

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

“USO DE ALCOHOL Y CALIDAD DE VIDA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES
CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD”

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Dr. Edgar López Tarabay

Tutor Teórico:
Dr. Miguel Villavicencio Casildo

Tutor Metodológico:
Dr. Miguel Herrera Estrella

México D.F., Febrero de 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en todo momento y por permitirme concluir ésta grandiosa etapa de mi vida.

A **mis padres, Filiberto y Latife**, por su amor y apoyo incondicionales y por darme las bases para lograr ser una persona con valores y calidad humana.
Para ellos con todo mi amor y cariño.

A **mis hermanos Liliana, César y Claudia**, quienes han sido ejemplo de lucha y perseverancia.

A mis amigos y compañeros entrañables en ésta etapa de mi vida, y que lo seguirán siendo para el resto de mi vida: **Luis Enrique, Garry, Roger, Diana, Mónica, Adriana, José Ramón, Alma, Elia, Citlali y Rodrigo**.

A mis tutores: **Dr. Miguel Villavicencio Casildo y Dr. Miguel Herrera Estrella**, por su valiosa participación en la realización de ésta tesis.

A **los pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez** y todas las personas que accedieron a participar en este estudio, ya que, sin su colaboración, este trabajo no hubiera sido posible.

A **todas las autoridades del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y a la Facultad de Medicina de la UNAM** por abrirme las puertas para mi formación profesional.

A **todos y cada uno de los médicos adscritos al hospital** con los cuales roté, y que estuvieron implicados en mi formación como psiquiatra. De todos ellos aprendí cosas valiosas. Un profundo agradecimiento.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1. RESUMEN _____ | 4 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____ | 4 |
| 3. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO _____ | 4 |
| 4. ESCALAS DE MEDICIÓN _____ | 12 |
| 5. JUSTIFICACIÓN _____ | 13 |
| 6. OBJETIVOS _____ | 14 |
| 7. HIPÓTESIS _____ | 14 |
| 8. METODOLOGÍA _____ | 14 |
| 9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO _____ | 17 |
| 10. RESULTADOS _____ | 17 |
| 11. DISCUSIÓN _____ | 18 |
| 12. CONCLUSIONES _____ | 19 |
| 13. BIBLIOGRAFÍA _____ | 20 |
| 14. ANEXOS _____ | 23 |

1. Resumen

INTRODUCCIÓN: el consumo de alcohol en pacientes con trastorno límite de la personalidad es un hecho que se da con frecuencia, lo cual puede traer como consecuencia una peor calidad de vida y problemas en el tratamiento de éstos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS: se obtuvo una muestra por cuota de 60 sujetos con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en las áreas de hospitalización y de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”; el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, se corroboró mediante la aplicación del instrumento SCID-II. Las evaluaciones de los participantes se realizaron mediante la aplicación de las escalas AUDIT y SF-36. A los resultados se les realizó análisis descriptivo, y análisis comparativo mediante la prueba t de Student y valores z.

RESULTADOS: 18 participantes obtuvieron puntuaciones de 10 ó más en la escala AUDIT , considerando de ésta forma que existían en ellos problemas relacionados con el consumo de alcohol; los puntajes obtenidos por dichos participantes en las 7 dimensiones evaluadas con la escala SF-36 de calidad de vida, fueron significativamente menores ($p < 0.0001$) al compararlos con los puntajes obtenidos por aquellos participantes sin problemas con el consumo de alcohol. **CONCLUSIONES:** parece existir una peor calidad de vida en pacientes límite que tienen problemas con el consumo de alcohol, sin embargo, habrá que realizar más estudios con poblaciones más grandes para confirmar éstos hallazgos.

2. Planteamiento del problema

¿Existe relación entre una mala calidad de vida y el grado de consumo de alcohol en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad?

3. Antecedentes y Marco Teórico

Trastornos de personalidad.

La investigación sobre la epidemiología de los trastornos duales resulta metodológicamente compleja, ya que existen múltiples sesgos que deben ser controlados

De hecho, se ha demostrado que en los pacientes con patología dual los profesionales realizan una buena identificación de los trastornos adictivos, pero no de los trastornos psiquiátricos y de personalidad asociados. Por ello, algunos autores proponen añadir a la evaluación entrevistas estructuradas de psicopatología general ⁽ⁱ⁾.

Estas dificultades se acentúan cuando se trata de determinar la prevalencia de los trastornos de personalidad. Esto es así porque los estudios sobre la comorbilidad de los trastornos por uso de alcohol y los trastornos de personalidad adolecen de las dificultades propias del diagnóstico de estos últimos. Así, estos diagnósticos conforman una categoría nosológica que, aunque se considera fundamental, presenta ciertas dudas sobre su fiabilidad diagnóstica e incluso sobre su validez como constructo teórico ⁽ⁱⁱ⁾.

Los rasgos de personalidad se describen en el DSM-IV-TR ⁽ⁱⁱⁱ⁾ como “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”. Plantea además que “los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo”. Añade, asimismo, que el diagnóstico de estos trastornos requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Por tanto, dada la complejidad y, en cierta medida, ambigüedad de esta definición es fácil entender que a pesar de los intentos de operativizar estos diagnósticos, persistan las dificultades. De hecho, los trastornos de personalidad constituyen uno de los puntos más conflictivos de la psicopatología y los intentos de evaluación sistemática de estos trastornos es muy reciente ^(iv).

Se presentan los principales trastornos de personalidad asociados y el porcentaje resaltado con alcoholismo de pacientes con trastorno límite:

Trastornos de personalidad en el alcoholismo:

| AUTOR Y AÑO | INSTRUMENTO (N) | TASA GLOBAL | TRASTORNO |
|---------------------------------|-----------------|-------------|---|
| Zimmerman y Coryell (1989) | 145 SIDP | 43,4% • | Antisocial: 13,8% • Pasivo-agresivo: 9,7% • Histriónico: 7,6% • Esquizotípico: 6,9% • Límite: 6,9% |
| De Jong <i>et al.</i> (1993) | 178 SIDP | 78% | • Histriónico: 33,7% • Dependiente: 29,2% • Evitativo: 19,1% • Obsesivo-compulsivo: 9,1% • Límite: 17,4% |
| Nurnberg <i>et al.</i> (1993) | 50 SCID | 64% | • Paranoide: 44% • Antisocial: 20% • Evitativo: 20% • Pasivo-agresivo: 18% • Límite: 16% |
| Powell y Peveler (1996) | 104 SCID II | 24% | • Límite: 13% • Antisocial: 7% • Evitativo: 3% |
| Morgensten <i>et al.</i> (1997) | 366 SCID II | 57,9% | • Antisocial: 22,7% • Límite: 22,4% • Paranoide: 20,7% • Evitativo: 18% |
| Driessen <i>et al.</i> (1998) | 200 IPDE | 34% | • Trastorno de la personalidad no especificado: 16,8% • Evitativo: 5,2% • Antisocial: 4,4% • Esquizoide: 4,3% • Límite: 3,2% |
| Verheul <i>et al.</i> , (1998a) | 459 PDQR | 54% | • Límite: 30% • Paranoide: 28% • Evitativo: 26% • Histriónico: 24% • Dependiente: 24% |
| Verheul <i>et al.</i> , | 109 IPDE | 31% | • Antisocial: 15% |

| | | | |
|--|------------|-------|--|
| (1998a) | CIDI | | <ul style="list-style-type: none"> • Paranoide: 7% • Límite: 7% • Evitativo: 6% • Dependiente: 5% |
| Pettinati <i>et al.</i> (1999) | 122 SCID | 35,6% | <ul style="list-style-type: none"> • Narcisista: 21,3% • Evitativo: 20,5% • Paranoide: 12,3% • Autodestructivo: 11,5% • Pasivo-agresivo: 8,2% • Dependiente: 7,4% • Antisocial: 5,7% • Límite: 5,7% |
| Santos <i>et al.</i> (2001) | 69 IPDE | | <ul style="list-style-type: none"> • Límite: 5,8% • Evitativo: 5,8% • Dependencia: 4,3% • Esquizoide: 2,9% • Obsesivo-compulsivo: 2,9% |
| Fernández-Montalvo <i>et al.</i> (2002) | 70 MCMI-II | 64,2% | <ul style="list-style-type: none"> • Pasivo-agresivo: 21,4% • Antisocial: 12,8% • Dependencia: 12,8% • Esquizoide: 11,4% • Evitación: 11,4% • Narcisista: 11,4% • Agresivo-sádico: 11,4% • Autodestructivo: 10% • Obsesivo-compulsivo: 11,1% • Límite: 5,7% |
| Pedrero Pérez <i>et al.</i> (2003) | 37 MCMI-II | 76% | <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente: 26,5% • Antisocial: 26,5% • Agresivo-Sádico: 26,5% • Pasivo-agresivo: 26,5% • Narcisista: 23,5% • Histriónico: 14,7% • Evitativo: 8,8% • Límite: 8,8% |

Uno de los primeros estudios en los que se pone de manifiesto la presencia de trastornos de personalidad en los pacientes alcohólicos es el llevado a cabo por Zimmerman y Coryell (v). Se trata de una investigación sobre la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población general que evalúa una muestra de 797 sujetos mediante la *Structured Interview for DSM III Personality Disorder (SIDP)*. En la población estudiada se encontró que 145 sujetos eran diagnosticados de trastorno por abuso o dependencia del alcohol. Además, dentro de este grupo, los resultados mostraron que 63 sujetos (el 43,4% de la muestra) presentaban como mínimo un trastorno de la personalidad. De todos ellos, el *trastorno antisocial de la personalidad* era el más frecuente, con una tasa del 13,8%, seguido del *pasivo-agresivo*, que afectaba al 9,7% de la muestra, y del *histriónico*, presente en el 7,6% de los alcohólicos.

Si se analizan los datos desde otra perspectiva se observa que, mientras que los trastornos de personalidad están presentes en el 17,9% de la muestra total, lo están en el 43,4% de los sujetos afectados por alcoholismo. Asimismo, mientras que los trastornos por uso de alcohol están presentes en el 12,5% de los sujetos sin trastorno de personalidad, lo están en el 44,1% de aquellos que sí lo presentan. De esta forma, se pone de manifiesto el aumento de la probabilidad de tener un trastorno de personalidad si se presenta un diagnóstico de abuso o dependencia del alcohol, o viceversa. Por otra parte, dentro de los diferentes trastornos de personalidad, el abuso o dependencia al alcohol se distribuye de forma no homogénea. De hecho, la probabilidad de tener un diagnóstico añadido de abuso o dependencia al alcohol es mucho mayor para los que reciben un diagnóstico de *trastorno antisocial* o *límite* (un 76,9% de estos lo presentan), seguidos por el *trastorno pasivo agresivo*, con un 53,8% y del *histriónico* con un 45,8% de sujetos con este trastorno. En el extremo contrario se encuentran los sujetos con *trastorno de personalidad dependiente* con tan solo un 7,1% de afectados por problemas de alcohol, seguidos por los *evitativos* con un 20% de alcohólicos.

En el estudio de De Jong, Van den Brink, Hartevelde y Van der Wielen (vi), llevado a cabo con 178 alcohólicos que recibían tratamiento en un centro clínico, la tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad, identificados también con el *SIDP*, ascendía al 78%, lo que supone el porcentaje más elevado de los estudios disponibles. En concreto, el *trastorno histriónico* era el más frecuente, con una tasa del 33,7%, seguido por el *dependiente*, con una tasa del 29,2%. En tercer lugar, el *evitativo* y el *compulsivo* afectaban al 19,1% cada uno de ellos. En cuarto lugar, el *trastorno límite* estaba presente en un 17,4% de la muestra y, por último, el *antisocial* que, a diferencia de otros estudios en los que aparece como el de mayor prevalencia, afectaba tan sólo a un 5,1% de la muestra.

Un aspecto importante a destacar en esta investigación es la alta coexistencia de más de un trastorno de la personalidad. En concreto, el 50% de los alcohólicos estudiados

cumplía los criterios diagnósticos para dos o más trastornos, con una elevada comorbilidad entre los pertenecientes al grupo B (*histriónico-límite*, *histriónico-antisocial*), al grupo C (*dependiente* y *pasivo-agresivo*), y entre ambos grupos (*límite* y *dependiente*, principalmente). Ello, según los autores, cuestiona la utilidad de las clasificaciones categoriales de estos trastornos en pacientes adictos.

En otro estudio más amplio llevado a cabo por Nurnberg, Rifkin y Doddi, ^(vii), se trataba de determinar la presencia de otros cuadros clínicos asociados, incluidos los trastornos de la personalidad, en una muestra de 50 alcohólicos en tratamiento ambulatorio. Todos ellos fueron evaluados mediante el *Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)*. Los resultados mostraron que el 64% de los alcohólicos cumplía los criterios diagnósticos para al menos uno de ellos, con una media de 2,6 trastornos de la personalidad por sujeto. El *trastorno paranoide* era el de mayor prevalencia, con una tasa del 44%, seguido del *antisocial* (20%), del *evitativo* (20%), del *pasivo-agresivo* (18%) y del *límite* (16%). Por tanto, de nuevo queda de manifiesto la frecuente comorbilidad entre varios trastornos de personalidad diferentes. Otro dato destacable de este estudio es que todos los sujetos diagnosticados de *trastorno límite* y el 88% de los que tenían un *trastorno antisocial*, presentaban además otro trastorno de la personalidad, sin que destacara ninguno especialmente. Los autores afirman que la amplia heterogeneidad de los diferentes trastornos de personalidad junto con el frecuente solapamiento de los mismos pone en entredicho la utilidad de la clasificación actual de estos diagnósticos.

En el estudio de Powell y Peveler ^(viii) se utilizó la segunda versión del *SCID* (Spitzer *et al.*, 1990) en una muestra de 104 alcohólicos, 78 varones y 26 mujeres. Los resultados pusieron de manifiesto que un 24% de los sujetos cumplían los criterios diagnósticos para un trastorno de la personalidad. Este porcentaje, menor que el obtenido en otros estudios, se debe a que los autores sólo diagnosticaban un trastorno de personalidad cuando éste era previo al inicio de los problemas de alcohol. En cuanto a los trastornos de mayor importancia, el *límite*, con un porcentaje del 13%, era el más frecuente, con especial prevalencia entre las mujeres, en las que este trastorno estaba presente en un 23% de los casos, lo que supone que el 85% de las mujeres que presentaban un trastorno de personalidad tenían un trastorno límite. Asimismo, el *trastorno antisocial* era el segundo más frecuente en el total de la muestra, pero sólo se observaba en los varones con lo que entre ellos era el más prevalente con un 19% de sujetos afectados.

Morgenstern, Langenbucher, Labouvie y Miller ^(ix) llevó a cabo otra investigación, con una muestra de 366 alcohólicos, en la que determina la prevalencia de todos los trastornos de personalidad incluidos en el DSM-III-R (APA, 1987). Para ello utiliza el *SCID-II*. Los resultados obtenidos indicaban que el 57,9% de los sujetos cumplían los criterios diagnósticos de, como mínimo, un trastorno de la personalidad, con una media de 2,3 trastornos por persona. De todos ellos, el *trastorno antisocial* era el más frecuente

y afectaba al 22,7% de los casos, aunque de nuevo presenta una gran variabilidad en función del sexo: el 25,7% de los varones y el 9,1% de las mujeres. El siguiente trastorno con mayor prevalencia era el *límite* con un 22,4% de los sujetos, al igual que en el anterior estudio se encuentra que éste era el más frecuente entre las mujeres, con 36,4% de los casos, frente al porcentaje de 19,3% encontrado en los varones. Tras estos, los trastornos con mayor prevalencia eran el *paranoide* (20,7%) y el de *evitación* (18%), con importantes diferencias también en función del sexo.

En otra investigación (*) llevada a cabo con una muestra de 200 pacientes alcohólicos hospitalizados, se evaluaron los trastornos de personalidad mediante el *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Los resultados mostraron tasas más bajas de comorbilidad en comparación con otros estudios. En concreto, un tercio de los sujetos (el 33,6%) cumplían los criterios para un diagnóstico de personalidad, un 8,8% para dos y un 3,6% para tres. Estos porcentajes son claramente superiores a los hallados en la población general -que oscilan en torno al 6% , pero se encuentran muy por debajo de los obtenidos en otros estudios con alcohólicos.

Esto puede deberse al instrumento empleado y al hecho de que se excluyó de la muestra a los sujetos que presentaban un abuso añadido de otras sustancias. En cualquier caso, en este estudio destaca la marcada presencia del *trastorno de la personalidad no especificado*, que se diagnosticó en la mitad de los casos que presentaban un trastorno de personalidad. Por lo que se refiere al resto de trastornos el de mayor prevalencia era el de *evitación*, con una tasa del 5,3%, seguido por el *antisocial* (4,4%) y el *esquizoide* (4,3%). En este mismo estudio se analizó también la prevalencia de los trastornos de conducta del eje I. Los resultados pusieron de manifiesto que la mitad de los sujetos con trastornos de personalidad presentaban también un trastorno psicopatológico asociado, lo que resalta la correlación existente entre los trastornos de personalidad y la psicopatología general.

Verheul, Hartgers, Van den Brink y Koeter (xi) plantean un completo estudio en el que evalúan a 459 alcohólicos con el PDQR, un cuestionario autoaplicado que evalúa los trastornos de personalidad del DSM-III-R. Encuentran que el 54% de los sujetos presentan al menos un trastorno de personalidad con una media de 4,1 diagnósticos por persona. El *trastorno límite* con una tasa de 30% era el que presentaba mayor prevalencia, seguido por el *paranoide* (28%) y el *evitativo* (26%). Por el contrario, el menos frecuente era el *esquizoide* con un 6% de los sujetos, seguido del *antisocial* con un 11%. En este último trastorno encuentran diferencias significativas en función de si se trataba de pacientes ingresados (con un porcentaje del 14%) o ambulatorios (con tan solo un 6% de *antisociales*). Sin embargo, a diferencia de otros estudios, en este trastorno no aparecen diferencias en función del sexo.

Pettinati, Pierce, Belden y Meyers llevan a cabo una investigación, también con el *SCID*, en una muestra compuesta de sujetos alcohólicos y adictos a la cocaína. Por lo que se refiere a los sujetos alcohólicos, el 35,6% de los 132 alcohólicos estudiados, cumplía los criterios diagnósticos para, al menos, un trastorno de la personalidad. El diagnóstico más frecuente era el *narcisista*, con un 21,3% de los casos, seguido por el *trastorno de evitación*, que aparecía en un 20,5% de los sujetos, y por el *trastorno paranoide de la personalidad*, que estaba presente en un 12,3% de los casos.

En este mismo estudio se analizan los resultados en función de los 3 grupos de trastornos de la personalidad. Así, los trastornos del grupo C (temerosos o ansiosos) eran los más frecuentes, ya que afectaban al 50% de los casos. En segundo lugar figuraban los del grupo B (emotivos o inestables), con un 37,7% de diagnósticos y, por último, los del grupo A (raros o excéntricos) con un 12,3% de los sujetos.

Por otro lado, en el estudio de Fernández-Montalvo^(xii), se aplica el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II* a una muestra de 70 alcohólicos que acuden a un programa de tratamiento ambulatorio. Los resultados mostraron una tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad del 64,2%. El trastorno más frecuente era el *pasivo-agresivo*, que afectaba al 21,4% de la muestra, seguido del *trastorno de la personalidad por dependencia* y del *antisocial*, que aparecían, cada uno de ellos, en el 12,8% de los sujetos. Por último, en otro estudio sobre la prevalencia de estos trastornos realizado con este mismo instrumento en una muestra de 150 adictos, se analizan los datos obtenidos en el grupo de alcohólicos que se encuentra formado por 37 sujetos (Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez, 2003). Se encuentra que la presencia de trastornos de personalidad afecta al 76% de la muestra, este porcentaje resulta superior al hallado en los heroinómanos (49%) y en los adictos a la cocaína (66%). En cuanto los trastornos más frecuentes, el *dependiente* junto con el *pasivo agresivo*, el *antisocial* y el *agresivo-sádico*, todos ellos con un 26,5% de prevalencia eran los más diagnosticados. En cuanto a los trastornos menos prevalentes, se debe señalar que ningún sujeto puntuó por encima de 84 en las escalas *autodestructiva*, *esquizotípica* o *paranoide*

Calidad de vida, uso de alcohol y trastornos de personalidad.

La calidad de vida en pacientes con trastorno de personalidad se ve afectada, especialmente en muchas de sus funciones, al evaluarlos con el SF-36, este impacto se observa principalmente en el área de funcionamiento social, salud mental y vitalidad^{xiii}. Este impacto se ve principalmente asociado a problemas familiares, disfunciones interpersonales que se presentan comúnmente en los trastornos de personalidad.

Como hemos visto existen altas tasas de trastorno de personalidad en personas con consumo de alcohol. Hay varios estudios que se han abocado al análisis del impacto en

la funcionalidad y calidad de vida en este aspecto. Uno de los principales estudios que se realizaron de carácter epidemiológico fue por medio de “The National Epidemiology Survey on alcohol and related conditions” en Estados Unidos. Dicho estudio ^(xiv) mostró que la personalidad más prevalente en los pacientes alcohólicos fue el trastorno anancástico, seguido por el trastorno paranoide y el antisocial, y que la presencia del trastorno dependiente, esquizoide, paranoide y antisocial estaban estadísticamente asociados a la presencia de una disfuncionalidad importante, si bien en este estudio no se refiere al trastorno límite de personalidad como uno de los principales trastornos que generan disfuncionalidad.

No se encontraron estudios que evaluaran específicamente la calidad de vida en pacientes límite con consumo de alcohol. Aunque sí un estudio en pacientes con adicción a opiáceos que demostró de manera clara que existía una asociación entre la presencia de trastornos de personalidad, conflictos interpersonales y tratamiento psiquiátrico con una mala calidad de vida^{xv}.

4. Escalas de Medición

-AUDITⁱ (Alcohol Use Disorders Identification Test): está basado en un proyecto de la OMS de colaboración entre seis países (Australia, Bulgaria, Kenya, Mexico, Noruega y USA) que fue posteriormente estandarizado por Saunders y cols. Este mismo autor desarrollo en 1987 el núcleo de este cuestionarioⁱⁱ Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 reacciones adversas y las dos últimas problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario investiga los hechos durante el último año.

En el trabajo de Saundersⁱⁱⁱ se proponen dos puntos de corte con los siguientes valores de sensibilidad y especificidad:

| Punto de corte | Sensibilidad | Especificidad |
|----------------|--------------|---------------|
| 8 | 92% | 94% |
| 10 | 90% | 98% |

La alfa de Cronbach es de 0,8¹² Posee buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$) y con determinaciones analíticas, como la GGT ($r = a 0,31$ en varones y 0,46 en mujeres).

-Entrevista Clínica Estructurada Para El DSM-III-R para trastornos de personalidad. (SCID II, Clinical Interview for DSM-III-R)^{iv}: Es un instrumento creado a partir de los criterios diagnósticos del DSM III –R para establecer diagnósticos en el eje II. Debe ser administrado por un clínico entrenado, se obtienen rasgos de personalidad y trastornos de personalidad en base a criterios clínicos.

SF-36^v: éste instrumento se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS)^{vi}. De entre todos los ítems se seleccionó el menor número posible de conceptos que mantuvieran la validez del instrumento inicial. Detecta tanto estados positivos de salud como negativos y explora salud física y salud mental. Se ha puesto en marcha un proyecto internacional de adaptación del cuestionario (International Quality of Life Assessment –IQOLA- Project)^{vii}. Existen versiones de 30 y 38 ítems^{viii} y una forma breve (SF-20)^{ix} que ha sido criticada por poseer un número tan excesivamente pequeño de cuestiones, que limitaría su capacidad para detectar cambios en el estado de salud⁹. La validez de la versión en español ha sido analizada por Ayuso-Mateos^x. La versión mexicana se encuentra estandarizada y normativizada^{xi}.

Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Existe una cuestión, no incluida en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Se han propuesto dos formas diferentes de puntuación. La primera (Rand Group) establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. La segunda forma de puntuación (The Health Institute) otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal. Sea cual sea el método empleado, el significado de la puntuación es el mismo: cuanto mayor sea, mejor estado de salud refleja. Posee una elevada consistencia interna^{xii} (0.8 para todas las escalas, salvo para “función social” que es 0.76). El coeficiente de correlación intraclase^{xiii} es de 0.85. La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para función física, vitalidad y percepción general de salud y de 0.6 para función social. Si la comparación se realiza con 6 meses de diferencia, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que desciende hasta 0.43. Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación al español, son similares a los originales, salvo la fiabilidad de la dimensión “función social”, que es algo menor. La validación española ha encontrado valores consistentes y superponibles a los de la escala original. Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. Resulta útil disponer de valores normalizados de referencia en población general. Las medias y desviación standard en población norteamericana son^{xiv}: función física 84 (SD 23), función social 83 (SD 22), limitación del rol: problemas físicos 81 (SD 34), limitaciones del rol: problemas emocionales 81 (SD 33), salud mental 75 (SD 18), vitalidad 61 (SD 21), dolor 75 (SD 23), percepción de la salud general 72 (SD 20).

5. Justificación

Está demostrado que los pacientes con uso de sustancias y trastornos psiquiátricos tiene una peor evolución, mayor número de recaídas, y altos costos para la salud mental. Independientemente de los altos costos y mayor sintomatología, los pacientes que tienen problemas con el uso de alcohol también tienen un fuerte impacto en su calidad de vida, lo que implica un problema para el clínico ya que, por un lado, está presente la psicopatología propia del paciente y, por otro, factores que impactan su calidad de vida como es el uso de alcohol. Éste problema requiere un manejo global, que no deje por un lado los síntomas psiquiátricos y el uso de sustancias. Para conocer el cómo afecta de una manera objetiva el uso de alcohol en la calidad de vida, resulta indispensable realizar medidas objetivas, aunque de manera empírica podemos deducir que esta se verá afectada, es necesario realizar un esfuerzo encaminado a observar cuál es el área con mayor afectación con el fin de hacer maniobras en este grupo tan vulnerable al uso de sustancias, incluso lo encontrado en el presente estudio nos ayudará a realizar posteriormente maniobras de intervención. Siendo éste un estudio importante dada la singularidad del fenómeno y la información obtenida en población mexicana donde no se encontraron antecedentes al respecto.

6. Objetivos

General:

- ❖ Determinar la asociación entre la presencia de problemas relacionados con el uso de alcohol y una mala calidad de vida en pacientes con TLP.

Específicos:

- ❖ Determinar las características sociodemográficas de la muestra
- ❖ Determinar el tipo de uso de alcohol en la muestra
- ❖ Determinar si existe asociación entre la calidad de vida y las variables demográficas.
- ❖ Determinar si existe asociación entre el uso de alcohol y las variables demográficas.
- ❖ Determinar si existe asociación entre la calidad de vida y algún rasgo de personalidad.

7. Hipótesis

Los pacientes con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, con problemas relacionados con el uso de alcohol, tendrán una peor calidad de vida

8. Metodología

a. Tipo de estudio:

- ❖ Descriptivo, observacional y transversal.

b. Universo de trabajo:

- ❖ Pacientes que acudan al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

c. Tamaño de la muestra:

- ❖ Se realizará por medio no probabilística en cuota de los pacientes que acudan al servicio ambulatorio ó que se encuentren internados, obteniéndose por tiempo de Septiembre de 2008 a Mayo de 2009, esperándose un total de 60 pacientes.

d. Recursos (Físicos, humanos, económicos):

- ❖ Instalaciones del “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.
- ❖ Investigador principal y tutores.
- ❖ Copias de los instrumentos (SF-36 y AUDIT) y de la encuesta sociodemográfica.

e. Definición de la población:

i. Criterios de inclusión para los pacientes:

- ❖ Que tengan diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
- ❖ Que acepten participar en el estudio.

ii. Criterios de exclusión:

- ❖ Que presenten sintomatología disruptiva que no permita la aplicación de los instrumentos.
- ❖ Presencia de síntomas psicóticos.
- ❖ Enfermedades medicas no controladas.

f. Variables independientes:

- ❖ **Trastorno de Personalidad. Definición conceptual:** Patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar. Se convierten en trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o al

comienzo de la edad adulta, son estables en el tiempo y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. **Definición operacional:** Diagnóstico obtenido por el SCID-II. Categórica.

- ❖ **Uso de alcohol. Definición teórica:** Ingesta de alcohol alguna vez en su vida. **Definición categórica:** Responder positivamente al primer ítem del AUDIT (“¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?”).
- ❖ **Problemas relacionados con el uso de alcohol. Definición teórica:** Ingesta excesiva de alcohol que condicione dependencia, abstinencia o alteración en la funcionalidad secundarios. **Definición operacional:** Puntaje en el AUDIT igual o mayor a 10 puntos. Dicotómica.

g. Variables dependientes:

- ❖ **Calidad de vida. Definición conceptual:** Funcionalidad obtenida en cuanto ha estado de salud física y emocional. **Definición operacional:** Puntaje obtenido en el SF-36.

h. Instrumentos:

- ❖ Se realizará una encuesta sociodemográfica ad Hoc que comprende sexo, edad, escolaridad, tiempo de evolución, estado civil.
- ❖ Aplicación de la escala AUDIT.
- ❖ Aplicación de la escala SF-36.

i. Procedimiento:

- ❖ El investigador principal acudió a los servicios de consulta externa y hospitalización de la institución participante durante los meses de Septiembre de 2008 a Mayo de 2009, a los que se seleccionó por cuota a 60 pacientes con diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, corroborándose por medio de la aplicación del SCID-II. Posteriormente se evaluaron con el AUDIT para obtener el consumo de alcohol dentro de esta población y el SF-36 para evaluar calidad de vida. Los datos obtenidos se recabaron en una hoja de datos para su análisis en el programa XLSTAT 2010.
- ❖ Se formaron 2 grupos de estudio:
 - Grupo 1: pacientes que obtuvieron un puntaje menor a 10 en la escala AUDIT.
 - Grupo 2: pacientes que obtuvieron un puntaje igual ó mayor a 10 en la escala AUDIT.

j. Delimitación del espacio y tiempo:

- ❖ Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Septiembre de 2008 a Mayo de 2009.

k. Ética médica:

Los pacientes recibieron información sobre los posibles riesgos ó consecuencias del estudio, dando su autorización para la realización de la encuesta, manejándose los datos con estricta confidencialidad

9. Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para analizar las características de la población, así como los valores z y t de Student para asociación entre variables categóricas, y análisis de correlación para las variables cuantitativas con el programa XLSTAT 2010.

10. Resultados

La muestra se obtuvo del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de la ciudad de México, D.F. en los servicios de hospitalización y de consulta externa, y estuvo constituida por 60 sujetos, 46 mujeres (76.7%) y 14 hombres (23.3%) (Gráfico 1). A todos los sujetos del estudio, luego de firmar el Consentimiento Informado y de confirmar el diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con el instrumento SCID II, se les pidió contestaran las escalas autoaplicables AUDIT y SF-36.

La edad promedio de los participantes fue de 27.9 años \pm 6.2 años (Min 18 años, Max 41 años). La mayor frecuencia de edades, se localizó de los 23 a los 27 años de edad (Gráfica 2). La escolaridad promedio de los participantes, fue de 10.5 años \pm 3.6 años (Max 16, Min 2) (Gráfica 3). El promedio del tiempo de evolución del Trastorno de inestabilidad de la personalidad a partir de la fecha de diagnóstico, fue de 7.7 años \pm 4.8 años (Max 20, Min 1) (Gráfica 4). En cuanto al estado civil de los participantes se encontró lo siguiente: solteros 46.7%, casados 40% y divorciados (13.3%) (Gráfica 5).

Al aplicar la escala AUDIT, el puntaje promedio fue de 7.3 \pm 6.3 (Max 25, Min 0). 18 participantes (30%) obtuvieron un puntaje de 10 ó más (6 mujeres y 12 hombres), constituyendo del Grupo 2. Los 42 restantes (70%), obtuvieron puntajes menores a 10 en el AUDIT (40 mujeres y 2 hombres), constituyendo el Grupo 1.

Para el grupo 2, las características sociodemográficas encontradas fueron las siguientes: edad promedio de 31.2 \pm 5.6 años (Max 39, Min 22); escolaridad promedio 8.8 \pm 3.9 años (Max 16, Min 2) y tiempo de evolución promedio del trastorno límite de personalidad de 10 \pm 5.2 años (Max 20, Min 5), mientras que el estado civil más frecuente fue “casado” (N=8), seguido por “divorciado” (N=6) y “soltero” (N=4). En el grupo 1, se encontraron las siguientes características sociodemográficas: edad promedio de 25.8 \pm 6 años de edad (Max 41, Min 18); escolaridad promedio de 11.3 \pm 3.2 años (Max 16, Min 5); tiempo de evolución promedio del trastorno límite de personalidad de 6.8 \pm 4.3 años (Max 18, Min 1); el estado civil más frecuente fue “soltero” (N=24), seguido por “casado” (N=16) y “divorciado” (N=2).

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que los participantes del grupo 1, tienen menor edad, mayor escolaridad y menor tiempo de evolución del Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, además de una mayor frecuencia de personas solteras, comparados con el grupo 2 (Gráfica 6).

Se compararon las diferencias entre ambos grupos en cada una de las 7 dimensiones de la escala SF-36 a través de las pruebas z y t de Student para 2 muestras independientes

encontrándose lo siguiente (Tabla 1): para la Función Física (FF), una diferencia entre las medias de 9.6 con un valor z observado de 5.010 y valor z crítico de 1.960; t valor observado 5.588 y t valor crítico 2.002 ($p < 0.0001$, $\alpha = 0.05$) (Tabla 2). Función Social (FS), una diferencia entre las medias de 15.3 con un valor z observado de 5.582 y valor z crítico de 1.960; t valor observado 5.582 y t valor crítico 2.089 ($p < 0.0001$, $\alpha = 0.05$) (Tabla 3). Rol Problemas Físicos (RPF), una diferencia entre las medias de 9.6 con un valor z observado de 4.551 y valor z crítico de 1.960; t valor observado 4.551 y t valor crítico 2.087 ($p < 0.0001$, $\alpha = 0.05$) (Tabla 4). Rol Problemas Emocionales (RPE), una diferencia entre las medias de 26.4 con un valor z observado de 5.963 y valor z crítico de 1.960; t valor observado 5.963 y t valor crítico 2.074 ($p < 0.0001$, $\alpha = 0.05$) (Tabla 5). Salud Mental (SM), una diferencia entre las medias de 11.1 con un valor z observado de 4.750 y valor z crítico de 1.960; t valor observado 4.750 y t valor crítico 2.083 ($p < 0.0001$, $\alpha = 0.05$) (Tabla 6). Vitalidad (VIT), una diferencia entre las medias de 17.7 con un valor z observado de 8.972 y valor z crítico de 1.960; t valor observado 8.972 y t valor crítico 2.059 ($p < 0.0001$, $\alpha = 0.05$) (Tabla 7). Dolor (DOL), una diferencia entre las medias de 19.3 con un valor z observado de 6.867 y valor z crítico de 1.960; t valor observado 6.867 y t valor crítico 2.080 ($p < 0.0001$, $\alpha = 0.05$). (Tabla 8).

Como se pudo observar, las diferencias entre ambos grupos en cuanto a los puntajes obtenidos en las 7 dimensiones de la escala SF-36 fueron significativas, con un nivel de confianza del 95% (Gráfica 7).

11. Discusión

Los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que presentan además problemas en el consumo de alcohol (Grupo 2), se observa que obtienen puntajes menores, estadísticamente significativos, en las 7 dimensiones que evalúa la escala SF-36 al compararlos con el Grupo 1, lo cual podría traducirse como una peor calidad de vida en éstos pacientes con diagnóstico dual.

Dichos hallazgos, van de acuerdo con lo observado por otros autores como Morgenstern, Driessen y Fernández-Montalvo, quienes confirman la elevada comorbilidad que existe entre los trastornos de personalidad y el consumo de alcohol, con la consecuente

repercusión sobre la calidad de vida de los mismos y las dificultades que representa el tratamiento de éstos pacientes para los clínicos.

Además de las diferencias en los puntajes de la escala SF-36 entre los pacientes con y sin problemas con el uso de alcohol, hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad, escolaridad, tiempo de evolución del trastorno de personalidad y estado civil, por lo que habría que tomar con cierta cautela los resultados obtenidos, ya que dichos factores sociodemográficos por sí solos podrían repercutir de forma directa sobre la calidad de vida. De acuerdo a lo anterior, sería conveniente realizar un estudio similar pero con un mayor número de pacientes e intentando controlar el efecto de dichas variables.

A pesar de lo anterior, considero que éste estudio puede ser un buen punto de partida para continuar investigando sobre el tema, ya que la información disponible acerca de pacientes mexicanos con trastorno límite de personalidad más consumo de alcohol, es escasa.

12. Conclusiones

1. Aunque un mayor consumo de alcohol en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, parece asociarse con una peor calidad de vida, no es concluyente por el número de sujetos estudiados.
2. Es necesario incrementar la potencia del estudio a través de la inclusión de un mayor número de sujetos.
3. Es necesario tratar de homogeneizar la muestra lo más posible en cuanto a la edad, sexo, escolaridad, tiempo de evolución del padecimiento y estado civil, para evitar el sesgo que puede ocurrir secundario a diferencias significativas entre grupos de dichas variables sociodemográficas.
4. Para estudios posteriores, sería importante agregar otras variables tales como tratamiento recibido por los sujetos de estudio, que también puede influir sobre la calidad de vida y evolución del padecimiento.

13. Referencias bibliográficas.

- ¹ García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C. (2002). Epidemiología de la comorbilidad entre abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos En: G. Rubio, F. López-Muñoz, C. Álamo y J. Santo-Domingo (Ed.). Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- ¹ Kranzler, H.R., Kadden, R.M., Bureson, J.A., Babor, T.F., Apter, A. y Rousanville, B.J. (1995). Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders: is the interview more important than interviewer? *Comprehensive Psychiatry*, 36, 278-88.
- ¹ Girolamo, G. y Reich, J.H. (1993). *Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems: personality disorders*. Ginebra. World Health Organization.
- ¹ American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.rev.). Washington, D.C. APA.
- ¹ Bernardo Arroyo M. y Roca Bennasar, M. (1999). Introducción. En: M. Bernardo Arroyo y M. Roca Bennasar (Eds.). Trastornos de personalidad. Evaluación y tratamiento. Barcelona. Masson.
- ¹ Zimmerman, M. y Coryell, W. (1990). Diagnosing personality disorders in the community: a comparison of self-report and interview measures. *Archives of general psychiatry*, 47, 527-531.
- ¹ De Jong, CA., Van den Brink, W., Harteveld, F.M., Van der Wielen, E.G. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87-94
- ¹ Nurnberg, H.G., Rifkin, A. y Doddi, S. (1993). A systematic assesment of the comorbidity of DSM III R personality disorder in alcoholic outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 447- 454.
- ¹ Powell, G. y Peveler, R. (1996). Nature and prevalence of personality disorders amongst patients receiving treatment for alcohol dependence. *Journal of Mental Health*, 5, 3, 305-314.
- ¹ Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E. y Miller, K. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of abnormal Psychology*, 106, 74-84.

- ¹ Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U., Dilling, H. (1998) Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 77-86.
- ¹ Samuels, J.F., Nestadt, G., Romanoski, A.J., Folstein, M.F. y McHugh, P. (1994). DSM III personality disorders in the community. *American Journal of Psychiatry* 151, 7, 1055-62.
- ¹ Verheul, R., Van den Brink W. y Hartgers, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *European Addiction Research*, 1, 166- 177.
- ¹ Pettinati, H., Pierce, J., Belden, P. y Meyers, K. (1999) The relationship of axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *The American Journal on Adicctions*, 8, 136-147.
- ¹ Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J.J., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2002). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 217-225.
- ¹ [Narud K](#), [Mykletun A](#), [Dahl AA](#). Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic. [BMC Psychiatry](#). 2005 Feb 20;5:10.
- ¹ [Grant BF](#), [Hasin DS](#), [Stinson FS](#), [Dawson DA](#), [Chou SP](#), [Ruan WJ](#), [Pickering RP](#) . Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. [J Clin Psychiatry](#). 2004 Jul;65(7):948-58.
- ¹ [Karow A](#), [Verthein U](#), [Krausz M](#), [Schafer I](#) Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction.. [Eur Addict Res](#). 2008;14(1):38-46. Epub 2008 Jan 7
- ¹ Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
- ¹ Saunders JB, Aasland OG. WHO Collaborative Project on the Identificacion and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Report on Phase I: Development of a Screening Instrument (Geneva, World Health Organization), 1987.

- ¹ Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804
- ¹ Spitzer, R.L., Williams, J.B. y Gibbon, M. Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II. SCID-II. Rev. New York, N.Y. Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute, 1989.
- ¹ Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) J. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
- ¹ Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
- ¹ Aaronson NK, Acquadro J, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M et al. Internacional quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res* 1992; 1: 349-51.
- ¹ Wu AW, Rubin HR, Matthews WC. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study: preliminary validation in persons with early HIV infection. *Med Care* 1991; 29: 786-98.
- ¹ Stewart RL, Hays RD, Ware JE. The MOS short-form General Health Survey. *Med Care* 1988; 26: 724-35.
- ¹ Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL, Oviedo A, Díez-Manrique JF. Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 26-32.
- 1 Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero Guillermo, Martínez-Salgado Homero Towards a mexican normative standard for measurement of the Short Format 36 health-related quality of life instrument *Salud pública Méx* 46 (4) Cuernavaca July/Aug. 2004
- ¹ Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 Health Survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *Br Med J* 1992; 305: 160-4.

¹ Beaton DE, Bombardier C, Hogg-Johnson S. Choose your tool: a comparison of the psychometric properties of five generic health status instruments in workers with soft tissue injuries. *Qual Life Res* 1994; 3: 50-6.

¹ Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

14. Anexos

❖ ESCALA AUDIT

AUDIT

Identificación **Fecha**

Conteste a las siguientes cuestiones, haciendo referencia al último año.

1. ¿Con que frecuencia toma alguna “bebida” que contenga alcohol?

Nunca una o menos veces al mes .. 2 - 4 veces al mes ..

2 – 3 veces por semana 4 ó más veces por semana ..

2. ¿Cuántas “bebidas alcohólicas” toma durante un día típico en el que ha bebido?

1 ó 2 3 ó 4 5 ó 6 7 a 9 10 ó más

3. ¿Con que frecuencia toma seis “bebidas” o más en un sola ocasión?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente

Semanalmente A diario o casi a diario

4. ¿Con que frecuencia en el último año ha sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente

Semanalmente A diario o casi a diario

5. ¿Con que frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente

Semanalmente A diario o casi a diario

6. Durante el último año, ¿con que frecuencia necesitó tomar alguna “bebida alcohólica” por la mañana para poder

ponerse en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente

Semanalmente A diario o casi a diario

7. Durante el último año ¿con que frecuencia se sintió culpable o con remordimientos después de haber bebido?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente

Semanalmente A diario o casi a diario

8. Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fue capaz de recordar lo que le había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente

Semanalmente A diario o casi a diario

9. ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?

No Sí, pero no en el último año Sí, el último año

10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario le ha expresado su preocupación por su bebida o le ha sugerido dejar de beber?

No Sí, pero no en el último año Sí, el último año

TOTAL:

❖ ESCALA SF-36

1/3

SF-36

Identificación **Fecha**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.


1.- En general, usted diría que su salud es:

Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala 

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año  Algo mejor ahora que hace un año 

Más o menos igual que hace un año  Algo peor ahora que hace un año 

Mucho peor ahora que hace una año 


3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual

¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?




Sí, me limita Sí me limita No, no me




mucho un poco limita nada




a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados,

o participar en deportes agotadores   

b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora,




jugar a los bolos o caminar más de 1 hora   




c) Coger o llevar la bolsa de la compra   

d) Subir varios pisos por la escalera   



e) Subir un solo piso por la escalera   

f) Agacharse o arrodillarse   

g) Caminar un kilómetro o más   

h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)   

i) Caminar una sola manzana (unos 100 metros)   



j) Bañarse o vestirse por sí mismo   

4.- Durante las últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades

cotidianas, a causa de su salud física?

SI NO



a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?

.....  

b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

.....  

c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

.....  

d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ej, le costo más de lo normal



2/3

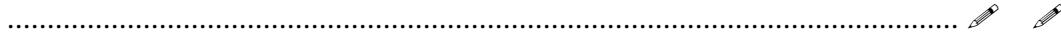
SF-36

Identificación Fecha

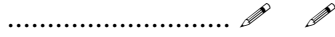
5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

SI NO

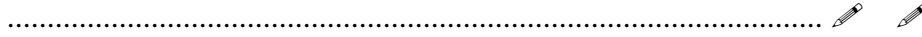
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional



b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?



c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?



6.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo

8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

3/3

SF-36

Identificación Fecha

9.- Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo

Siempre Casi Muchas Algunas Sólo Nunca
siempre veces veces alguna vez
























a) se sintió lleno de vitalidad?.....

b) estuvo muy nervioso?

c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? ...






d) se sintió calmado y tranquilo?

e) tuvo mucha energía?

- f) se sintió desanimado y triste?      
- g) se sintió agotado?      
- h) se sintió feliz?      
- i) se sintió cansado?      

10.- Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado

























sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Sólo alguna vez  Nunca 

11.- Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

Totalmente Bastante No lo sé Bastante Totalmente

cierta cierta falsa falsa

- a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas      
- b) Estoy tan sano como cualquiera      
- c) Creo que mi salud va a empeorar      
- d) Mi salud es excelente      

FUNCIÓN FÍSICA FUNCIÓN SOCIAL

LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS FÍSICOS

LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS EMOCIONALES

SALUD MENTAL VITALIDAD DOLOR

PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL

CAMBIO DE LA SALUD EN EL TIEMPO

❖ CONSENTIMIENTO INFORMADO

RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le pedimos formar parte de un estudio de investigación médica para encontrar si existe relación entre el consumo de alcohol y la calidad de vida en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Lo anterior con la finalidad de encontrar mejores medidas de tratamiento y prevención de complicaciones. El participar en el estudio, no afectará ni modificará su tratamiento médico de ninguna forma.

Los procedimientos que se realicen tendrán exclusivamente propósitos de investigación y la información obtenida se manejará de forma estrictamente confidencial. Si acepta participar en el estudio se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación:

- Se le realizará una encuesta sociodemográfica para conocer sexo, edad, estado civil, escolaridad y tiempo de evolución de su padecimiento.
- Se le pedirá que conteste 2 escalas autoaplicables para conocer su consumo de alcohol y su calidad de vida.
- Éstos procedimientos se pueden completar en una sola visita.

No existen planes para dar compensación alguna a usted.

Los riesgos de participar en este estudio incluyen solamente el inconveniente de la entrevista y el revelar información personal.

La participación en este estudio es voluntaria y usted puede rehusarse a estar en el estudio ó a retirarse en cualquier momento. Si decide no formar parte ó retirarse, esto no afectara su futura atención médica en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Si usted pide que se destruyan los datos que proporcionó, esto tendrá que hacerse. Debido al tipo de estudio, no se prevé que usted pueda salir lesionado.

Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de éste proyecto, su identidad permanecerá confidencial. Siéntase libre de hacer cualquier pregunta que surja. Cualquier duda que surja posteriormente, puede contactarme vía telefónica ó por e mail: Dr. Edgar López Tarabay (04455) 18467053, drtarabay@hotmail.com.

Se le proporcionará una copia firmada de esta forma para que la conserve.

Su firma indica que usted ha decidido formar parte de éste estudio y que ha leído y comprendido la información anterior.

Firma del sujeto

Firma del testigo

Firma del investigador

Fecha

❖ TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1 (Medias de puntajes obtenidos en las 7 dimensiones de la escala SF-36 por grupo de acuerdo a puntaje en la escala AUDIT)

| GRUPO | FF | FS | RPF | RPE | SM | VITALIDA D | DOLOR |
|---|------|------|------|------|------|---------------|-------|
| GRUPO 1 (PUNTAJ E AUDIT < 10) | 88.6 | 86.0 | 89.1 | 83.6 | 76.5 | 74.3 | 81.6 |
| GRUPO 2 (PUNTAJ E AUDIT ≥ 10) | 78.8 | 70.4 | 68.1 | 57.2 | 65.3 | 56.9 | 62.2 |

Tabla 2 (Comparación de puntajes en la dimensión Función Física)

| Variable | Observaciones | Obs. con datos perdidos | Obs. Sin datos perdidos | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica |
|---|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--------|--------|--------|----------------------|
| FF GRUPO 1 (PUNTAJE AUDIT < 10) | 42 | 0 | 42 | 75.000 | 98.000 | 88.762 | 5.565 |
| FF GRUPO 2 (PUNTAJE AUDIT ≥ 10) | 18 | 0 | 18 | 68.000 | 91.000 | 79.111 | 7.315 |

Tabla 3 (Comparación de puntajes en la dimensión Función Social)

| Variable | Observaciones | Obs. con datos perdidos | Obs. sin datos perdidos | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica |
|---|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--------|---------|--------|----------------------|
| FS GRUPO 1 (PUNTAJE AUDIT < 10) | 42 | 0 | 42 | 70.000 | 100.000 | 86.429 | 8.503 |
| FS GRUPO 2 (PUNTAJE AUDIT ≥ 10) | 18 | 0 | 18 | 50.000 | 90.000 | 71.111 | 10.226 |

Tabla 4 (Comparación de puntajes en la dimensión Rol: Problemas Físicos)

| Variable | Observaciones | Obs. con datos perdidos | Obs. sin datos perdidos | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|--------|---------|--------|-------------------|
| RPF GRUPO 1 (PUNTAJE AUDIT < 10) | 42 | 0 | 42 | 50.000 | 100.000 | 90.476 | 14.559 |
| RPF GRUPO 2 (PUNTAJE AUDIT ≥ 10) | 18 | 0 | 18 | 50.000 | 100.000 | 70.000 | 16.539 |

Tabla 5 (Comparación de puntajes en la dimensión Rol: Problemas Emocionales)

| Variable | Observaciones | Obs. con datos perdidos | Obs. sin datos perdidos | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica |
|----------------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|--------|---------|--------|-------------------|
| RPE GRUPO 1 (PUNTAJE AUDIT < 10) | 42 | 0 | 42 | 33.000 | 100.000 | 85.833 | 18.135 |
| RPE GRUPO 2 (PUNTAJE AUDIT ≥ 10) | 18 | 0 | 18 | 33.000 | 67.000 | 59.444 | 14.545 |

Tabla 6 (Comparación de puntajes en la dimensión Salud Mental)

| Variable | Observaciones | Obs. con datos perdidos | Obs. sin datos perdidos | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica |
|---|---------------|-------------------------|-------------------------|--------|--------|--------|-------------------|
| SALUD MENTAL GRUPO 1 (PUNTAJE AUDIT < 10) | 42 | 0 | 42 | 51.000 | 90.000 | 76.929 | 8.309 |
| SALUD MENTAL GRUPO 2 (PUNTAJE AUDIT ≥ 10) | 18 | 0 | 18 | 52.000 | 82.000 | 65.833 | 8.284 |

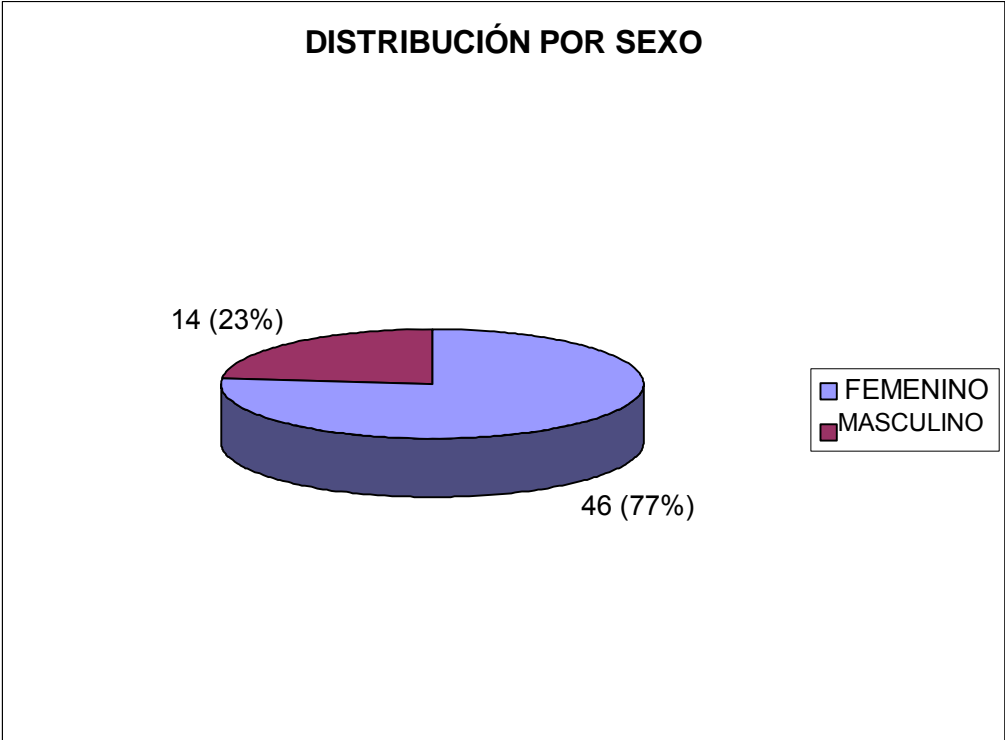
Tabla 7 (Comparación de puntajes en la dimensión Vitalidad)

| Variable | Observaciones | Obs. con datos perdidos | Obs. sin datos perdidos | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica |
|--|---------------|-------------------------|-------------------------|--------|--------|--------|-------------------|
| VITALIDAD GRUPO 1 (PUNTAJE AUDIT < 10) | 42 | 0 | 42 | 57.000 | 88.000 | 74.905 | 9.601 |
| VITALIDAD GRUPO 2 (PUNTAJE AUDIT ≥ 10) | 18 | 0 | 18 | 50.000 | 71.000 | 57.167 | 5.555 |

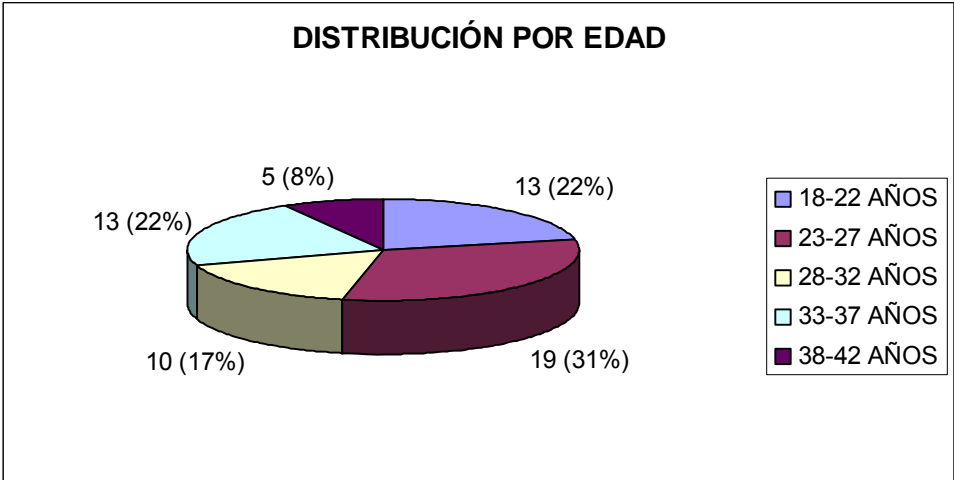
Tabla 8 (Comparación de puntajes en la dimensión Dolor)

| Variable | Observaciones | Obs. con datos perdidos | Obs. sin datos perdidos | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica |
|------------------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|--------|--------|--------|-------------------|
| DOLOR GRUPO 1 (PUNTAJE AUDIT < 10) | 42 | 0 | 42 | 54.000 | 99.000 | 82.286 | 10.437 |
| DOLOR GRUPO 2 (PUNTAJE AUDIT ≥ 10) | 18 | 0 | 18 | 45.000 | 81.000 | 63.000 | 9.762 |

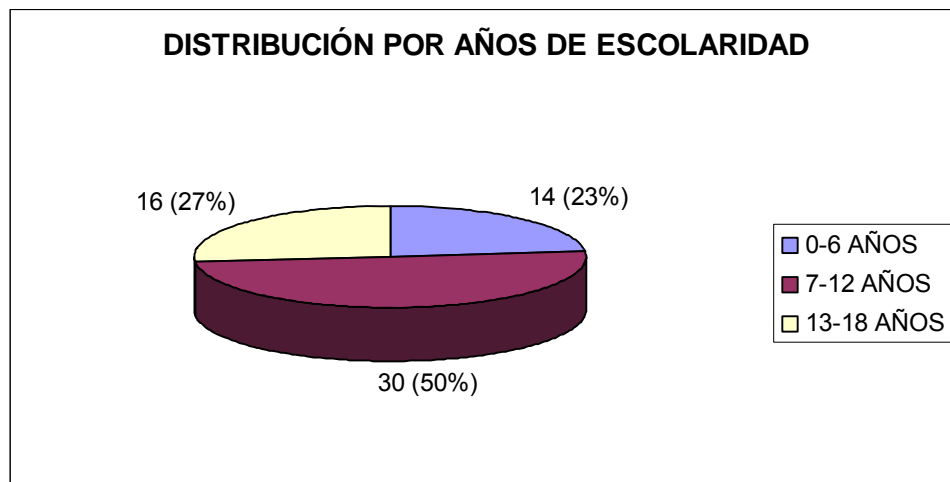
Gráfica 1 (Distribución por sexo)



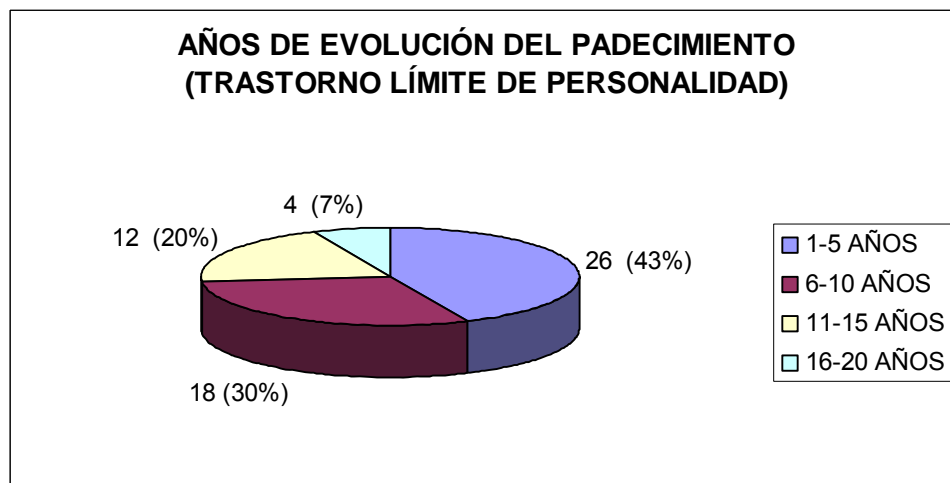
Gráfica 2 (Distribución por edad)



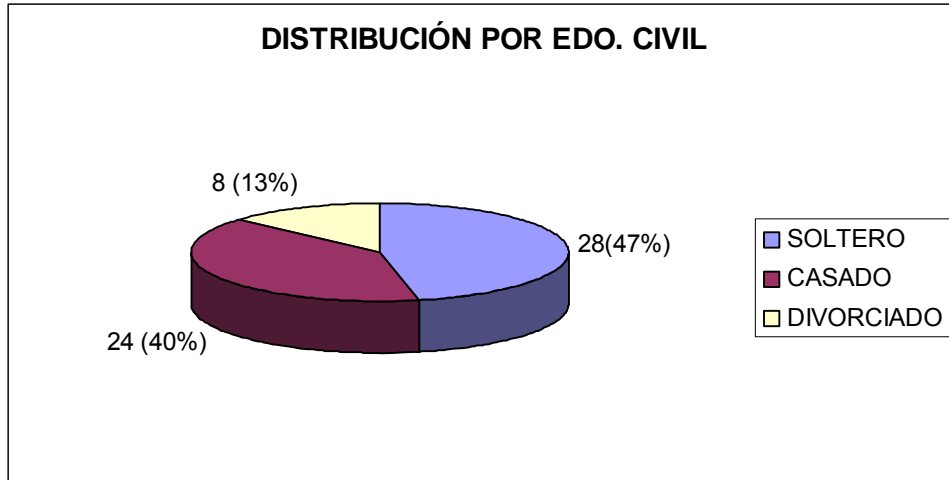
Gráfica 3 (Distribución por años de escolaridad)



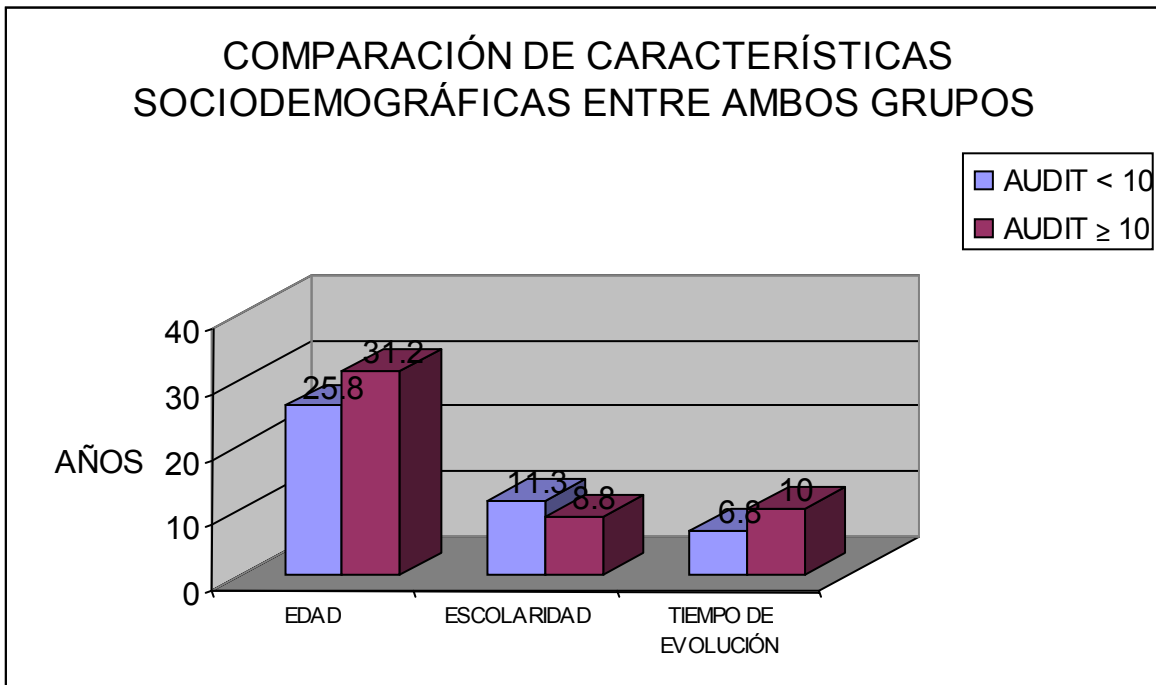
Gráfica 4 (Distribución por años de evolución del Trastorno Límite de Personalidad)



Gráfica 5 (Distribución por estado civil)



Gráfica 6 (Comparación de características sociodemográficas entre ambos grupos)



Gráfica 7 (Diferencia de medias obtenidas en las 7 dimensiones de la escala SF-36 entre ambos grupos)

