcoholism on the 10-Year Course of Depression. Am J Psychiatry, 151(5):701-706, 1994.



100. Murow E., Unikel C.: Capítulo XII. La musicoterapia y la terapia de danza y movimiento expresivo: aproximaciones novedosas al tratamiento del paciente con esquizofrenia crónica. En Ortega-Soto H. y Valencia-Collazos M: Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas. México DF. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2001.
101. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Moderate Drinking. Alcohol Alert, num 16, 1992.
102. Noordsy DL., Drake RE., Biesanz JC., et al.: Family history of alcoholism in schizophrenia. J Nerv Ment Dis, 182:651-655, 1994.
103. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Madrid. Editorial Meditor. 1992.
104. Organización Mundial de la Salud. Programa sobre abuso de sustancias. AUDIT: Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol: Pautas de uso en la atención primaria de la salud. OMS/PAS/92.4. 1992.
105. Ortega-Soto H.: Esquizofrenia. En: La Patología Mental y su Terapéutica. México: Fondo de Cultura Económica. 1997. Pags. 292-307.
106. Penick EC., Powell BJ., Nickel EJ., et al.: Co-Morbidity of Lifetime Psychiatric Disorder Among Male Alcoholics Patients. Alcohol Clin Exp Res, 18(6):1289-1293, 1994.
107. Peña-Corona MP.: Resultados de la encuesta AUDIT en trabajadores del IMSS. Presentado en el Seminario "Consumo de alcohol: nuevas perspectivas médicas". México DF., Agosto 1996.
108. Peña-Corona MP.: Consumo de alcohol en pacientes del IMSS. Documento preparado para el Consejo Nacional de Lucha contra las Adicciones. México DF., Octubre 1996.
109. Pérez-Rincón H.: Capítulo I: La construcción del concepto nosográfico de la esquizofrenia. En Ortega-Soto H. y Valencia-Collazos M: Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas. México DF. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2001.

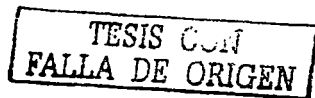
110. Pickar D., Breier A., Hsiao JK., et al.: Cerebrospinal Fluid and Plasma Monoamine Metabolites and Their Relation to Psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 47(7):641-648, 1990.
111. Poikolainen K.: A public enemy or friend?. *Addiction*, 90(2):187-189, 1995.
112. Powell BJ., Penick EC., Nickel EJ, et al.: Outcomes of Co-Morbid Alcoholic Men: A 1-Year Follow-Up. *Alcohol Clin Exp Res*, 16(1):131-137, 1992.
113. Rascón ML., Arredondo A., Tirado L., López M.: "Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México: depresión y esquizofrenia". *Salud Mental*, 21(1):43-47, 1998.
114. Rascón ML., Rascón D., Valencia M.: Capítulo VIII. Los factores familiares de la esquizofrenia. En Ortega-Soto H. y Valencia-Collazos M: *Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas*. México DF. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2001.
115. Regier DA., Farmer ME., Rae DS., et al.: Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19):2511-2518, 1990
116. Roberts GL., Lawrence JM., O'Toole BI., et al.: Domestic violence in the Emergency Department: I. Two case-control studies of victims. *Gen Hosp Psychiatry*, 19(1):5-11, 1997.
117. Robins LN.: A Confluence of Classification Instruments. *DIS Newsletter*, 8(1):5-6, 1991.
118. Robins LN., Wittchen HU., Helzer JE., et al.: The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
119. Rojas-Guiot E, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora ME, y cols.: Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México*, 41(4):297-308, 1999.
120. Rosovsky H.: Base de datos de estadísticas de alcohol. México DF. Centro de información de alcohol, Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

121. Ross HE., Swinson R., Larkin EJ., Doumani S.: Diagnosing comorbidity in substance abusers computer assessment and clinical validation. *J Nerv Ment Dis*, 182: 556-563, 1994.
122. Roy A., DeJong J., Lamparski D., et al.: Depression Among Alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 48:428-432, 1991.
123. Sandoval X.: Revascularización de pacientes cardíopatas: funcionamiento psicosocial y calidad de vida. Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias médicas. UNAM, 1998.
124. Schuckit MA., Tipp JE., Bergman M., et al.: Comparison of Induced and Independent Major Depressive Disorders in 2,945 Alcoholics. *Am J Psychiatry*, 154(7):948-957, 1997.
125. Secretaría de salubridad y Asistencia. Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. México: Consejo Nacional Contra el Alcoholismo. 1986.
126. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Tomo I. Alcohol. México. 1993.
127. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Tomo I-II. Alcohol. México. 1998.
128. Smart RG.: Consumo de alcohol; tendencias mundiales. *Foro Mundial de la Salud*, 12:106-110, 1991.
129. Stack S., Wasserman IM.: Marital Status, Alcohol Abuse and Attempted Suicide: A Logit Model. *Journal Addictive Diseases*, 14(2):43-51, 1995.
130. Stahl SM.: *Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Clinical Applications*. New York. Cambridge University Press, 1996.
131. Sterling RC., Gottheli E., Weinstein SP., et al.: Psychiatric symptomatology in crack cocaine abusers. *J Nerv Ment Dis*, 182:564-569, 1994.
132. Stevens JR.: Schizophrenia and multiple sclerosis. *Schizophrenia Bulletin*, 14:231-241, 1988.
133. Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C., et al: The community management of schizophrenia: A two year follow-up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiatry*, 154:625-628, 1989.



134. Tsuang MT., Gilbertson MW., Faraone SV.: The genetics of Schizophrenia: Current knowledge and future directions. *Schizophr Res*, 4:157-171, 1991.
135. Valencia M., Rojas E., Ruiz V., y cols.: Desarrollo de un esquema teórico para evaluar el funcionamiento social: integración de sistemas y elaboración de conceptos. México DF., Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1985.
136. Valencia M.: Criterios metodológicos para diseñar instrumentos de investigación: La Escala de Funcionamiento Psicosocial. *La psicología social en México. Volumen I. Editorial Asociación Mexicana de Psicología Social*, 1986.
137. Valencia M.; Rojas E., González C., y cols.: Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 31:674-687, 1989.
138. Valencia M.: Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Psiquiatría*, 12(3):72-86, 1996.
139. Valencia M., Saldivar G., Rivera E.: Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. *Salud Pública de México*, 20(2):28-37, 1997.
140. Valencia M., Rascón ML.: Abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia en pacientes agudos y crónicos. *Psicología Iberoamericana*, 6(4):18-33, 1998.
141. Valencia M.: Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental*, 22:128-137, 1999.
142. Valencia M.: Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 22(2):31-40, 1999.
143. Valencia M., Rascón ML., Ortega-Soto HA.: Capítulo X. El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En Ortega-Soto H. y Valencia-Collazos M.: *Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas*. México DF. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2001.
144. Valencia M.: Capítulo XIII. El manejo comunitario de la esquizofrenia. En Ortega-Soto H. y Valencia-Collazos M.: *Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas*. México DF. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2001.



145. Valencia M., Lara MC., Rascón ML.: La importancia de los tratamientos farmacológico y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 2(1) Abril, 6-21, 2002.
146. Valencia M., Ortega-Soto H., Rascón ML., Gómez L.: Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6):358-369, 2002.
147. Vaughn CE., Leff JP.: The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol*, 15:423-429, 1976.
148. Villatoro JA., Medina-Mora ME., Cardiel H., y cols.: La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. *Medición otoño de 1997. Salud Mental*, 22(2):18-30, 1999.
149. Walsh DC., Hingson RW., Merrigan DM., et al.: A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers, *New England Journal of Medicine*, 325:775-782, 1991.
150. Weeks DE., Brzustowicz L., Squires-Wheeler E., et al.: Report of a workshop on genetic linkage studies in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16(4):673-686, 1990.
151. Wexler BE., Giller EL., Southwick S.: Cerebral laterality, symptoms, and diagnosis in psychotic patients. *Biol Psychiatry*, 29:103-116, 1991.
152. Winokur G.: Anxiety disorders. Relationship to other psychiatric illness. *Psychiatr Clin North Am*, 11(2):287-293, 1988.
153. Wittchen HU., Robins LN., Sartorius N., et al.: Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J of Psychiatr*, 159:645-653, 1991.
154. Wittchen HU.: Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*, 168(30):9-16, 1996.
155. Wong DF., Wagner HN., Tune LE., et al.: Positron Emission Tomography Reveals Elevated D₂ Dopamine Receptors in Drug-Naive Schizophrenics. *Science*, 234:1558-1563, 1986.
156. World Health Organization. CIDI-CORE Computer Manual for Data Entry and Diagnostic Programs for the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). (Version 1.0, Rev 4, 1990). WHO, 1990.

A N E X O S

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL
(EFPS)**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**




SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
DIRECCION GENERAL
DEL
DERECHO DE AUTOR

REGISTRADO

8216

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

 S. E. P. DIRECCION GENERAL DEL DERECHO DE AUTOR	REGISTRADA
	CONTROL <u>8216</u>
	No DE REGISTRO <u>4771/B</u>
	LIBRO <u>2</u>
	FOJAS <u>50</u>
México, D. F., a <u>22</u> de <u>1958</u>	
SUFRAGIO EFECTIVO	

Marcelo Valencia C.

DR. MARCELO VALENCIA C.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AREAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

No. de paciente

--	--	--	--

Califique utilizando la siguiente Escala

Expediente

--	--	--	--	--	--	--	--

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

AREA	REACTIVOS	TOTAL ¹ POR AREA	NIVEL (\bar{x}) ² POR AREA																
A. OCUPACIONAL	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td> </td> </tr> </table>									1	2	3	4	5	6	7		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7													
B. SOCIAL	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td> </td> </tr> </table>									1	2	3	4	5	6	7		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7													
C. ECONOMICA	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td> </td> </tr> </table>									1	2	3	4	5	6	7		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7													
D. SEXUAL	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td> </td> </tr> </table>									1	2	3	4	5	6	7		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7													
E. FAMILIAR	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td> </td> </tr> </table>									1	2	3	4	5	6	7		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7													
SUMA DE LA MEDIA (\bar{x}) DE TODAS LAS AREAS ³		<input type="text"/>	<input type="text"/>																
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL ⁴		<input type="text"/>	<input type="text"/>																

Paciente: _____

Entrevistador(a): _____ Fecha: _____

SEGUIMIENTO: ESCALA DE EVALUACION GLOBAL

1o	2o	3o	4o	5o	6o
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL (EFPS)

Dr. Marcelo Valencia

1) Nº de proyecto

2) No. de paciente

3) Nº de tarjeta

4) Nº de expedien

5

6 7 8 9 10 11

Paciente: _____

Nombre (s) Apellidos

Domicilio: _____

Teléfono _____

5) Sexo 12 6) Edad 7) Lugar de residencia 15

1. Masculino 13 14 1. México, D.F. y zona metropolitana

2. Femenino 2. Provincia/otro

8) Estado civil: 16 9) Ocupación: 17

1. Soltero 1. Trabaja

2. Casado 2. Trabaja y estudia

3. Viudo 3. Ama de casa

4. Separado 4. Estudia

5. Divorciado 5. No trabaja

6. Unión libre 6. Otro

7. Madre soltera

10) Escolaridad: 19

1. Sin educación formal

2. Primaria incompleta

3. Primaria completa

4. Secundaria incompleta

5. Secundaria completa

6. Estudios comerciales o técnicos (auxiliar administrativo, secretaria, etc.)

7. Preparatoria o Normal

8. Carrera universitaria

9. Otro

Motivo de consulta _____

Entrevistador: _____

Fecha de la Entrevista: _____

Día Mes Año

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PAGINACIÓN DISCONTINUA

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL (EFPS)

Dr. Marcelo Valencia

1) Nº de proyecto

2) No. de paciente

3) Nº de tarjeta

4) Nº de expedien

5

6 7 8 9 10 11

Paciente: _____

Nombre (s)

Apellidos

Domicilio: _____

Teléfono: _____

5) Sexo 12 6) Edad 13 14 7) Lugar de residencia 15
1. Masculino 2. Femenino
1. México; D.F. y zona metropolitana
2. Provincia/otro

8) Estado civil: 16 9) Ocupación: 17
1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Separado 5. Divorciado 6. Unión libre 7. Madre soltera
1. Trabaja 2. Trabaja y estudia 3. Ama de casa 4. Estudia 5. No trabaja 6. Otro

10) Escolaridad: 18
1. Sin educación formal
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Estudios comerciales o técnicos (auxiliar administrativo, secretaria, etc.)
7. Preparatoria o Normal
8. Carrera universitaria
9. Otro

Motivo de consulta _____

Entrevistador: _____

Fecha de la Entrevista: _____

Día

Mes

Año

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Le voy a hacer alguna preguntas en relación a ciertos aspectos de su vida diaria, con el propósito de darnos cuenta en una forma más completa de lo que usted siente y necesita.

CONDICIONES DE VIVIENDA

11. Vive usted en:

- 1. Casa
- 2. Departamento
- 3. Cuarto (s)
- 4. Otros (especifique) _____

19

12. ¿Paga usted renta?

- 1. Si
- 2. No
- 3. Otro (especifique) _____

20

13. ¿Cuántos cuartos tiene su hogar (casa, departamento, etc.) (incluye recámaras, cocina, baño, etc.)

1
21 22

14. ¿Tiene usted?:

	Si	No	Compartido
Baño	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25
Cocina	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28
Agua	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31
Luz	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 34
Gas	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 37

- 1. Si
- 2. No
- 3. Compartido
- 9. No aplicable

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

15. ¿Actualmente cuánta gente vive en su hogar?
¿Cuántos niños?

38 39

40 41

¿Cuántos adultos?

42 43

16. Nivel de satisfacción de la vivienda:

¿Cómo se siente hacia su vivienda en general?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

44

17. En relación a la colonia donde vive usted vive actualmente

¿Se siente usted seguro en su colonia? ejemplo: seguridad física, miedo a ser asaltado

1. Muy seguro
2. Seguro
3. Neutral, indiferente
4. Inseguro
5. Muy inseguro
9. No aplicable

45

18. Uso de servicio y condiciones de la colonia.

Se refiere a medios de transportación, escuelas, servicios médicos, protección policial, agua, luz, etc.

Si su colonia le proporciona o no le proporciona estos servicios, ¿cómo se siente en relación a las condiciones de la colonia?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

46

19. Si tuviera oportunidad de cambiarse de colonia ¿lo haría?

1. Si
2. No
3. Neutral, indiferente
4. Inseguro de poder hacerlo
5. Imposible de poder hacerlo

47

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

20. Nivel de satisfacción hacia la colonia.

¿Cómo se siente hacia su colonia en general?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

48

21. Composición familiar:

¿Qué familiares tiene y quiénes viven con usted?

	Tiene:	Vive con usted
Padre	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/> 50
Madre	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 52
Esposo	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 54
Esposa	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 56
Hermanos	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 58
Hijos	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/> 60
Abuela	<input type="checkbox"/> 61	<input type="checkbox"/> 62
Abuelo	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/> 64
Otros	<input type="checkbox"/> 65	<input type="checkbox"/> 66

1. Si
2. No
3. No aplicable

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A. AREA OCUPACIONAL

1. Horas de trabajo

¿Cuántas horas al día trabaja usted?
¿Le parecen muchas horas de trabajo? ¿pocas? ¿regular?
¿Cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 67
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

2. Desempeño en el trabajo

¿Cómo se desempeña usted en su trabajo? ¿Cómo se siente en relación a su desempeño?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 68
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

3. Relaciones interpersonales

¿Cómo son sus relaciones interpersonales con su jefe, con sus compañeros de trabajo, cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 69
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

4. Comunicación en el trabajo

¿Cómo es su comunicación en el trabajo con su jefe, con sus compañeros de trabajo? Para el tipo de trabajo que usted realiza, ¿es necesario comunicarse con sus compañeros? ¿con la gente? ¿cómo se siente en respecto a su nivel de comunicación?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 70
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

5. Problemas en el trabajo

¿Tiene usted algunos problemas en trabajo? ¿qué tipo de problemas? ¿con que frecuencia? ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

71

6. Condiciones de trabajo

¿Cómo son las condiciones de su trabajo? por ejemplo: ambiente físico, incentivos, motivación, etc.

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

72

7. Nivel de satisfacción global hacia el trabajo

En relación a todo lo que ha dicho sobre su ocupación, ¿cómo se siente hacia su trabajo en general?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

73

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B. AREA SOCIAL

1. Contacto social con los vecinos.

¿Visita usted a los vecinos? ¿recibe visitas de ellos? ¿invita usted a los vecinos a su casa? ¿lo invitan a usted? ¿con qué frecuencia?, por ejemplo, una vez a la semana, cada 15 días una vez al mes ¿no hace nada de esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

74

2. Interés en contacto social

¿Está usted interesado en relacionarse con la gente? ¿en llevarse bien? en platicar, ¿siente usted que tiene necesidad de mayor contacto social? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

75

3. Nivel de comunicación

¿Cómo diría usted que es su nivel de comunicación con la gente? ¿con sus vecinos? ¿con sus amigos? etc. ¿bueno? ¿malo? ¿no se comunica? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

76

4. Aislamiento social.

¿Se aísla usted de la gente? ¿se siente solo con frecuencia? ¿no se aísla? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho

77

5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

5. Problemas o dificultades sociales.

¿Tiene usted problemas de tipo social? ¿qué tipo de problemas? ¿con qué frecuencia? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

78

6. Preocupación por problemas o dificultades sociales.

¿Tiene preocupaciones por estos problemas? ¿de qué tipo? ¿no tiene preocupaciones? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

79

7. Nivel de satisfacción hacia los roles sociales.

En relación a todo lo que ha mencionado sobre sus actividades sociales con amigos, vecinos, con la gente en general, ¿cómo siente usted que desempeña sus actividades sociales? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

80

Número de paciente

1	2	3	4

Número de tarjeta

5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C. AREA ECONOMICA

1. Disponibilidad de dinero.

¿Piensa usted que el dinero que tiene le alcanza para vivir? ¿cubre esto sus necesidades básicas como alimentos, ropa, etc.? ¿es el dinero suficiente? ¿no le alcanza? ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

2. Problemas económicos

¿Tiene usted problemas de tipo económico? ¿qué tipo de problemas? ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

3. Preocupación por problemas económicos.

¿Está usted preocupado por los problemas económicos? ¿se preocupa mucho? ¿no se preocupa? ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

4. Manejo de dinero.

¿Cómo maneja su dinero? ¿facilidad de distribuir el dinero para el gasto, para pagar deudas, etc?, ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho

- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

5. Seguridad económica.

¿Se siente usted seguro económicamente? ¿se siente usted seguro de salir adelante económicamente? ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

 10

6. Contacto social

¿Siente usted que por la falta de dinero no puede usted hacer otras actividades? por ejemplo, ir al cine, eventos deportivos, etc., ¿siente usted que por falta de dinero no puede salir con los amigos, familiares, etc? ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

 11

7. Nivel de satisfacción económica.

En relación a lo platicado sobre estos aspectos, ¿que tan satisfecho se encuentra usted en general?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

 12

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

11

D. AREA SEXUAL

1. Nivel de comunicación.

¿Existe comunicación entre usted y su pareja sobre aspectos sexuales? ¿platican de vez en cuando? ¿cómo se comunican? ¿en relación a esto cómo se siente usted?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

13

2. Desempeño de actividad sexual.

¿Cómo se desempeña usted en su rol sexual? por ejemplo: conocimiento, actitudes, conducta, ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

14

3. Nivel de interés.

¿Tiene usted interés en sus actividades sexuales? ¿Cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

15

4. Seguridad de conservar su pareja.

¿Tiene usted seguridad de conservar a su pareja? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

16

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Problemas de tipo sexual.

¿Tiene usted problemas de tipo sexual? ¿qué tipo de problemas? ¿con qué frecuencia? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

 17

6. Preocupación por problemas sexuales.

¿Tiene preocupación por problemas de tipo sexual? ¿de que tipo? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

 18

7. Nivel de satisfacción.

En relación a todo lo que usted ha dicho: ¿cómo se siente en relación a su vida sexual y a los roles que usted desempeña?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

 19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E. AREA FAMILIAR

1. Comunicación con la familia.

¿Platica usted con su familia? ¿con qué frecuencia? cuando platica ¿cómo se siente? ¿no hace nada de esto? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

 20

2. Rechazo familiar.

¿Siente rechazo hacia su familia? ¿hacia algún miembro en especial? ¿a qué se debe este rechazo? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

 21

3. Pertenencia familiar.

¿Siente usted que pertenece a su familia? ¿se considera miembro del grupo familiar? ¿siente que no pertenece a su familia? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

 22

4. Problemas o dificultades con la familia.

¿Tiene usted problemas o dificultades con la familia? ¿qué tipo de problemas? ¿con qué frecuencia? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho

 23

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

5. Preocupación por problemas o dificultades familiares.

¿Tiene preocupaciones por estos problemas? ¿de qué tipo? ¿no tiene preocupaciones? ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

24

6. Nivel de satisfacción global familiar.

En relación a todo lo que ha dicho acerca de sus actividades con su familia, ¿cómo siente usted que se desempeña en todas las actividades familiares? ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

25

7. Nivel de satisfacción de la familia hacia el paciente.

En relación a lo que su familia hace por usted, por ejemplo ¿se interesa en tener buenas relaciones y comunicación con usted? ¿le da apoyo? ¿seguridad? ¿se preocupa y se interesa por usted o por el contrario no hace nada de esto y más bien le crea problemas? ¿lo rechaza? ¿demuestra agresión? etc. ¿Cómo se siente en relación a lo que su familia hace o siente por usted?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

26

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

5. Preocupación por problemas o dificultades familiares.

¿Tiene preocupaciones por estos problemas? ¿de qué tipo? ¿no tiene preocupaciones? ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

 24

6. Nivel de satisfacción global familiar.

En relación a todo lo que ha dicho acerca de sus actividades con su familia, ¿cómo siente usted que se desempeña en todas las actividades familiares? ¿cómo se siente en relación a esto?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

 25

7. Nivel de satisfacción de la familia hacia el paciente.

En relación a lo que su familia hace por usted, por ejemplo ¿se interesa en tener buenas relaciones y comunicación con usted? ¿le da apoyo? ¿seguridad? ¿se preocupa y se interesa por usted o por el contrario no hace nada de esto y más bien le crea problemas? ¿lo rechaza? ¿demuestra agresión? etc. ¿Cómo se siente en relación a lo que su familia hace o siente por usted?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

 26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta
(CIDI)**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

/02

ID / / / / / / / /

/09

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: _____

ESCOLARIDAD: _____

HORA DE INICIO " / / " / / /
a.....:1
e.....:2

/13
/14

NOMBRE DE LA INSTITUCION: _____

1. ¿Por qué motivo estudió e consulta aquí?

2. ¿Cuándo estudió e consulta aquí por primera vez?

3. ¿Cuántas veces ha estudiado e consulta aquí por (problema)?

/ / /
AÑOS NO. DE VECES

/16

4. ¿Cuál es el domicilio de su residencia (hogar) usual?

DIRECCION _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CP _____

TEL _____

5. A1 INDIQUE SEXO SEGUN OBTIENE

MASCULINO.....
FEMENINO.....

/17

6. A2 ¿Que edad tiene usted?

/ / /
AÑOS

/18

DEMOC A3 ¿En qué fecha nació?

____/____/____
MES DIA AÑO

/25

DEMOC A4 En la actualidad ¿está usted casado/, viudo(a), separado/a, divorciado/a, o nunca se ha casado?

CASADO(A).....(PREGUNTE A).....1
VIUDO(A).....(PREGUNTE B).....2
SEPARADO(A).....(PREGUNTE B).....3
DIVORCIADO(A).....(PREGUNTE B).....4
NO SE HA CASADO.....(PREGUNTE B).....5

/30

A. ESTA CASADO(A) ACTUALMENTE (A4 = 1), PREGUNTE:

¿Está usted viviendo actualmente con su esposo(a)?

NO.....1

SI...(PASE A A5)..5

/31

B. ¿Está usted viviendo actualmente con alguien como si estuvieran casados?

NO.....1

SI.....5

/32

DEMOC A5 ¿Cuántos hijos tiene usted, sin contar los adoptados, o que hayan nacido muertos?

____/____/____

/34

DEMOC A6 Ahora deseo preguntarle a Ud. acerca del trabajo.
En los últimos doce meses ¿cuántos meses ha estado Ud. trabajando? CONSIDERE INDEPENDIENTES Y ASALARIADOS.
SI NO HA TRABAJADO, ANOTE OO Y SALTE A PREGUNTA A18.
MENOS DE UN MES = D1

____/____/____

/35

DEMOC A7 ¿Está usted trabajando en la actualidad?

SI.....1

NO...(SALTE A A8).....5

/39

A. ¿Usted trabaja tiempo completo o tiempo parcial?

TIEMPO COMPLETO.....1

TIEMPO PARCIAL.....2

/40

B. ¿Que tipo de trabajo hace?

ANOTE: _____

C. ¿En que tipo de negocio o empresa trabaja Ud?

ANOTE: _____

DEMOC A8 ¿Cuántos años de estudios ha completado usted?

____/____/____

/42

DEMOG A9 ¿Está aún estudiando?

NO.....1
SI..(SALTE A C1).....5

/63

DEMOG A10 ¿Se graduó de los últimos estudios realizados?

NO.....1
SI.....5

/64

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SECCION C: ESQUIZOFRENIA

ENTREVISTADOR: ANTES DE COMENZAR C1-C13 Y C15-C21 PREGUNTE:
¿Podría contarme acerca de una vez en que esto sucedió?
A NO SER QUE UN EJEMPLO YA SE HAYA DADO.

C1 ¿Alguna vez ha creído que alguien lea sus
pensamientos o que otras personas:
SC133FA1a /50
SC133CA1a
SC133DA1a
¿alguna vez ha creído que (ellos) estaban espionando? SGN: 1 2 3 4 5 6
A. ¿Como sabe que (ellos) estaban espionando?
E: _____
MO: _____
SI CALIFICA (S); PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE SGN (6).

C2 ¿Alguna vez ha creído que alguien lea sus
pensamientos? SGN: 1 2 3 4 5 6 /51
SC133FA1a
SC133CA1a
SC133DA1a
A. ¿Como sabe que (ellos) estaban espionando?
E: _____
MO: _____
SI CALIFICA (S); PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE SGN (6).

C3 ¿Alguna vez ha creído que alguien lea sus
pensamientos o que alguien lea sus
SC133FA1a /52
SC133CA1a
SC133DA1a
¿como sabe que estaba siendo observado?
ANTE ABAJO Y EMPIECE A COMENZAR
E: _____
MO: _____
SI CALIFICA (S); PERO ES PLAUSIBLE CODIFIQUE SGN (6).

C4 ¿Alguna vez ha creído que alguien lea sus
pensamientos o que alguien lea sus
SC133FA1a /53
SC133CA1a
SC133DA1a
¿como sabe que esta estado escuchando?
ANTE ABAJO Y EMPIECE A COMENZAR
E: _____
MO: _____
SI CALIFICA (S); PERO ES PLAUSIBLE CODIFIQUE SGN (6).

SC23RA1a G5 ¿Alguna vez ha creído que le estaban leyendo la mente?
SZICDA1b SI NO, CODIFIQUE SOM 1, OTROS PREGUNTE A.
DELICDA

A. ¿Sabían exactamente lo que ud. pensaba o solamente lo habían adivinado por los gestos de su cara o porque lo(s) conocían desde hace mucho tiempo?
SI "SOLO ADIVINANDO", CODIFIQUE SOM [1], SI NO PIDA UN EJEMPLO Y PREGUNTE B.

SOM: 1 2 3 4 5

/54

B. ¿Cómo suod ud. que le estaban leyendo la mente?

EJ: _____

HO: _____ OTRO: _____

SC23RA2 G6 ¿Alguna vez ha creído que ud. realmente podía oír lo
SZICDA1b que otra persona estaba pensando, aun cuando esa
persona no estuviera hablando? SI NO, CODIFIQUE
SOM 1, OTROS, PREGUNTE A.

A. ¿Cómo era posible que ud. oyera lo que esa persona
pensaba, si ella no decía nada?

SOM: 1 2 3 4 5

/55

EJ: _____

HO: _____ OTRO: _____

SC23RA2 G7 ¿Alguna vez creyó que otros podían oír sus
SZICDA1b pensamientos?
SI NO, CODIFIQUE SOM 1, OTROS PREGUNTE A.

A. ¿Cómo podían hacer eso? ANOTE ABAJO
Y EMPIECE A SONDEAR.

SOM: 1 2 3 4 5 6

/56

EJ: _____

HO: _____ OTRO: _____

SC23RA2 G8 ¿Alguna vez ha estado convencido(a) que estaba
SZICDA1b bajo el control de algún poder o fuerza, de
manera que sus pensamientos y acciones no eran
los suyos?

SOM: 1 2 3 4 5 6

/57

A. ¿Quién o qué poder o fuerza lo(s) controlaba?

EJ: _____

HO: _____ OTRO: _____

SI CALIFICA (S), PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE SOM [6].

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

5023RA2 5023DA*	00	¿Alguna vez ha estado consciente de pensamientos extraños o sentimientos que no eran los suyos, estaban siendo directamente puestos en su mente?	SDR: * 2 3 - 5	750
		Es: _____ ND: _____		
5023RA2 5023DA*	01	¿Alguna vez ha estado consciente de que algo o alguien podía sacarle o quitarle los pensamientos de su mente? ¿Cómo lo sabía?	SDR: * 2 3 - 5	750
		Es: _____ ND: _____		
5023RA2 5023DA* 5023DA	02	¿Alguna vez ha creído que le estaban enviando mensajes especiales a través de la televisión o la radio o que un programa había sido preparado solo para él? A. ¿Cómo "saciar" esas "propiedades" extrañas de una vez en que eso sucedió?	SDR: * 2 3 - 5 0	760
		Es: _____ ND: _____		
		SI CALIFICA (S), PERO ES PLAUISIBLE CODIFIQUE SDR (0).		
5023RA2 5023DA*	03	¿Alguna vez ha sentido que "fuerzas extrañas actúan en él", como si lo estuvieran hipnotizando o le estuvieran haciendo magia o estuvieron siendo atacado por "avos" o "ases"?	SDR: * 2 3 - 5	761
		A. ¿CÓMO TIPO DE FUERZA "LE"? Es: _____ ND: _____		
5023RA2 5023DA*	04	ENTREVISTADOR: ANOTE CUALQUIER IDEA DEJANTE ESPONTANEAMENTE REFERIDA Y QUE NO SEA CODIFICABLE EN 01-02, NO PREGUNTE, SI NO HAY NINGUNA CODIFIQUE SDR *, SI HAY ALGUNA DESCRIBA:	SDR: * 2 3 - 5	762
		Es: _____ ND: _____		
		ENTREVISTADOR: ENTRE LAS PREGUNTAS 01-013, E. ENTREVISTADO CONSULTO MEDICO PLANTO EN LA LINEA ND*)	ND:1 SI:5	763

S223R1b G15 ¿Alguna vez ha tenido la experiencia de ver a alguien o alguien que otros que estaban presentes no podían ver, si decir, tuvo una visión cuando estaba completamente desdormido(a)?, si NO, CODIFIQUE SDN 1, OTROS PREGUNTE A.

A. ¿QUE VOZ? ANTE ABAJO * EMPIECE A SONDEAR.

SDN: * 2 3 = 5

/64

NO: _____ OTRO: _____

S223R1b G16 ¿Ha tenido más de una vez la experiencia de oír cosas que otras personas no podían oír, tal como una voz?
 SI ES "NO", CODIFIQUE SDN 1; SI "SÍ" A G17.
 SI NO, PREGUNTE A.

A. ¿QUE VOZ? ANTE ABAJO * EMPIECE A SONDEAR.

SDN: * 2 3 = 5 6

/65

SI CALIFICA COMO SDN 5, PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE 6

NO: _____ OTRO: _____

SI MENCIONA VOCES, SALTE A G17 A.

G17 ¿Alguna vez escuchó voces que otros no podían oír? NO... (SALTE A G18)...1

SI.....5

/66

S210A1c A. ¿Esa voz venía de alguna parte de su cuerpo?

NO.....1

SI.....5

/67

S223R1c B. ¿Alguna vez escuchó voces que comentaban lo que Ud. hacía o pensaba y que otros no podían oír?

NO.....1

SI.....5

/68

S223R1c C. ¿Alguna vez ha escuchado dos o más voces hablando entre sí que otros personas no podían oír?

NO... (Salte a E)....1

SI.....5

/69

S210A1c D. ¿Estaban esas voces hablando de Ud.?

NO.....1

SI.....5

/70

S234A3 E. ¿Alguna vez ha dialogado con las voces del mismo modo que lo haría con alguien que estuviera con Ud.?

NO... (Salte a G2)...1

SI.....5

/71

S210A2e F. ¿Alguna vez vio Ud. realmente a quien le estaba hablando cuando mantenía una conversación con las voces?

NO.....1

SI.....5

/72

G2 ¿COMO explica el hecho de escuchar cosas que otras personas no pueden oír?

ANDE: _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SZICDAZE SZICDA1C SC23RA1D	G19 ¿Alguna vez escuchó estas cosas, que otros no podían oír, durante más de unos minutos?	NO.....1 SI.....5	/75
SC23RA1D SZICDAZE	G20 ¿Alguna vez le han molestado a su alrededor olores extraños, que nadie más que estuviera allí podía oír, tal vez olores que salían de su propio cuerpo?		
	SI ES "NO" CODIFIQUE (1) Y SALTE A G21, SI NO, PREGUNTE A		
	A. ¿Que olo? ANOTE ABAJO = EMPIECE A SONDEAR.	SON: 1 2 3 - 5	/76
	NO: _____ OTRO: _____		
	B. SI SON # (5), PREGUNTE		
	¿De donde venían esos olores extraños?		
	ANOTE: _____		
SC23RA1D SZICDAZE	G21 ¿Alguna vez se ha tenido sensaciones raras dentro o fuera de su cuerpo, como si se tocara aunque no hubiese nada o como sentir que algo se movía dentro de su cuerpo? SI NO, CODIFIQUE SON 1 Y SALTE A G22, OTROS PREGUNTEM A.		
	A. ¿Qué sintió? ANOTE ABAJO = EMPIECE A SONDEAR.	SON: 1 2 3 - 5	/75
	NO: _____ OTRO: _____		
	G22 EN G15-G21, ¿CONSULTO R AL MEDICO (ANOTE EN LA LINEA MO)?	NO.....1 SI.....5	/76
	G23 ¿SE CODIFICO ALGUN (5) EN LAS PREGUNTAS G1-G13 O G15-G21?	NO... (SALTE A #1)...1 SI.....5	/77
	G24 ¿Que edad tenía Ud. la primera vez que tuvo esas experiencias o creencias? (ENUMERE SIMTOMAS CODIFICADOS SON 5 EN G1-G13 Y G15-G21)	EAI: 1 2 3 - 5 6 EDAD EAI: _____/____	/78 Fin Co/80
	¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo alguna de esas creencias o experiencias?	REC: 1 2 3 - 5 6 EDAD REC: _____/____	/01 /03
SC23RA SC23RD DEL:DDA	G25 Ud. ha hecho de ciertas creencias o experiencias que tuvo como (ENUMERE SIMTOMAS CODIFICADOS SON 5 EN G1-G13 Y G15-G21). ¿Tuvo cualquiera de esas creencias o experiencias por un período de 6 meses o más?	NO.....1 SI... (SALTE A G27)...5	/04

02102A G20 ¿CUANTO TIEMPO TRANSCURRIÓ ENTRE EL INICIO Y EL TÉRMINO DE ESTAS EXPERIENCIAS O CREENCIAS?
 02102B ¿FUE TANTO COMO ALGUNOS MESES, 2-4 SEMANAS O MENOS?
 1 día 1
 1 día-1 semana 2
 1 - 2 semanas 3
 2 - 3 semanas 4
 4 - 12 semanas 5
 12 - 24 semanas 6

SI SOLO UNOS POCOS MOMENTOS EN UNA OCASIÓN, EN UN SOLO DÍA, CODIFIQUE *.
 SALTE A N1, OTROS SALTE A G28.

02103 G27 SI DTS ("PREOCUPADO ACERCA DE LAS COSAS") FUE CODIFICADO 5, PRECATE G27, OTROS SALTEN A G28.
 LC. DIJO ANTES QUE TUVO UN LARGO PERÍODO EN EL CUAL ESTUVO PREOCUPADO POR DIFERENTES COSAS.
 ¿DAS EL PERÍODO EN EL CUAL ESTUVO PREOCUPADO COINCIDE CON EL PERÍODO EN EL CUAL ESTABA TENIENDO ESTAS CREENCIAS O EXPERIENCIAS?
 NO, PREOCUPADO EN OTRAS OCASIONES.....1
 SI, SOLO ENTONCES.....5

02104 ¿CUANDO TUVO ESTAS CREENCIAS O EXPERIENCIAS, SE ENCONTRABA EN ESTADO NORMAL EN TODO LO QUE SE LE SENTÍA NERVIOSO, DEPRESIVO, SIN PODER TRABAJAR, SIN PODER SALTAR O DIVERTIRSE?
 NORMAL.....(SALTE A G29).....1
 ANORMAL.....5

02105 A. ¿LE QUEDÓ O PRESIÓN O MÁS ESTE PERÍODO EN EL CUAL NO SE SENTÍA O ACTUABA NORMALMENTE?
 NO.....1
 SI.....(SALTE A G29).....5

B. ¿LE QUEDÓ TANTO COMO 2 SEMANAS?
 NO.....1
 SI.....5

02106 Posteriormente, después que LC. tuvo estas creencias o experiencias, ¿recuerda que LC. era menos capaz de realizar bien su trabajo que antes que ellas se hubiesen presentado?
 NO.....1
 SI.....5

02107 Después que tuvo estas experiencias o creencias, ¿LE FUE MÁS DIFÍCIL QUE ANTES HACERSE DE AMIGOS O DISFRUTAR DE LA VIDA SOCIAL?
 NO.....1
 SI.....5

03* ENTREVISTADOR: ¿ESTUVO A ALGUNA VEZ DEPRIMIDO O HANCIADO?
 DEPRIMIDO SI: E3-, E3+, E3+ O E30+ LERO.
 CODIFICADOS 5.
 HANCIADO SI: F5-, F5A, O F7A FUERA CODIFICADOS 5.
 NINGUNO.....(SALTE A G37).....1
 DEPRIMIDO SOLAMENTE.....2
 HANCIADO SOLAMENTE.....3
 AMBOS.....4

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

S223RD S21CDB DIP3RD HAN3RE DEPICDP HANICDP	G32	<p>Ud. menciona con anterioridad que había tenido episodios durante los cuales se había sentido (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable). Podría decirme ¿qué fue lo que sucedió primero, aquellos episodios en los cuales se sentía (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable) o las experiencias o creencias tales como (ENUMERE SÍNTOMAS CODIFICADOS SON 5 EN G1-G13, G15-G21)?</p>	<p>PRIMERO PRESENTO IDEAS DELIRANTES/ ALUCINACIONES.....1 PRIMERO PRESENTO SÍNTOMAS COMO DEPRESION/EXALTACION/IRRITABILIDAD.....2 ESP: EMPEZARON AL MISMO TIEMPO.....3</p>	/13
DEPICDP DEPICDP	G33	<p>¿Estuvieron los episodios en los cuales se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable) alguna vez presentes al mismo tiempo en que estado teniend estas creencias o experiencias?</p>	<p>NO, NUNCA JUNTOS.....1 ... (SALTE A G37).....5 SI.....3</p>	/14
SAS1CDB	G34	<p>¿Se mantuvieron al mismo tiempo por al menos 2 semanas?</p>	<p>NO.....1 SI.....5</p>	/15
HAN3RD S2AFF3RB DEP3RC HANICDP DEPICDP	G35	<p>¿Cuando Ud. no se sentía (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable), presentó alguna vez estas experiencias o creencias durante 2 semanas o más?</p>	<p>NO, SOLO CUANDO ESTABA DEPRIMIDO(A)/EXALTADO(A)/IRRITABLE (SALTE A G37).....1 SI, TAMBIEN OTRAS VECES.....5</p>	/16
S2AFF3RC	G36	<p>¿Cuales se mantuvieron por mas tiempo, esas creencias o experiencias o los períodos de (depresion/exaltacion/irritabilidad)?</p>	<p>CREENCIAS, EXPERIENCIAS.....1 NUNCA.....2 LO MISMO.....3</p>	/17
S223RD2	G37	<p>BUSQUE LA EDAD DE COMIENZO CODIFICADA EN G24. Piense acerca de los 2 años previos a que Ud. presentara cualquiera de estas experiencias o creencias, esto es, cuando Ud. tenía entre _____ y _____ años, (DOS AÑOS ANTES DE LA FECHA EN QUE PRESENTO POR PRIMERA VEZ ESTAS EXPERIENCIAS, EN G24).</p> <p>¿Había Ud. abandonado sus actividades regulares como la escuela o el trabajo (o trabajo domestico) casi todo el tiempo a través de esos 2 años?</p>	<p>NO.....5 SI... (SALTE A G38)...1</p>	/18
S223RD2	4.	<p>¿Fue esto debido exclusivamente a una enfermedad física o lesión?</p>	<p>NO.....5 SI.....4</p>	/19

SC23401 G38 Durante esos mismos 2 años, ¿sálle Ud. de su hogar
a visitar amigos frecuentemente?

NO.....5
ESP: EXPLICACION MEDICA.....6
ESP: NUNCA TUVO AMIGOS.....2
SI.....1

/20

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SECCION 1: ALCOHOL

11. Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca del uso de bebidas alcohólicas, tales como (bebidas locales populares -cerveza, vino, licor). Durante toda su vida, ¿ha tomado al menos 12 tragos de cualquier tipo de bebidas alcohólicas?

NO... (PREG. A)...1
SI... (PREG. 12)...5

/21

A. ¿La siguiente contiene el vino de las comidas, o la cerveza en los eventos deportivos, o la champagne de las fiestas?

CORRECTO, NUNCA BEBIO 12
TRAGOS O MAS (SALTE A E1)...1
-A BEBIDO 12 O MAS TRAGOS...5

/22

12. En los últimos 12 meses, ¿tomo o, menos 12 tragos de cualquier tipo de bebidas alcohólicas?

NO... (PREGUNTA A)...1
SI... (SALTE A 13)...5

/23

A. Durante toda su vida ¿ha habido un periodo de un año en el que Ud. decía o, menos 12 tragos de cualquier tipo de bebida alcohólica?

NO... (SALTE A E1)...1
SI... (SALTE A 15A)...5

/24

13. En el último año, cuando Ud. bebía, consumía al menos una pequeña cantidad de trago (CODIFIQUE EL PRIMER SI)....

Casi diariamente.....1
3 o 4 días a la semana.....2
1 o 2 días a la semana.....3
1 a 3 días al mes.....4
menos de una vez al mes.....5

/25

14. En el último año en los días que Ud. consume bebidas alcohólicas, ¿alrededor de cuántos tragos debía por día? Por favor, cuente tragos como se muestra en esta cartulina. (MUESTRE CARTULINA A).

PROMEDIO DE TRAGOS EN 24 HRS. _____/

/27

15. ¿Ha habido algún periodo en su vida en el cual Ud. bebía más de lo que bebía durante el año pasado?

NO... (SALTE A C)...1
SI... (SALTE A 16)...5

/28

A. Píense acerca del periodo de tiempo en el cual bebía más (intensidad). ¿Cue tan seguido bebía?...

CODIFIQUE EL PRIMER SI

Casi diariamente.....1
3 o 4 días a la semana.....2
1 o 2 días a la semana.....3
1 a 3 días al mes.....4
menos de una vez al mes.....5

/29

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

B. Durante ese periodo en el cual Ud. bebió esto, ¿alrededor de cuántos tragos bebió Ud. aproximadamente en un solo día? Por favor, marque los tragos como se muestra en esta cartulina. (MUESTRE CASTULINA A)

FORMIO DE TRABAJO DE 24 HORAS. _____

73

C. ¿Alrededor de qué edad tenía Ud. cuando empezó por primera vez a beber en esa cantidad?

EDAD: 1 2 3 4 5 6

74

EDAD: _____

75

D. ¿Alrededor de qué edad tenía Ud. cuando dejó de beber en esa cantidad?

EDAD: 1 2 3 4 5 6

76

EDAD: _____

77

16. En relación a su forma de beber, ¿ha recibido objeciones o protestas de parte de:

1. Su familia (cualesquier familiar, incluyendo suegros, hijos)?

NO SI

1 5

78

2. Amigos, su médico o su guía espiritual?

1 5

79

3. ¿Alguna vez se sentió en problemas en su trabajo o escuela debido al alcohol?

1 5

80

4. ¿Alguna vez se ha sentido en peligro mientras bebía?

1 5

81

5. ¿Alguna vez ha sido detenido(a) o arrestado(a) por la policía por estar bebido(a), o bien, ha sido llevado(a) a un Centro de Tratamiento Antialcohólico?

1 5

82

6. ¿Alguna vez su forma de beber causó una ruptura entre Ud. y algún miembro de su familia o amigos?

1 5

83

SI NO CODIFICADO 5 ENTRE 1-6, SALTE A 17

REC: ¿Cuánto fue la última vez que Ud. tuvo (MARQUE LOS 5'S CODIFICADOS ENTRE 1-6)?

REC: 1 2 3 4 5 6

84

EDAD REC: _____

85

ALBIA1
ALBIA2

A. ¿Continúa bebiendo: después de notar que este le estaba causando algunos de estos problemas?

NO.....5

SI.....5

86

ALBIA1
ALBIA2

17. ¿Alguna vez se ha sentido en problemas por manejar bebido(a), como por ejemplo, tener un accidente o ser arrestado(a) por estar en estado de ebriedad?

NO.....(SALTE A 18).....1

SI.....5

87

ALBIA1

A. ¿Este le ha sucedido varias veces?

NO.....1

SI.....5

88

REC: 1 2 3 4 5 6

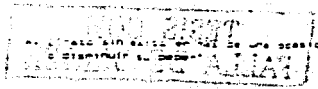
89

EDAD REC: _____

90

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

42384 44382	10 ¿Alguna vez se ha herido accidentalmente cuando ha estado bajo los efectos del alcohol, por ejemplo, ha tenido una mano caída, se ha cortado seriamente, se ha herido en un accidente de tránsito o algo parecido?	NO... (SALTE A 19)...1 SI.....5	/53
42384 44382	11 ¿Evolvió a deber después de darse cuenta que deber le había causado un accidente?	NO.....1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: /	/54 /55 /57
42384 44382 44388 44389	12 ¿En estado eufórico(a) por la bebida en diversas ocasiones en situaciones donde hacían mayores posibilidades de resultar herido(a), como por ejemplo cuando manejaba un auto usaba cuchillos, maquinarias o armas, atravesaba calles con mucho tráfico, escalada o nadaba?	NO.....1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: /	/58 /59 /61
42384 42388 44388	110 ¿Con frecuencia al estar bebiendo con el cuerpo mojado (ta cruzado) le ha impedido trabajar, ir a la escuela o el cuidado de sus niños?	NO.....1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: /	/62 /63 /65
41005 42387	111 ¿Alguna vez noto que Ud. tenía que beber más de lo habitual para obtener el mismo efecto? A. ¿Alguna vez noto que las mismas cantidades de alcohol tenían menos efectos que antes en Ud.? REC: En la actualidad aun necesite tomar mayor cantidad para sentir el efecto. Si afirmativo, codifique 1 si no, pregunte: ¿cuando dejó de necesitar más cantidad?	NO... (PREGUNTE A)...1 SI... (SALTE A REC)...5 NO... (SALTE A 112)...1 SI... (SALTE A REC)...5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: /	/66 /67 /68 /70
41005	112 ¿Alguna vez ha sentido una urgencia o un deseo tan intenso de beber que no ha podido resistirlo? A. ¿Alguna vez necesitó (causó) un tiempo tan intensamente que no podía pensar en otra cosa?	NO... (PREGUNTE A)...1 SI... (SALTE A REC)...5 NO... (SALTE A 113)...1 SI... (SALTE A REC)...5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: /	/71 /72 /73 /75
42381 41002 42388	113 ¿Con frecuencia terminaba bebiendo mucho más de lo que esperaba en un principio, o por un período más largo del que Ud. había pensado? A. ¿Con frecuencia empezaba a beber y se daba cuenta de que le era difícil detenerse antes de estar completamente intoxicado(a)?	NO... (PREGUNTE A)...1 SI... (SALTE A REC)...5 NO... (SALTE A 114)...1 SI... (SALTE A REC)...5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: /	/76 /77 /78 /79
42382	114 ¿Alguna vez deseo parar o disminuir lo que bebo, pero no puedo?	NO... (SALTE A 115)...1 SI... (SALTE A REC)...5	/81



4244 NO... (illegible) ... DE UNA SESION DE...
O DISMINUIR SU... (illegible)

NO... SOLO UNA VEZ... 1
SI..... 5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: /

/02
/03
/05

42343 115 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo en el cual
experimente una gran cantidad de tiempo perdido
siempre o frecuentemente de sus esfuerzos?

NO... (SALTE A 110)... 1
SI..... 5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: /

/06

42348 A. ¿Cuánto este periodo un mes o más?

NO..... 1
SI..... 5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: /

/07
/08
/10

42345 116 ¿Alguna vez ha abandonado o disminuido en gran
medida actividades importantes como deportes,
trabajo o juntarse con familiares o amigos, para
poder beber?

NO... (SALTE A 117)... 1
SI..... 5

/11

42348 A. ¿Dejó estas actividades por el menos un mes o
más, o las dejó varias veces durante un largo
periodo?

NO..... 1
SI..... 5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: /

/12
/13
/15

42350 117 ¿Alguna vez su hábito alcoholico le afectó tan
regular que Ud. no podía modificar cuando bebía,
o lo mucho que bebía, no importante lo que estuviese
haciendo o donde estuviera?

NO..... 1
SI..... 5

/16

REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. decidió de esa
forma?

REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: /

/17
/19

42342 118 suspender o disminuir la bebida alguna vez le causó
problemas tales como:

- 1. Temblores de manos
- 2. Ser incapaz de dormir
- 3. Sentirse ansioso(s) o deprimido(s)
- 4. Temblor
- 5. Que su corazón latiera rapido
- 6. Dolores de estomago
- 7. Dolores de cabeza
- 8. Debilidad
- 9. Ver o escuchar cosas que no estaban realmente ahí
- 10. Ataques o convulsiones despues de disminuir o dejar la bebida

NO SI
1 5
1 5
1 5
1 5
1 5
1 5
1 5
1 5
1 5
1 5

/20
/21
/22
/23
/24
/25
/26
/27
/28
/29

SI NO CODIFICAR EN 1-10, SALTE A 119.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo
(ENUMERE TODOS LOS SÍ EN 1-10) despues
de disminuir o dejar la bebida?

REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: /

/30
/32

40388	B. ¿Ha tenido problemas como estos en varias ocasiones cuando Ud. se iba a dormir la noche?	NO.....1 SI.....5	/33
410003 403840	C. ¿Alguna vez tomó un trago para evitar el presentar estos problemas o para hacerlos desaparecer?	NO... (SALTE A I10)...1 SI.....5 REC: 1 2 3 - 5 0 EDAD REC: ___/___	/34 /35 /37
410004	I10 Hay muchos problemas de salud que pueden ser provocados por la bebida. Alguna vez la bebida le causó:		
	1. Enfermedad hepática o ictericia	NO. SI 1 5	/38
	2. Enfermedad del estómago o vómitos con sangre	1 5	/39
	3. ¿Le produjo hormigueo o falta de sensaciones en sus pies?	1 5	/40
	4. ¿Problemas de memoria aun cuando ya no estaba bebiendo?	1 5	/41
	5. Pancreatitis	1 5	/42
	SI 1-5 SON TODAS CODIFICADAS. SALTE A I20.		
	REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo (NUMER 5'S CODIFICADOS EN 1-5) bebida o la bebió?	REC: 1 2 3 4 5 0 EDAD REC: ___/___	/43 /45
403846 403841	A. ¿Continúa bebiendo bebidas de color que esto le causado cualquiera de estos problemas de salud?	NO... (SALTE A I20)...1 SI... (PREG. REC)...5 REC: 1 2 3 4 5 0 EDAD REC: ___/___	/46 /47 /49
40388 40385	B. Bebió en mas de una ocasión bebidas que noto que esto le causado cualquiera de estos problemas de salud?	NO.....1 SI.....5	/50
403846 403848 403849	I20 ¿Continúa bebiendo aun cuando sabía que tenía alguna (otra) enfermedad física seria que pudiera empeorarse con la bebida?	NO... (PREGUNTA A)...1 SI... (SALTE A REC)...5	/51
	A. ¿Alguna vez continúa bebiendo mientras tomaba medicamentos que lo, sería eran peligrosos de reaccionar con el alcohol?	NO... (SALTE A I27)...1 SI.....5 REC: 1 2 3 - 5 0 EDAD REC: ___/___	/52 /53 /55

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AC3388	121 ¿Alguna vez se sintió o le causó problemas emocionales o psicológicos, tales como:	NO	SI					
	1. Sentirse desorientado(a) en las cosas	1	5	/56				
	2. Sentirse desanimado(a)	1	5	/57				
	3. Sentirse desconfiado(a) de otros o de uno mismo	1	5	/58				
	4. O tuvo ideas extrañas	1	5	/59				
	SI 1-4 SE CODIFICARON 1, SALTE A 122							
	REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. (ENUMERE 5'S CODIFICADOS EN 1-4) dejó a la bebida?	REC: 1	2	3	4	5	6	/60
AC33A0 AC3CDB AA3RA1	A. ¿Continúa bebiendo después de saber que le daña la salud causando cualquiera de esos problemas emocionales?	EDAD REC: _____/____						/62
		NO...(SALTE A 122)..1						
		SI...(PREG REC).....5						/63
		REC: 1	2	3	4	5	6	/64
		EDAD REC: _____/____						/66
AC33R8 AA3R8	B. ¿Continúa bebiendo en más de una ocasión después de saber que está le está causando cualquiera de esos problemas emocionales?	NO.....1						/67
		SI.....5						
	122 ¿SE HA CODIFICADO AL MENOS UN 5 DESDE 10?	NO...(SALTE A E1)..1						/68
		SI...(SALTE A 123)..5						
	123 Ud dijo que Ud. (ENUMERE 5'S EN PREGUNTAS 16-121), cuando fue la primera vez que Ud. tuvo alguno de estos problemas debido a la bebida?	INI: 1	2	3	4	5	6	/69
		EDAD INI: _____/____						/71

**Escala de Síntomas
Positivos y Negativos de la Esquizofrenia
(PANSS)**

TESIS C
FALLA DE ORIGEN

3, SUBESCALA PSICOPATOLOGIA GENERAL

G1 Preocupacion somatica	1	2	3	4	5	6	7
G2 Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3 Sentimiento de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7
G4 Tension	1	2	3	4	5	6	7
G5 Misantrismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresion	1	2	3	4	5	6	7
G7 Retraso motor	1	2	3	4	5	6	7
G8 Falta de cooperacion	1	2	3	4	5	6	7
G9 Contenido del pensamiento inusuales	1	2	3	4	5	6	7
G10 Desorientacion	1	2	3	4	5	6	7
G11 Atencion deficientes	1	2	3	4	5	6	7
G12 Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7
G13 Alteracion de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G14 Deficiente control de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15 Preocupacion	1	2	3	4	5	6	7
G16 Evitacion social activa	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL__

TOTAL POSITIVOS _____
 TOTAL NEGATIVOS _____
 TOTAL PSICOPATOLOGIA GENERAL _____

TOTAL GENERAL _____

ESCALA
 POSITIVA
 NEGATIVA
 COMPUESTA
 PSICOPATOLOGIA GENERAL

TOTAL	PERCENTIL	RANGO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

TESIS CON
 FALLA DE CUBRIR

131-1

**ESCALA DE SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO PARA LA ESQUIZOFRENIA
(PANSS)**

NOMBRE DEL PACIENTE _____
 EVALUADOR _____ FECHA _____
 EVALUACION _____
 PROTOCOLO _____

INSTRUCCIONES:

Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada reactivo en la entrevista clínica que se especifica a continuación, consulte el manual de evaluación para la definición de los apartados, la descripción de los grados de severidad y el procedimiento para la evaluación.

**1= AUSENTE; 2= MÍNIMO; 3= LEVE; 4= MODERADO; 5= MODERADAMENTE SEVERO;
 6= SEVERO; 7= EXTREMO**

1) SUBESCALA POSITIVA

P1	Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P2	Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3	Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6	Suspensión/persecución	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL _____

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1	Afecto adormecido	1	2	3	4	5	6	7
N2	Reserva emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3	Expresión limitada	1	2	3	4	5	6	7
N4	Reserva social apática/pasiva	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6	Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**Prueba de Identificación de
Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol
(AUDIT)**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRUEBA AUDIT

ENCIERRE EN UN CÍRCULO \odot EL NÚMERO QUE INDIQUE SU RESPUESTA

<p>1. ¿Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Nunca</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Una vez al mes o menos</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Dos o cuatro veces al mes</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Dos o tres veces por semana</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Cuatro o más veces por semana</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Nunca	0	Una vez al mes o menos	1	Dos o cuatro veces al mes	2	Dos o tres veces por semana	3	Cuatro o más veces por semana	4	<p>2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe? (cubas o equivalentes como cervezas, vasos de pulque, cocteles o coolers, o cualquier otra bebida que contenga alcohol)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>1 ó 2</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>3 ó 4</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>5 ó 6</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>7 ó 9</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>10 ó más</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	1 ó 2	0	3 ó 4	1	5 ó 6	2	7 ó 9	3	10 ó más	4
Nunca	0																				
Una vez al mes o menos	1																				
Dos o cuatro veces al mes	2																				
Dos o tres veces por semana	3																				
Cuatro o más veces por semana	4																				
1 ó 2	0																				
3 ó 4	1																				
5 ó 6	2																				
7 ó 9	3																				
10 ó más	4																				
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente toma 6 ó más copas en la misma ocasión? (EN UN MISMO DÍA, EVENTO O REUNIÓN).</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Nunca</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Menos de una vez al mes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Mensualmente</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Semanalmente</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Diario o casi diario</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Nunca	0	Menos de una vez al mes	1	Mensualmente	2	Semanalmente	3	Diario o casi diario	4	<p>4. ¿Durante el último año, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Nunca</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Menos de una vez al mes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Mensualmente</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Semanalmente</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Diario o casi diario</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Nunca	0	Menos de una vez al mes	1	Mensualmente	2	Semanalmente	3	Diario o casi diario	4
Nunca	0																				
Menos de una vez al mes	1																				
Mensualmente	2																				
Semanalmente	3																				
Diario o casi diario	4																				
Nunca	0																				
Menos de una vez al mes	1																				
Mensualmente	2																				
Semanalmente	3																				
Diario o casi diario	4																				
<p>5. ¿Durante el último año, qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber? (COMO NO IR A TRABAJAR O A LA ESCUELA).</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Nunca</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Menos de una vez al mes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Mensualmente</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Semanalmente</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Diario o casi diario</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Nunca	0	Menos de una vez al mes	1	Mensualmente	2	Semanalmente	3	Diario o casi diario	4	<p>6. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Nunca</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Menos de una vez al mes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Mensualmente</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Semanalmente</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Diario o casi diario</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Nunca	0	Menos de una vez al mes	1	Mensualmente	2	Semanalmente	3	Diario o casi diario	4
Nunca	0																				
Menos de una vez al mes	1																				
Mensualmente	2																				
Semanalmente	3																				
Diario o casi diario	4																				
Nunca	0																				
Menos de una vez al mes	1																				
Mensualmente	2																				
Semanalmente	3																				
Diario o casi diario	4																				
<p>7. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Nunca</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Menos de una vez al mes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Mensualmente</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Semanalmente</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Diario o casi diario</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Nunca	0	Menos de una vez al mes	1	Mensualmente	2	Semanalmente	3	Diario o casi diario	4	<p>8. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Nunca</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Menos de una vez al mes</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Mensualmente</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Semanalmente</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Diario o casi diario</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Nunca	0	Menos de una vez al mes	1	Mensualmente	2	Semanalmente	3	Diario o casi diario	4
Nunca	0																				
Menos de una vez al mes	1																				
Mensualmente	2																				
Semanalmente	3																				
Diario o casi diario	4																				
Nunca	0																				
Menos de una vez al mes	1																				
Mensualmente	2																				
Semanalmente	3																				
Diario o casi diario	4																				
<p>9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Sí, pero no en el último año</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Sí, en el último año</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	No	0	Sí, pero no en el último año	2	Sí, en el último año	4	<p>10. ¿Algún amigo, familiar o Doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje el consumo?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Sí, pero no en el último año</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Sí, en el último año</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	No	0	Sí, pero no en el último año	2	Sí, en el último año	4								
No	0																				
Sí, pero no en el último año	2																				
Sí, en el último año	4																				
No	0																				
Sí, pero no en el último año	2																				
Sí, en el último año	4																				

TESIS C
 FALLA DE ORIGEN