



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

***UNIDAD ACADÉMICA LA MANGA***

***“SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y SU ASOCIACIÓN AL USO  
DE ALCOHOL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD  
MAXIMILIANO DORANTES MÓDULO 2.***

***TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA FAMILIAR”***

***PRESENTA :***

***DR. OSCAR SAN MIGUEL BRAVO.***



**SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA Y SU ASOCIACION AL  
ABUSO Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN PACIENTES  
DEL CENTRO DE SALUD MAXIMILIANO DORANTES  
MODULO 2.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
**DR. OSCAR SAN MIGUEL BRAVO**

**AUTORIZACIONES.**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA

**FELIPE DE JESUS GARCIA PEDRAZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA.  
U.N.A.M.



***SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA Y SU ASOCIACION AL  
ABUSO Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN PACIENTES  
DEL CENTRO DE SALUD MAXIMILIANO DORANTES  
MODULO 2.***

AUTORIZACIONES.

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA**  
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

**QUIMICO SERGIO LEON RAMIREZ**  
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA DE LA SECRETARIA DE  
SALUD DEL ESTADO DE TABASCO



**SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA Y SU ASOCIACION AL ABUSO  
Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN PACIENTES DEL CENTRO DE  
SALUD MAXIMILIANO DORANTES MODULO 2.**

AUTORIZACIONES.

**DR. MIGUEL PABLO GARCIA**  
PROFESOR TITULAR

**DR. MARIO TORRUCO SALCEDO**  
**DIRECTOR DEL CENTRO DE AYUDA AL ALCOHOLICO Y A SUS FAMILIARES.**  
DIRECCION DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS Y PSICOSOCIALES.  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA DR. RAMON DE LA FUENTE

**M EN C DR. MANUEL BORBOLLA SALA**  
ASESOR METODOLOGICO  
PROFESOR INVESTIGADOR DE LA UJAT  
COORDINADOR TECNICO ADMINISTRATIVO DE LABORATORIO DE  
SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE TABASCO

## INDICE

Titulo	Páginas
I. Antecedentes	4-20
II. Planteamiento del problema	20
III. Justificación	20
IV. Objetivos	21
- Objetivo general	
- Objetivo específico	
V. Hipótesis	
VI. Metodología	21
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tipo de estudio	21
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	21
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	21-22
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	22
- Método o procedimiento para capturar la información	22-26
- Consideraciones éticas	26
VII. Resultados	26-32
- Descripción (Análisis estadístico de los resultados)	
- Tablas. (Cuadro) y graficas)	
VIII. Discusión (Interpretación analítica) de los resultados encontrados	26-32
IX. Conclusión (Incluye sugerencias y recomendaciones del investigador)	32
X. Referencia bibliográfica	33-35
XI. Anexos	36-42

## MARCO TEÓRICO.

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial. Este estado varía en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones de su injerencia, nos referiremos al estado de intoxicación etílica que presentan los alcohólicos.

Existen reportes escritos del uso de cerveza, vinos y otras bebidas alcohólicas que datan desde 3000 años antes de Cristo. Pero el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta alrededor del año 800 después de Cristo. Este proceso ha permitido la preparación de licores altamente potentes que se consumen actualmente. La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad. La influencia del alcohol se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la sociedad desde tiempos muy remotos.

1

El consumo del alcohol, ha sido reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia. Esto es, las bebidas embriagantes, consumidas con moderación y en los contextos permitidos, reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar. Los bebedores moderados disfrutan de las bebidas por esos efectos placenteros y aprecian diferentes calidades de bebidas. Hay muchas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o abuso.<sup>2</sup>

La dependencia causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura.

Los problemas relacionados con el alcohol representan una inmensa pérdida económica para muchas comunidades en todo el mundo.

Desafortunadamente, proporciones variables de individuos en la población presentan problemas en su salud y en sus relaciones interpersonales a causa del consumo inmoderado de alcohol. El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades. El alcohol es la droga más ampliamente empleada por los adolescentes en México, existen evidencias de un

elevado índice de alcoholismo entre los jóvenes. Sin embargo, quizá mucha gente piense que mientras no se convierta en alcohólico típico, las consecuencias de beber frecuentemente y en altas dosis no son alarmantes. Pero los estragos del alcohol pueden ser graves y muchos de ellos irreversibles. A continuación hablamos de algunos de los efectos a corto plazo provocados por el alcohol.<sup>3</sup>

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos).

El alcoholismo producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos, genéticos y sociales. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes. El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo Occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y los antiguos países del este, así como en los países en vías de desarrollo.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades.(4) El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso. La química del alcohol le permite afectar a casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo aquellas en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y de otras sensaciones deseables; después de una exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios que produce el alcohol y se vuelve dependiente de él. Para las personas con alcoholismo, beber se convierte en el medio primario mediante el cual pueden tratar con personas, el trabajo y sus vidas. El alcohol domina sus pensamientos, emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad es influida por factores como la genética, la psicología y la cultura y el dolor físico. El alcoholismo, también conocido como dependencia del alcohol, es una enfermedad que incluye los siguientes cuatro síntomas:

Deseo insaciable: una gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.

- 1º. Pérdida de control: la incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.
- 2º. Dependencia física: síndrome de abstinencia, con síntomas tales como náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.
- 3º. Tolerancia: la necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol a fin de sentirse eufórico. <sup>5</sup>

El deseo insaciable que el alcohólico siente por el alcohol puede ser tan fuerte como la necesidad de comer o beber agua. Un alcohólico continuará bebiendo alcohol aunque tenga problemas serios con la familia, con la salud o con la ley. Así como muchas otras enfermedades, el alcoholismo es crónico, lo cual significa que la persona padecerá de esta enfermedad toda su vida; generalmente su curso es predecible y presenta síntomas. El riesgo de desarrollar el alcoholismo responde a influencias tanto de los genes de la persona como de su estilo de vida. <sup>6</sup>

Las investigaciones demuestran que el riesgo de desarrollar alcoholismo viene de familia. Los genes que hereda una persona explican en parte este hábito, pero el estilo de vida también constituye un factor. Actualmente, los investigadores están tratando de identificar aquellos genes específicos que ponen a las personas en riesgo de desarrollar el alcoholismo. Sus amigos, el nivel de estrés en su vida y la facilidad de acceso al alcohol son factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar el alcoholismo.

El riesgo no dicta su destino. Simplemente porque el alcoholismo viene de familia no quiere decir que el hijo de un alcohólico automáticamente se convierta también en alcohólico. Algunas personas desarrollan el alcoholismo aun cuando no haya nadie en su familia que tenga problemas con el alcohol. De la misma manera, no todos los hijos de familias alcohólicas tienen problemas con el alcohol. El alcoholismo es tratable. Los programas para el tratamiento del alcoholismo se sirven tanto de la consejería como de las medicinas para ayudar a que una persona deje de beber. La mayoría de los alcohólicos necesitan ayuda para recuperarse de su enfermedad. Con apoyo y tratamiento, muchas personas pueden dejar de beber y reconstruir sus vidas. <sup>7</sup>

Después de un tiempo de abusar del consumo de bebidas alcohólicas, se presenta un deterioro en diversos órganos como el estómago, el hígado, los riñones y el corazón, así como en el sistema nervioso. Existen una serie de enfermedades que se relacionan con el consumo reiterado de bebidas alcohólicas, como la cirrosis hepática y las enfermedades cardiacas. Algunos estudios señalan que quienes se inician en el abuso de las bebidas alcohólicas desde jóvenes, tienen una expectativa de vida 5 a 10 años menor que los que no experimentan esta situación. El alcohol es una de las drogas más peligrosas para la mujer que

está embarazada, ya que en el cuerpo de la mujer el alcohol se transforma en sustancias dañinas que son absorbidas por el feto. En cantidades abundantes aumenta el riesgo de nacer con defectos, como el "síndrome alcohólico fetal", que implica la formación de un cráneo pequeño, facciones anormales, retardo físico y mental. Consumir bebidas alcohólicas al final del embarazo, puede también afectar al feto.<sup>7</sup>

En el sistema cardiovascular, incrementa el riesgo de enfermedades al corazón; el bebedor incrementa sus niveles de lípidos (grasa en la sangre) que puede resultar en arteriosclerosis, incrementa el riesgo de una muerte temprana y un ataque al corazón, y el desarrollo de cardiomiopatía.

En el sistema nervioso, provoca daño en el sistema nervioso central, el cual se reconoce luego de muchos años. Pueden aparecer problemas neurológicos desarrollados por falta de vitamina B. El sistema gastrointestinal es probablemente el sistema más dañado por efecto del consumo de alcohol. Podemos ver úlceras faciales (úlceras sangrantes y perforantes), problemas en el páncreas e incremento de la incidencia de desarrollo de cáncer de esófago. Los alcohólicos pueden desarrollar cirrosis. En la primera etapa de las células del hígado se perjudican y acumulan gotas de grasa; cuantas más células sufren esta infiltración, el hígado se dilata más. Si el consumo de alcohol continúa, se forman cicatrices hasta que esto se vuelve irreversible.<sup>8</sup>

Los pacientes alcohólicos suelen presentar otros síndromes psiquiátricos asociados, sobre todo de ansiedad y depresión, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de alcohol y que tienden a mejorar en pocas semanas, cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en remisión de su alcoholismo. Sin embargo, en ocasiones se trata de trastornos psiquiátricos independientes, que además del tratamiento del alcoholismo requieren un tratamiento específico. Se trata de la llamada patología dual, en la que concurren uno o varios trastornos psiquiátricos asociados a la patología adictiva y en la que el alcoholismo puede estar asociado al abuso o dependencia de otras sustancias (cocaína, opiáceos, benzodiazepinas, etc.). El paciente alcohólico que presenta una patología psiquiátrica severa tiene un mayor riesgo de problemas psico-sociales, recaída y suicidio. Su tratamiento puede ser decisivo para evitar la agravación progresiva y fatal desenlace. Dichos pacientes requieren un abordaje integrado de su patología dual en una unidad especializada, con un seguimiento intensivo y durante un tiempo más prolongado de lo habitual. El programa de intervención debería trabajar con la motivación del paciente para conseguir tanto su buena disposición hacia el abandono del consumo de sustancias, como la estabilización de su patología psiquiátrica (con la ayuda de farmacoterapia) y también el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, orientadas hacia la prevención de recaídas.<sup>9</sup>

La presencia de dos o más trastornos mentales en el mismo paciente recibe el nombre de comorbilidad. Cuando dicha comorbilidad es debida a la concurrencia

de un trastorno por abuso de sustancias, asociado a otro trastorno psiquiátrico, recibe la denominación de trastorno dual o diagnóstico dual. Los pacientes con diagnóstico dual están más discapacitados y requieren más recursos terapéuticos que los que sólo tienen un diagnóstico por abuso de sustancias u otro tipo de trastorno psiquiátrico aislado. Además, tienen un mayor riesgo de suicidio, de quedarse sin hogar, de tener otros problemas legales o médicos y de hospitalizaciones más prolongadas y frecuentes. Las dificultades diagnósticas que plantean estos pacientes repercuten en que el tratamiento no llegue a ser completo. Además, los centros de tratamiento suelen estar especializados en psiquiatría o bien en drogodependencias, pero no en ambas disciplinas a la vez, con lo cual el paciente difícilmente obtiene la respuesta terapéutica apropiada e incluso puede quedar fuera del sistema asistencial.

Los pacientes psiquiátricos tienen un riesgo aumentado de desarrollar drogodependencias y los pacientes drogodependientes también tienen un mayor riesgo de presentar otros trastornos psiquiátricos. Aproximadamente una tercera parte de los pacientes psiquiátricos presentan también abuso de alguna sustancia, en algún momento de su vida, el doble de la proporción esperada para la población general. Por otro lado, más de la mitad de los pacientes drogodependientes han presentado algún otro trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida. En el estudio E.C.A. (Epidemiológicas Catchment Área) se estudiaron 20.000 personas residentes en 5 grandes ciudades de EEUU de América, entre 1980 y 1985. El estudio ECA encontró una prevalencia de vida del 13'5% para el alcoholismo (abuso o dependencia del alcohol), del 6'1% para el abuso o dependencia de otras drogas y un 22'5% para los demás trastornos psiquiátricos. Asociando los trastornos psiquiátricos y todos los trastornos por abuso de sustancias, la prevalencia de vida de trastornos mentales llegaría al 33% de la población de EEUU. Entre los abusadores de sustancias, la prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos sería todavía más elevada que en la población general. Un 36'6% de las personas con alcoholismo y un 53'1% de las personas con otras drogodependencias presentaron además algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, porcentajes superiores al 22'5% de la población general. Y también se detectan una mayor prevalencia de alcoholismo y de otras drogodependencias, entre los pacientes esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos, comparados a la población general <sup>11</sup>.

Un estudio más reciente, el N.C.S. (National Comorbidity Survey) ha utilizado entrevistas psiquiátricas estructuradas en una muestra de más de 8000 personas no institucionalizadas, de 15 a 54 años de edad y ha encontrado una mayor prevalencia de vida para cualquier trastorno psiquiátrico, un 48% de la población de EEUU. También se ha detectado una prevalencia más elevada de trastornos psiquiátricos entre las personas que tienen un trastorno por abuso de sustancias que entre los que nunca lo han tenido. Además, proponen que el inicio de la mayoría de dichos trastornos psiquiátricos habría sido previo al inicio del abuso de sustancias, excepto para los trastornos afectivos, como depresión, entre los hombres alcohólicos, cuyo inicio suele ser posterior al inicio del alcoholismo.

Entre las mujeres, el 72'4% de las que abusan del alcohol y el 86% de las dependientes del alcohol han presentado algún trastorno psiquiátrico o drogodependencia, a lo largo de su vida. Entre los hombres, la prevalencia de vida era de 56'8% para el abuso y 78'3% para la dependencia del alcohol. Los trastornos de ansiedad y de ánimo fueron los más frecuentes entre las mujeres, mientras que las otras drogodependencias y el trastorno de personalidad antisocial fueron los trastornos comórbidos más frecuentes entre los hombres alcohólicos. Para ambos sexos la dependencia del alcohol aparece asociada a trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y trastorno de personalidad antisocial, con mayor frecuencia de lo que cabría esperar por simple azar <sup>12</sup>

Según el estudio ECA, los trastornos psiquiátricos que aparecen asociados con mayor frecuencia al alcoholismo, son trastornos de personalidad antisocial (21 veces más probable que en la población general), la manía (6'2 veces más), la esquizofrenia (4 veces más) y el abuso de drogas (3'9 veces más). Y las drogodependencias que aparecen asociadas al alcoholismo, por orden de mayor a menor frecuencia serían las de cocaína, hipnosedativos, opiáceos, alucinógenos, estimulantes y cannabis.

Aunque los síntomas aislados de ansiedad y depresión aparecen asociados con frecuencia al alcoholismo, los trastornos depresivos o de ansiedad no son mucho más prevalentes que entre la población general <sup>13</sup>.

En la población general, los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, llegando, según algunos estudios hasta el 25% de la población. Entre un 23% y un 70% de pacientes alcohólicos presentan también trastornos de ansiedad, sobretodo neurosis de ansiedad y fobias. Por otro lado, del 20% al 45% de pacientes con trastorno de ansiedad tiene antecedentes de alcoholismo. Dicha comorbilidad entre alcoholismo y trastornos de ansiedad es más prevalente entre los dependientes que entre los abusadores de alcohol. Entre los trastornos psiquiátricos de Eje II, asociados al alcoholismo, destacan los trastornos de personalidad (57-78%), que se distribuyen entre los de tipo paranoide (7-44%), antisocial (3-47%), límite (16-32%), histriónico (6-34%), por evitación (2-32%), y dependiente (4-29%). En función de la tipología de alcoholismo, la comorbilidad de Eje I es dos veces más frecuente en el tipo A que en el tipo B. Sin embargo, la comorbilidad con trastornos de personalidad.

Los trastornos psiquiátricos podrían conducir al alcoholismo. Los pacientes con síntomas psiquiátricos podrían recurrir a beber, como auto-medicación de sus síntomas de ansiedad. En tal caso, el trastorno psiquiátrico precedería al alcoholismo en varios años y el alcoholismo sería secundario. Pero, por otro lado, el consumo excesivo de alcohol contribuye al desarrollo de síntomas psiquiátricos, como el deterioro de la expresión emocional, síntomas de ansiedad, depresión, y trastornos de conducta que producen desadaptación social.<sup>13</sup> Se trata de síntomas o síndromes psiquiátricos, inducidos por el consumo excesivo de alcohol o por su abstinencia, en el contexto de un alcoholismo primario. Estos síntomas o

síndromes psiquiátricos inducidos por el alcohol tenderán a su remisión espontánea, pocos días o semanas después de haber abandonado el consumo de alcohol. Los pacientes alcohólicos refieren con frecuencia que beben para mitigar o aliviar estados de ánimo disfórico, lo cual ha sido considerado como “auto-medicación”. Sin embargo, el consumo crónico de alcohol y su posible abstinencia pueden agravar estados de ánimo negativo, como consecuencia de los efectos farmacológicos del alcohol, o bien de los problemas psicosociales asociados. Los pacientes que presentan un trastorno bipolar pueden beber para aliviar tanto los síntomas depresivos como maníacos, pero la evidencia indica que el mayor riesgo para el consumo excesivo se produce durante la fase maníaca de su enfermedad. Los pacientes con agorafobia o fobia social pueden beber para aliviar sus síntomas de ansiedad, sin embargo, los que padecen un trastorno de angustia o de ansiedad generalizada pueden experimentar dichos síntomas como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Por tanto, determinados trastornos psiquiátricos pueden ser inducidos por la intoxicación o la abstinencia de sustancias psicotrópicas. De hecho, la clasificación diagnóstica psiquiátrica DSM-IV considera como trastornos psiquiátricos inducidos por el alcohol.

–Delirium (por intoxicación y por abstinencia)

–Demencia persistente

–Trastorno Amnésico persistente

–Trastorno psicótico (con ideas delirio. o con

Alucinación.)

–Trastorno del estado de ánimo

–Trastorno de ansiedad

–Trastorno sexual

–Trastorno del sueño

Si dos trastornos tienen una relación causal, es decir, cuando uno de ellos es consecuencia del otro, los familiares de los probandos presentarán un riesgo aumentado para el trastorno causal y también para la combinación de ambos trastornos, pero no para la forma pura del trastorno secundario. Por ejemplo, si el alcoholismo es secundario a la ansiedad, los familiares de probandos con ansiedad deberían presentar una mayor tasa de ansiedad aislada o bien asociada al alcoholismo, pero una tasa normal de alcoholismo. Sin embargo, si ambos trastornos comparten una etiología común (neurobiológica o ambiental), es decir que ambos trastornos son consecuencia de un tercer factor; los familiares de los

probandos con uno de los dos trastornos presentarán también elevadas tasas de la forma pura del otro trastorno, en comparación a la población general. Es decir que si la ansiedad y el alcoholismo comparten una etiología común, los familiares de probandos con ansiedad deberían presentar un riesgo aumentado de alcoholismo y viceversa.<sup>15</sup>

Los estudios de familiares deben incluir un número suficiente de probandos, con formas puras de cada trastorno, así como sujetos control que no presenten ninguno de los trastornos. Mediante este procedimiento se han detectado factores de susceptibilidad compartida para el alcoholismo y el trastorno de pánico, ya que los familiares de probandos con trastorno de pánico aislado también presentan un elevado riesgo de alcoholismo.

Pero la conclusión del estudio es que el alcoholismo y la ansiedad pueden ser transmitidos de manera independiente, dentro de los familiares y que cuando los trastornos de ansiedad y el alcoholismo son comórbidos pueden ser también co transmitidos<sup>16</sup>.

La dependencia del alcohol, en los probandos se asocia con más frecuencia a la dependencia que al abuso de alcohol, en los familiares.

La probabilidad de heredar un trastorno por dependencia del alcohol sería

mayor que la de heredar un trastorno por abuso de alcohol, por lo que se podría considerar que el abuso podría estar más relacionado con factores ambientales, de tal manera que la dependencia del alcohol tendería a agruparse en determinados familiares, mientras que el abuso no tiene por qué hacerlo.

Los trastornos de ansiedad en los probandos también se asocian a la dependencia del alcohol, en los familiares, pero no al abuso de alcohol. Por tanto, la dependencia del alcohol y los trastornos de ansiedad pueden ser consecuencia de factores de riesgo subyacentes compartidos, que podrían ser en parte genéticos<sup>17</sup>

El alcoholismo puede estar asociado a trastornos afectivos y trastornos de ansiedad. La comorbilidad es más frecuente en mujeres. Los pacientes alcohólicos con ansiedad comórbida experimentan una abstinencia del alcohol más severa y una mayor tendencia a la recaída. Por otro lado, la abstinencia del alcohol puede mimetizar los síntomas de angustia y de ansiedad generalizada. Los niños que experimentan niveles elevados de ansiedad tienen un riesgo más elevado de utilizar el alcohol como auto-medicación de dichos síntomas de ansiedad, en la vida adulta. Por tanto, su identificación y tratamiento precoces podría ayudar a prevenir un potencial abuso o dependencia del alcohol, en el futuro<sup>18</sup>

La posible relación de causalidad entre el alcoholismo y los trastornos psiquiátricos asociados se puede producir de maneras diversas:

1. El alcoholismo y el trastorno psiquiátrico pueden ser simultáneos o sucesivos y su asociación se puede dar por coincidencia.
2. El alcoholismo puede ser la causa o bien aumentar la gravedad de determinados trastornos psiquiátricos
3. Los trastornos psiquiátricos pueden ser la causa o bien aumentar la gravedad del alcoholismo.
4. Tanto el alcoholismo como los trastornos psiquiátricos pueden ser la consecuencia de una tercera condición.
5. Tanto el consumo excesivo como la abstinencia de alcohol pueden inducir síntomas muy parecidos a los de un trastorno psiquiátrico independiente, que son los que el DSM-IV considera como trastornos inducidos por intoxicación o por abstinencia del alcohol.

Los estudios clínicos con pacientes alcohólicos sugieren que la mayoría de trastornos psiquiátricos co mórbidos son secundarios al alcoholismo y remiten espontáneamente con el tratamiento de desintoxicación del alcohol y sin necesidad de un tratamiento psiquiátrico adicional <sup>19</sup>

El consumo excesivo de alcohol puede inducir nuevos síntomas psiquiátricos o exacerbar síntomas psiquiátricos independientes. Sobre todo con referencia a los síntomas de ansiedad y depresión, inducidos por el consumo excesivo o la abstinencia del alcohol. Sin embargo, dichos síntomas remiten espontáneamente con la abstinencia continuada, lo cual sugiere que no se trata de trastornos psiquiátricos independientes <sup>20</sup>.

La hipótesis de la auto-medicación sugiere que algunas personas consumirían alcohol para aliviar síntomas de ansiedad, tensión, depresión, insomnio, apatía y aislamiento social; asociados a trastornos mentales. De esta manera, personas con trastornos mentales podrían persistir en el consumo de alcohol, a pesar de que empeore sus síntomas, tal vez por déficit de introspección o de aprendizaje por la experiencia. Este consumo por auto-medicación podría desembocar en un verdadero alcoholismo. Sin embargo, el metanálisis efectuado por Berglund y Homenajeen de un total de 42 artículos publicados entre 1994 y 1996, concluye

que los datos obtenidos dan poco apoyo a la validez de la hipótesis sobre automedicación y que el supuesto alivio de los síntomas psiquiátricos, tras el consumo de alcohol, podría ser mejor explicado por sus expectativas de efectos positivos del alcohol, más que por un verdadero efecto terapéutico del consumo de alcohol. Además, los pacientes con enfermedades psiquiátricas que abusan del alcohol tienden a presentar una peor evolución de su trastorno psiquiátrico,

mientras que un consumo leve o moderado no tiene efectos positivos documentados sobre los trastornos psiquiátricos.<sup>20</sup>

La exposición a situaciones estresantes es una experiencia humana que se repite con frecuencia. El estrés intenso puede inducir alteraciones fisiológicas y conductuales que van desde los trastornos psiquiátricos hasta la disfunción del sistema inmunológico. Determinadas experiencias estresantes pueden inducir síntomas depresivos, mientras que otras pueden generar ansiedad. Algunas son breves y transitorias pero otras pueden ser persistentes o tener efectos retardados o desencadenar otras pérdidas (económicas o de apoyo social) que van a empeorar la situación de la persona. El estrés incontrolable puede llegar a inducir un estado de "indefensión aprendida", con modificaciones en la neurotransmisión que pueden aumentar la vulnerabilidad individual hacia la psicopatología. La capacidad para afrontar y resolver los problemas puede tener un efecto amortiguador del impacto del estrés. Las experiencias vitales tempranas de exposición al estrés pueden inducir sensibilización y respuesta aumentada ante las situaciones estresantes, lo cual podría estar en relación con las elevadas tasas de recaída de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión. Los psicoestimulantes, el alcohol y otras sustancias pueden inducir también efectos de sensibilización y respuestas alteradas del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. (30) La mayor vulnerabilidad hacia el alcoholismo puede estar en relación con una predisposición genética, pero también las experiencias repetidas de estrés intenso pueden aumentar el riesgo de padecer tanto una drogodependencia como otros trastornos psiquiátricos. La genética y el estrés actuarían facilitando la progresión del proceso de neuroadaptación al alcohol, que sería más intenso y permanente; aumentando de esta manera el riesgo de desarrollar alcoholismo, bien sea por mecanismos hereditarios o bien adquiridos. Dichas experiencias de estrés pueden ser mediadas tanto por factores internos (como un trastorno psiquiátrico) como por agresiones ambientales (como un traumatismo psíquico o la pérdida de un miembro de la familia). Además, uno de los neurotransmisores implicados en los efectos del estrés sobre el proceso de neuroadaptación y sensibilización es la serotonina, que también se encuentra implicada con los trastornos afectivos y los de ansiedad. Por otro lado, los pacientes alcohólicos en recuperación precoz suelen presentar una baja tolerancia al estrés, y las situaciones estresantes van a aumentar el riesgo de recaída, activando el circuito que implica a la amígdala, el córtex frontal dorso-lateral, y los ganglios basales, lo cual se puede manifestar en forma de respuestas de craving, ante dichas situaciones estresantes<sup>22</sup>.

Según el tipo de comorbilidad asociada al alcoholismo, las características clínicas del trastorno global pueden ser diferentes.

El consumo excesivo continuado de bebidas alcohólicas podría inducir estados depresivos graves pero transitorios, en cualquier persona que no tenga antecedentes de depresión.

Los síntomas depresivos remiten rápidamente durante las 4-6 semanas posteriores a la desintoxicación. A las 3 semanas de abstinencia, el grupo de pacientes alcohólicos primarios que presentaba depresión secundaria mostraba una reducción del 49% de los síntomas depresivos; mientras que el grupo de pacientes que presentaba depresión primaria y alcoholismo secundario sólo tuvo una reducción del 14%. Ningún estudio ha demostrado que los trastornos depresivos pueden ser la causa del alcoholismo. Sin embargo, el consumo excesivo continuado de alcohol puede inducir síntomas afectivos transitorios, incluso en personas que no tenían antecedentes de depresión<sup>23</sup> Por otro lado, la depresión puede formar parte del proceso de recuperación de cualquier conducta adictiva. El hecho de tener que renunciar al consumo de alcohol o la pérdida de relaciones interpersonales significativas puede resultar emocionalmente doloroso.

El 80% de pacientes alcohólicos presentan algún episodio depresivo mayor, a lo largo de su vida, que suele ser la consecuencia del consumo excesivo, más que la presencia de un trastorno depresivo independiente, sobretudo en varones alcohólicos primarios<sup>24</sup>

Para efectuar el diagnóstico diferencial entre el trastorno depresivo primario y el inducido es importante explorar la presencia de antecedentes de un posible trastorno afectivo, previo al inicio del alcoholismo, ansiedad de separación en la infancia, fobias o trastornos de ansiedad, reacción hipomaniaca a los antidepresivos, o antecedentes familiares de trastorno bipolar.<sup>24</sup>

La depresión, asociada al alcoholismo predice pobres resultados para el tratamiento del alcoholismo, por lo menos en varones y un aumento del riesgo de conductas suicidas.

Los estados emocionales negativos son el factor de recaída más habitual. Los episodios depresivos pueden aumentar el riesgo de recaída, mientras que la remisión de la depresión predice un menor riesgo de recaída en el consumo de alcohol. Cuando un trastorno psiquiátrico (como la depresión), ha sido inducido por el consumo excesivo de alcohol, también va a mejorar con la abstinencia continuada de bebidas alcohólicas. El consumo excesivo de alcohol interfiere con la recuperación de otro trastorno psiquiátrico asociado, (como depresión) y puede generar lo que se ha dado en llamar un trastorno psiquiátrico refractario al tratamiento, incluso cuando dicho trastorno recibe el tratamiento farmacológico apropiado (como antidepresivos).

En el estudio TROMSO, un estudio epidemiológico sobre enfermedad cardiovascular, efectuado en Noruega, el consumo excesivo de alcohol predice un estado de ánimo depresivo (en ambos sexos). El ánimo depresivo predice aumento del consumo en bebedores excesivos (en ambos sexos y en varones bebedores moderados). Pero, en las mujeres bebedoras moderadas, predice una reducción del consumo.

Cuando aumenta la venta y el consumo de alcohol, en un determinado país, tienden a aumentar también las tasas de suicidio y de homicidio. Parecen ser más bien las bebidas destiladas las que estarían asociadas al suicidio, mientras que el consumo de bebidas fermentadas no parece influir en la tasa de suicidios.<sup>24</sup>

Los dos trastornos mentales que con mayor frecuencia se asocian al suicidio son la enfermedad depresiva y el alcoholismo. El alcoholismo es más frecuente entre los suicidios de varones y, particularmente, entre los alcohólicos de inicio precoz. La muerte por suicidio es más frecuente en los pacientes alcohólicos (5%-27%) que en la población general (1%). Un 15%-25% de todos los suicidios se producen en pacientes alcohólicos. Las pérdidas sociales recientes, los efectos depresógenos, tóxicos y desinhibidores del alcohol, los síntomas persistentes de depresión y los rasgos de personalidad, pueden contribuir a los gestos suicidas. Otros factores que aumentan el riesgo suicida son la edad avanzada, estado separado o viudo, desempleo o jubilación, enfermedad somática y polidrogodependencia (40). Un 18-20% de alcohólicos han intentado el suicidio, en alguna ocasión. El suicidio consumado es más frecuente en varones (2-3 por cada mujer). Las mujeres (37%) tienen más intentos de autolisis que los hombres (13%). La probabilidad de suicidio entre los alcohólicos es 60-120 veces mayor que en la población general. Entre las personas que se suicidan, el 15-30% son pacientes alcohólicos. La depresión y el alcoholismo, se encuentran entre las primeras causas del suicidio y con frecuencia están asociados. El 90-94% de suicidas presentan un trastorno psiquiátrico. Entre ellos, el 47-70% presentan un trastorno afectivo, el 15-25% presentan alcoholismo y el alcohol precipita el suicidio en el 68% de los casos. Al comparar los rasgos de personalidad, entre los alcohólicos que presentan intentos de autolisis, con los que no los han tenido, se aprecia una mayor psicopatología, impulsividad, rasgos paranoides, ansiedad, aceleración psicomotriz y conductas extravagantes; a la vez que una menor seguridad y más baja auto-estima.

Schuckit y colaboradores establecen la diferenciación entre trastornos psiquiátricos concurrentes e independientes. Los pacientes alcohólicos presentan una elevada prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad, pero la mayoría de ellos son concurrentes. En función de la prevalencia de vida, los trastornos de ansiedad, entre los pacientes alcohólicos se distribuyen en agorafobia con trastorno de pánico (31'5%), trastorno obsesivo-compulsivo (24'6%), fobia social (21'9%), trastorno de pánico (20'4%), fobia simple (14'4%) y agorafobia (sin trastorno de pánico) (13'3%). Ross y colaboradores encuentran la prevalencia más elevada para el trastorno por ansiedad generalizada (50'7%), seguida por los trastornos fóbicos (30'5%). Schuckit y colaboradores consideran que únicamente el trastorno de pánico y la fobia social serían más prevalentes, como trastornos de ansiedad independientes y que entre los trastornos independientes, sólo habría un riesgo aumentado para el trastorno bipolar, trastorno por angustia y fobia social, entre los alcohólicos primarios, con antecedentes familiares de alcoholismo. Los trastornos psiquiátricos independientes serían los que se inician antes del alcoholismo o que permanecen durante períodos de abstinencia de más de 3

meses y se acompañan de antecedentes del mismo trastorno, en sus familiares. El alcoholismo puede inducir trastornos de ansiedad. Tal vez en personas vulnerables y en relación con las pérdidas de relaciones, fracaso formativo o vocacional, acontecimientos vitales o episodios repetidos de abstinencia (hiperadrenérgicos). Una desregulación noradrenérgica que es todavía mayor en los que además del alcohol abusa de la cocaína. Por otro lado, los pacientes con trastorno de ansiedad presentan 2'5 a 4'3 veces más riesgo para el alcoholismo que la población general. Según un estudio prospectivo reciente, existe una relación causal recíproca entre los trastornos de ansiedad y el alcoholismo.<sup>25</sup>

Los trastornos de ansiedad tendrían una mayor probabilidad de desarrollar alcoholismo y viceversa. Stockwell destaca los síntomas afectivos (miedo, ansiedad) dentro del Síndrome de abstinencia del alcohol. El efecto de rebote de ansiedad e insomnio serían poderosos estímulos condicionados, que inducirían a un nuevo consumo de alcohol. Los síntomas de abstinencia del alcohol pueden confundirse con la ansiedad generalizada o con crisis de angustia. Esto puede llevar a la prescripción de benzodiazepinas, cuyo consumo continuado produce efectos de rebote, empeora la severidad de la abstinencia, la intensidad de la dependencia y el pronóstico de su recuperación, sobretodo cuando son de vida media corta y cuando tienen un efecto reforzador. Hay muchas evidencias de que incluso el consumo moderado de alcohol puede interferir en la recuperación de un trastorno afectivo o de ansiedad. Por tanto, lo prudente es recomendar la abstinencia del alcohol a dichos pacientes, (por lo menos durante su recuperación). El curso del alcoholismo influye claramente en el curso de la depresión. La remisión del alcoholismo aumenta claramente la probabilidad de remisión de la depresión e incluso tiene un cierto efecto protector de la recaída, en el trastorno depresivo. La prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes alcohólicos se ha situado entre un 15 y un 25% y la de alcoholismo en los trastornos de personalidad alcanza el 50% al 75%. El alcoholismo induce trastornos de conducta, que pueden acompañarse de violencia verbal o física, no respetar los derechos de los demás, mentiras, falta de honestidad, y otros rasgos de conducta antisocial. Pero, el trastorno de personalidad antisocial se inicia a los 15 años de edad y persiste incluso tras la abstinencia prolongada del alcohol. El trastorno de personalidad antisocial se asociaría con mayor frecuencia al tipo II de Cloninger o al tipo B de Babor, que se caracterizan por rasgos de conducta antisocial, búsqueda de lo novedoso, baja evitación de lo perjudicial, inicio precoz del abuso de alcohol y de los problemas asociados. La presencia de conductas antisociales graves, en diversas áreas de funcionamiento, que se inician antes de los 15 años de edad y que persisten durante la vida adulta, es el requisito diagnóstico imprescindible para diferenciarlo de la conducta antisocial secundaria al alcoholismo. Se trata de personas impulsivas, violentas, que les gusta asumir riesgos e incapaces de aprender de sus errores o de beneficiarse del castigo. Que van a tener dificultades para controlar el consumo de sustancias, ya que la mayoría de ellos van a tener graves problemas con el alcohol secundarios, a lo largo de su vida y también problemas con otras drogas, violencia, interrupción

prematura de tratamiento y mal pronóstico. Suelen representar el 5% de mujeres y el 10-20% de los hombres que solicitan tratamiento del alcoholismo.

Una elevada proporción de personas que han cometido delitos con violencia y también sus víctimas se encuentran bajo los efectos del alcohol, cuando se produce el incidente violento. Sobretudo cuando se trata de personas jóvenes. Las personas sin hogar (“hoteles”), presentan elevadas tasas de trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Las mujeres sin techo presentan una elevada prevalencia de esquizofrenia y trastorno bipolar, asociado a drogodependencias. Las madres acogidas en residencias presentan trastorno por estrés postraumático y depresión mayor, asociados a drogodependencias.

Las mujeres sin hogar y también las que viven en contextos sociales de pobreza, tienen mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual, así como una elevada prevalencia de trastorno de estrés postraumático, depresión mayor y abuso de sustancias. El consumo de alcohol juega un importante papel en la violencia familiar, incluidos los malos tratos a la mujer e hijos, a los ancianos, abuso sexual, violación y homicidio. Los estados de intoxicación alcohólica están también relacionados con accidentes de tráfico, delitos contra la propiedad y otros delitos. Los pacientes alcohólicos (que habían estado ingresados, al menos 1 vez) tenían 3’5 veces más probabilidades de presentar delincuencia registrada (delitos violentos, contra la propiedad y de tráfico) que los pacientes control (en un estudio suizo). La mayoría presentaban trastornos de personalidad (sobretudo el antisocial), más antecedentes de suicidio y conducta agresiva; más abuso de drogas, inicio más precoz del tratamiento psiquiátrico y eran más jóvenes.

El alcoholismo es el trastorno mental comórbido más frecuente en personas con enfermedad mental grave, como esquizofrenia o trastorno bipolar. La esquizofrenia tiene una mayor prevalencia de vida entre los alcohólicos (3’8%) que en la población general (1’5%). Por otro lado, entre los pacientes esquizofrénicos, la prevalencia de alcoholismo (33’7%) es también más elevada que en la población general (13’5%), según el estudio E.C.A. Según el estudio ECA, el 33’7% de esquizofrénicos y el 42’6% de bipolares reunían criterios de alcoholismo (abuso o dependencia de alcohol), comparado al 16’7% de la población general.

Según el estudio NCS el 9’7% de personas con manía cumplían criterios de dependencia del alcohol, a lo largo de su vida, siendo particularmente frecuentes en jóvenes, pacientes hospitalizados, servicios de urgencias y albergues para personas sin hogar. Entre los factores etiológicos hay que tener en cuenta que la deriva social que sufren los enfermos mentales graves les lleva a una mayor exposición y más fácil acceso al alcohol y las drogas; puede haber un intento de aliviar o auto-medicar determinados síntomas de la enfermedad mental y los efectos secundarios de la medicación y puede ser también un intento de evitar ser etiquetados como pacientes mentales. Los enfermos mentales severos con una drogodependencia asociada tienen un elevado riesgo de inestabilidad en su alojamiento e incluso de quedarse sin hogar. Además presentan un mal

cumplimiento de la medicación y son atendidos con frecuencia en los servicios de urgencias, hospitales y prisiones. Además suelen presentar abuso de otras drogas, mal cumplimiento de la medicación, viven en circunstancias estresantes y carecen de redes de apoyo social<sup>26</sup>.

Cuando los pacientes mentales graves dejan de beber, presentan muchos signos de mejoría en su bienestar, por tanto se puede deducir que el alcoholismo comórbido empeora la adaptación de los enfermos mentales graves. Su evolución espontánea tiende hacia el empeoramiento, con una elevada proporción de los que se quedan sin hogar y presentan conductas desadaptadas, hospitalizaciones frecuentes y estancias en prisión. Sin embargo, cuando abandonan el consumo de alcohol, mejora su adaptación y su pronóstico. En el estudio ECA, entre los pacientes esquizofrénicos que dejaron de beber, disminuyeron las tasas de depresión y hospitalización, al año de seguimiento. El abuso de alcohol y otras drogas suele pasar desapercibido en los servicios psiquiátricos, lo cual puede conducir a sobredosificar a los pacientes y formular planes de tratamiento inapropiados, en los que se descuidan intervenciones como desintoxicación, educación y aconsejamiento sobre sustancias de abuso. Hay pocas evidencias de que los pacientes psiquiátricos puedan mantener un consumo moderado de alcohol u otras drogas, durante largos períodos de tiempo, sin volver a presentar problemas relacionados con el consumo excesivo. Por tanto, deben ser evaluados cualquier consumo de sustancias y cualquier antecedente personal de problemas relacionados con el alcohol o las drogas, ya que con frecuencia les resulta más fácil hablar de sus pautas de consumo en el pasado que de su consumo actual. Para su cribaje, se pueden utilizar cuestionarios de detección de consumo excesivo o de síntomas de dependencia del alcohol. De acuerdo con los criterios DSM, si el consumo de alcohol es persistente e induce problemas sociales, vocacionales, psicológicos o físicos, debería ser considerado como abuso o dependencia. En los pacientes psiquiátricos, pequeñas cantidades de alcohol o drogas pueden inducir problemas psicológicos o reaparición de los síntomas de enfermedad mental, que pueden evolucionar hacia una clara drogodependencia<sup>27</sup>.

Las personas sin hogar presentan diagnóstico dual en un 10% - 20%, debido a su elevado riesgo de perder el apoyo familiar y el hogar estable. Además, suelen presentar abuso de otras drogas, enfermedades médicas, problemas legales, antecedentes de alteraciones conductuales, traumatismos, deficientes habilidades sociales y vocacionales, así como una pobre red de apoyo. Suelen sufrir malestar psicológico y desmoralización, detenciones por la policía, encarcelamientos, aislamiento de sus familiares y victimización. Su retención en tratamiento es particularmente difícil. Suelen presentar conductas desadaptadas, como intimidar o amenazar a otras personas, que les son necesarias para sobrevivir en la calles, pero que van a dificultar su participación en los programas de recuperación, que siempre son a largo plazo, incluso durante años.

Determinados trastornos psicóticos pueden ser inducidos por el alcohol:

- Delirium
- Alucinosis
- Trastorno delirante (paranoia, celotipia)
- Intoxicación alcohólica idiosincrática

Además, el abuso de alcohol suele asociarse al de otras drogas (psicoestimulantes, alucinógenos,

Fenciclidina, a otros trastornos médicos (SIDA, hemorragia cerebral, coma hepático, etc.), y puede asociarse a la epilepsia del lóbulo temporal, que también puede inducir trastornos psicóticos orgánicos. El diagnóstico se efectúa a través de la información de familiares o amigos, exploración física y neurológica, síntomas de intoxicación o abstinencia (característicos de cada sustancia), analítica general (de urgencia), determinación

de sustancias en la orina (de urgencia) y neuroimagen (TAC, RM, SPECT).

En la elaboración del diagnóstico dual conviene tener en cuenta la edad de inicio de la dependencia del alcohol, edad de inicio del trastorno psiquiátrico, edad de la primera abstinencia

Prolongada (más de 3 meses) y la evolución del trastorno psiquiátrico, durante los períodos de abstinencia prolongada. En los pacientes poli toxicómanos, debe tener en cuenta la sustancia o sustancias que contribuyeron al inicio del trastorno psiquiátrico, las que producen una reactivación de los síntomas psiquiátricos y la evolución del trastorno psiquiátrico durante los períodos de abstinencia prolongada (confirmada por detecciones periódicas de etanol y otras sustancias en orina).

El delirium tremens es un trastorno mental orgánico que cursa con un síndrome confesional, trastornos perceptivos (ilusiones o alucinaciones), interpretaciones delirantes y alteraciones emocionales secundarias, agitación psicomotriz e insomnio, síntomas vegetativos y alteraciones Hidno-electrolíticas.

La alucinosis alcohólica cursa con alucinaciones auditivas y/o visuales (de contenido amenazador, acusatorio, insultante), ideas delirantes persecutorias (secundarias, pero sistematizadas), ansiedad intensa y riesgo de auto o helero-agresión (en "defensa propia"). El trastorno delirante cursa con ideas delirantes, de tipo persecutorio o celo típico, riesgo de auto o helero-agresión, que puede ser contra la pareja, cuando las ideas delirantes son de celos. La intoxicación alcohólica idiosincrática es un grave trastorno de conducta, de tipo agresivo o

violento, que se produce tras una pequeña ingesta de alcohol, la cual no produciría intoxicación en la mayoría de personas. La hemorragia cerebral, la hipoglucemia y la encefalopatía hepática, pueden cursar con un estado confesional que conviene diferenciar del delirium trémenos, la encefalopatía de Wernicke u otras encefalopatías alcohólicas y que cuando se acompañan de agitación psicomotriz pueden confundirse con otros trastornos psicóticos. La intoxicación alcohólica idiosincrásica, que cursa con un estado de agitación psicomotriz, tras el consumo de una pequeña cantidad de alcohol, puede estar acompañada de una reducción del campo de la conciencia, que puede tener un cierto parecido con los estados de agitación debidos a la epilepsia del lóbulo temporal, con la cual ha sido relacionada por algunos autores. Schuckit aconseja efectuar un análisis cronológico retrospectivo desde la infancia y precisar la edad de inicio del abuso o dependencia del alcohol períodos de abstinencia de varios meses (o años) inicio de trastornos psiquiátricos mayores (no de síntomas psiquiátricos aislados).<sup>28</sup>

Si los síndromes psiquiátricos no precedieron el inicio de la dependencia o abuso de alcohol o no persistieron durante más de 4 semanas de abstinencia continuada, nos indica que el alcoholismo es el problema mayor y

que los síndromes psiquiátricos asociados, aunque pueden ser importantes, son transitorios y se pueden considerar “inducidos” por la intoxicación o por la abstinencia del alcohol. El alcoholismo primario es un trastorno mental que tiene una evolución espontánea predecible que se conoce como historia natural

del alcoholismo, de manera que determinadas señales suelen aparecer a una edad determinada: 13-15 años: inicio del consumo de alcohol 15-17 años: primera intoxicación alcohólica aguda 16-22 años: primer problema relacionado con el alcohol 25-40 años: inicio de la dependencia del alcohol, marcado por graves dificultades relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, como:

- ruptura de una relación significativa
- detención por conducir embriagado
- evidencia de abstinencia del alcohol
- advertencia por un médico que el alcohol perjudica su salud
- interferencia significativa con el funcionamiento laboral o académico.

Esta progresión cronológica nos puede ayudar en el diagnóstico diferencial del alcoholismo primario, siempre que tengamos en cuenta que los episodios de consumo excesivo se pueden alternar con otros episodios transitorios de abstinencia continuada o de consumo moderado, de pocas semanas o meses de

duración, pero que a la larga van a conducir a la recaída en el consumo excesivo. (58)El ASÍ. (“Adicción Severita Indexa”) es un instrumento diagnóstico que nos permite evaluar la severidad de la dependencia, obteniendo un perfil de su funcionamiento en diversas áreas: estado médico general, situación laboral, consumo de drogas, consumo de alcohol, situación legal, relaciones personales, adaptación familiar y estado psicológico. Su repetición, unos meses después, permite comprobar los progresos en las diversas áreas, además de los cambios en el consumo de las diversas sustancias. Se trata de una medición objetiva de los progresos del paciente, que nos permite obtener conclusiones, cuando parece que no mejora, y comprobar si ya ha empezado a progresar en su recuperación. Una pregunta que, por otro lado, nos hacen siempre sus familiares y para responder a la cual necesitamos una evaluación polidimensional, que no tenga únicamente en cuenta el consumo de sustancias o las alteraciones conductuales del paciente, sino también otros aspectos de su adaptación, estado médico y psicológico, bienestar personal, etc. Además se van a tener en cuenta las incidencias en su evolución, como pueden ser su asistencia a las actividades terapéuticas programadas, el grado de cumplimiento de la medicación y los acontecimientos no deseados, como separación de la pareja, detención por la policía, etc.

Aproximadamente el 50 % de pacientes con enfermedades mentales graves, tales como esquizofrenia o trastorno bipolar, desarrollan un trastorno por abuso de sustancias, a lo largo de su vida. Esta tasa es probablemente más elevada entre los jóvenes con antecedentes de violencia o que duermen en la calle y entre los pacientes atendidos en servicios de urgencias. Suelen presentar además una pobre adaptación en diversas áreas de su funcionamiento, resultados de tratamiento desfavorables e incidencias como quedarse sin hogar, hospitalizaciones o ingresos en prisión. Con frecuencia, el consumo perjudicial o el abuso de sustancias, pasa desapercibido a los clínicos que trabajan en salud mental. Los procedimientos estandarizados de cribaje y evaluación diagnóstica dual, podrían mejorar este problema. Para optimizar el rendimiento terapéutico convendría hacer una planificación apropiada del tratamiento, tanto del abuso de sustancias como de la comorbilidad psiquiátrica. La intervención terapéutica debería ser efectuada por profesionales expertos en patología dual y en el marco de una unidad especializada en el abordaje de dichas patologías, que pueda integrar el tratamiento del trastorno mental grave, con el del abuso de sustancias y siempre a largo plazo.<sup>29</sup>

El AUDIT, el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.

Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente.

El fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. La mayoría de bebedores excesivos no están diagnosticados. A menudo, éstos presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con su consumo de alcohol.

El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol.

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.<sup>30</sup>

La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe. El alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales. Es una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe. La cirrosis hepática y la pancreatitis a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos períodos de tiempo. El alcohol causa daños al feto en mujeres embarazadas. Así mismo, problemas médicos mucho más frecuentes, como la hipertensión, la gastritis, la diabetes y algunas formas de infarto cerebral pueden agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como también ocurre con trastornos mentales como la depresión. Las lesiones por accidentes de tráfico y de peatones, las caídas y los problemas laborales, a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Los riesgos se asocian con el patrón de bebida y con la cantidad de alcohol consumida. Destacar que si bien las personas con dependencia de alcohol son más propensas a desarrollar más niveles de daño, la mayor parte de los daños.

También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

Proporciona información sobre los procedimientos de intervención precoz, describen una aproximación detallada del screening y la intervención breve para los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria de Salud.

Ha sido producida por el Instituto Nacional Sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA por sus siglas en inglés). El consumo de alcohol se considera en exceso cuando causa o aumenta el riesgo de padecer problemas relacionados con el alcohol o complica el manejo de otros problemas de salud. Los hombres que ingieren 5 o más bebidas estándares en un día (15 o más por semana) y las mujeres que ingieren 4 o más en un día (8 o más por semana) están en mayor riesgo de padecer problemas relacionados con el alcohol, según investigaciones epidemiológicas. Sin embargo, las respuestas individuales al alcohol varían.<sup>31</sup>

El consumo de alcohol a niveles más bajos puede resultar problemático dependiendo de muchos factores, tales como la edad, condiciones coexistentes y el uso de medicamentos. Como no se sabe, si cierta cantidad de alcohol es inofensiva durante el embarazo, el Cirujano General de Estados Unidos recomienda que las mujeres que están embarazadas o piensan llegar a estarlo se deben abstener de consumir bebidas alcohólicas. Aproximadamente 3 de cada 10 adultos estadounidenses beben en niveles que aumentan su riesgo de padecer problemas físicos, mentales y sociales.<sup>3</sup> De estos bebedores en exceso, aproximadamente 1 de cada 4 abusa o tiene dependencia al alcohol. Todos los bebedores en exceso tienen un mayor riesgo de sufrir hipertensión, sangrado gastrointestinal, trastornos del sueño, depresión mayor, apoplejía, cirrosis hepática y varios tipos de cáncer. El consumo excesivo a menudo pasa desapercibido. En un estudio reciente en establecimientos de atención primaria de salud, por ejemplo, los pacientes con dependencia al alcohol recibieron la calidad de atención recomendada, incluyendo evaluación y referencia para su tratamiento, pero aproximadamente sólo en un 10 por ciento de las veces. Los estudios clínicos han demostrado que breves intervenciones pueden promover la reducción significativa del uso del alcohol entre los consumidores en riesgo y sin dependencia al alcohol. Algunos consumidores con dependencia aceptarán la referencia a programas de tratamiento de adicción.<sup>32</sup>

Planteamiento del problema:

¿Existe relación entre el consumo de alcohol y los síntomas psiquiátricos en los pacientes que acuden a atención médica general en el módulo dos del Centro de Salud Urbano “Dr. Maximiliano Dorantes”?

#### Justificación:

Considero importante realizar este estudio, ya que en mi comunidad de trabajo, en la colonia Atasta existen 1965 familias de acuerdo a mi censo nominal que se encuentran en sus distintas etapas del ciclo vital y que presentan diversos tipos de problemas que las llevan a tener dificultades en su integración familiar así como en el ámbito económico por el consumo excesivo abuso y dependencia de alcohol ocasionadas por múltiples problemas psicológicos.

Al realizar este estudio podré contribuir a tener un panorama mas acertado de que si existen problemas con el consumo de alcohol y si hay una relación con los síntomas psiquiátricos y el abuso de alcohol para poder ayudar a las familias a resolver estos problemas que ocasionan muchas complicaciones familiares.

Dicho estudio es posible porque actualmente me encuentro realizando la especialidad de Medicina Familiar en la modalidad de semipresencial para Médicos Generales de la Secretaria de Salud y es un requisito para obtener el título de esta especialidad, además de contar con el apoyo del programa de calidad y enseñadaza de dicha dependencia.

#### Objetivos:

##### Objetivo general:

Determinar la asociación entre los síntomas psiquiátricos y el consumo de alcohol en la población de 15 a 65 años del núcleo básico #2 del CAPPs Dr. Maximiliano Dorantes.

##### Objetivos específicos:

Identificar las principales variables sociodemográficas.

Determinar las características del consumo de alcohol.

Determinar la presencia de sintomatología psiquiátrica.

Metodología:

Tipo de estudio:

Transversal observacional.

Población y lugar en estudio:

La población en estudio la constituyen los pacientes asignados al núcleo básico # 2 del CAAPS Dr. Maximiliano Dorantes de la ciudad de Villahermosa tabasco.

Tipo de muestra y tamaño de muestra:

Será un muestreo intencional, es decir, se aplicara la encuesta a todos los participantes que acudan solicitando atención al modulo del núcleo básico # 2 del CAAPS Dr. Maximiliano Dorantes de la ciudad de Villahermosa Tabasco, del 02- Febrero a 30 octubre del 2008.

Criterios de inclusión:

- Acudir entre el 02- Febrero a 30 octubre del 2008, a solicitar atención medica general al modulo # 2 del CAAPS Dr. Maximiliano Dorantes, de la ciudad de Villahermosa Tabasco.
- Población de 15 a 65 años de edad que demande algún servicio de salud en el CAAPS Dr. Maximiliano Dorantes modulo # 2.
- Tener entre 15 y 65 años de edad.
- Que acepte participar en el estudio.
- Que sepa leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- Que conteste de manera incompleta los cuestionarios.

Variables:

- Síntomas psiquiátricos.
- Consumo de alcohol.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Sexo.
- estado civil.
- Edad.
- Lugar de nacimiento.
- Lugar de residencia.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Padecimiento por el cual acude a consulta.

Método o procedimiento para capturar la información:

Encuesta sobre Sintomatología Psiquiátrica y Consumo de Alcohol: ésta encuesta consta de tres partes:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: está formada por diez preguntas, cuatro de opción múltiple y seis abiertas.

Lista de Síntomas (SCL-90, Symptom Check Lisa): Consta de 90 preguntas de opción múltiple en escala de Likert, con respuestas que van de "NADA" hasta "MUCHO". El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogáis María Martina Capullo. 1999/2004.

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
- 3) Sensitividad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)

9) Psicoticismo (PSIC).

1) Índice global de severidad (IGS)

2) Índice positivo de Malestar (PSDI)

3) Total de síntomas positivos (TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítemes en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

## LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

### SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias).

### OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre:

Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

### SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

## DEPRESIÓN

Los ítemes que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

## ANSIEDAD 1

SCL-90-R.

Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.

Prof. M.M. Capsule.

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

## HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

## ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

## IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

## PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructor en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

## ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítemes que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

#### INDICES GLOBALES.

1) Índice de Severidad Global: es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)

2) Total de síntomas positivos (STP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (Imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Positivo (PSDI): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.

Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad Test-retest. (Derogáis, 1994. Minnesota. National Competer Sistem).

Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test): consta de 10 preguntas de opción múltiple, en escala de Likert.

Este manual presenta el AUDIT, el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

Desde ese momento su utilización se ha extendido tanto entre el personal sanitario como entre los investigadores del alcohol. Con el creciente uso del screening de alcohol y la popularidad internacional del AUDIT, surgió la necesidad de revisar este manual para incorporar los avances en la investigación y la experiencia clínica.

Va dirigido principalmente para personal sanitario, pero otros profesionales que se encuentren ante personas con problemas relacionados con el alcohol también pueden encontrarlo útil.

Está diseñado para su uso junto con un documento complementario que proporciona información sobre los procedimientos de intervención precoz, y que lleva por título «La Intervención breve para el consumo perjudicial o de riesgo: Un Manual para Uso en Atención Primaria». Juntos, estos manuales describen una aproximación detallada del screening y la intervención breve para los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria Salud.

Consideraciones éticas:

El presente estudio cumple con los criterios de HELSINKI, pues no se afecta física, moral o emocionalmente a los pacientes estudiados; no se tendrá contacto directo con ellos y en estricto apego a lo establecido en la ley general de salud para estudios de investigación, así mismo se contará con carta de consentimiento informado.

## RESULTADOS.

Del 2 de febrero al 30 de octubre se aplicaron 350 encuestas a el mismo número de pacientes consecutivos que acudieron solicitando atención al Centro de Salud Urbano “Dr. Maximiliano Dorantes”. De estos, el 50.28 % (176) fueron hombres; tuvieron una edad promedio de  $32.57 \pm 6.83$ ; el 48 % (168) estaban unidos, es decir, casados o en unión libre; el 70.5 % (289) tuvieron una escolaridad de bachillerato o equivalente o superior, y sólo el 4.6 % (16) estaban desempleados al momento de responder la encuesta. El resto de las variables sociodemográficas se pueden apreciar en la Tabla 1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar las variables sociodemográficas por sexo.

Tabla 1. Variables sociodemográficas por sexo.

	HOMBRES (n=176) n (%)	MUJERES (n=174) n (%)	TOTAL (n=350) n (%)
EDAD *	32.34 ± 6.31	32.82 ± 7.34	32.57 ± 6.83
ESCOLARIDAD			
NINGUNA	2 (1.1)	0 (0)	2 (0.6)
PRIMARIA	2 (1.1)	6 (3.5)	8 (2.3)
SECUNDARIA	33 (18.8)	18 (10.3)	51 (14.6)
BACHILLERATO EQUIVALENTE	111 (63)	126 (72.3)	237 (67.7)
PROFESIONAL	26 (14.8)	21 (12.1)	47 (13.4)
POSTGRADO	2 (1.1)	3 (1.7)	5 (1.4)
ESTADO CIVIL			
SOLTERO	83 (47.2)	76 (43.7)	159 (45.4)
CASADO	70 (39.8)	74 (43.1)	145 (41.4)
UNIÓN LIBRE	13 (7.4)	10 (5.7)	23 (6.6)
DIVORCIADO	10 (5.7)	13 (7.5)	23 (6.6)
OCUPACIÓN			
SIN OCUPACIÓN	4 (2.3)	12 (6.9)	16 (4.6)
HOGAR	0 (0)	14 (8.0)	14 (4.0)
ESTUDIANTE	9 (5.1)	8 (4.6)	17 (4.9)
TRABAJO EVENTUAL	14 (8.0)	9 (5.2)	23 (6.6)
CAMPESINO	2 (1.1)	0 (0)	2 (0.6)

EMPLEADO	120 (68.2)	102 (58.6)	222 (63.4)
COMERCIANTE	4 (2.3)	5 (2.9)	9 (2.6)
PROFESIONISTA	23 (13.1)	24 (13.8)	47 (13.4)

Media  $\pm$  DE.

Al calificar el AUDIT, los pacientes obtuvieron una calificación promedio de  $8.58 \pm 8.64$  puntos. Se clasificaron a los pacientes de acuerdo al tipo de consumo: ABSTEMIOS (AUDIT = 0), CONSUMO DE BAJO RIESGO (AUDIT = 1 – 7), CONSUMO DE ALTO RIESGO (AUDIT = 8 – 14), CONSUMO PERJUDICIAL (AUDIT = 15 – 19), DEPENDENCIA PROBABLE (AUDIT = 20 ó más). El 22.6 % (79) se refirió como abstemios, es decir, que en los últimos doce meses no consumieron una copa de bebidas embriagantes y sólo el 8.6 % (30) obtuvieron una calificación de 20 puntos o más, colocándose en la categoría de Probable Dependencia al Alcohol, como se observa en la Tabla 2. La proporción de hombres y mujeres en cada uno de los grupos no fue estadísticamente diferente.

Con la SCL-90 se obtuvo una calificación total promedio de  $0.71 \pm 0.62$  puntos, observándose que las mujeres tuvieron una puntuación mayor al compararlas con los hombres ( $H = 0.64 \pm 0.55$ ,  $M = 0.78 \pm 0.68$ ;  $t = -2.096$ ,  $gl = 330.709$ ,  $p = 0.037$ ). Lo mismo ocurrió con las subescalas de DEPRESIÓN ( $H = 0.68 \pm 0.64$ ,  $M = 0.84 \pm 0.77$ ;  $t = -2.057$ ,  $gl = 335.058$ ,  $p = 0.04$ ), ANSIEDAD ( $H = 0.66 \pm 0.65$ ,  $M = 0.83 \pm 0.78$ ;  $t = -2.226$ ,  $gl = 335.892$ ,  $p = 0.027$ ), ANSIEDAD FÓBICA ( $H = 0.38 \pm 0.59$ ,  $M = 0.58 \pm 0.72$ ;  $t = -2.779$ ,  $gl = 332.720$ ,  $p = 0.006$ ) e IDEACIÓN PARANOIDE ( $H = 0.56 \pm 0.63$ ,  $M = 0.77 \pm 0.89$ ;  $t = -2.541$ ,  $gl = 312.063$ ,  $p = 0.012$ ), y con los ítems de POCO APETITO ( $H = 0.24 \pm 0.78$ ,  $M = 0.47 \pm 1.02$ ;  $t = -2.375$ ,  $gl = 323.508$ ,  $p = 0.018$ ) y PENSAMIENTOS DE MUERTE ( $H = 0.32 \pm 0.77$ ,  $M = 0.53 \pm 0.96$ ;  $t = -2.260$ ,  $gl = 331.342$ ,  $p = 0.024$ ). En la calificación total, en el resto de las subescalas y en los ítems, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al hacer comparaciones por sexo (ver Tabla 2) ni considerando otras variables sociodemográficas.

Tabla 2. Variables psicopatológicas por sexo.

	HOMBRES (n=176) media $\pm$ D.E.	MUJERES (n=174) media $\pm$ D.E.	TOTAL (n=350) media $\pm$ D.E.
AUDIT $\ddagger$	8.26 $\pm$ 8.46	8.90 $\pm$ 8.82	8.58 $\pm$ 8.64
ABSTEMIO (A)	39 (22.2)	40 (23.0)	79 (22.6)
CONSUMO DE BAJO RIESGO	60 (34.1)	43 (24.7)	103 (29.4)
CONSUMO DE ALTO RIESGO	25 (14.2)	37 (21.3)	62 (17.7)

CONSUMO PERJUDICIAL	40 (22.7)	36 (20.7)	76 (21.7)
DEPENDENCIA PROBABLE	12 (6.8)	18 (10.3)	30 (8.6)
SCL-90			
SOMATIZACIÓN	0.75 ± 0.57	0.88 ± 0.69	0.82 ± 0.63
OBSESIONES Y COMPULSIONES	0.78 ± 0.65	0.92 ± 0.73	0.85 ± 0.69
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	0.59 ± 0.69	0.72 ± 0.78	0.65 ± 0.74
DEPRESIÓN *	0.68 ± 0.64	0.84 ± 0.77	0.76 ± 0.71
ANSIEDAD *	0.66 ± 0.65	0.83 ± 0.78	0.74 ± 0.73
HOSTILIDAD	0.60 ± 0.58	0.68 ± 0.69	0.64 ± 0.64
ANSIEDAD FÓBICA **	0.38 ± 0.59	0.58 ± 0.72	0.48 ± 0.66
IDEACIÓN PARANOIDE *	0.56 ± 0.63	0.77 ± 0.89	0.66 ± 0.78
PSICOTICISMO	0.58 ± 0.62	0.69 ± 0.72	0.63 ± 0.67
POCO APETITO *	0.24 ± 0.78	0.47 ± 1.02	0.35 ± 0.92
PROBLEMAS PARA DORMIR	0.94 ± 1.16	1.03 ± 1.10	0.99 ± 1.13
PENSAMIENTOS DE MUERTE *	0.32 ± 0.77	0.53 ± 0.96	0.43 ± 0.87
COMER EN EXCESO	0.80 ± 1.17	0.96 ± 1.2	0.88 ± 1.21
DESPERTARSE TEMPRANO	0.91 ± 1.27	0.78 ± 1.23	0.85 ± 1.25
SUEÑO INTRANQUILO	0.97 ± 1.27	0.97 ± 1.27	0.97 ± 1.27
SENTIMIENTOS DE CULPA	0.51 ± 0.80	0.60 ± 0.85	0.55 ± 0.83
TOTAL *	0.64 ± 0.55	0.78 ± 0.68	0.71 ± 0.62

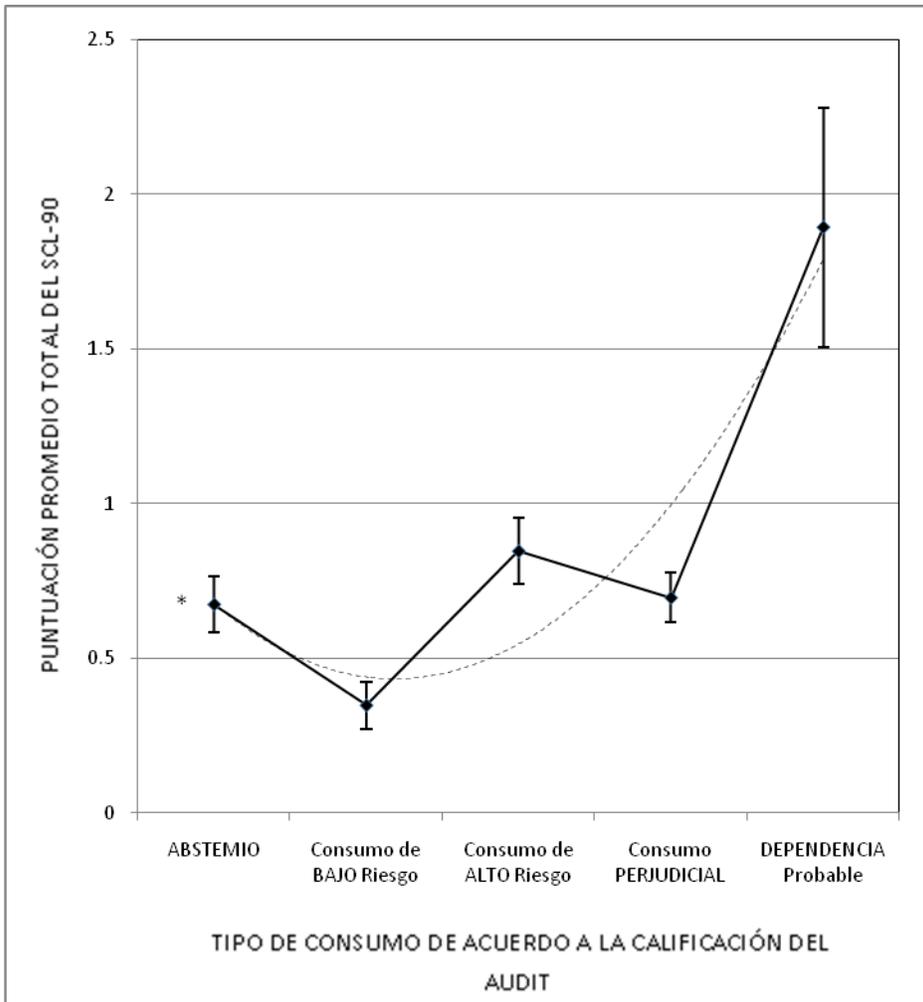
AUDIT = Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identificación Test). SCL-90 = Lista de Síntomas Psiquiátricos (Symptom Check List).

‡ Calificación total del AUDIT en: media ± D.E.; categorías en: n (%)

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

Gráfica 1. Puntuación total promedio del SCL-90 por tipo de consumo de acuerdo al AUDIT.



\* Intervalos de confianza del 95 %

Cuando se correlacionaron la calificación total de la SCL-90, las puntuaciones de las subescalas y las de los ítems con los puntajes totales del AUDIT, se observó que en todas, excepto COMER EN EXCESO ( $\rho = 0.004$ ,  $p = 0.942$ ) y SUEÑO INTRANQUILO ( $\rho = 0.086$ ,  $p = 0.11$ ), hubo una correlación directamente proporcional con significancia estadística. De la misma manera, cuando se realizaron correlaciones parciales de primer orden controlando para sexo, se observaron correlaciones directamente proporcionales estadísticamente significativas entre la calificación total de la SCL-90, las puntuaciones de las subescalas y las de los ítems con el puntaje total del AUDIT. Demostrándose que no sólo continúa la asociación, sino que aumenta su significancia o aparece, como en los ítems de COMER EN EXCESO y SUEÑO INTRANQUILO. (Ver Tabla 4).

Tabla 3. Correlaciones entre las calificaciones del SCL-90 y la puntuación total del AUDIT.

Escalas del SCL-90	rho de Spearman	Correlación parcial controlada por sexo
SOMATIZACIÓN	0.383 ***	0.606 ***
OBSESIONES Y COMPULSIONES	0.399 ***	0.464 ***
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	0.249 ***	0.463 ***
DEPRESIÓN	0.263 ***	0.472 ***
ANSIEDAD	0.302 ***	0.449 ***
HOSTILIDAD	0.230 ***	0.428 ***
ANSIEDAD FÓBICA	0.119 *	0.386 ***
IDEACIÓN PARANOIDE	0.184 **	0.433 ***
PSICOTICISMO	0.505 ***	0.636 ***
POCO APETITO	0.223 ***	0.386 ***
PROBLEMAS PARA DORMIR	0.283 ***	0.315 ***
PENSAMIENTOS DE MUERTE	0.558 ***	0.686 ***
COMER EN EXCESO	0.004	0.173 **
DESPERTARSE TEMPRANO	0.285 ***	0.236 ***
SUEÑO INTRANQUILO	0.086	0.163 **
SENTIMIENTOS DE CULPA	0.340 ***	0.386 ***
TOTAL	0.347 ***	0.549 ***

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.005$

\*\*\*  $p < 0.001$

Para determinar si existían diferencias en las calificaciones de la SCL-90 entre los pacientes, de acuerdo a su tipo de consumo, se hizo un análisis de varianza, observándose que la media de la calificación total de la SCL-90, las de las puntuaciones de las subescalas y las de las de los ítems, fueron diferentes cuando se agrupó a los encuestados de acuerdo al tipo de consumo (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de Varianza de las medias de la calificación de las escalas del SCL-90 por tipo de consumo de acuerdo al AUDIT.

Escalas del SCL-90	ANOVA	ANOVA POLINOMIAL	
	UNIFACTORIAL	(estadístico F PONDERADO)	
	(estadístico F)	LINEAL	CUADRÁTICO
SOMATIZACIÓN	73.709 ***	126.616 ***	134.901 ***
OBSESIONES Y COMPULSIONES	30.145 ***	67.256 ***	16.851 ***
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	40.644 ***	46.896 ***	71.807 ***
DEPRESIÓN	44.491 ***	70.151 ***	42.499 ***
ANSIEDAD	38.843 ***	47.553 ***	69.348 ***
HOSTILIDAD	82.845 ***	63.640 ***	139.340 ***
ANSIEDAD FÓBICA	45.447 ***	29.736 ***	116.025 ***
IDEACIÓN PARANOIDE	63.399 ***	71.267 ***	140.095 ***
PSICOTICISMO	57.232 ***	153.848 ***	38.033 ***
TOTAL	61.627 ***	98.711 ***	91.037 ***

\* p < 0.01

\*\* p < 0.005

\*\*\* p < 0.001

Aún cuando la prueba de Leven mostró que la varianza de todas las variables fue heterogénea en los distintos grupos, los estadísticos de Welch y de Brown-Forsythe también comprobaron que las medias de todas las variables psicopatológicas son distintas de acuerdo al tipo de consumo de los encuestados. Por lo anterior, para las comparaciones post hoc se decidió utilizar el método de Games-Howell. Al analizar las diferencias entre las medias de cada grupo para la calificación total de la SCL-90 y las nueve subescalas, se observó que en siete de ellas (excepto OBSESIONES Y COMPULSIONES y PSICOTICISMO), la media de los ABSTEMIOS fue mayor que la de aquellos con CONSUMO DE BAJO RIESGO. Y de la misma manera, con respecto al puntaje total y a todas las subescalas, se observó que la calificación promedio de los pacientes con CONSUMO DE BAJO RIESGO fue significativamente menor al compararlos con los usuarios con CONSUMO DE ALTO RIESGO (excepto en IDEACIÓN PARANOIDE), CONSUMO PERJUDICIAL y DEPENDENCIA PROBABLE. (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Comparaciones post-hoc del análisis de varianza de las calificaciones promedio de las subescalas del SCL-90 por tipo de consumo de acuerdo al AUDIT.

SCL-90	MEDIA S COMPARADAS									
	A - CB	A - CA	A - CP	A - D	CB - CA	CB - CP	CB - D	CA - CP	CA - D	CP - D
SOMATIZACIÓN	+			-	-	-	-		-	-
OBSESIONES Y COMPULSIONES		-		-	-	-	-		-	-
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	+			-	-	-	-		-	-
DEPRESIÓN	+	-		-	-	-	-	+	-	-
ANSIEDAD	+			-	-	-	-		-	-
HOSTILIDAD	+		+	-	-		-	+	-	-
ANSIEDAD FÓBICA	+		+	-	-	-	-		-	-
IDEACIÓN PARANOIDE	+			-		-	-		-	-
PSICOTICISMO		-	-	-	-	-	-		-	-
TOTAL	+			-	-	-	-		-	-

A = abstinencia. CB = consumo de bajo riesgo. CA = consumo de alto riesgo. CP = consumo perjudicial. D = dependencia probable. + = la media de la calificación del AUDIT de los pacientes en el primer tipo de consumo fue mayor con significancia estadística. - = la media de la calificación del AUDIT de los pacientes en el primer tipo de consumo fue menor con significancia estadística.

De lo anterior, podemos asegurar que en la mayoría de las subescalas y en la calificación total de la SCL-90, se observó un patrón de relación entre las medias con las siguientes características:

- 1º. Los ABSTEMIOS tuvieron mayores calificaciones que los consumidores de BAJO RIESGO.
- 2º. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones promedio de los ABSTEMIOS, los consumidores de ALTO RIESGO y los usuarios con CONSUMO PERJUDICIAL.
- 3º. Los pacientes con DEPENDENCIA PROBABLE tuvieron puntajes significativamente mayores que el resto de los grupos.

Por esta razón se realizó una comparación de tendencias junto con el análisis de varianza, buscando polinomios de primer y segundo orden (lineal y cuadrático, respectivamente). Con esto, observamos que en las nueve subescalas y en la calificación total del la SCL-90, existe una tendencia lineal y cuadrática, y en la mayoría de los casos (excepto OBSESIONES Y COMPULSIONES, DEPRESIÓN, PSICOTICISMO y TOTAL) el componente cuadrático explica mejor la tendencia de las medias de los grupos por tipo de consumo. (Ver Tabla 4)

#### CONCLUSIONES:

Dentro de las conclusiones observamos en los pacientes que asistieron a consulta general del Centro de salud Maximiliano Dorantes que no existe una Sintomatología psiquiátrica que este asociada a el consumo de alcohol.

## Bibliografia:

1. Saunders, J.B., Ashland, O.G., Babor, T.F., de la Fuentes, J.R. and 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*, 88, 791-804, 1993.
2. Saunders, J.B., Ashland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, 88, 349-362, 1993.
3. Babor, T., Campbell, R., Room, R. and Saunders, J.(Eds.) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, World Health Organization, Geneva, 1994.
4. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva, 1993.
5. Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. The risk of alcohol. *Addiction* 88, 1493-1508, 1993.
6. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., Skog, O. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, 1994.
7. World Health Organization. *Problems related to alcohol consumption, Report of a WHO Expert Committee*. Tech. Report Series 650, Geneva, WHO, 1980.
8. Kreitman, N. Alcohol consumption and the prevention paradox. *British Journal of Addiction* 81, 353-363, 1986.
9. Murray, R.M. Screening and early detection instruments for disabilities related to alcohol consumption. In: Edwards, G., Gross, M.M., Keller, M., Moser, J. & Room, R. (Eds) *Alcohol- Related Disabilities*. WHO Offset Pub. No. 32. Geneva, World Health Organization, 89-105, 1977.
10. Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613-619, 1997.
11. Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* 56:695-700, 1995.

13. Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction* 92(2):197-206, 1997.
14. Rigmaiden, R.S., Pistorello, J., Johnson, J., Mar, D. and Veach, T.L. Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medicine. *Substance Abuse* 16:49-57, 1995.
15. Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *British Medical Journal* 314(8) 420-424, 1997.
16. Skipsey, K., Bureson, J.A. and Kranzler, H.R. Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 45:157- 163, 1997.
17. Claussen, B. and Aasland, O.G. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction* 88:363-368, 1993.
18. Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *International Journal of the Addictions* 26:1173-1185, 1991.
19. Powell, J.E. and McInness, E. Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. *Drug and Alcohol Review* 13:5-12, 1994.
20. Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M. and Tzelepis, A. Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *Journal of General Internal Medicine* 9:550-553, 1994.
21. Fiellin, D.A., Carrington, R.M. and O'Connor, P.G. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine* 160: 1977-1989, 2000.
22. Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug & Alcohol Dependence* 60:97-104, 2000.
23. Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. *Addiction* 93(8), 1231-1239, 1998.
24. Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine* 129: 353-362, 1998.
25. Clements, R. A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22(5):985-993, 1998.

26. Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behavioral Research Methods, Instruments & Computers* 27:277-280, 1995.
27. Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 56:423-432, 1995.
28. Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction* 90:1479-1485, 1995.
29. Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report), 1992.
30. Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. and Grant, M. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva, 1989.
31. McRee, B., Babor, T.F. and Church, O.M. Instructor's Manual for Alcohol Screening and Brief Intervention. Project NEADA, University of Connecticut School of Nursing, 1991.
32. Gomel, M. and Wutzke, S. Phase III World Health Organization Collaborative Study. Procedures Manual Strand III, Part 1. Dept. of Psychiatry, University of Sydney, New South Wales, 1995.

Anexos:

Encuesta sobre Sintomatología Psiquiátrica y Consumo de Alcohol.

Las siguientes preguntas son para conocer qué tanto toman alcohol las personas que acuden a este Centro de Salud. La información que nos proporcione será totalmente confidencial y solamente será utilizada para el proyecto de investigación titulado: "Síntomas psiquiátricos y consumo de alcohol". Éste lo estoy realizando para obtener mi diploma de Especialista en Medicina Familiar.

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. No. de Expediente: \_\_\_\_\_ 3. Edad: \_\_\_\_\_ 4. Fecha: \_\_\_\_\_

Marque con una cruz la opción que corresponda a su respuesta:

5. Sexo:        HOMBRE        MUJER \_

6. ¿Hasta qué año estudió?:

- |                            |  |                             |
|----------------------------|--|-----------------------------|
| a) NO SE LEER NI ESCRIBIR  | f) SECUNDARIA COMPLETA                   | j) CARRERA TÉCNICA COMPLETA |
| b) SÓLO SE LEER Y ESCRIBIR | g) PREPARATORIA O EQUIVALENTE INCOMPLETA | k) PROFESIONAL INCOMPLETO   |
| c) PRIMARIA INCOMPLETA     | h) PREPARATORIA O EQUIVALENTE COMPLETA   | l) PROFESIONAL COMPLETO     |
| d) PRIMARIA COMPLETA       | i) CARRERA TÉCNICA INCOMPLETA            | m) POSTGRADO                |
| e) SECUNDARIA INCOMPLETA   |  |                             |

4. ¿Cuál es su Estado Civil?

- |               |                 |                   |
|---------------|-----------------|-------------------|
| a) SOLTERO(A) | c) UNIÓN LIBRE  | e) DIVORCIADO (A) |
| b) CASADO(A)  | d) SEPARADO (A) | f) VIUDO(A)       |

5. ¿A qué se dedica?

a) SIN OCUPACIÓN

b) AMA DE CASA

c) ESTUDIANTE

d) TRABAJO EVENTUAL

e) CAMPESINO

f) EMPLEADO

g) COMERCIANTE

h) PROFESIONISTA

9. ¿Dónde vive?

---

ESTADO

MUNICIPIO

10. ¿Por qué vino el día de hoy al Centro de Salud?

---

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando de acuerdo a cómo se sintió o en qué medida le ha preocupado o molestado durante los últimos 30 días.

Tiene cinco posibles respuestas:

NADA – MUY POCO – POCO – BASTANTE - MUCHO

		NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Dolores de cabeza.					
2	Nerviosismo.					
3	Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4	Sensación de mareo o desmayo.					
5	Falta de interés en relaciones sexuales.					
6	Criticar a los demás.					
7	Sentir que otros pueden controlar mis pensamientos.					
8	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9	Tener dificultad para memorizar cosas.					
10	Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11	Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12	Dolores en el pecho.					
13	Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14	Sentirme con muy pocas energías.					

15	Pensar en quitarme la vida.					
16	Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17	Temblores en mi cuerpo.					
18	Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19	No tener ganas de comer.					
20	Llorar por cualquier cosa.					
21	Sentirme incómodo/a con personas de otro sexo.					
22	Sentirme atrapado/a o encerrado/a.					
23	Asustarme de repente sin razón alguna.					
24	Explotar y no poder controlarme.					
25	Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26	Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27	Dolores en la espalda.					
28	No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29	Sentirme solo/a.					
30	Sentirme triste.					
31	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32	No tener interés por nada.					
33	Tener miedos.					
34	Sentirme herido en mis sentimientos.					
35	Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36	Sentir que no me comprenden					
37	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40	Náuseas o dolor de estómago.					
41	Sentirme inferior a los demás.					
42	Calambres en manos, brazos o piernas.					
43	Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44	Tener problemas para dormirme.					
45	Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46	Tener dificultades para tomar decisiones.					
47	Tener miedo de viajar en tren, microbús, pesero o metro.					
48	Tener dificultades para respirar bien.					

49	Ataques de frío o de calor.					
50	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51	Sentir que mi mente queda en blanco.					
52	Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53	Tener un nudo en la garganta.					
54	Perder las esperanzas en el futuro.					
55	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56	Sentir debilidad en partes de mi cuerpo.					
57	Sentirme muy nervioso/a, agitado/a.					
58	Sentir mis brazos y piernas muy pesados.					
59	Pensar que me estoy por morir.					
60	Comer demasiado.					
61	Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62	Tener ideas o pensamientos que no son los míos.					
63	Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64	Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65	Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66	Dormir con problemas o muy inquieto/a.					
67	Necesitar romper o destrozar cosas.					
68	Tener ideas o pensamientos que los demás no entienden.					
69	Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70	Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72	Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73	Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74	Meterme muy seguido en discusiones.					
75	Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76	Sentirme que los demás no me valoran como merezco.					
77	Sentirme solo/a aun estando con gente.					
78	Estar inquieto/a o no poder estar sentado/a sin moverme.					

79	Sentirme un/a inútil.					
80	Sentir que algo malo me va a pasar.					
81	Gritar o tirar cosas.					
82	Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83	Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84	Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85	Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86	Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87	Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88	Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89	Sentirme culpable.					
90	Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

Las siguientes preguntas se refieren a SU consumo de alcohol. Lea cuidadosamente las preguntas, elija la opción que más se acerque y marque la columna correspondiente con una "X". Conteste de acuerdo a lo sucedido en los últimos doce meses.

1	En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ingirió bebidas alcohólicas?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 ó 4 veces al mes	2 ó 3 veces por semana	4 ó más veces por semana
2	En los últimos doce meses, ¿cuántas copas tomó en un día típico de los que bebe?		1 ó 2	3 ó 4	5 a 9	10 ó más
3	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente tomó 6 ó más copas en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
4	En los últimos doce meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que empezó?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
5	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente dejó de hacer algo que debía hacer por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
6	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente bebió a la mañana siguiente después de beber en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
7	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
8	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente olvidó algo de lo que pasó cuando bebió?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
9	En los últimos doce meses, ¿se lastimó o alguien resultó lastimado cuando bebió?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año
10	En los últimos doce meses, ¿algún amigo, familiar o doctor se preocupó por su forma de beber o le sugirió que le bajara?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año

¡Muchas gracias por su participación!