

universidad nacional autónoma de méxico.

11241  
7  
24

Facultad de Medicina.

Departamento de Psicología Médica,  
Psiquiatría y Salud Mental.

**R E P O R T E   D E   I N V E S T I G A C I O N .**

TITULO:

ALCOHOLISMO EN PACIENTES  
CON TRANSTORNO POR ANGUSTIA  
CON AGORAFOBIA.

TESIS QUE PARA OBTENER

LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTA EL DR. JOSE LUIS ESTRADA GARCIA.

TUTOR: DR. JOSE GUADALUPE MERCADO VERDIN.  
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA,  
INVESTIGACION Y CAPACITACION DEL H.P. "F.B.A."

ASESORES:

Dr. Francisco Luna Soria.

Dr. Carlos Torner.

México, D. F. Febrero de 1990.

*all*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

1. PORTADA.	
2. INDICE.	A
3. TITULO.	1
4. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES.	1-11
5. JUSTIFICACION.	11
6. HIPOTESIS.	12
7. OBJETIVOS.	12
8. DEFINICION DE LA POBLACION	13
Criterios de Inclusión y Exclusión	13-14
Ubicación Temporoespacial	15
9. DISEÑO ESTADISTICO	15
Material y métodos	15--22
10. RECURSOS	23
11. ETICA DEL ESTUDIO	23
12. RESULTADOS	24
Tablas y gráficas	25-28
13. ANALISIS ESTADISTICO	29
14. CONCLUSIONES	29
15. BIBLIOGRAFIA	30

**TITULO: ALCOHOLISMO EN PACIENTES CON TRASTORNO POR ANGUSTIA  
CON AGORAFOBIA.**

**INTRODUCCION Y ANTECEDENTES**

Recientemente, la nosología de los trastornos por ansiedad -- experimenta un cambio, que se contempla a raíz de los reportes de Klein, sobre el manejo de los ataques de pánico con agorafobia con imipramina, obteniendo resultados favorables. La conceptualización de este grupo de trastornos fué reconsiderada, desde una expectativa farmacológica, iniciándose una carrera para encontrar la fundamentación bioquímica de estos hallazgos.

El interés que se ha despertado en este campo, ha llevado a revisar la nomenclatura, de suerte que en el DSMIII-R, se reconceptualizan los ataques de pánico (panic attacks), denominándose al cuadro como Trastorno por angustia con o sin agorafobia.

En las investigaciones más recientes de los trastornos de angustia con agorafobia se ha encontrado que existe una alta incidencia de alcoholismo, siendo un dato de sumo interés, una vez - que se habla, también en el alcoholismo, de un sustrato bioquímico y una historia de desarrollo personal predisponentes.

Sin pretender encontrar relaciones causales, el presente estudio intenta describir los hallazgos en lo que respecta al alcoholismo en una población de pacientes con trastorno por angustia con agorafobia. Se proporciona un panorama global del padecimiento que nos ocupa, comentando las aportaciones más recientes en el campo.

**TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA.-** De siempre denominados como ataques de pánico (Panic Attacks), estos cuadros han experimentado una evolución conceptual pasando desde el inicial "Panic Disorder" de Kaplan, hasta la actual denominación. A continuación se plasman los aspectos de más interés y actualidad de este padecimiento.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA. Muchos investigadores creen que los trastornos de pánico combinan los factores psicológicos, sociales y biológicos en una etiología y una patogenia complejas. Los factores psicosociales pueden consistir en un ambiente muy alterado en la infancia, lo mismo que en conflictos actuales. Los factores biológicos pueden abarcar predisposiciones a los trastornos depresivos lo mismo que de pánico, y los patrones aprendidos de conducta pueden dar por resultado hipersensibilidad de las vías electrofisiológicas y bioquímicas que funcionan como sustratos de las "reacciones de alarma" en las cuales los pacientes "reaccionan en exceso" con ansiedad en situaciones "innocuas". Posiblemente participan en estas vías los sistemas tanto noradrenérgicos como serotoninérgicos. Por motivos que no se han dilucidado, las personas que sufren trastornos de pánico pueden tener recurrencias de estados semejantes cuando reciben de manera experimental solución intravenosa de lactato de calcio (Klein y Rabkin, 1981).

La persona especialmente vulnerable a los ataques de pánico adquirirá con rapidez conceptos psicológicos secundarios sobre los motivos por los que ocurrió el estado de terror. Esto puede producir reacciones fóbicas a la confrontación con circunstancias al parecer semejantes. La vulnerabilidad a los ataques de pánico puede producir también suposiciones psicológicas de vulnerabilidad a los ataques de pánico puede producir también suposiciones psicológicas de vulnerabilidad personal, disminución del amor propio y, posiblemente, evitación de situaciones sociales y de trabajo potencialmente tensas. Puede ocurrir agorafobia y fobia social, lo mismo que depresión. Sobrevendrán seguramente deformaciones del carácter si estos patrones se convierten en rasgos habituales de personalidad.

No se conoce la causa de la agorafobia, y puede deberse a muchos factores que entran en interacción. Algunas personas están predisuestas de manera patológica al desarrollo de ansiedad intensa cuando esperan una amenaza. Los patrones de reacción aprendida durante la infancia como parte de la manera de la familia de hacer las cosas pueden fomentar las maniobras de evitación, como la retirada de preferencia a la confrontación ante situaciones amenazadoras.

A menudo se encuentra que la propia ansiedad tiene una base psicológica, aunque los pacientes niegan con frecuencia tener idea de lo que los ha hecho asustarse. Algunos pacientes temen manifestar en público deseos inaceptables como, por ejemplo, hacer intentos sexuales inapropiados, pelear con furia o exigir agudamente la atención de algún empleado ocupado en una tienda. El conflicto entre estos impulsos y la opinión del paciente de lo que constituye la conducta social adecuada produce ansiedad, que a su vez motiva diversas defensas psíquicas como evitación, desplazamiento, simbolización, represión y supresión.

La cadena específica de pensamiento que tiende a culminar en miedo o ansiedad puede haber sido en alguna ocasión consciente, pero ahora se encuentra reprimida del conocimiento. Las intenciones o esperanzas reprimidas pueden manifestarse de manera simbólica en formas que son accesibles sólo a la autorreflexión. La situación temida de manera consciente puede ser una evitación defensiva de las cadenas de pensamientos ahora inconscientes. Por ejemplo, efectuar una actividad como "ir de compras" se puede relacionar de manera inconsciente con alguna otra actividad mucho más prohibida o alarmante.

Las personas tienden a relacionar ciertos estímulos ambientales con ciertos estados de la mente. Si experimentan un ataque de pánico, cualquiera que sea su origen aprenden a temer a las circunstancias bajo las que ocurrió el ataque. La repetición de estos estímulos perceptuales, o incluso la anticipación de los mismos, puede generar de nuevo la sensación de amenaza inminente. La conducta de evitación reduce el miedo de la ansiedad, recompensa que por lo tanto refuerza esta conducta.

En estudios recientes se han encontrado algunos factores sociales relacionados con el trastorno por ansiedad. En una comparación entre una población urbana y una rural se encontró que la depresión era significativamente más común en el campo, pero que la agorafobia estaba distribuida en forma similar.

Desde hace tiempo se ha encontrado una distribución familiar de las neurosis de ansiedad. Los hallazgos recientes y los estudios modernos en gemelos han permitido apoyar la existencia de -

un factor genético en la etiología del trastorno de pánico. Este factor es menos importante en lo que concierne a la ansiedad generalizada. En un estudio realizado en Australia en el que se entrevistaron 5967 pares de gemelos, se encontró que la varianza genética constituía el 34-46% de las causas, y los eventos vitales personales constituían el resto. Estos resultados están de acuerdo con un modelo en el que los factores genéticos proveen la base para el trastorno de ansiedad, siendo los eventos traumáticos o las experiencias individuales los desencadenantes del padecimiento.

En las últimas fechas se han propuesto diversos modelos para explicar el desarrollo del padecimiento. Donald Klein propone su teoría de la "separación sensitiva". Davis Sheehan ha propuesto un modelo basado en la infusión de lactato de sodio, promoviendo el concepto de "ansiedad endógena". Su teoría explica el padecimiento como un disturbio de los receptores de la zona del gatillo en el IV ventrículo atrás de el Locus Coeruleus, el centro de las funciones noradrenérgicas en el cerebro como se menciona más adelante.

El desarrollo de la Tomografía por Emisión de Positrones ha permitido el desarrollo de un sin número de teorías entre las cuales destaca la que involucra la giro parahipocampo, en donde se ha encontrado, en el lado derecho un incremento en el flujo sanguíneo en comparación con el lado izquierdo. Tal asimetría es -- más marcada en los pacientes con prueba de lactato positiva, no presentandose en los controles sanos. El parahipocampo tiene conexiones con estructuras relacionadas con la ansiedad como el locus coeruleus, la amígdala y el hipocampo. Estos hallazgos requieren de replicación, sin embargo, existe la posibilidad de que cambios en el flujo sanguíneo sean debidos a la hiperventilación o a la ansiedad anticipatoria.

Ninguna de las teorías que explican la ansiedad en los ataques de pánico tiene ganada una aceptación general. Estas teorías no son mutuamente excluyentes su combinación puede ser la mejor explicación etiológica de la ansiedad patológica.

NEUROBIOQUIMICA DE LA ANSIEDAD.—El principal sistema de neurobio-transmisión que se ha involucrado en las hipótesis bioquímicas de la ansiedad es la norepinefrina, la cual relaciona a su vez al locus coeruleus (LC) y su aumento de actividad. Esta estructura contiene el 50% de las neuronas norepinefrínicas del cerebro, y manda fibras a una gran cantidad de áreas cerebrales, como la corteza cerebral, el hipocampo, la amígdala, el septum y el hipotálamo. Cuando se estimula esta región en primates, se observan una serie de reacciones que son similares a las reacciones de ansiedad en humanos. Cuando se hace remoción quirúrgica de esta zona, el animal aparece indiferente a una serie de reacciones que antes le producían ansiedad. Una serie de drogas producen una reducción en la frecuencia de disparo del LC, y en el recambio de la norepinefrina (clonidina), morfina, diazepam, propanodiolos) y todas ellas tienen propiedades ansiolíticas. Por otro lado, las drogas que producen aumento de la frecuencia de disparo de neuronas del LC como la yombina y piperoxona, provocan reacciones de ansiedad farmacológica importantes. Existen una serie de pruebas de estimulación que generan ansiedad en personas susceptibles o que ya presentan el cuadro clínico. De estas pruebas la que ha sido más reproducida en forma consistente es la infusión de lactato de sodio. La infusión de lactato de sodio provoca ataques de pánico en pacientes con trastorno por ansiedad (panic attacks). Se ha reportado que este tipo de pacientes tenían una baja tolerancia al ejercicio y que a menudo experimentaban ansiedad después del ejercicio, por la producción de ácido láctico durante el mismo. Pitts y McClure hicieron la administración de lactato de sodio y desde entonces se ha reportado de un 70 a 80% de los pacientes que son sometidos a la prueba presentan ataques de ansiedad, mientras que en el caso de los controles esto ha sido reportado entre un 0-20%. Los mecanismos mediante los cuales esto ocurre han sido estudiados y al parecer existe un papel importante para la norepinefrina y el LC. Se ha sugerido que el lactato se convierte en bicarbonato el cual cruza la barrera hematoencefálica como CO<sub>2</sub> y de esta forma aumenta la frecuencia de descarga del LC, lo cual provoca el estado de ansiedad. Resultados similares se han obser-

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

Haciendo una revisión más exhaustiva de la psicobiología de la ansiedad, podemos afirmar que se incluyen en ella teorías de condicionamiento o aprendizaje, los neurotransmisores centrales como la citada norepinefrina, la dopamina y el GABA, posiblemente factores bioquímicos relacionados con el dolor, factores genéticos, receptores centrales, producción de sustancias ansiogénicas en el tejido cerebral, cambios neurofisiológicos en el sistema límbico, y el stress (Kutash and Schlesinger, 1980). Como ya se señaló, desde que Elliot en 1905 y Cannon, en 1915, lo describieron, la adrenalina fué la primer catecolamina que se asoció con las emociones de miedo y furia. Ya citamos a la norepinefrina, pero cabe mencionar que el locus coeruleus también se ha vinculado con trayectos nerviosos relacionados con el dolor (Snyder, 1980).

Otro de los transmisores que se ha estudiado con respecto a la ansiedad ha sido el ácido gama-aminobutírico (GABA) debido a que los compuestos ansiolíticos como las benzodiazepinas actúan por medio de la activación del sistema gabaérgico. Activación del sistema gabaérgico resulta en una inhibición del sistema dopaminérgico y modulación del sistema noradrenérgico y también inhibición del sistema serotoninérgico (Guidotti, 1978). El sistema gabaérgico es esencialmente un modulador de varios neurotransmisores que por su carácter inhibitor tiene una influencia directa en muchos sistemas de neurotransmisión y de actividad psicofarmacológica que se expresan como ansiedad, relajación de la tensión, sedación y anticonvulsivante.

EPIDEMIOLOGIA. El trastorno de pánico ocurre en 1 a 2% de la población. Las pruebas con que se cuenta sugiere que la distribución por edad en el momento de iniciación de los ataques de pánico con fobias múltiples, es máxima en los últimos años de la adolescencia o los primeros años de la tercera década de la vida, en contrandose con la edad de iniciación de las fobias simples, que están distribuidas de manera más sostenida por todos los grupos de edad. Si una persona sufre un trastorno de pánico son buenas las probabilidades de que se afecten también otros miembros de la familia; en un estudio se diagnosticó trastorno de pánico definitivamente en cerca de 17% de los parientes de primer grado. Las mujeres se ven afectadas más a menudo que los varones en una proporción de 2:1, pero no están claras las funciones relativas de los factores genéticos y ambientales en esta diferencia notable. Deben obtenerse los antecedentes familiares detallados para determinar la presencia de ansiedad y trastornos depresivos, lo mismo que de trastornos mentales en general. Debe explorarse también los trastornos por consumo de alcohol y substancias en la familia del paciente.

Los datos de DSM-III indican que cerca de una persona por cada 200 pueden haber tenido agorafobia en algún momento. Los nuevos datos de las encuestas de las áreas de captación epidemiológica sugieren que esta cifra puede ser 10 veces mayor. Al parecer predisponen al desarrollo ulterior de agorafobia la ansiedad de separación o la pérdida súbita de un ser amado durante la infancia. Este trastorno es más común en adultos jóvenes, pero puede observarse su iniciación en cualquier momento de la vida. La agorafobia es más común en mujeres que en varones.

En un estudio gigantesco en los Estados Unidos llamado ECA (Epidemiologic Catchmen Area Program), se reportaron los datos de prevalencia de trastornos de pánico en tres ciudades. Otros estudios utilizando métodos similares fueron realizados en Zurich, Munich y Corea. La prevalencia de los ataques de pánico después de seis meses tuvo una variación entre el 0.6% y el 1.5%. Los datos demográficos demostraron una distribución uniformemente mayor en las mujeres, así como en divorciados y personas que ha-

bían sufrido una pérdida o separación, mientras que no hay una co nexión clara con el grado o nivel de educación. En esos mismos - estudios la prevalencia para la agorafobia variaba entre el 2,3% 5.8%, sin embargo estos hallazgos deben tomarse con reserva debido a los cambios conceptuales que han ocurrido en años recientes.

CUADRO CLINICO. El aspecto principal del trastorno de pánico es - la iniciación impredecible de ansiedad grave que se manifiesta co mo ataque de pánico. Aunque su iniciación es impredecible, estos ataques ocurren a menudo en ciertas situaciones específicas; por ejemplo, pueden tender a ocurrir mientras el paciente conduce un automóvilpero no necesariamente cada vez que conduce, y no sólo - cuando lo está haciendo. Este aspecto puede ser de gran utilidad para distinguir entre los ataques de pánico y las fobias por encon trarse en las carreteras.

El ataque de pánico se clasifica por aparición súbita de a- prensión intensa, miedo o terror. El cuadro clínico durante el a- taque de pánico puede ser idéntico a lo que ocurre en situaciones de verdadera amenaza para la vida, o como resultado de algún es- fuerzo físico extremo efectuado por cualquier motivo. Estos últi- mos síntomas no se diagnostican como trastorno de pánico, desde - luego, porque son apropiados para la situación.

Los ataques duran varios minutos y rara vez una hora o más. Durante los mismos los pacientes pueden hacer esfuerzos extremos por escapar a lo que consideran les produce el pánico, y se pue- den alterar las relaciones sociales como resultado de esta condu- ta "extraña".

Según el DSM-III, el paciente agorafóbico "tiene miedo nota- bles y, por lo tanto, evita estar solo en los sitios públicos de los que podría ser difícil escapar, o en los que no se puede dis- poner de ayuda en caso de incapacitación súbita". El resultado es una vida cada vez más limitada a causa de preocupación por el pro blema de evitar situaciones que desencadenan estos sentimientos.- Las situaciones que eviatan más a menudo las personas agorafóbi- cas son los apiñamientos de personas, encontrarse en calles tran-

sitadas o en grandes tiendas, entrar en túneles, cruzar puentes o emplear elevadores o transportes públicos como el metro, los autobuses o los aviones. Como es especialmente alarmante hacer estas cosas para la persona sola, los individuos agorafóbicos pueden insistir en que los acompañe un miembro de la familia o un amigo todas la veces que dejan el hogar.

En todos los caos de trastorno fóbico debe elaborarse una -- historia cuidadosa sobre la iniciación del problema. Quizá la -- persona haya tenido unataque de pánico (un ataque de ansiedad especialmente intensa con componentes fisiológicos notables) en una tienda apiñada por ejemplo. A continuación puede desarrollarse un patrón de ansiedad en todos los casos en que la persona se aproxima a dicha tienda, y quizá más tarde evite ir a cualquier otra. En la historia debe señalarse lo que la persona hace para evitar la situación que le produce ansiedad. Puede haber rumiación consistente de diversos rituales, incluso compulsión por realizar las cosas. Las limitaciones impuestas por las fobias pueden hacer que el paciente se sienta deprimido o desesperado por su futuro.

Los niveles de miedo y de restricción de la actividad pueden fluctuar, de modo que a veces el paciente es capaz de hacer lo - que a otras le suele ser imposible sin gran malestar. Con el paso del tiempo, sin embargo, la agorafobia es un camino cuesta abajo; sin tratamiento son raras las remisiones prolongadas, y prácticamente no se ha escuchado nada sobre curaciones espontáneas en los casos establecidos. Un aspecto común de la historia , que puede - incluir también durante su presentación con agorafobia trastorno depresivo mayor actual o pasado, es la dependencia de alcohol o - de sustancias.

La conducta agorafóbica que no se clasifica como trastorno - mental a menos que en la historia se descubran tanto gran temor a los sitios públicos como disminución patológica de las actividades , que se manifiestan como conducta de evitación.

ALCOHOLISMO.- Según la opinión especializada de los profesionales y de acuerdo con los análisis de los diferentes estudios nacionales, el alcoholismo es un problema grave de salud pública en México. Diferentes publicaciones han reportado la gravedad del alcoholismo en el país. La población mayor de 20 años, de ambos sexos, de sujetos dependientes al alcohol, oscila entre 5 y 7%, cifras que se calculan a partir de las tasas de mortalidad por cirrosis hepática. Otra visión del problema se obtiene de los estudios de campo que calculan que en la población masculina de 20 años en adelante, los bebedores oscilan entre el 70 y el 85%. La diferencia entre los sexos es radical, pues las cifras en las mujeres de la misma edad están entre el 39 y el 55%. Entre los hombres adultos hay una proporción de bebedores excesivos de alrededor del 10%, en tanto que entre las mujeres apenas alcanza el 5%. La edad en que más se bebe está entre los 30 y los 50 años. - La visión epidemiológica relaciona el consumo de alcohol con la cirrosis hepática. En México, la tasa de mortalidad por esta enfermedad en la población mayor de 20 años, de ambos sexos, se mantiene desde 1958 alrededor de 20 por 100 mil habitantes, cifra mayor a las reportadas por Estados Unidos, Italia y Canadá y rebasada en Latinoamérica solamente por Chile. En la población general mayor de 20 años de ambos sexos, la cirrosis hepática es una de las 10 primeras causas de muerte, y si se reduce a los hombres de 40 a 59 años, ésta ocupa el primer lugar. El 4% de los casos reportados de suicidios en 1967, estuvo relacionado con el consumo de alcohol, que acompaña, por lo menos, al 51% de las lesiones por riñas. Se ha encontrado una relación significativa entre el número de expendios de bebidas alcohólicas y el número de delitos. Lo mismo ocurre en los accidentes de tránsito reportados en el Distrito Federal en 1971, ya que el 18% ocurrió bajo los efectos del alcohol. Se calcula que el 2% de los trabajadores falta diariamente a su trabajo por motivos de alcoholismo. Se presume que la ingestión de esta droga ocasiona frecuentes problemas familiares en virtud de la forma en que los mexicanos consumen el alcohol: intensamente, en grandes cantidades, con marcada tendencia a la embriaguez, y la mayor parte de las veces en la propia casa. - Se calcula que casi la mitad de los sujetos que acude a recibir a

tención médica no lo hace debido a su alcoholismo, sino por las complicaciones originadas por su padecimiento. Por tanto, reciben atención para las complicaciones pero no reciben tratamiento integral requerido. De hecho, se puede decir que en el país no se cuenta con centros especializados para la atención de este problema, excepción hecha de los tipos privado, por lo que falta mucho para lograr una adecuada atención nacional del alcoholismo. Por otro lado, según las fuentes oficiales, la demanda es tan baja que no tiene caso ampliar la oferta.

#### **JUSTIFICACION.**

En la literatura se menciona la relación importante que existe entre los ataques de pánico y el consumo de alcohol. Ya se mencionaron algunos datos al respecto, sin embargo, enfatizando estos hallazgos, podemos mencionar un estudio familiar, realizado en pacientes con trastornos por ansiedad, llevado a cabo por Russell Noyes, donde encontró que los pacientes con ataques de pánico con agorafobia presentaban mayor consumo de alcohol, comparativamente con otros pacientes con ansiedad generalizada o depresión. Otro estudio reciente, de Cowley (1989), reporta los resultados obtenidos con la infusión de lactato en pacientes alcohólicos con ataques de pánico, comparando la respuesta con pacientes alcohólicos sin ataques, y con pacientes no alcohólicos panicosos siendo significativamente mayor la respuesta en los alcohólicos con ataques de pánico, proponiéndose como una prueba útil en el diagnóstico de trastornos de angustia en el alcohólico. El mismo investigador en un estudio de septiembre del año pasado confirma la relación entre consumo de alcohol y ataques de pánico. En otro estudio, finalmente, realizado por Norton y cols. en 1989, se comparan tres grupos, uno de pacientes que presentaron ataques de pánico antes del abuso de alcohol, otro que los habían experimentado posterior al abuso de alcohol, y un tercer grupo que no habían experimentado ataques de pánico, todos con historia de abuso de alcohol. Los resultados mostraron que los dos grupos que habían experimentado crisis de angustia habían iniciado el consumo de alcohol a más temprana edad, tuvieron una gran proporción de padres con problemas de angustia o alcoholismo, consumían mayor cantidad de alcohol y bebían en más situaciones. Los pacientes con ataques pánico previos a su consumo de alcohol, beben más que los otros

en situaciones similares, en relación con sus miedos. Se supone - que los pacientes con ataques de pánico, pueden estar abusando - del alcohol para reducir la ansiedad y el miedo relacionado con sus crisis.

En base a lo anterior, el presente estudio se justifica, intentando describir los hallazgos de una comparación entre una población de panicosos y un grupo control.

### HIPOTESIS

Se espera que los pacientes con trastorno por angustia con agorafobia (Panic Attacks) presenten una historia de mayor consumo de alcohol, que una población de controles sin ataques de pánico.

La hipótesis que se plantea es que el grupo de pacientes con trastorno por angustia con agorafobia presentan o han presentado un mayor consumo de alcohol y problemas de alcoholismo que un grupo de controles no panicosos.

### OBJETIVOS

1. Comprobar que los pacientes con ataques de pánico y agorafobia tienen una historia de mayor consumo de alcohol que el grupo de controles no panicosos.

2. Verificar la utilidad del instrumento utilizado en el estudio, Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Alcoholismo, en investigaciones clínicas comparativas.

3. Describir las características en el consumo de alcohol de un grupo de pacientes con trastorno por angustia con agorafobia .

## DEFINICION DE LA POBLACION

Se seleccionará una muestra de 20 pacientes que reúnan los - criterios diagnósticos del DSMIII-R, para trastorno por angustia con agorafobia, de los pacientes que acuden a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, y un grupo - control de 40 sujetos sanos.

Se seguirán los siguientes criterios de selección:

### CRITERIOS DE INCLUSION

#### GRUPO CON TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA:

##### (ATAQUES DE PANICO)

- EDAD: 18 a 45 años.
- SEXO: Ambos sexos.
- Cumplir los siguientes criterios para diagnóstico de trastorno angustia con agorafobia a saber:
  - A. En algún momento durante la alteración se han presentado una o más crisis de angustia, que han sido (1) inesperados, es decir, que no se han presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad, y (2) no han sido desencadenados por situaciones en las cuales el individuo ha sido el foco de la atención de los demás.
  - B. Por lo menos cuatro crisis tal como se definen en el criterio A durante un período de cuatro semanas, o bien, una o más crisis seguidas de miedo persistente o presentar otro ataque, por lo menos durante un mes.
  - C. Por lo menos, cuatro de los síntomas siguientes durante alguna de las crisis:
    1. falta de aliento (disnea o sensación de ahogo).
    2. Mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia.
    3. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia).
    4. Temblor o sacudidas.
    5. Sudoración.
    6. Sofocación.

7. Náuseas o molestias abdominales.
  8. Despersonalización o desrealización.
  9. Adormecimiento o sensaciones de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestesias).
  10. Escalofríos.
  11. Dolor o molestias precordiales.
  12. Miedo a morir.
  13. Miedo a volverse loco o a perder el control.
- D. En algunas de estas crisis, por lo menos cuatro de los síntomas C han aparecido rápidamente y han aumentado en intensidad los diez minutos siguientes al comienzo del primer síntoma.
- E. No es posible establecer la presencia de algún factor orgánico que haya iniciado o mantenido la alteración, por ejemplo, intoxicación por anfetamina o cafeína, o hipertiroidismo.
- Cumplir los criterios para Agorafobia del DSMIII-R

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

##### GRUPO CON TRASTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

- \_ Historia de abuso de drogas (exluye alcohol)
- Hipo o hipertiroidismo
- Hipoglicemia ideopática
- Feocromocitoma
- Hipo o hiperadrenalismo
  - Historia de hipertensión arterial
- Historia de epilepsia parcial de sintomatología compleja
- Historia de Psicosis

#### CRITERIOS DE INCLUSION

##### GRUPO CONTROL

- EDAD: 18 a 45 años
- SEXO: Ambos sexos

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

##### GRUPO CONTROL

- \_Historia de Enfermedad Mental.
- Historia de Enfermedad Física
- Historia de abuso de drogas (exluye alcohol)

## UBICACION TEMPOROESPACIAL

La muestra de pacientes se seleccionará a partir del primero de abril de 1989, al 18 de diciembre de 1989, seleccionándose de los pacientes que acuden a la Consulta Externa, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. El grupo control se conformará con personas que acuden al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez a visita (familiares de pacientes) y con sujetos entrevistados en sus domicilios, del 18 al 31 de diciembre de 1989. Se espera concluya la selección de grupos en la primer semana de 1990.

## DISEÑO ESTADISTICO

El estudio se realizará formando un grupo de 20 pacientes que hayan reunido los criterios de inclusión para trastorno por angustia con agorafobia (DSMIII-R), y otro grupo de 40 pacientes control, seleccionados al azar.

Para la selección del grupo de pacientes se seleccionarán - pacientes diagnosticados con trastorno por angustia con agorafobia, y se les realizará una historia clínica completa, estructurando el diagnóstico en base a los criterios ya señalados. El grupo se formará una vez completados 20 pacientes.

Para la formación del grupo control, se seleccionarán 40 sujetos al azar, que acepten ser entrevistados.

Una vez conformados los grupos, se les aplicará la Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Alcoholismo, que se presenta en el apartado correspondiente.

**MATERIAL Y METODOS.-** Para el diagnóstico de los pacientes se utilizará el formato de Historia Clínica Psiquiátrica que se anexa en el presente estudio. Como instrumento de medición para alcoholismo en los dos grupos se utilizará la Historia Clínica Psiquiátrica - codificada para alcoholismo, ya mencionada.

HISTORIA CLINICA PARA ALCOHOLISMO.- La Psiquiatría Clínica se ha enriquecido con la introducción de procedimientos computarizados e instrumentos codificados. Contamos con cuestionarios que ordenan y sistematizan la información especializada en las fuentes clínicas, para ser utilizados con fines diagnósticos, como Las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión; la escala de Poldinger - para la prevención y el manejo del riesgo suicida y otros, como el Cuestionario General de Salud de Goldberg, que dió pie a los investigadores mexicanos para estandarizar la entrevista psiquiátrica con fines clínicos, sólo para mencionar algunos ejemplos. En el campo del alcoholismo hay diferentes instrumentos: la Prueba dDetectora de Alcoholismo, de Michigan, y otros que determinan la duración del consumo, detectan los posibles casos o reúnen información epidemiológica computarizada. Sin embargo, los bancos de información de México todavía no tiene datos que aporten evidencia de instrumentos clínicos codificados destinados a la exploración clínica-psiquiátrica de los alcohólicos. Los esfuerzos del gobierno y la iniciativa privada arrojan instrumentos de tipo coloquial, no están codificados, son de empleo limitado y no sirven para ser usados en área de cómputo ni están destinados al campo del alcoholismo, excepto el CUAAL, que realiza una diferenciación clínica en la población hospitalizada de alcohólicos en fase inicial.

En una muestra al azar realizada en 1981 sobre 400 expedientes de pacientes de consulta externa, se encontró que faltaban registros, había omisiones de datos médicos y psicosociales o errónea interpretación de ellos. debido a ello, el Dr. Mario Souza y cols. se dieron a la tarea de elaborar una Historia Clínica Codificada para Alcoholismo, probada en 1200 expedientes, y con resultados que han sido reconocidos por el Dr. Velasco Fernández en su libro sobre el tema.

El documento elaborado por Souza propone una historia clínica con fines clínicos y de investigación. Consta de 97 preguntas distribuidas en diez secciones, que tratan de proporcionar una visión integral del problema de alcoholismo.

**INSTRUCTIVO DE LA HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA  
CODIFICADA PARA ALCOHOLISMO (H.C.P.C.A.).**

1. OBJETIVO: se ofrecen lineamientos generales para la aplicación de la H.C.P.C.A., adaptables a las condiciones particulares del - servicio donde se aplique. Se recaban los antecedentes, estado y consecuencias de la trayectoria del paciente alcohólico que asista a la unidad médica y cuyos datos proporcionan los aspectos de orden médico, psicológico, psiquiátrico y social más significativos, vinculados con el padecimiento.

2. ESTRUCTURA: La H.C.P.C.A. tiene 97 preguntas seleccionadas, -- distribuidas en 10 capítulos: Capítulo I. Los aspectos sociodemográficos y sociomédicos. Capítulo II. Los aspectos generales y específicos relacionados con el consumo del alcohol, la familia y el individuo. Capítulo III. Las características del padecimiento actual. -- Capítulo IV. La situación psiquiátrica actual del paciente. Capítulo V. El estado físico actual del paciente. Capítulo VI. El estado neurológico actual del paciente. Capítulo VII. La apreciación nosológica del médico respecto al padecimiento al momento de la consulta. Capítulo VIII. El manejo del paciente. Capítulo IX. La apreciación nosológica y las posibilidades que tenga el proceso. Capítulo X. El registro de la información adicional, según lo establecido en el "procedimiento".

3. POBLACION Y CONSIGNA: La H.C.P.C.A. puede aplicarse a todo paciente que solicita consulta debido a su alcoholismo, o a los --- sospechosos de padecerlo, dentro de la unidad médica o fuera de - esta sin importar sexo, edad, lugar de procedencia, etc.

4. PROCEDIMIENTO: 4.1. La H.C.P.C.A. puede aplicarla un psiquiatra, un residente o un médico general adiestrado, de ser posible en el primer contacto con el paciente o con el sospechoso de alcoholismo.

4.2. El registro de información se marcará con un círculo en el número de código correspondiente a las categorías estipuladas. Sólo se marcarán las tres primeras casillas: -- clave y número de tarjeta, número de expediente y fecha.

5. PERIODO DE APLICACION: Vigencia abierta según se juzgue conveniente.

6. ESPECIFICACIONES: 6.1. GENERALES.- a) clave y número de tarjeta: la primera casilla se destina al número de tarjetas utilizadas y el resto de las casillas al orden correlativo de la numeración de la historia. Para evitar repeticiones, la numeración se hará al final de la jornada diaria de trabajo por la persona designada, en base al total de aplicaciones efectuadas en cada servicio; b) número de expediente: se consignará en las casillas de acuerdo al número asignado a cada paciente. 6.2. PARTICULARES. -- ESPECIFICACIONES. Capítulo I. P.1. La fecha será la del día que se aplique la H.C.P.C.A. y se consignará en las casillas correspondientes en el siguiente orden: día, mes y año, con la numeración que va del 01 al 31 para los días (casilla 12 y 13); de 01 al 12 para los meses (casilla 14 y 15); y el año, en los dos últimos dígitos que correspondan a su nomenclatura (casillas 16 y 17). -- El nombre se anotará en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre o nombres propios. P.3. Se registrará según la apreciación del encuestador. P.4. Se registrará la edad que tenga en años cumplidos a la fecha de la entrevista. P.5. Se registrará el estado civil que tenga a la fecha de la entrevista. P.6. Se registrará según respuesta de acuerdo a las categorías. - P.7. Se entenderá por analfabeta la persona que no sepa leer o escribir. Aquellos que lo sepan sin haber cursado educación formal, se colocarán en "primaria incompleta". El resto de las categorías se marcarán de acuerdo a lo estipulado. P.8. Se registrará la que corresponda a la fecha de la entrevista. En caso de tener varias ocupaciones, se registrará la que el encuestado considere la más importante en función de su sustento en los últimos 6 meses. P.9. Se registrará en "origen", el lugar donde halla pasado más tiempo durante los primeros 10 años de su vida, y en caso de igualdad de períodos, se optará por el último. P.10. Se registrará el que corresponda al momento de la consulta de acuerdo a las categorías. P.11. Se registrará la persona con quién viva al momento de la consulta, siempre y cuando tenga por lo menos 6 meses de vivir con ella, de acuerdo a las categorías. P.12. Se registrará según la respuesta; en caso de que sea más de una, se asignará como prioridad a la que más halla influido para que acudiera

a consulta. P.13. Se registrará según respuesta, de acuerdo a las categorías; en caso de que sea más de una, se escribirán en "otros" los números que les correspondan. P.14. Se -- considera que todos los pacientes asisten voluntariamente, -- excepto los que llegan a la institución en estado de inconciencia, bajo sedación por medicamentos o físicamente forzados. P.15. Se registrará según respuesta. Si responde "no", especificar el motivo de la consulta. P.16. Se registrará -- según respuesta aunque incluya más de una categoría, respetando el orden en que los mencione el paciente. P.17. Se registrará según respuesta según las categorías. P.18. y 19. -- Se registrarán según respuesta, especificando el número de veces en cada categoría. 6.3. ESPECIFICACIONES. Capítulo II. P.20 Se registrarán según respuesta, de acuerdo a las categorías sólo los familiares consanguíneos. Los hijos se incluyen aquí a pesar de no ser "antecedentes", pues permiten obtener información valiosa. Su exclusión es opcional. P.21. Se registrará según respuesta, de acuerdo a las categorías. P.22. Se registrará según la apreciación del encuestador en las 3 categorías arbitrarias tradicionales. P.23. y 24. Se registrarán según respuesta de acuerdo a las categorías. P.25. Se registrarán los años cumplidos según respuesta. Se refiere a la edad en que empezó a ingerir bebidas embriagantes socialmente. P.26. Se registrarán los años cumplidos según respuesta. Se refiere a la edad en que empezó a ingerir bebidas embriagantes de manera más intensa, deseada y frecuente. --- P.27. Se anotará textualmente la cantidad que consumió en -- cada ocasión, de vasos, botellas, etc. (ver Anexo "A" al final del instructivo). P.28., 29., 30 y 31. Se registrarán -- según respuestas de acuerdo con las categorías. En "pérdida objetal" se incluirán aspectos psicodinámicos. En "para lograr los efectos" se incluirán aspectos biopsíquicos que orienten a pensar en dependencia. En "motivos sociales" se -- incluirán los aspectos psicosociales que lo presionan para beber. En caso de que sea más de una, se asignará prioridad de acuerdo a lo más habitual y además se escribirán en "o---

tros" los demás números. P.33. y 34. Se registrará según respuesta. P.35. Se registrará según respuesta; en caso de que sea más de uno se escribirán en "otros" los números que le correspondan. P.36 y 37. Se registrarán según respuesta, de acuerdo a las categorías. P.38. Se registrará el número de días en la casilla correspondiente. La clave 99 significa ninguno. P.39. Se registrará según respuesta, de acuerdo a las categorías. P.40. Se registrará según apreciación del encuestador, de acuerdo a las categorías. P.41 y 42. Se registrará según respuesta, de acuerdo a las categorías. 6.5. ESPECIFICACIONES. Capítulo IV. P.43. Se registrará según la situación en que se encuentre. P.44 a 67. Se registrarán según la apreciación del encuestador. 6.6. ESPECIFICACIONES. Capítulo V. P.68. y 69. Se registrarán de acuerdo a la categoría más adecuada P.70. a 72. Se registrarán de acuerdo al resultado de la medición P.73 a 76. Se registrarán según la apreciación del explorador. P.77. Se registrará según el resultado de la medición. P.78. Se registrará según la apreciación del explorador. 6.7. ESPECIFICACIONES. Capítulo VI. P.79. a 87. Se registrará según la apreciación del explorador. 6.8. ESPECIFICACIONES. Capítulo VII. P.88. y 89. Se registrarán según la apreciación del explorador, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, O.M.S., 9ª Revisión, 1978. 6.9. ESPECIFICACIONES. Capítulo VIII. Se registrará de acuerdo a las categorías de la terapia que se emplee. Si se requiere además otro manejo, éste se registrará en la pregunta 97, en "otros" P.91. Se registrará de acuerdo a las que el paciente haya llevado a cabo a partir de los 30 días anteriores a la fecha del primer contacto con la institución. 6.10. ESPECIFICACIONES. Capítulo IX. P.92 y 93. Se registrarán según la apreciación del encuestador. 6.11. ESPECIFICACIONES. Capítulo X. Se registrará según la apreciación del encuestador. P.95. Se registrará según la situación particular. En caso de aplicación subsecuente, especificarlo en números ordinales. P.96. Se registrarán los aspectos positivos que no hallan cabido en las secciones mencionadas, y los datos negativos a juicio del encuestador. P.97. Se registrarán otros datos acerca del tratamiento, que no hallan sido estipulados anteriormente, así como otros comentarios adicionales. 6.12. OTRAS ESPECIFICACIONES. Al principio de la historia clínica, y al final de las preguntas 26., 59.

y 88. dice: "Clave, número y tarjeta". Esto es para las 4 tarjetas de la computadora que codifican la historia, por tanto se respetará el orden en que aparecen.

ANEXO "A". (pregunta 27). Para dar un ejemplo consideraremos que el Sr. Gómez responde que acostumbra tomar semanalmente: a) 12 -- cervezas de tamaño convencional (medias); b) 2 jarros de pulque; c) media botella de tequila de 3/4 de litro; d) 8 cubas de brandy, y; e) tres "teporochas". El primer paso será que el encuestador anote textualmente el tipo de bebida y la cantidad que indica el paciente (tres caballitos de tequila, dos tornillos de pulque, un cocktail o bebida preparada como "bull", etc.). El segundo paso consiste en separar del total de las bebidas ingeridas la cantidad que estas tengan de bebida alcohólica, es decir, si bebió 8 cubas, se considera que cada una tiene como promedio una capacidad total de 250 mls. y que de estas, la cuarta parte es -- brandy, esto es, que de todo lo ingerido, este sujeto bebió sólo la cuarta parte de alcohol, o sea:

$$\frac{250 \times 8}{4} = 500 \text{ mls. Brandy}$$

Las "teporochas" (alcohol de farmacia en infusión de canela, refresco u otros, tienen aproximadamente una capacidad de 250 mls., de la cual aproximadamente la cuarta parte es de alcohol; así, en este caso el sujeto bebe:

$$\frac{250 \times 3}{4} = 187.5 \text{ mls. de alcohol.}$$

El resto de las bebidas tales como cerveza, tequila y pulque, no requieren de la conversión. El tercer paso es discriminar la cantidad de alcohol absoluto ingerido en las bebidas mencionadas. -- Para ello se procede de la siguiente manera: doce cervezas (medias) tienen un promedio de 5º Gay Lussac (G.L.), es decir 5% de alcohol puro. Se asume que cada cerveza regular es de aproximadamente 325 mls., por lo tanto:

$$\frac{325 \text{ mls.} \times 12 \text{ cervezas} \times 5^\circ \text{ G.L.}}{100} = 195 \text{ mls. de alcohol absoluto}$$

El pulque varía en su concentración de alcohol, sin embargo, estimamos que tiene un promedio de 4º G.L.; si el sujeto del ejemplo bebe dos jarros de un litro cada uno, entonces:





- 26 27
11. ¿Con quién vive?
- Solo (1)
  - Cónyuge (2)
  - Cónyuge e hijos (3)
  - Cónyuge e hijos y otro (s) familiar (s) (4)
  - Padre (s) (5)
  - Padres, hermanos y otros (6)
  - Otros familiares (7)
  - Otros qg familiares (8)

- 28
12. Referido por:
- Nadie (sí mismo) (1)
  - Familiar (2)
  - Institución médica (3)
  - Médico Particular (4)
  - Tec. en Salud Mental (5)
  - Grupo A.A. (6)
  - Delegación Política (7)
  - Empresa laboral (8)
  - Otros. Especif. (9)

- 29
13. Acompañado por:
- Familiar (1)
  - Amigo (2)
  - A.A. (3)
  - Familiar y amigo (4)
  - Familiar y A.A. (5)
  - Conocido (6)
  - Solo (7)
  - Otros. Especif. (8)

- 30
14. ¿Acude voluntariamente?
- Sí (1)
  - No. Especificar (2)

- 31
15. ¿Deben tratarse de su alcoholismo?
- Sí (1)
  - No. Especif. (2)

- 32
16. ¿Acude además por otro tipo de problema?
- No (1)
  - Somático. Especif. (2)
  - Psíquico. Especif. (3)
  - Otros. Especif. (4)

- 33
17. ¿Le perjudica su alcoholismo?
- a) Físicamente
    - Sí (1) No (2)
  - b) ¿Mental o emocionalmente?
    - Sí (1) No (2)
  - c) Familiarmente
    - Sí (1) No (2)
  - d) Laboralmente
    - Sí (1) No (2)
  - e) Económicamente
    - Sí (1) No (2)
  - f) Legalmente
    - Sí (1) No (2)
  - g) Otros
    - No (1)
    - Sí. Especificar (2)

- 34
18. ¿Ha sido tratado por su alcoholismo en un Hospital General?
- No (1)
  - Consulta Externa. Especificar (2)
  - Internamiento. Especificar (3)
  - Consulta Externa e Internamiento. Especificar (4)

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

II. ANTECEDENTES

20. Antecedentes Familiares Patológicos Alcohólicos:
- a) Padre
    - Sí (1) No (2)
  - b) Madre
    - Sí (1) No (2)
  - c) Hijos (no es antecedente)
    - Sí (1) No (2)
    - No aplicable (3)
  - d) Hermanos
    - Sí (1) No (2)
    - No aplicable (3)
  - e) Tíos
    - Sí (1) No (2)
    - No aplicable (3)
  - f) Abuelos
    - Sí (1) No (2)
  - g) Primos
    - Sí (1) No (2)
    - No aplicable (3)
  - h) Otros
    - No (1)
    - Sí. Especificar (2)

21. Otros Antecedentes Familiares Patológicos:
- a) Cardiovasculares
    - Sí (1) No (2)
  - b) Tuberculosos
    - Sí (1) No (2)
  - c) Diabéticos
    - Sí (1) No (2)
  - d) Lúeicos
    - Sí (1) No (2)
  - e) Neurológicos
    - No (1)
    - Sí. Especificar (2)
  - f) Psiquiátricos
    - No (1)
    - Sí. Especificar (2)
  - g) Neoplásicos
    - Sí (1) No (2)
  - h) Otros
    - No (1)
    - Sí. Especificar (2)

22. Personales no Patológicos:
- a) Higiene Personal
    - Buena (1) Regular (2) Mala (3)
  - b) Higiene Habitacional
    - Buena (1) Regular (2) Mala (3)
  - c) Alimentación deficiente en cantidad y calidad
    - Sí (1) No (2)

23. Personales Patológicos
- a) Gastrointestinales
    - No (1)
    - Sí. Especificar (2)
  - b) Cardiovasculares
    - No (1)
    - Sí. Especif. (2)

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

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

### III. PADECIMIENTO ACTUAL

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

Clave y número de tarjeta

2  1  2  3  4  5  6

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

d) Total  13  14

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

- Casa (3)
- Carcina (4)
- Otros. Especificar (5)  21
35. ¿Ha intentado dejar de beber?
- No (1)
- Con ayuda médica (2)
- Grupo A.A. (3)
- Jaramentos (4)
- Por sí mismo (5)
- Otros. Especificar (6)  22
36. ¿Consuma otras drogas?
- No (1)
- Sí. Especif. (2)  23
37. Reparaciones laborales del alcoholismo
- a) Asentimiento
- Sí (1) No (2)  24
- b) Abandono
- Sí (1) No (2)  25
- c) Desempleo
- Sí (1) No (2)  26
- d) Despido
- Sí (1) No (2)  27
- e) Accidentes de trabajo
- No (1)
- Sí. Especificar (2)  28
- f) Problemas con compañeros  
vjo patronos
- Sí (1) No (2)  29
- g) Otros
- No (1)
- Sí. Especificar (2)  30
38. En los periodos activos de ingestión  
(¿Cuántos días al mes se ausenta de su trabajo?  
(05 =ninguno)   31  32
39. Reparación familiar
- a) Tensión y Dificultades
- Sí (1) No (2)  33
- No aplicable (3)
- b) Rieles
- Sí (1) No (2)  34
- No aplicable (3)
- c) Separación transitoria
- Sí (1) No (2)  35
- No aplicable (3)
- d) Abandono sin divorcio
- Sí (1) No (2)  36
- No aplicable (3)
- e) Divorcio
- Sí (1) No (2)  37
- No aplicable (3)
40. Actitud de la familia ante el alcoholismo
- Resaca (1)
- Indiferencia (2)
- Amonestación (3)
- Asunción (4)
- No aplicable (5)  38
41. Reparación sexual
- No (1)
- Sí. Especificar (2)  39
42. Reparación Social
- a) Mordicidad
- Sí (1) No (2)  40
- b) Permisivismo Social
- Sí (1) No (2)  41
- c) Robo
- Sí (1) No (2)  42

- d) Problemas legales
- No (1)
- Sí. Especif. (2)  43
- e) Rifa
- Sí (1) No (2)  44
- f) Accidentes domésticos o viajes
- Sí (1) No (2)  45
- g) Otros
- (1)
- Sí. Especif. (2)  46

IV. EXPLORACION MENTAL

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

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

- c) Alteraciones Gustativas  
No (1)  11  
Sf. Especificar (2)
- d) Alteraciones Olfactorias  
No (1)  12  
Sf. Especificar (2)
- e) Alteraciones Táctiles  
No (1)  13  
Sf. Especificar (2)
63. Estado afectivo  
a) Angustia  
Sí (1) No (2)  14
- b) Depresión  
Sí (1) No (2)  15
- c) Euforia  
Sí (1) No (2)  16
- d) Apatamiento  
Sí (1) No (2)  17
- e) Labilidad  
Sí (1) No (2)  18
64. Alteraciones de Juicio  
Sí (1) No (2)  19

#### V. EXPLORACION FISICA

65. Alteraciones de Conformación  
No (1)  20  
Sf. Especificar (2)
66. Alteraciones de Integridad  
No (1)  21  
Sf. Especificar (2)
67. Alteraciones de Conciencia  
No (1)  22  
Sf. Especificar (2)
68. Peso  
Menor o igual a 50 kg. (1)   
De 51 a 60 kg. (2)   
De 61 a 70 kg. (3)   
De 71 a 80 kg. (4)   
De 81 a 90 kg. (5)   
De más de 90 kg. (6)  23
69. Estatura  
Menor o igual a 150 cms. (1)   
De 151 a 160 cms. (2)   
De 161 a 170 cms. (3)   
De 171 a 180 cms. (4)   
De 181 a 190 cms. (5)  24
70. Alteraciones de la Tensión Arterial  
No (1)  25  
Sf. Especificar (2)
71. Alteraciones de la Temperatura  
No (1)  26  
Sf. Especificar (2)
72. Alteraciones de la Frecuencia  
Respiratoria  
No (1)  27  
Sf. Especificar (2)
73. Alteraciones de Piel y Mucosas  
No (1)  28  
Sf. Especificar (2)
74. Alteraciones de Cráneo  
No (1)  29

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

#### VI. EXPLORACION NEUROLOGICA

80. Alteraciones de los Nervios Craneales
- a) Olfatorio  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  35
- b) Otorico  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  36
- c) Músculo Ocular Común  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  37
- d) Facial  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  38
- e) Trigemino  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  39
- f) Músculo Ocular Externo  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  40
- g) Facial  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  41
- h) Auditivo  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  42
- i) Vestibular/ingeo  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  43
- j) Neumogénico  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  44
- k) Espinal  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  45
- l) Flogioso  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  46

81. Alteraciones de la Función Cerebelosa

a) Coordinación Dedo-Nariz

No (1)   
Sí (2)  47

b) Movimientos Alternos  
No (1)   
Sí (2)  48

c) Marcha  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  49

#### 82. Alteraciones del Sistema Motor

a) Atrofia Muscular  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  50

b) Movimientos Anormales  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  51

c) Tono Muscular  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  52

d) Fuerza Muscular  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  53

#### 83. Alteraciones del Sistema Sensorial.

##### Sensación Primaria

a) Sensibilidad táctil superficial.  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  54

b) Dolor Superficial  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  55

c) Sensibilidad a la Temperatura  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  56

d) Sensibilidad Vibratoria  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  57

e) Dolor a la Presión Profunda  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  58

#### 84. Alteraciones del Sistema Sensorial.

##### Sensibilidad Discriminatoria Cortical

a) Discriminación de dos puntos  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  59

b) Localización de lugar tocado  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  60

c) Función Estereognósica  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  61

d) Grafemisia  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  62

#### 85. Alteraciones de los Reflejos Oreflexivos

a) Bicipital  
No (1)   
Sí. Especificar (2)  63

b) Trícepital

- No (1)  64  
 Sí, Especificar (2)
- c) Braquiocrural**  
 No (1)  65  
 Sí, Especificar (2)
- d) Pectoral**  
 No (1)  66  
 Sí, Especificar (2)
- e) Axilar**  
 No (1)  67  
 Sí, Especificar (2)
- 86. Alteraciones de los Reflejos Superficiales**
- a) Corneal**  
 No (1)  68  
 Sí, Especificar (2)
- b) Faríngeo**  
 No (1)  69  
 Sí, Especificar (2)
- c) Abdominal**  
 No (1)  70  
 Sí, Especificar (2)
- d) Cremasteriano**  
 No (1)  71  
 Sí, Especificar (2)
- e) Plantar**  
 No (1)  72  
 Sí, Especificar (2)
- 87. Reflejos Patológicos**
- a) Clonus**  
 Sí (1) No (2)  73
- b) Babinsky**  
 Sí (1) No (2)  74

### VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

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

Clase y número de tarjeta

1  2  3  4  5  6

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

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

### 89. Patología Somática Derivada

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

### VIII. TRATAMIENTO

#### 90. Tratamiento en el Centro

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

#### 91. Acciones Antialcohólicas Concomitantes

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



## RECURSOS

**HUMANOS.** La investigación será realizada por el que suscribe el presente trabajo. Además, se contará con el apoyo de compañeros residentes de psiquiatría del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, quienes realizarán las entrevistas con los sujetos del grupo control. Se contarán con 28 horas semanales para completar el estudio.

**MATERIALES.** Se utilizarán Historias Clínicas de la Consulta Externa e Historias Clínicas Psiquiátricas codificadas para Alcoholismo, fotocopiadas de un machote original.

**ASESORIA.** Clínica por parte del DR. Eduardo Núñez Bernal, médico adscrito a la Consulta Externa del HPFBA.

**METODOLOGIA Y ESTADISTICA.** Se recibirá por los Dres. Carlos Torner y Francisco Luna, médicos adscritos del Hospital.

**TUTOR.** Dr. José Guadalupe mercado Verdín, jefe de la División de Enseñanza , Investigación y Capacitación del HPFBA.

## ETICA DEL ESTUDIO

Por las características del estudio no se requiere sino el consentimiento verbal del paciente y de los sujetos control.

## RESULTADOS, TABLAS Y GRAFICAS

El estudio arrojó datos importantes a favor de un mayor consumo de alcohol por parte de los pacientes con trastorno por angustia con agorafobia, y el análisis estadístico se comenta en el apartado correspondiente. En ambas muestras la proporción de hombres fué mayor, contratstando con los reportes de otros estudios donde las mujeres han sido más numerosas en los muestreos.

Las características demográficas de ambos grupos se plasma en las tablas y gráficos que se anexan a continuación. las medias de ambas poblaciones fué muy similar, lo que habla de poblaciones similares en cuanto a edad y sexo.

Se encontró que en varios de los ítems, referentes a problemas propios del alcoholismo (familiares, sociales, individuales), los panicosos presentaron mayor índice de conflictiva. Siendo el grupo con más riñas familiares y separaciones. Asimismo, en un 15% se encontró en los pacientes varones, que habían requerido de -- hospitalización en un servicio de urgencias, por cuadros de abstinencia, contratsando con sólo un 10% del grupo control. Se encontró que en un 2% de los pacientes panicosos se había llegado al diagnóstico de dependencia al alcohol.

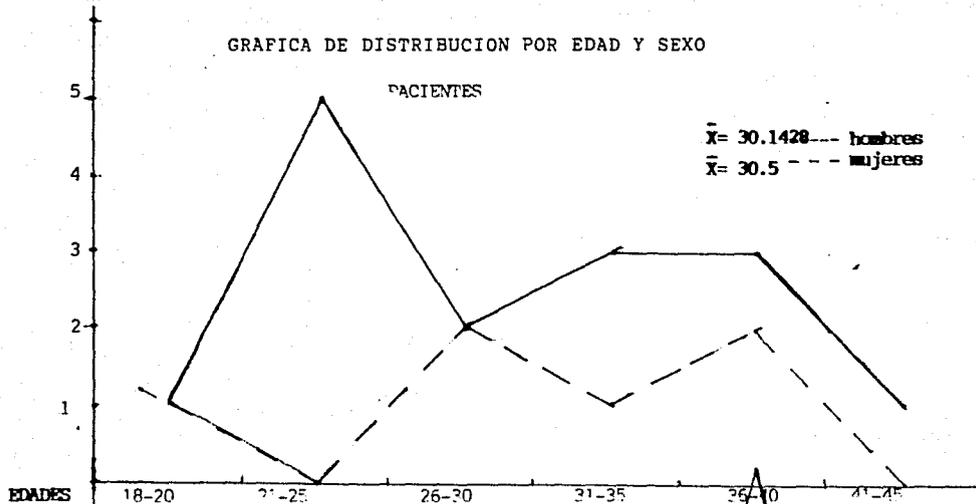
Como un hallazgo particular, el estudio mostró que la mayoría de los pacientes con ataques de pánico, prefieren no fumar, siendo un porcentaje del 18% quienes no consume tabaco.

El propósito del estudio consiste en comparar el consumo de alcohol puro por semana (contemplado en el instrumento de medición) por lo que el análisis de datos se enfoca más a encontrar si en 1 diferencia encontrtrada en el consumo de alcohol entre ambos grupos existe significancia estadística.

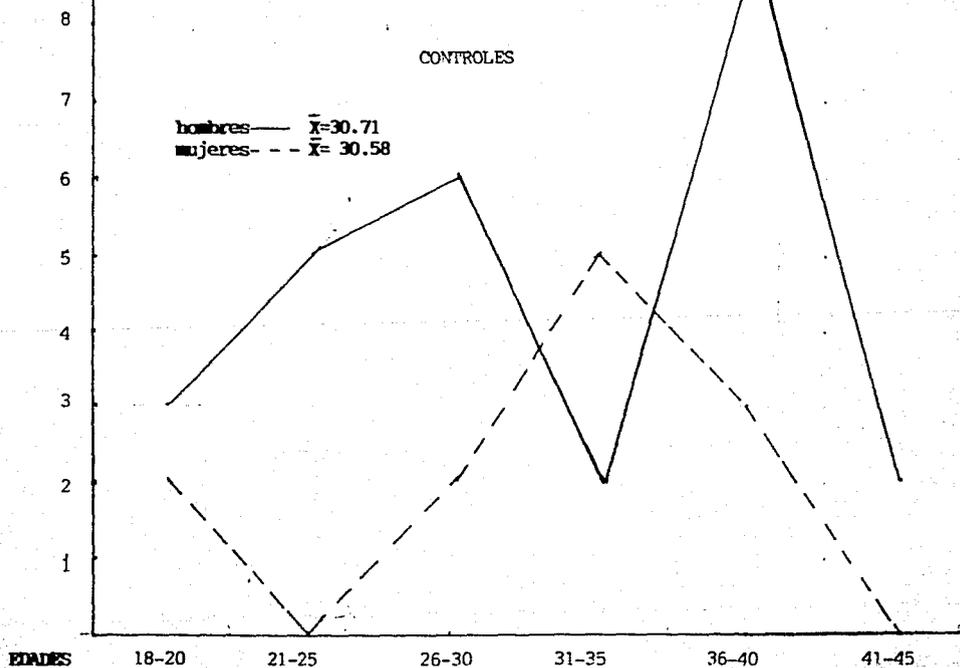
Se presenta la gráfica que ilustra el consumo semanal de alcohol por grupo y sexo.

## GRAFICA DE DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

PACIENTES

 $\bar{X} = 30.1428$  --- hombres  
 $\bar{X} = 30.5$  - - - mujeres


CONTROLES

hombres —  $\bar{X} = 30.71$   
mujeres - - -  $\bar{X} = 30.58$ 


**T A B L A S   D E   D A T O S   D E M O G R A F I C O S .**

**E S T A D O   C I V I L .**

<b>Ataques de Pánico.</b>			<b>Sujetos Controles.</b>		
<b>EDO. CIVIL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>EDO. CIVIL.</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Solteros	4	2	Solteros	8	4
Casados	6	2	Casados	15	5
Unión Libre	3	2	Unión Libre	3	3
Separados	1	0	Separados	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>12</b>

**R E L I G I O N .**

<b>Ataques de Pánico.</b>				<b>Sujetos Controles.</b>			
<b>RELIGION</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>RELIGION</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
católica	14	6	20	católica	22	10	32
protestante	--	-	0	protestante	2	1	3
ninguna	--	-	0	ninguna	4	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>40</b>

**E S C O L A R I D A D .**

<b>Ataques de Pánico.</b>				<b>Sujetos Controles.</b>			
<b>GRADO ESCOLAR</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>GRADO ESCOLAR</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
Primaria INC.	2	1	3	Primaria INC.	6	0	6
Primaria CMP	1	1	2	Primaria CMP	0	0	0
Secund. INC.	4	2	6	Secund. INC.	8	4	12
Secund. CMP.	1	0	1	Secund. CMP.	3	4	7
Preparatoria	3	1	4	Preparatoria	8	3	11
Profesional	1	1	2	Profesional	2	1	3
Técnica	2	0	2	Técnica	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>40</b>

FUENTE: H.C.P.C.A. Diciembre 1989.

TABLA DE OCUPACIONES .

ATAQUES DE PANICO .

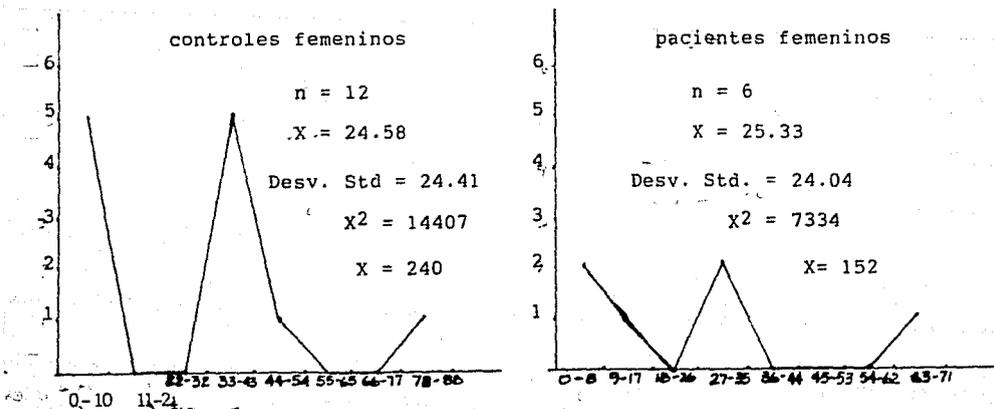
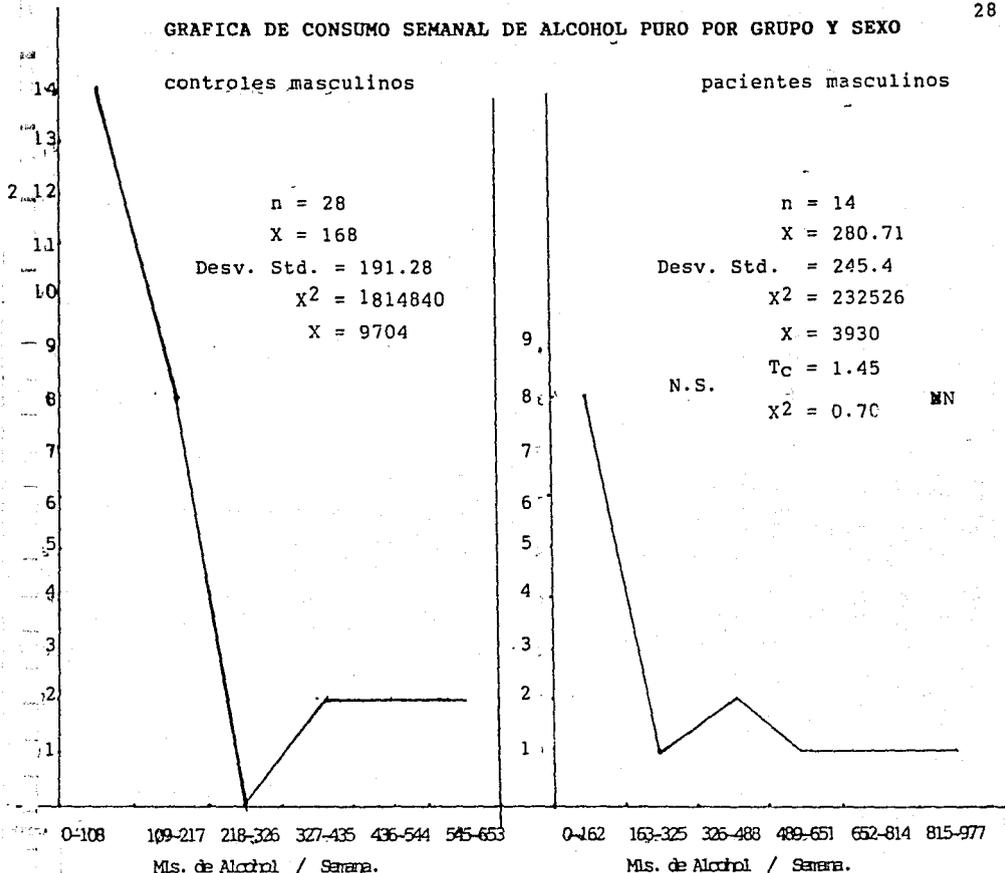
SUJETOS CONTROLES .

OCUPACION	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Profesionista	0	1	1
Empresario	0	0	0
Burócrata	0	0	0
Empleado	1	1	2
Carero Mayor	1	0	1
Carero	0	0	0
Labores Domésticas		1	2
Esporádico o			
Desempleado	2	2	4
Estudiante	0	1	1
Otros	9	0	9
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>20</b>

OCUPACION	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Profesionista	2	1	3
Empresario	0	0	0
Burócrata	2	1	3
Empleado	3	5	8
Carero Mayor	6	2	8
Carero	0	0	0
Labores Domésticas		2	2
Esporádico o			
Desempleado	0	0	0
Estudiante	5	2	7
Otros	9	0	9
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>13</b>	<b>40</b>

Fuente: H.C.P.C.A. Diciembre de 1989.

GRAFICA DE CONSUMO SEMANAL DE ALCOHOL PURO POR GRUPO Y SEXO



Se aplicaron dos pruebas estadísticas: la T de Student y la  $\chi^2$ .

En ambas, debido a la diferencia marcada en las desviaciones estándar de los grupos, no se encontró significancia. La  $T_c=1.49$  no tiene significación en su lectura en tablas, igualmente, se calculó un valor para  $\chi^2$  de 0.70, que tampoco encuentra significación estadística.

Los valores de las medidas estadísticas se ilustran en la gráfica del consumo semanal de alcohol.

#### CONCLUSIONES

El estudio en sí, aunque no fué significativo en sus resultados muestra una diferencia importante en las medias de ambos grupos, siendo esta misma diferencia en las Desv. Std. la que resulta responsable del resultado de la prueba.

El estudio plantea la posibilidad de una investigación más importante, en cuanto al número de pánicos encuestados. Además, podemos concluir que el instrumento utilizado reviste de gran utilidad en este tipo de estudios abriendo una mejor posibilidad en el estudio del alcoholismo, desde una perspectiva integral.

Se coincide con los reportes, en el sentido que el paciente pánico recurre más al consumo de alcohol, con una mayor posibilidad de presentar complicaciones de tipo alcohólico. Sólo quedaría esperar más estudios de este tipo, ya que la literatura no reporta mucho acerca del tema, que en sus implicaciones clínicas y neurobioquímicas luce interesante.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## BIBLIOGRAFIA

## A. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

1. Goldman, Howard H., *Psiquiatría General*, 1987, 379-388.
2. Greist, John H., *Tratamiento de los Trastornos Mentales*, 1986, p. 179.
3. Holmberg, Gunnar. *Acta psychiatr.scand.* 1987. 76(suppl 335) 7-13
4. Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry* 1962;119:432-8.
5. Crowe RR, Noyes R. A family study of panic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1065-9.
6. Torgersen S. Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40: 1085-9.
7. Liebowitz MR. Lactate provocation of panic attacks. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:764-70.
8. HUmble M. Aetiology and mechanisms of anxiety disorders. *Acta psychiatr scand.* 1987;76:15-30.
9. Klein DF. A model of panic and agoraphobic development. *Acta psychiatr.scand.* 1987;76:87-95.
10. Panic Disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, september 18-19, 1986.
11. Noyes R. A family study of Generalized Anxiety Disorder. *Am J Psychiatry* 144:8, August 1987.
12. DSM III-R
13. Souza M. Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Alcoholismo. *Salud Mental* V.8 No.3 septiembre 1985/.  
13. Breier A; Agoraphobia with panic attacks. development, - diagnostic stability, and course of illness. *Arch Gen Psychiatry* 1986 Nov;43(11):1029-36.
14. Cowlwe DS, Response to sodium lactate infusion in alcoholics with panic attacks. *Am J Psychiatry* Nov;146(11):1479-83.
15. Johannessen DJ; Prevalence, onset, and clinical recognition of panic states in hospitalized male alcoholics, *Am J Psychiatry*

16. George DT, Panic response to lactate administration in alcoholic and nonalcoholic patients with panic disorder, *Am J Psychiatry* 1989 Sep;146:1161-5.
17. Cox BJ. The relationship between panic attacks and chemical dependencies, *Addict Behav* 1989;14(1):53-60.
18. Norton GR, Factors influencing drinking behavior in alcoholic panickers and non-panickers, *Behav Res Ther* 1989;27(2):167-71.
19. Pérez-Cruet J, Bases psicobiológicas en el cuadro clínico de la ansiedad, *Rev Depto Psiquiatría Facultad de med. Berna*, 12,3, 175-190(1985).
20. Velasco FR. Alcoholismo, *Visión Integral*, 1988.