

113



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

0299460

NIVEL DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y  
ATENCIÓN EN UNA POBLACIÓN DE  
ALCOHÓLICOS Y PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A :  
**BERENICE HERRERA FLORES**

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. JOSÉ LUIS DÍAZ MEZA



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO.



MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE DEL 2001.

ESTUDIOS PROFESIONALES  
DE PSICOLOGÍA.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

A MIS PADRES: POR TODO AQUELLO QUE USTEDES  
HACEN POSIBLE. POR SU CONSTANTE EN LA VIDA,  
POR PERMITIRME VIVIR Y ENSEÑARME A SABER VIVIR  
Y SOBRETUDO POR QUE ESTO ES SUYO.....LOS AMO.

A LORE Y JORGE POR TODO AQUELLO QUE ME  
HAN ENSEÑADO POR EL EJEMPLO DE UNA  
GRAN FAMILIA. GRACIAS.

A TI MI PRINCESA POR TODO AQUELLO QUE  
ME HACES SENTIR. POR TU SONRISA.

RICARDO... GRACIAS POR ESTAR A MI LADO,  
POR ESTE TIEMPO SIN TIEMPO A TU LADO  
POR TU ENTREGA Y TU FUERZA, POR TU INFINITA  
PACIENCIA Y TU AMOR, POR CADA DÍA A TU LADO  
Y POR TODO AQUELLO QUE NO PUEDO DECIR CON PALABRAS  
TE AMO.

A LA FAMILIA ARELLANO ROMERO POR PERMITIRME  
SER PARTE DE USTEDES Y POR EL CARIÑO QUE ME  
HAN ENTREGADO, SIN PALABRAS PARA PODER AGRADECERLES.

A TI MI TÍA ROSALÍA POR TU CONFIANZA EN MÍ  
POR TU AMOR INFINITO Y SOBRETUDO POR  
SER UNA GRAN MUJER, LLENA DE AMOR Y DE  
GANAS DE LUCHAR CADA DÍA.

A ALE Y JOSÉ POR SER Y ESTAR. POR PERMITIRME APRENDER  
DE CADA UNO DE USTEDES. POR SER PARTE DE SU VIDA  
Y POR LLENAR LA MÍA GRACIAS POR TODO LO QUE HAN HECHO POSIBLE

A ANDREA POR TODO LO QUE VIVIMOS  
Y POR LO QUE SOMOS.  
A GEO Y DIANA. POR LOS MOMENTOS  
COMPARTIDO A LO LARGO DE UNA VIDA.

A MARTHA POR SER ESA MANO DONDE PODER ACUDIR  
POR TU CARIÑO Y TU AMISTAD, POR LOS VALIOSOS APRENDIZAJES  
DE LA VIDA POR TU CONFIANZA EN ESTA LOCA QUE TE QUIERE.

A TODA MI FAMILIA. A TODOS Y CADA UNO DE USTEDES  
QUE ME HAN VISTO CRECER Y QUE HAN AYUDADO HA QUE  
ESTO OCURRA POR TODO EL AMOR QUE HE APRENDIDO DE USTEDES  
MIL GRACIAS.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
POR TODAS LAS OPORTUNIDADES Y POR SER UNO DE SUS  
MIEMBROS.

A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA POR PERMITIRME  
FORMAR PARTE DE ELLA.

A LOS MIEMBROS DEL JURADO:

LIC. JOSÉ LUIS REYES GONZÁLEZ.  
MTRA. VERÓNICA ALCALÁ HERRERA.  
MTRO. JULIO ESPINOSA RODRÍGUEZ.  
DR. JOSÉ LUIS DÍAZ MEZA.  
MTRA. GABRIELA OROZCO CALDERÓN.

POR LA DEDICACIÓN Y COMENTARIOS A ESTE TRABAJO.....GRACIAS.

JOSÉ LUIS NO TENGO PALABRAS PARA  
EXPRESAR TODO LO QUE SIENTO.  
POR TODO LO QUE NOS UNE, PERO SOBRETUDO POR  
LO QUE ME HAS PERMITIDO APRENDER DE TI  
POR ENTREGAR TU CONFIANZA EN ESTE TRABAJO Y  
POR ENSEÑARME A CONFIAR EN MI  
POR TODO ESO Y MÁS  
POR EL SIGNIFICADO DE LA PALABRA AMISTAD  
INFINITAS GRACIAS.

A TODOS LOS QUE DE UNA U OTRA MANERA HAN TENIDO QUE VER CON ESTE TRABAJO  
A CADA UNO DE LOS QUE YA NO ESTÁN POR EL PASO DEL TIEMPO  
POR TODOS AQUELLOS QUE HAN TENIDO CONFIANZA EN MI.  
A TODOS AQUELLOS QUE TOMARON, TOMAN Y TOMARAN PARTE UNA VEZ MAS EN  
ESTA AVENTURA..... GRACIAS

# ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I "ALCOHOLISMO"</b>	<b>2</b>
A) Historia del alcoholismo	3
B) Psicofisiología del alcoholismo	5
C) Clasificación del alcoholismo	12
D) Tratamiento del alcoholismo	15
<b>CAPITULO II "DEPRESIÓN"</b>	<b>19</b>
A) Historia de la depresión	20
B) Psicofarmacología de la depresión	22
C) Clasificación de la depresión según el DSM-IV y el CIE-10	25
D) Tratamientos para la depresión	26
<b>CAPITULO III "ANSIEDAD"</b>	<b>30</b>
A) Historia de la ansiedad	31
B) Psicofisiología de la ansiedad	33
C) Clasificación de la ansiedad según el DSM-IV y el CIE-10	34
D) Tratamientos para la ansiedad	35
<b>CAPITULO IV "PROCESOS ATENTIVOS"</b>	<b>38</b>
A) Historia de los procesos atentos	39
B) Psicofarmacología de los procesos atentos	41
C) Alteraciones de los procesos atentos	44
D) Clasificaciones de las alteraciones de los procesos atentos según el DSM-IV y CIE-10	46
E) Tratamientos de las alteraciones de los procesos atentos	47
<b>CAPITULO V "COMORBILIDAD RELACIONADA CON EL ALCOHOLISMO"</b>	<b>48</b>
A) Depresión y Alcoholismo	49
B) Ansiedad y Alcoholismo	51
C) Procesos atentos y Alcoholismo	52

<b>CAPITULO VI "MÉTODO"</b>	<b>53</b>
* Justificación	54
* Objetivos Generales	54
* Objetivos Específicos	54
* Hipótesis	55
* Material y Método	55
A) Sujetos	55
B) Instrumentos	55
C) Procedimiento	60
D) Análisis estadístico	61
<b>CAPITULO VII "RESULTADOS"</b>	<b>62</b>
<b>CAPITULO VIII "DISCUSIÓN, LIMITACIONES, CONCLUSION Y SUGERENCIAS"</b>	<b>78</b>
DISCUSIÓN Y LIMITACIONES	79
CONCLUSION Y SUGERENCIAS	84
<b>APÉNDICE</b>	<b>88</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>99</b>

# RESUMEN

El alcoholismo es un problema de salud pública por lo que hoy día es de vital importancia su diagnóstico y tratamiento que permitan al sujeto la readaptación a su medio ambiente. Así, el alcoholismo deja secuelas en diferentes esferas de la vida; el problema del alcoholismo se convierte, en una prioridad en los sistemas de salud. El abuso y la dependencia del alcohol trae como consecuencias dos de los trastornos más comunes en la psiquiatría: la depresión y la ansiedad, además de trastornos de atención. Por lo anterior el interés del presente trabajo se centra en los trastornos antes mencionados.

Se pretende saber si los pacientes alcohólicos presentan alteraciones en el proceso atencivo y si estos a su vez muestran una comorbilidad asociada a los rasgos depresivos y ansiosos; o en que medida los rasgos depresivos y ansiosos son facilitadores para el consumo del alcohol. Se emplearon 90 sujetos, con un rango de edad de 20 a 60 años. Divididos en tres grupos: psiquiátrico (Ps), alcohólico (Oh), y abierto (Ab); cada grupo con una n=30, se les aplicó una batería conformada por 4 pruebas: A) Calderón-Narváes, B) IDARE, C) Retención de dígitos y Aritmética del WAIS y finalmente D) los criterios de diagnóstico de dependencia al alcohol del DSM-IV.

Para el análisis estadístico se utilizó la ANOVA de una vía y una correlación múltiple de Spearman. Los resultados nos señalan la existencia de diferencias significativas para la prueba del CALDERÓN ( $p < 0.001$ ), e IDARE, para PS vs. AB ( $p < 0.001$ ). Ahora bien en las sub-escalas del WAIS sólo se muestran diferencias significativas en la sub-escala para Retención de dígitos en las poblaciones AB vs. PS ( $p < 0.001$ ) y para el DSM-IV, en las poblaciones OH vs. AB y OH vs. PS ( $p < 0.001$ ). Con respecto a las correlaciones altas se muestran entre los tres grupos en la prueba de CALDERÓN e IDARE ( $p < 0.001$ ), IDARE vs. DSM-IV para el grupo PS ( $p < 0.01$ ) y finalmente CALDERÓN del grupo AB vs. DÍGITOS del grupo OH ( $p < 0.001$ ).

Las conclusiones de la presente tesis son: Existe una relación entre el consumo de alcohol y la comorbilidad psiquiátrica de ambos trastornos: depresión y ansiedad, es decir, el alcohol es una variable que posibilita la aparición de rasgos depresivos y ansiosos, cabe señalar que la misma relación se puede presentar a la inversa, reiterado por que la población psiquiátrica cumplió con los criterios de dependencia al alcohol. Asimismo, el proceso atencivo se vio disminuido, ahora, bien, no se puede determinar de forma categórica que dicho cambio sea confiable, se requiere la utilización de una prueba más fina.

## **CAPÍTULO I**

### **“ALCOHOLISMO”**

## A).- HISTORIA DEL ALCOHOLISMO

El origen preciso de las bebidas alcohólicas se pierde en la prehistoria humana. Desde las civilizaciones más antiguas se dio al alcohol un lugar importante en ritos y ceremonias como: muerte, nacimiento, unión e iniciación de jóvenes a la vida adulta, ritos y misas entre otras. El consumo de alcohol se extendió rápidamente convirtiéndose en parte de los hábitos alimenticios del hombre (González, 1993).

El alcoholismo se ha definido a lo largo del tiempo de muy variadas formas. En 1945 la academia de medicina de Francia lo definió como: "el consumo de alcohol que sobrepase 1g/Kg de peso / día o sea 750 ml de vino de 10 ° para un hombre de 70kg de peso y 1000 ml si es un trabajador que realiza un trabajo de fuerza" (Díaz Aizpiri, 1996).

En 1950 en un primer informe la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraba alcoholismo como: "toda ingestión que exceda al consumo alimentario tradicional y corriente o sobrepase el marco general de los hábitos sociales propios del medio considerado, cualesquiera que sean los factores etiológicos responsables y cualquiera que sea la etiología de dichos factores: herencia, constitución física, psicopatologías o metabólicas adquiridas" (Díaz Aizpiri, et al. 1996). En un segundo informe la OMS, (1951) señaló que: "Los alcohólicos son bebedores excesivos, en los cuales la dependencia del alcohol es tal que puede presentar trastornos cognitivos o manifestaciones que afectan a la salud física y mental; sus relaciones con los otros y su comportamiento social y su economía, en principio, no se alteran significativamente, pero se presentan desórdenes que son los pródromos de los futuros trastornos de este género" (Díaz Aizpiri, et al. 1996).

La National Council on Alcoholism de Estados Unidos en 1976 definía el alcoholismo como: "Una dependencia progresiva y crónica y/o trastornos patológicos orgánicos, en su conjunto, consecuencia directa o indirecta de la ingestión de bebidas alcohólicas" (Díaz Aizpiri, et al. 1996); Mientras que la American Medical Association de Estados Unidos (1977) señalaba que es: "una enfermedad que se caracteriza por un deterioro significativo, consecuencia directamente asociada de un consumo de alcohol repetido y excesivo" (Díaz Aizpiri, et al. 1996,).

En 1980 con la aparición del DSM-III Feighner y Spitzer (1992) dieron a la definición de alcoholismo un giro drástico incluyéndolo entre los trastornos asociados o vinculados a la utilización de sustancias "toxicomanígenas" y no en la categoría de los trastornos de la personalidad y, en 1995, con la publicación del DSM-IV se le clasifica en el trastorno relacionado con el uso de sustancias (Díaz Aizpiri, et al. 1996, Pichot, 1995).

En resumen puede decirse que: se considera alcohólico a toda persona que, ingiriendo alcohol y conociendo que éste le produce cambios caracterológicos y conductuales, no es capaz de disminuir la dosis que ingiere o de dejar de beber alcohol, y que en muy alta probabilidad de está etapa de dependencia, pasa a la intoxicación persistente con adicción y manifestaciones del síndrome de abstinencia, que evidentemente mejorará o paliará con una nueva ingestión del tóxico, todo ello con la sintomatología esperada" (Díaz Aizpiri, et al. 1996).

Por otro lado, la historia, la cultura y la tradición de las bebidas alcohólicas como mercancías y como hipotéticas dadoras de salud han creado, junto con los intereses económicos-financiero-legales de la economía de mercado, un espeso velo que oculta sus riesgos. Esta misma observación se confirma remontándose en la historia de la alienación, la locura o la psiquiatría, en los siglos XIX y XX, con las distintas actitudes de los frenólogos, alienistas y psiquiatras para identificar la verdadera naturaleza de la vinculación socio patológica del sujeto con las bebidas alcohólicas (Díaz Aizpiri, et al. 1996).

Es quizá por todo ello que los tratados de psiquiatría clásicos hacían un enfoque puramente psicopatológico y/o neurológico del alcoholismo y, en consecuencia, sólo matizaban y describían algunos de los aspectos de la alcoholización o de la expresión sintomática de lo que pueden considerarse enfermedades alcohólicas secundarias con expresión neurológica o encefalopatía (Díaz Aizpiri, et al. 1996).

El alcoholismo es un problema de salud pública. Las encuestas nacionales sobre adicciones de 1988 y 1993 indican que entre el 6% y el 9% de la población que consume alcohol presentan síntomas de dependencia. De ellos en 1993 la prevalencia de dependencia masculina fue de 19% y de 1.2% la femenina (Díaz et al. 1998). En México se señala que el 77% de los hombres beben alcohol, mientras que de las mujeres son el 57.5%. Los episodios de embriaguez son comunes, en cerca del 25% de los bebedores los presentan. De los bebedores

varones el 40 % tienen problemas con el alcohol y el 5% de las mujeres generan dicho problema (Díaz et al. 1998).

Así, el problema del alcoholismo se convierte, ahora en nuestro tiempo, en una prioridad en los sistemas de salud, el abuso y la dependencia del alcohol son, los trastornos más comunes relacionados con el uso de sustancias adictivas. El alcoholismo constituye un fenómeno complejo, multicausal y pluridimensional; naturaleza tan diversa requiere irremediablemente un talento abierto, un enfoque interdisciplinario y un abordaje multimetodológico.

El problema no se ciñe únicamente, que no es poco, a la consideración del alcohol como una de las drogas más consumidas en todo el planeta, lo verdaderamente preocupante es que dicho consumo resulta cada vez mayor a escala mundial. Asimismo el uso y abuso de las bebidas alcohólicas no distingue países, desarrollo, regiones, razas, culturas, organismos ó personalidades (Agulló, 1998).

## **B).- PSICOFARMACOLOGIA DEL ALCOHOLISMO**

Las recientes investigaciones realizadas por las múltiples disciplinas como la medicina, la psicología, la psiquiatría, que tienen que ver con el tratamiento del abuso y dependencia del alcohol han generado una explosión de datos. Abundan los nuevos hallazgos en el tratamiento de los síndromes de abstinencia de alcohol, la farmacoterapia y las intervenciones psicosociales específicas, además de las disciplinas de bioquímica básica y genética. Estos descubrimientos ya están comenzando a influir en las formas de tratar a los individuos alcohólicos en cada estadio de la enfermedad (Bohn, et al. 1997). El consumo del alcohol es propiciado por múltiples factores (biológicos, psicológicos, sociales y culturales) y sus consecuencias se manifiestan en diferentes esferas y son cambiantes aun en el mismo individuo.

El término "alcohol" hace referencia a un amplio grupo de moléculas orgánicas que contienen un grupo hidroxilo ( -OH) unido a un átomo de carbono saturado. El etil alcohol, también llamado etanol es el más común de los alcoholes; cuando nos referimos al alcohol como una bebida, se trata del etanol. Su fórmula química es  $\text{CH}_3 - \text{CH}_2 - \text{OH}$ . Los diferentes aromas y sabores de las distintas bebidas alcohólicas son el resultado de sus

métodos de producción. Por estos métodos se obtiene sustancias similares como el metanol, butanol, aldehídos, fenoles, taninos y pequeñas cantidades de algún metal. Aunque estas sustancias pueden conferir efectos psicoactivos muy distintos a las bebidas de las que forman parte, estas diferencias son mínimas cuando se comparan con los efectos del etanol en sí mismo (Kaplan, et al. 1997).

El etanol es una molécula alifática, por lo que su distribución en el organismo es muy amplia y presenta múltiples sitios de acción. Los efectos del alcohol sobre los diferentes sistemas del cuerpo humano son numerosos; uno de los primeros sistemas que se ve afectado es el sistema nervioso, la acción que se ejerce sobre éste se asocia a un conjunto de trastornos ligados al consumo de la sustancia o al consumo crónico. El daño ocasionado por esta sustancia puede manifestarse en órganos como el hígado, el cerebro, el corazón y el páncreas, así como en aparatos y sistemas entre los que destacan el digestivo, el reproductor, inmunológico y endocrino (Díaz, et al. 1998).

Unas de estas bebidas suelen contener 12 grados de etanol, que es el contenido de 12 onzas de cerveza, o un vaso de vino de 4 onzas. No obstante cuando se calcula la ingesta de alcohol de un paciente hay que tener en cuenta que; por ejemplo las cervezas; varían en su contenido de alcohol, y así con otras muchas bebidas. Sin embargo, utilizando medidas moderadas de bebida, se estima que una única bebida incrementa el nivel de alcohol en sangre de 15 a 25 mg/dl en un hombre de 150 libras ó 67.5 Kg de peso. Esta es aproximadamente la concentración de alcohol que, como promedio, puede metabolizar una persona en una hora (Kaplan, et al. 1997). Se ha encontrado que la cerveza es responsable del 50% del total de etanol consumido, los destilados (Tequila, Brandy y Ron) de 32%, los vinos de 5%, el pulque de 9% y el aguardiente y alcohol del 96°, de 4%. (Tapia-Conyer 2001).

La absorción de alcohol es mucho menor en las membranas mucosas de la boca y el esófago; en el estomago y en el colon se absorbe una cantidad mayor y esta se lleva a cabo en el intestino delgado. Esto va a alterar la absorción de nutrimento como son las vitaminas, minerales, etc. como consecuencia en el paciente que abusa de las bebidas alcohólicas o que presentan la enfermedad del alcoholismo. En la mujer, probablemente por un efecto hormonal tiende a presentar efectos mucho más severos (D'ector, 1999).

El etanol se metaboliza en la glándula hepática por 2 vías principales: La primera que es dependiente de una enzima, la deshidrogenasa alcohólica, y la segunda vía, es un sistema que está en los microsomas, el sistema microsomal antioxidante del etanol. En el organismo femenino, en comparación con el masculino, existe una desventaja; se tiene una menor cantidad de deshidrogenasa alcohólica, es decir, con menor cantidad de alcohol ingerido, la intoxicación se presente con mayor facilidad (D'ector, 1999). En la segunda vía se necesitan concentraciones sanguíneas mucho más altas de etanol, además este sistema activa al sistema microsomal (MEOS), generando el fenómeno de tolerancia (necesidad progresiva de dosis mayores para alcanzar el mismo efectos), por lo tanto son dos mecanismos por los cuales, las mujeres presentan alteraciones más severas: a nivel hepático; ya que el alcohol se va a metabolizar en acetaldehído y el producto final es el acetato (D'ector, 1999). Ahora bien, en cuanto a la diferencia por raza, se encuentran muchas discrepancias entre los autores: la tolerancia, resistencia y velocidad metabólica del alcohol es muy variable (Sandell y Bertling, 1999); Asimismo, lo que determina la velocidad metabólica del alcohol es la masa corporal, específicamente, el volumen de grasa corporal (Kaplan 1997; D'ector, 1999).

Debido a estas diferencias biológicas las mujeres se intoxican y generan una dependencia al etanol más rápida que los hombres. Otra de las razones por las cuales, la mujer presenta lesiones más importantes con la misma cantidad de alcohol que un varón, es el tamaño corporal. En la composición corporal, la relación de grasa con líquidos, las mujeres tienen una mayor proporción de grasa y esto ocasiona una menor dilución del alcohol y mayores posibilidades de tener una lesión hepática o de producir más acetaldehído (D'ector, 1999).

Un 10 % del alcohol consumido es absorbido por el estómago y el resto por el intestino delgado. La concentración máxima en sangre ocurre en 30-90 minutos, aunque por lo regular se llega a este pico en el intervalo de 45-60 minutos, según la cantidad de alcohol que se haya absorbido con el "estómago lleno o con el estómago vacío" (en este caso la absorción es más rápida). El tiempo en el que se tarda en conseguir la concentración máxima depende, también, del tiempo durante el cuál se ha estado consumiendo; un período corto reduce el tiempo necesario para conseguir este pico. La absorción es más rápida cuando las bebidas contienen entre un 15 y 30% de alcohol (Kaplan, et al. 1997).

El organismo posee un mecanismo para defenderse del exceso de alcohol. Si la concentración en el estómago es demasiado alta, se segregan mucosidades y la válvula pilórica se cierra. Esto retarda la absorción

e impide que el alcohol pase al intestino delgado donde no existen demasiadas barreras para la absorción. De este modo grandes cantidades de alcohol pueden permanecer en el estómago sin ser absorbidas. Además, el espacio pilórico produce con frecuencia náuseas y vómito. (Kaplan, et al. 1997)

Una vez que el alcohol entra al torrente sanguíneo, se distribuye por todos los tejidos, los efectos de la intoxicación son mayores cuando la concentración va en aumento que cuando va disminuyendo. Por esto, la tasa de absorción esta directamente relacionada con la intoxicación. Un 90 % del alcohol que es absorbido se metaboliza mediante un proceso de oxidación en el hígado; el 10 % restante se excreta sin demasiados cambios a través de riñones y pulmones (Kaplan, et al. 1997).

En este sentido el alcohol en sangre a niveles de un 0.05% empieza a alterar el pensamiento, el juicio y la percepción, en concentraciones del 0.1% los movimientos voluntarios del músculo estriado (extremidades superiores e inferiores) se ven seriamente entorpecidos, al 0.2% las áreas cerebrales motoras están deprimidas; también se ven afectadas las áreas que controlan las emociones, al 0.3% una persona suele presentar un estado confuso o iniciar un cuadro estuporoso y el 0.4 ó 0.5% la persona entra en coma. Existe un sin numero de complicaciones médicas y neurológicas asociadas al consumo del alcohol (cuadro 1).

En este sentido; un modelo psicofarmacológico de la dependencia nos muestra como una conducta de búsqueda de sustancias es mantenida por cuatro procesos básicos: a) refuerzo positivo, dicho refuerzo se refiere a las reacciones de euforia, reducción de la ansiedad, una falsa percepción de la mejora de algunas funciones o bien alivio de la abstinencia; b) efectos discriminativos de las sustancias, es decir, la búsqueda específica de la sustancia que provoca las sensaciones de alivio de estas reacciones antes mencionadas, c) los estímulos asociados a ellas, como son el contexto social, los factores genéticos, la historia individual o farmacológica previa y d) efectos aversivos de la sustancia, que están relacionados al grado de la adicción a dicha sustancia y de estos se pueden mencionar los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales de el individuo. Estos cuatro procesos se dan en cualquier consumo de sustancias adictivas (Kaplan, et al. 1997).

**Cuadro 1.- COMPLICACIONES MEDICAS, NEUROLÓGICAS Y ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL.**

COMPLICACIONES MEDICAS Y NEUROLÓGICAS	SÍNDROMES
Enfermedades nutricionales del sistema Nervioso secundarias al alcohol	*Síndrome de Wernicke-Korsakoff. *Degeneración cerebral *Neuropatía periférica *Neuropatía óptica * *Pelagra.
Enfermedades alcohólicas de Patogenia desconocida	*Mielinosis pontino-cerebral *Enfermedades de Marchifava-Bignami *Síndrome Alcohólico Fetal *Miopatía *Demencia alcohólica *Atrofia cerebral alcohólica
<b>Enfermedades sistémicas debidas al alcohol con complicaciones neurológicas secundarias:</b>	
Enfermedades del hígado	*Encefalopatías hepáticas, *Degeneración hepatocerebral crónica adquirida
Enfermedades gastrointestinales	*Síndrome de mala absorción *Síndromes posgastrectomía *Posible Encefalopatía pancreática
Enfermedades cardiovasculares	*Cardiomiopatía con riesgo de embolia cardiogénica y enfermedades cerebro vasculares *Arritmias y presión sanguínea anormal que pueden conducir a enfermedades cerebro vascular
Trastorno hematológicos	*Anemia *Leucopenia *Trombocitopenia
Enfermedades infecciosas	*Meningitis
Hipotermia e Hipertermia	
Hipotensión e Hipertensión	
Depresión respiratoria e Hipoxia asociada	
Encefalopatía tóxica	
Desequilibrio que producen estados de confusión y más raramente síntomas y signos neurológicos focales	*Hipoglucemia *Hiperglucemia *Hiponatremia *Hipercalcemia *Hipomagnesemia * Hipofosfatemia

(Kaplan, et al. 1997)

Dichos procesos se encuentran relacionados con una variedad de estados subjetivos , ya que dichas propiedades reforzadoras del alcohol pueden contribuir de manera importante en los procesos biológicos que llevan al consumo inicial, la ingesta continua, el abuso de la sustancia y eventualmente al desarrollo de una dependencia a la misma (Méndez y Cruz 1999).

En contraste con la mayoría de las otras sustancias de abuso para las que se han identificado receptores a nivel cerebral no ocurre lo mismo con el alcohol. La teoría más antigua hace referencia a los

estudios bioquímicos del alcohol; se centra en sus efectos sobre las membranas de las neuronas. Los datos de los que se dispone apoyan la hipótesis de que el alcohol produce sus efectos introduciéndose a la membrana y aumentando su fluidez cuando se utiliza por poco tiempo. Con un consumo a largo plazo, la teoría menciona que, las membranas se vuelven rígidas y duras. La fluidez de las membranas es una propiedad crítica para asegurar el funcionamiento de los receptores, canales iónicos y proteínas. Los estudios más recientes han tratado de identificar receptores específicos para los efectos del alcohol. La máxima atención se ha centrado en los efectos del alcohol sobre los canales iónicos. (Kaplan, et al. 1997)

La hipótesis del cambio en la fluidez de la membrana celular ha sido comprobada por una serie de métodos fisicoquímicos entre los que destacan: la resonancia magnética de electrones y la polarización por fluorescencia. Sin embargo, no todas las áreas de la membrana celular presentan estos cambios, existen algunas regiones con características especiales en las que se observan modificaciones más acentuadas. Las zonas ricas en gangliósidos (lípidos en el citoplasma de las membranas de los nervios terminales) son más lábiles, también, lo son las moléculas proteicas que forman los ionóforos (son los encargados de la ejecución de la transmisión del impulso nervioso) y receptores (Salin; 1997)

Asimismo, algunas investigaciones han hallado que la actividad del ionóforo asociada a los receptores nicotínicos para la acetilcolina, a los receptores tipo 3 para la serotonina (5HT-3) y a los receptores gabaérgicos tipo A (GABA-A) se ve aumentada con el alcohol, mientras que la actividad del canal iónico asociada a los receptores del glutamato, y a los canales de calcio dependientes del voltaje se inhibe (Kaplan, et al. 1997). Como resultado de su actividad molecular, el alcohol resulta un depresor del sistema nervioso mucho más potente que los barbitúricos o las benzodiazepinas con los cuales tienen cierto grado de tolerancia y dependencia cruzada (Kaplan, et al. 1997).

La aplicación de las herramientas de la biología molecular al estudio del alcoholismo, aunado al uso de los modelos animales, ha permitido explorar los posibles mecanismos o factores genéticos responsables del comportamiento adictivo al alcohol y otras sustancias. Algunos marcadores genéticos (entre ellos el correspondiente al gen del receptor D2 a dopamina murino) se encuentran asociados al consumo incrementado de etanol, lo cual podría indicar que estos genes poseen una influencia, discreta, pero cuantificable, asociado a este rasgo fenotípico (Díaz et al 1998).

La atención se ha centrado particularmente sobre genes de los sistemas de neurotransmisión dopaminérgica, basada en la evidencia obtenida de diversos tipos de experimentos que asocian la función de este neurotransmisor con conductas de reforzamiento, recompensa y motivación para beber. Una variedad de rasgos fisiológicos ha sido encontrada en muestras de alcohólicos. Niveles disminuidos de 5HIAA en el líquido cefalorraquídeo de un grupo de alcohólicos seleccionados por su alta impulsividad (Díaz et al. 1998).

Se ha sugerido que el denominado comportamiento de búsqueda de alcohol (alcohol-seeking behavior) ó mecanismos cerebrales de recompensa y reforzamiento positivo podría estar relacionado con la activación de circuitos dopaminérgicos, que estimulan la conducta psicomotora exploratoria que permite al animal (o al hombre en su caso) interactuar con los estímulos recompensantes apropiados (Díaz et al. 1998), aún cuándo existe una importante interacción entre el sistema mesolímbico cortical, siendo una importante vía dopaminérgica (Feldman, et al. 1997). La administración de altas dosis de etanol a ratas con un alto consumo innato incrementa la actividad central serotoninérgica, evento mediado a través de la activación del núcleo del ratón dorsal, lo cual se relaciona con la disminución de los niveles de serotonina detectada en la corteza cerebral, núcleo accumbens e hipotálamo (Díaz et al. 1998). Ahora bien, el sistema mesolímbico, parte de las áreas primarias A10 (área tegmental ventral) y de menos participación las áreas A9 (sustancia nigra) y A8 (núcleo retrorubral), proyectando a los núcleos del septum, amígdala, hipocampo, la banda diagonal del núcleo septal, el núcleo olfatorio anterior y el área cortical límbica; algunas proyecciones recurrentes son al núcleo del accumbens y al tubérculo olfatorio. Las conexiones de dicho sistema (sistema límbico y núcleo accumbens) y su relación en la conducta placentera y adictiva, así, como en la participación de los procesos motivacionales (movimiento) permite postularlo como un sistema que participa en las conductas adictivas, específicamente como vía dopaminérgica (Feldman, et al. 1997).

El alcohol aumenta la transmisión dopaminérgica y serotoninérgica en regiones cerebrales asociadas a la vía de recompensa. La administración de agonistas dopaminérgicos y serotoninérgicos reduce la ingesta de alcohol, mientras que la de antagonistas dopaminérgicos la aumenta. Algunos estudios sugieren que los receptores D2, 5-HT 1A y 5HT 3 participan en estas respuestas (Mendez et al 1999).

El alcohol y los peptidos opeoides comparten muchas características farmacológicas y exhiben efectos similares sobre el comportamiento en animales y el hombre. Se ha postulado al sistema opioide como un posible mediador de los efectos reforzadores positivos del alcohol. El etanol modifica la síntesis y la liberación de algunos peptidos opioides, así como la activación de los receptores opiáceos mu y delta (Mendez et al 1999)

Dado que éstas y otras regiones parecen mediar las propiedades reforzadoras y de recompensa del alcohol y de otras drogas de abuso, y dado que neuronas serotoninérgicas modulan al parecer la enervación dopaminérgica en estas áreas cerebrales, se ha sugerido que posiblemente la deficiencia en el sistema de transmisión serotoninérgico podría ser responsable (al menos parcialmente) de generar respuestas de búsqueda de preferencia por el alcohol, de incrementar la vulnerabilidad al desarrollo de desórdenes de ansiedad y de estado de ánimo, así como de la presentación de comportamiento impulsivos y agresivos, todos ellos parte del cuadro clínico comórbido que se observa frecuentemente con el diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol (Díaz et al. 1998).

### C).- CLASIFICACIONES DEL ALCOHOLISMO

Los intentos de clasificación de los subtipos de individuos alcohólicos datan del Papiro de Ebers e incluyen varios esquemas desarrollados en el siglo XIX. Cuando el psiquiatra Kals Browman y el bioestadista Jellinek E. revisaron y sintetizaron los tipos de alcoholismo en 1945, identificaron 39 clasificaciones de bebedores anormales; más tarde Jellinek en 1960 describió diferencias en los patrones de los bebedores que presentan los miembros de Alcohólicos Anónimos. Proponían una tipología quintuple del alcoholismo utilizando elementos etiológicos, elementos del proceso del alcoholismo como son: la dependencia y elementos relacionados con el deterioro físico mental y socioeconómico.

Dos de los tipos de Jellinek son: Los alcohólicos gamma (sujetos con alta vulnerabilidad psicológica a presentar dependencia e incapacidad de control cuando comienza a beber. Aunque a menudo pueden abstenerse durante largos periodos entre cada ingesta) y los alcohólicos delta (sujetos que desarrollan el alcoholismo bajo la fuerte influencia de los factores socioculturales y económicos, como son: el estímulo social hacia las bebidas y la facilidad para disponer de bebidas alcohólicas), acaban teniendo problemas económicos y de salud física, independientemente de su origen (Galanter, et al. 1997)

En los años setenta, se hizo muy habitual el abuso de alcohol combinado con distintas sustancias en los países industrializados, concretamente en los ámbitos urbanos. Esta tendencia, junto al aumento de la disponibilidad de varias sustancias legales e ilegales, han llevado a considerar las tipologías en términos de patrones de comorbilidad de abuso. En 1978 Carlin y Stauss (ref en Galanter, et al. 1997) propusieron dos grupos de individuos que abusan de varias sustancias según sus patrones motivacionales: Consumidores recreativos y personas que se automedican. Estos últimos utilizan las sustancias de manera relativamente regular, tiene una preocupación más somática y manifiestan más síntomas depresivos que los consumidores recreativos. Otras tipologías distinguen entre individuos que abusan de varias sustancias ilegales y los que consumen por prescripción reportadas por Malow y cols 1998 (ref en Galanter, et al. 1997).

Cloninger y cols. en 1987 a 1988 (en Galanter, et al. 1997), han realizado una serie de estudios prospectados de adopción de individuos alcohólicos y han propuesto dos subtipos de alcoholismo. El tipo 1 o alcoholismo circunscrito al ambiente, que afecta tanto varones como a mujeres, se inicia después de los 25 años y se caracteriza por la capacidad de abstenerse de beber y por la pérdida de control tras iniciar el consumo. La gravedad del alcoholismo de los individuos alcohólicos del tipo 1 depende del ambiente en su infancia. Un ambiente familiar caracterizado por un alto consumo de alcohol puede aumentar la gravedad de los problemas posteriores con el alcohol en niños que tienen genéticamente riesgo del alcoholismo los alcohólicos del tipo 1 pocas veces se enzarzan en peleas o son detenidos cuando beben y no tienden a tener una historia familiar de delincuencia(Galanter, et al.1997).

El alcohólico tipo 2, o alcoholismo circunscrito a los varones, se observa únicamente en los varones, comienza antes de los 25 años y se caracteriza por la incapacidad de abstenerse de beber y por un consumo cuantioso. Los alcohólicos tipo 2 padecen consecuencias sociales y medicas recurrentes y graves. Este tipo de alcoholismo es hereditario y no esta influido por los patrones de bebida de los padres en el periodo postnatal. Es típico que tanto el alcohólico de tipo 2 como su padre tengan historias de conflictos con la ley por peleas y detenciones cuando están intoxicados (Galanter, et al. 1997).

Existe una similitud notable entre las tipologías establecidas a partir de la evaluación de pacientes alcohólicos que buscan tratamiento y los subtipos derivados de los estudios de familia- genéticos, sobre todo,

esa similitud es mayor para el alcoholismo que inicia temprano frecuentemente. Estos individuos presentan problemas psiquiátricos coexistentes, como impulsividad, tendencias agresivas, delincuencia y otros comportamientos antisociales. (Galanter, et al. 1997)

Los alcohólicos gamma de Jellinek, los del tipo 2 de Cloninger y cols, los de tipo II de Von Knorring, los antisociales de Zucker y los alcohólicos de tipo B de Babor y cols (Galanter, et al. 1997). Presentan muchas de estas características. Este tipo de alcoholismo tiene curso grave y responde poco a tratamientos tradicionales, pero puede responder mejor a tratamientos cognoscitivo-conductuales estructurados, que hacen hincapié en habilidades sociales y estrategias concretas de afrontamiento de los impulsos hacia el alcohol, afectividad negativa y tedio durante la abstinencia. La evidencia preliminar sugiere un papel de los fármacos serotoninérgicos para tratar a este grupo de alcohólicos (Galanter, et al. 1997).

Un grupo más heterogéneo de alcohólicos es el compuesto por los alcohólicos delta de Jellinek, los bebedores afiliativos dependientes de Morey y cols, el tipo 1 de Cloninger y cols. el tipo I de Von Knorring y cols, el alcoholismo ligado a los pasos del desarrollo de Zucker y el tipo A de Babor y cols (Galanter, et al. 1997). Los trastornos asociados son los afectivos y de ansiedad, y los tratamientos farmacológicos de los trastornos psiquiátricos primarios pueden reducir tanto síntomas psiquiátricos como el comportamiento de consumo de alcohol. Este tipo de alcohólicos parece que responde mejor a los tratamientos psicológicos que fomentan la autorreflexión y la cohesión grupal (Galanter, et al. 1997).

#### **CLASIFICACIÓN SEGÚN EL DSM-IV Y EL CIE-10**

Según el DSM-IV (Pichot y cols, 1995) la dependencia al alcohol se clasifica cuando el patrón desadaptativo de consumo de la sustancia conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, el abuso de alcohol se refiere al patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, la intoxicación por alcohol según el DSM-IV se caracteriza por la ingestión reciente de alcohol, cambios psicológicos comportamentales, desadaptativos, lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo (movimiento ocular anormal principalmente lateral extremo), deterioro de la atención o de la memoria, estupor (falta de reactividad y desconexión del medio) o coma (grado profundo de inconsciencia); asimismo la abstinencia por alcohol se caracteriza por la interrupción o disminución del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades (Pichot y cols, 1995).

El CIE-10 clasifica dentro los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas a la intoxicación aguda, se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropicas o de alcohol que producen alteraciones del nivel de la conciencia, cognición, percepción, el estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas, el consumo perjudicial. Se refiere al estado que afecta la salud física o mental. El síndrome de dependencia, se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto, así mismo el síndrome de abstinencia. se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes medios y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas (OMS, 1993).

#### **E).- TRATAMIENTOS DEL ALCOHOLISMO**

La intensidad de la dependencia del alcohol predice la demanda del tratamiento, el deseo irresistible del alcohol tras empezar a beber, la respuesta al alcohol y el placebo, la recaída en problemas relacionados con el alcohol y la reaparición de la dependencia tras un período de abstinencia. Las incapacidades psicosociales relacionadas con el alcohol se asocian a una mayor prevalencia de psicopatologías a lo largo de la vida (que incluyen el trastorno antisocial de la personalidad, la depresión mayor y el trastorno obsesivo-compulsivo) y a factores culturales, en tanto que la intensidad de la dependencia del alcohol se relaciona positivamente con la cantidad y la frecuencia del consumo, pero no con la psicopatología (Bohon, et al. 1997).

El tratamiento de los síntomas de la abstinencia de alcohol tiene dos objetivos principales: 1) ayudar a que el paciente se desintoxique de la manera más segura y cómoda posible, y 2) fomentar la motivación en el paciente para no continuar bebiendo (Galanter, et al. 1997). Ahora bien, en el área del alcoholismo, es hasta fechas recientes que se ha comenzado a dar la importancia que le corresponde a la prevención secundaria (detección temprana y tratamiento oportuno). El tratamiento debe ser proporcionado por el personal de gran variedad de disciplinas, incluyendo médicos, trabajadores sociales, enfermeras, asesores y psicólogos, con roles específicos para cada disciplina en los sitios de atención a la salud (Díaz .1998).

El tratamiento ambulatorio (seguimiento de manera externa del paciente) puede ser suficiente para un importante número de pacientes con síndrome de abstinencia de alcohol. En varios estudios se ha descrito el tratamiento ambulatorio satisfactorio de los pacientes con síntomas de abstinencia de leves a moderados (Galanter, et al. 1997). No obstante, el clínico puede estar relativamente seguro cuando trata ambulatoriamente un paciente con síntomas de abstinencia de alcohol y si el paciente no presenta una historia previa de convulsiones o delirium relacionados con el alcohol. Se puede ayudar a estos pacientes a disminuir el consumo de alcohol con el apoyo familiar y el consumo de hipnóticos de acción corta para el sueño, junto a dosis moderadas de Benzodiacepinas (BZ) para la ansiedad durante días (Galanter, et al. 1997)

Los criterios para el delirium por abstinencia de alcohol incluyen alteración de la conciencia, dificultad en el mantenimiento frente a circunstancias presentes, hiperactividad autónoma, y sudoraciones. El consumo de BZ puede ser de considerable ayuda para los pacientes alcohólicos que han experimentado convulsiones por la abstinencia al alcohol, ya que estos compuestos poseen una acción anticonvulsiva. Los pacientes alcohólicos que han realizado más intentos de abstinencia tienen más probabilidades de experimentar crisis convulsivas y de desarrollar discapacidades neurológicas y psiquiátricas (Galanter, et al. 1997).

Algunos de los síntomas del síndrome prolongado de abstinencia se han enumerado bajo otros términos clínicos, como síndrome prolongado de privación o trastornos mentales orgánicos subagudos inducidos por el alcoholismo. Los síntomas atribuibles al síndrome prolongado de privación consisten en variaciones fisiológicas como alteraciones de la latencia del sueño; frecuencias de los despertares; aumento en la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal, la presión sanguínea y el pulso; disminución de la respuesta de estrés al frío; persistencia de la tolerancia a los efectos sedantes y temblores. Estos pacientes pueden mostrar frustración e irritabilidad provocadas por déficit en la resolución de problemas, síntomas de ansiedad espontánea y episodios depresivos sin razón aparente (Galanter, et al. 1997).

Existe un grupo de bebedores cuyos problemas con la bebida son relativamente moderados y se producen principalmente durante la edad adulta temprana. Estos bebedores, estables socialmente, presentan una psicopatología mínima, pero son más ambivalentes y defensivos cuando se trata de alterar sus hábitos de beber. Estas características se observan en los bebedores en los estadios iniciales de su problema de Morey y

cols. (en Galanter, et al 1997) y el tipo de alcoholismo ligado a los pasos del desarrollo. En estos bebedores, el empleo de técnicas breves de consejo como la entrevista motivacional parece particularmente útil en el tratamiento de la ambivalencia, en la negociación de la reducción de la ingesta de alcohol o la consecución de la abstinencia y en la presentación de feedback o retroalimentación para estimular la reducción de la bebida y plantear otros objetivos más ambiciosos. En los bebedores, en los estadios iniciales de su problema que están motivados, el uso profiláctico de fármacos antidipsotrópicos de acción corta, pueden facilitar la reducción de la ingesta de alcohol (Galanter, et al 1997).

Ahora bien, los abordajes de tratamiento para el bebedor son fundamentalmente tres:

1) Uso de medicamentos. El medicamento más comúnmente empleado en el tratamiento del bebedor a sido el disulfiram (antabus) este es utilizado comúnmente por los familiares del paciente en forma subrepticia lo cual provoca que no sea un tratamiento efectivo ya que dicho medicamento provoca en el paciente una reacción fisiológica antagónica a la ingesta de alcohol y su efecto se mantiene por un periodo de tiempo significativo (Ayala y Gutierrez 1993).

En recientes investigaciones dentro de esta área se ha puesto de manifiesto el papel del sistema opioide (Mendez et al 1999), la naltrexona es un antagonista opioide que reduce las propiedades reforzadoras de el alcohol en bebedores sociales y disminuye la ingesta excesiva de la sustancia y la tasa de recaídas (Mendez eta al 1999 y Pallavicine 1998).

2) Terapias aversivas: En las terapias aversivas se utilizan sustancias desagradables o estimulación eléctrica dolorosa apareadas con la ingesta de alcohol sin embargo dicha opción terapeutica ha mostrado tener mayores resultados negativos para los pacientes que son sometidos a este; fundamentalmente la parte más criticable de dicho tratamiento son las implicaciones éticas que resultan de su uso (Ayala y Gutierrez 1993).

3) Psicoterapia: El uso de psicoterapia individual y de grupo con énfasis en el "insight" como base del proceso terapéutico han sido y continúan siendo la estrategia de intervención mas usual con los alcohólicos y bebedores problema, de los modelos más utilizados son la terapias de corte interpersonal y cognitivo conductual (Ayala y Gutierrez 1993).

Si bien es cierto que estos tres tratamientos para los alcohólicos han demostrado en su momento efectos positivos para controlar la adicción, hoy en día tenemos que tomar en cuenta factores que influyen en dicho tratamientos como lo son: 1) el contexto cultural y social en que ocurre el consumo del alcohol, 2) El contexto político y económico en que se insertan los programas de tratamiento, 3) las características de los sistemas de tratamiento, 4) el acceso a éstos y los problemas propios de la comunidad (Solís y Medina Mora 2000).

En este sentido debemos orientar el tratamiento a la consecución de objetivos para controlar y en un futuro evitar el consumo de la sustancia y esto tienen que ver con: una disminución de las recaídas, reducción de las comorbilidades asociadas, modificación de la severidad de la adicción, disminución de los costos de los servicios de salud, mejoría de la capacidad productiva del sujeto, disminución de los sufrimientos y finalmente una disminución de los costos sociales de la enfermedad (Solís y Medina Mora 2000).

Las estrategias y modalidades del tratamiento se deben orientar:

- 1) Crear estrategias de motivación y sugestión: confrontación, entrevista motivacional.
- 2) Modalidades psicológicas para modificar las contingencias sociales.
- 3) Estrategias para el manejo del uso de sustancias: autocontrol, retroalimentación, relajación, manejo del estrés, habilidades sociales, manejo de problemas, capacitación y búsqueda de empleo.
- 4) Estrategias educacionales para lograr nuevos conocimientos.
- 5) Estrategias para contrarrestar y extinguir la apetencia y las ganas de usar alcohol y otras drogas.
- 6) El diagnóstico oportuno de las comorbilidades psiquiátricas ó físicas existentes en el paciente con trastorno de abuso de sustancias.
- 7) La utilización de la farmacoterapia que nos permite romper con el círculo adictivo a niveles del S.N.C, manteniendo la abstinencia en el paciente y a su vez atacar la comorbilidad asociada en dos de los trastornos mas frecuentemente reportados como lo son la ansiedad y la depresión (Solís y Medina Mora 2000).

Ante tales perspectivas la tarea y la labor del personal de salud para el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias y en especial con el abuso y dependencia al alcohol se vuelve complejo, mas no imposible, tomando en cuenta que es necesario el tratamiento conjunto de los sistemas de salud, así como, la mejora dentro de su entorno social la lucha no se encuentra perdida.

## **CAPITULO II**

### **“DEPRESIÓN”**

## A).- HISTORIA DE LA DEPRESIÓN

Los trastornos afectivos, pertenecen a las alteraciones más frecuentes y más señaladas a lo largo de la historia de la humanidad. En el mundo actual, cualquiera está sometido a presiones excesivas y continuas y, sin embargo, algunas personas son más sensibles que otras a reaccionar de un modo catastrófico ante las pérdidas que en otros representarían estados transitorios de tristeza (Díaz, 1995). La depresión aparece cuando la tristeza ha rebasado sus límites normales de intensidad y de duración (Calderón- Narváez, 1985).

Las alteraciones de los estados afectivos se reconocen desde hace siglos en la historia del rey Saúl en el viejo testamento, describe un síndrome depresivo, así como lo hace, también, el suicidio de Ajax en la Iliada de Homero. Aproximadamente en el año 400 a.C. Hipócrates utilizó el término de manía y melancolía para designar trastornos mentales. En el 30 a. C. Aulus Cornelius Celsus describió la melancolía, en los relatos de Arteo de Capadocia (I d.C.) se describía a los misántropos y taciturnos como personas que evitaban a sus semejantes y emigraban al desierto para vivir solos, a su vez Plutarco (46-120 d.C.), describía en los deprimidos una serie de cambios sin aparente explicación, caracterizados por estados de tristeza y desprecio hacia sí mismos. Más adelante durante la edad media, se desarrolló una etapa de oscurantismo, en la cual, la depresión y toda enfermedad eran atribuidas a mitos y supercherías, lo cual significa un estancamiento en el manejo y el tratamiento de las enfermedades. Por lo que respecto al conocimiento de la depresión en el continente americano, se tienen los escritos de Sahagún, en los cuales se señalan que los médicos precolombinos reconocían dos tipos de depresión, la agitada o Tlahuilcoyotl y la retardada o Xolopiyotl (De la Fuente y Alarcon, 1980).

A partir del siglo XVI las investigaciones acerca de este padecimiento quedaron estancadas, y no fue sino hasta el siglo XX, que el tema de la depresión volvió a ser motivo de interés científico. La depresión se caracteriza por la incapacidad del paciente para experimentar placer, por lo que se ha propuesto que existe una alteración en el Sistema Nervioso Central, en particular en las estructuras límbicas que están relacionadas con el fenómeno de la autoestimulación eléctrica intercraneal (Olds y Milner, 1954).

En general, los síntomas de la depresión abarcan las esferas afectivas, cognitiva, conductuales y somática :

### **1. Trastornos Afectivos.**

Indiferencia afectiva (los intereses vitales se ven perdidos), tristeza (como o sin tendencia al llanto), inseguridad (dificultad para tomar decisiones), pesimismo (sentimientos de autoderrotismo), miedo (indiferenciado o específico), ansiedad (se intensifica por las mañanas) e irritabilidad (en forma agresiva).

### **2. Trastornos Intelectuales.**

Sensopercepción disminuida (la captación de estímulos es deficiente), trastornos de memoria (dificultad para la evocación), disminución de la atención (deficiente fijación de los hechos de las vivencias cotidianas), disminución de la comprensión (comunicación deficiente), ideas de culpa o fracaso (autodevaluación e incapacidad de enfrentamiento) y pensamiento obsesivo (ideas o recuerdos repetitivos).

### **3. Trastorno Conductual.**

Actividad disminuida (descuido de su aseo personal y de sus obligaciones), productividad disminuida (su rendimiento en el trabajo es deficiente), impulsos suicidas (intentos o ideas de privarse la vida), e impulso a la ingesta de alcohol y otras drogas (tendencia a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad).

### **4. Trastornos Somáticos.**

Trastornos en el sueño (dormir inquieto, hipersomnía, insomnio ya sea al principio o al final del período del sueño), trastorno en el apetito (anorexia o hiperfagia), disminución de la libido (el deseo sexual se ve disminuido o es nulo), cefaleas tensionales (los músculos de la nuca y los temporales se ven afectados), trastornos digestivos (náuseas, meteorismo, aerofagia, dispepsia, etc.), alteraciones cardiovasculares (taquicardia, bradicardia, disnea suspirosa, etc.). (Ey, 1980; Calderón, 1987; Alcalá, 1988; Marván, 1988 en Díaz, 1992).

Como ocurre con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad mental. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psicopatológicos primarios, como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno

de origen biológico en el que puede limitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico (Vallejo et al 1994).

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más importantes, ya que la depresión afecta a cerca del 10% de la población general durante el curso de su vida, los trastornos afectivos son comunes en quienes sufren una enfermedad física. La severidad de la enfermedad y su capacidad de afectar el funcionamiento del sistema nervioso central se asocia a una prevalencia elevada de los trastornos mentales (Arellano, 2000).

En 1982 (en Angst., 1992). Baldessarini reportaba que los trastornos de la afectividad mostraban una tasa de riesgo del 14% para la población general y la OMS reportaba que más de 150 millones de personas padecen algún tipo de depresión. En 1992 se reportaba que la incidencia de los trastornos afectivos variaban de la siguiente manera: Trastorno Depresivo Mayor 1.2 - 18.0%; Distimia 1.1 - 20.6% y el trastorno bipolar 0.2 - 3.3% en la población (Angst., 1992).

Ahora bien, en México, en el Hospital General, se ha determinado que la prevalencia del trastorno depresivo mayor ha sido estimada un 27% de los adolescentes que son atendidos en los servicios de psiquiatría. En población abierta, la prevalencia a lo largo de la vida de la depresión mayor es de 4.0%. Las actuales aproximaciones consideran la multifactorialidad en su génesis y en las manifestaciones de la enfermedad. El hecho de conceptualizar la interacción de las variables bioquímicas, conductuales y psicológicas ha servido como un marco teórico a las últimas investigaciones, lo que permite observar los aspectos del desarrollo que intervienen en la psicopatología depresiva (Bucio, 1999). En una población abierta de escolares, también en México, se reporta que 12% presenta una depresión mayor y el 7.5% un trastorno depresivo (de la Peña, et al. 1999).

## **B)- PSICOFARMACOLOGIA DE LA DEPRESIÓN**

Al tratar de explicar la etiología de la depresión, originalmente se postuló que está tenía como causa una disminución en los niveles de las aminas biogénicas (Schildkraust, 1965 en Díaz 1992). Se partió de la observación de los primeros antidepresivos utilizados afectaban directamente la disponibilidad de las catecolaminas. Hubo en efecto algunas observaciones consistentes con esta idea, tales como el determinar

en sujetos humanos la cantidad de metabolitos de los neurotransmisores presentes en el líquido cefalorraquídeo. De esta forma, se ha destacado que el metabolito de la serotonina (5-HIAA) se encuentra en concentraciones bajas principalmente en pacientes víctimas de suicidio (Díaz 1992).

Dado que una de las características de la depresión es la incapacidad, del enfermo, para experimentar placer, se ha propuesto que en los deprimidos existe una alteración en las estructuras del sistema límbico, el cual guarda relación con las emociones y en particular con las placenteras ( Klein, 1974; Silvestrini y Valeri, 1984).

Una de las hipótesis antiguas que trata de explicar las causas de la depresión, se refiere a la disminución en los niveles de las aminas biógenas. Empero, esta hipótesis, es débil, ya que el origen de la depresión se atribuía a una simple disminución de los niveles circundante de serotonina y noradrenalina. No obstante, a partir de los estudios de los tratamientos antidepresivos se ha establecido que la causa de la depresión se encuentra en procesos sinápticos más íntimos. Como sería el caso de alteraciones de la función de receptores membranales específicos, de los que destacan, en lo general los serotoninérgicos (5-HT) y en lo particular el subtipo 5-HT<sub>1A</sub> (Díaz, 1995).

La serotonina, la noradrenalina y la dopamina son los neurotransmisores mayormente implicados en los trastornos del estado de ánimo:

### **1. Noradrenalina.**

la hipótesis catecolaminérgica de los trastornos afectivos se propuso en el decenio de los 60, de hecho fue la que abrió la investigación bioquímica en psiquiatría. En su forma más simple, esta hipótesis propone que, al menos, algunas formas de depresión presentan una deficiencia funcional de noradrenalina (NA); por otro lado, la manía se relaciona con un incremento en la actividad de la misma (Salín, et al 1997).

Las evidencias en las que se basan estas proposiciones son farmacológicas e indirectas: a) la imiproniada (inhibidos de la MAO) mejoran la depresión y bloquea la destrucción de la NA; b) la imipramina bloquea la recaptura de la NA y mejora la depresión; c) la reserpina impide el almacenamiento de catecolaminas, por lo cual aumenta su destrucción de la hendidura sináptica (Salín, et al 1997).

## **2. Dopamina.**

Aunque gran parte de la investigación bioquímica en este campo se centra en la noradrenalina, también existen evidencias de alteraciones en el sistema de la dopamina (DA) en la depresión; algunos pacientes deprimidos se benefician de la administración del precursor dopaminérgico l-dopa. En cuanto a la estrategia de determinar restos de dopamina en líquidos periféricos, se detecta que su principal catabolito, el ácido homovainílico (HVA), se encuentra en cantidades bajas y esto se correlaciona con una buena respuesta a los antidepresivos (Salín, et al 1997).

## **3. Serotonina.**

Las evidencias preliminares sugieren que la disminución de la actividad de la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT) en realidad puede aumentar la vulnerabilidad a la depresión o que, de hecho, tal vez sea un factor causa. Algunos de los acontecimientos en el sistema serotoninérgico que se encuentran alterados en los pacientes deprimidos son: a) decremento de la disponibilidad del triptófano cerebral para el metabolismo hacia 5-HT; b) menor frecuencia de descargas de las neuronas 5-HT secundarias a la hipersensibilidad de el autorreceptor, aumento de los mecanismo de recaptura y disminución en la capacidad de respuesta del receptor postsináptico. Existen informes que señalan que los niveles de triptófano plasmático (el principal precursor de la 5-HT son bajos en enfermos deprimidos) (Salín, et al 1997).

Sin embargo algunas investigaciones han demostrado que existen anomalías en la regulación de la acetilcolina (Díaz, 1995). También se basa en evidencias psicofarmacológicas, Janowsky y colaboradores propusieron en 1972, que en la depresión, el sistema colinérgico estaba alterado. A nivel de la neuroanatomía del sistema colinérgico, existen dos áreas de importancia particular para apoyar el papel de la acetilcolina en la depresión; estas son las áreas límbicas y las zonas cercanas al locus coeruleus (Salín, et al 1997).

Así mismo se ha demostrado a través de las técnicas de neuroimagen funcional que en los trastornos del estado de ánimo se encuentra una hiperfunción fronto cortical y del sistema límbico, disminución de la actividad de la corteza prefrontal dorso lateral en el cíngulo en los pacientes depresivos en comparación de maníacos o con trastorno obsesivo-compulsivo o bien en personas sin patología, los deprimidos con déficit cognitivo tienen decremento especial en el giro frontal medio izquierdo e incremento en el vermis cerebeloso.

Los pacientes depresivos tienen disminución en la captación del C11-5HTP a través de la barrera hematoencefálica. En la depresión orgánica hay un incremento en la fijación de los receptores de serotonina 5HT-2. Los pacientes con trastorno bipolar tienen alteración en la proporción de los fosfo-esteres y disminución de los potenciales de la fijación del receptor en el Corteza frontal (Hamad, 1994).

Se ha identificado que existen trastornos relacionados con la depresión y estos son: la ansiedad, la dependencia al alcohol, los trastornos relacionados con otras sustancias y las patologías; teniendo cada una de estas una etiología particular.

### C)- CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN EL DSM-IV Y EL CIE-10

A medida que los investigadores y los especialistas han estudiado los trastornos del estado de ánimo las distinciones clínicas entre los pacientes que ya se habían reconocido previamente, han sido constadas y reconocidas oficialmente en la cuarta edición del Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Los principales trastornos de este grupo son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I.

Existen otros dos trastornos del estado de ánimo, el trastorno distímico y el trastorno ciclotímico, que estaban reconocidos clínicamente desde hace mucho tiempo. Estos dos trastornos se caracterizan por la presencia de síntomas que son menos graves que los síntomas del trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I, respectivamente.

Según el DSM-IV se clasifican los trastornos del estado de ánimo en:

- Episodio depresivo mayor.
- Episodio Maníaco.
- Episodio Mixto.
- Episodio hipomaniaco.
- Trastorno Depresivo Mayor.
- Trastorno Depresivo Mayor, Recidivante.
- Trastorno Distímico.
- Trastornos Depresivos no Especificados.
- Trastorno Depresivo Menor.
- Trastorno Depresivo Breve Recidivante.
- Trastorno Depresivo Postpsicótico en la Esquizofrenia.
- Un episodio Depresivo Mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
- Casos en que el Clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedades médicas o inducido por sustancias.
- Trastorno Bipolar I, episodio maniaco único.

Trastorno Bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco.  
Trastorno Bipolar I, episodio más reciente Maniaco.  
Trastorno Bipolar I, episodio más reciente Mixto.  
Trastorno Bipolar I, episodio más reciente depresivo.  
Trastorno Bipolar I, episodio más reciente no especificado.  
Trastorno Bipolar II (Episodio depresivo mayor recidivante con episodio hipomaniaco).  
Trastorno Ciclotímico.  
Trastorno Bipolar no Especificado.- (Pichot, 1995)

Según el CIE-10 clasifica a la depresión en trastornos del estado de humor (afectivos):

Episodio depresivo.  
Episodio depresivo leve.  
Episodio depresivo moderado.  
Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos.  
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.  
Otros episodios depresivos.  
Episodio depresivo sin especificación.  
Trastorno depresivo recurrente episodio actual leve.  
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.  
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.  
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.  
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.  
Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.  
Otros trastornos depresivos recurrentes.  
Trastorno depresivo recurrente sin especificación.  
Trastornos del humor (afectivos) persistentes (OMS, 1993).

#### **D).- TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN**

En 1955 se administro por primera vez un medicamento específico para el tratamiento de los síntomas de la depresión R.Kuhn medico psiquiatra reportaba la mejoría de sus pacientes : "Los pacientes parecen, en general, más animados, sus voces, antes débiles y deprimidas, suenan ahora mas alto; se muestra más comunicativos, las lamentaciones y sollozos han desaparecido la depresión, que se había manifestado a través de la tristeza, la irritación y las sensación de insatisfacción daba paso ahora a un sentimiento amistosos, alegre y accesible" (Shorter, 1999).

El tratamiento de los pacientes que sufren un trastorno depresivo debe ser dirigido a diferentes objetivos. Primero debe garantizar la seguridad del paciente, segundo debe llevarse a cabo una evaluación diagnostica completa del paciente, tercero el abordaje terapéutico debe iniciarse con la intención de no solo tratar los síntomas de inmediatos, sino garantizar, en la medida de lo posible, el bienestar posterior del paciente. Aunque en la actualidad priva la farmacoterapia y la psicoterapia individual, los sucesos estresantes de la vida también se asocian a una mayor tasa de recaídas entre los pacientes con este tipo de trastorno es por ello que

el tratamiento debe reducir el número y la gravedad de los factores estresantes en la vida de estos pacientes (Kaplan, et al. 1997).

**PSICOTERAPIA:** Una actitud psicoterapéutica es inexcusable ante cualquier depresión, incluso en las endógenas en donde el tratamiento debe ser fundamentalmente biológico. La revisión de Weissman (1975) demostró que las depresiones neuróticas es importante el tratamiento farmacológico para reducir los síntomas y evitar recaídas, mientras que la psicoterapia incide en el reajuste de las relaciones interpersonales básicamente:

Ante una depresión reactiva la cual es la respuesta ante un evento específico manifestandose a través de síntomas como ánimo bajo, pérdida de interés, etc, puede ser suficiente una psicoterapia de orientación y apoyo, en tanto que una depresión neurótica, término con el que es coloquialmente conocida, es en sí mismo el trastorno depresivo clásico y es por esto que requiere de técnicas más elaboradas. Las terapias focalizadas de base dinámica tienen el objetivo de alcanzar modificaciones en el substrato estructural de la enfermedad depresiva y no solamente en sus manifestaciones inmediatas, de esta se desprenden dos modalidades psicoterapéuticas, ambas de duración limitada, que gozan en estos momentos de gran auge (Elkin, 1985) a terapia cognitiva que hace referencia a los pensamientos negativos "automáticos" que tienen los pacientes depresivos acerca de sí mismos, de sus situaciones y de su futuro, dicha terapia busca modificar dichos pensamientos a través de discusiones racionales con el terapeuta y la asignación de tareas tanto escritas como conductuales y la interpersonal donde el terapeuta ayuda al paciente a reconocer puentes entre su estado afectivo y sus experiencias interpersonales cotidianas, en donde se analiza básicamente cuatro áreas: el decir el rol de las discusiones, el rol de transición y los déficits interpersonales.

**TERAPÉUTICAS BIOLÓGICAS:** Terapia Electroconvulsiva (TEC).- El uso de la TEC sigue teniendo una de sus más claras indicaciones en el campo de las depresiones endógenas (bipolares y unipolares), donde su eficacia es claramente superior a la de los antidepresivos y la psicoterapia. Las indicaciones actuales de su empleo son las siguientes:

- Fracaso farmacológico.
- Depresiones muy inhibidas, agitadas o con ideas delirantes.
- Situaciones somáticas críticas (desnutrición, deshidratación).
- Riesgo grave de suicidio.
- Reacciones adversas o enfermedades físicas que desaconsejen la utilización de fármacos.
- Antecedentes de fracasos terapéuticos y buena respuesta a la TEC.

PSICOFARMACOS.- El tratamiento antidepresivo moderno contempla el uso de diversos medicamentos que pertenecen a diferentes familias o clases farmacológicas, tales como los llamados tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, los inhibidores de la recaptura de noradrenalina, y el antidepresivo noradrenérgico-serotonérgico específico. Otros antidepresivos atípicos son la Trazodona y el Alprozolam (Kaplan, et al. 1997).

La depresión con ansiedad consiste en síntomas de ansiedad que acompañan a la depresión en forma de crisis de pánico, preocupaciones, tensiones, agitación continua, fobias o compulsiones. La mayoría de los antidepresivos han demostrado ser efectivos en la depresión con ansiedad, incluyendo los antidepresivos tricíclicos (ATC) los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOS), inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS) y los antidepresivos más recientes como Nefazadona, Venlafaxina, Reboxetina y Mirtazapina (Arellano, 2000)

La depresión atípica se caracteriza por la reactividad del estado de ánimo y por lo menos dos de las siguientes características: incremento del apetito, aumento de peso. Hipersomnia y sensibilidad acerca del rechazo interpersonal; Además, humor disfórico frecuente, evolución más crónica y respuesta preferencial a los IMAOS. Los ISRS también han demostrado ser efectivos en este subtipo de depresión (Arellano, 2000).

Los trastornos afectivos estacionarios se consideran cuando la mayoría de los episodios depresivos ocurren entre noviembre y abril. Muchos pacientes tienen mayor apetito, un deseo vehemente por carbohidratos, aumento de peso e hipersomnia. Los tratamientos efectivos, utilizados solos o en combinación son: terapia con luz brillante (Fototerapia), privación de sueño, los ISRS y los IMAOS (Vallejo, 1994).

La depresión posparto es un estado depresivo que ocurre dentro de las cuatro semanas que siguen al parto. La depresión posparto puede ser tratada con psicoterapia, medicamentos o fototerapia si además esta relacionada con una temporada especial. En lo que concierne al uso de medicamentos durante la lactancia los ATC y la Sertralina no se encuentran en el plasma del infante (Vallejo, 1994).

Se concluye que la determinación del subtipo de depresión es importante en el establecimiento de un diagnóstico preciso lo cual facilita encontrar los tratamientos más apropiados (Clayton. 1998). Sin embargo el mejor tratamiento para el paciente debe hacerse en base a su individualidad.

#### **CONSIDERACIONES GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.-**

1. Ante una depresión resistente a un tratamiento de fármacos, hay que considerar la posibilidad de una patología orgánica subyacente o de un diagnóstico erróneo.
2. En cuadros de ansiedad, que no mejoren con ansiolíticos, hay que considerar la administración de antidepresivos, ya que puede tratarse de cuadros con depresión ansiosa.
3. Las vitaminas y los tónicos generales no tienen ninguna acción antidepresiva, que no sea la propia del efecto placebo.
4. Solo se puede considerar una depresión resistente al tratamiento, si se han alcanzado las dosis máximas de antidepresivo y se han mantenido el tiempo suficiente con el fármaco.
5. Debe recordarse que los efectos indeseables suelen presentarse antes que la mejoría clínica, por lo que hay que evitar las demandas de los pacientes acerca de la suspensión del tratamiento a no ser que las molestias sean muy severas y persistentes.
6. Son frecuentes las recaídas por suspensión o reducción prematuras del tratamiento una vez conseguida la mejoría, hay que mantener la medicación durante semanas y a veces meses, según los casos antes de iniciar una reducción progresiva.
7. El riesgo suicida debe ser valorado con precisión. Hay que facilitar al paciente y al familiar un soporte emocional adecuado a partir de una comprensión de la enfermedad y una explicación clara de la misma. (Vallejo et al. 1994)

## **CAPITULO III**

### **“ANSIEDAD”**

## A)- HISTORIA DE LA ANSIEDAD

Ansiedad es una palabra que es común a sanos y enfermos. Todas las personas pueden relatarnos algún momento de su vida en el que se ha sentido ansiosas. Sin embargo es importante distinguir a la ansiedad como sensación común al hombre y cuando esta se convierte en un padecimiento. Este sentimiento se caracteriza por una sensación de aprensión vaga, difusa y desagradable, que a menudo se acompaña de síntomas autónomos, como dolor de cabeza, sudoración, palpitaciones, opresión precordial (sensación de presión en el pecho al nivel en que se sitúa el corazón) y leves molestias estomacales. Una persona ansiosa también puede sentirse inquieta, como lo indica su incapacidad para estar en un mismo sitio durante bastante tiempo.

Eysenck refirió en 1992 que en la vida diaria cuando se experimenta en forma exagerada la ansiedad y la angustia, entre otras emociones, los problemas no se ven con claridad, a su tiempo, y en su dimensión correcta, además de inferir en la atención y la memoria. Los individuos ansiosos difieren de los no ansiosos en su funcionamiento fisiológico y conductual, así como en su funcionamiento cognitivo (Ref en Rojas 2000).

Antes de Freud y de los psicólogos que estudian los procesos psicodinámicos a profundidad, los filósofos fueron los que se interesaron por estudiar la ansiedad sobretodo aquellos preocupados acerca de los conflictos existenciales y crisis de los seres humano. El estudio de la ansiedad tiene como inició el postulado de Descartes acerca de la dicotomía mente y cuerpo, donde sostiene que la naturaleza física, incluyendo el cuerpo, podía ser entendida y controlada por medio de leyes mecánicas y matemáticas, situación que provocó desintegración y ansiedad en el siglo XVII como consecuencia de sentimientos de soledad; sin embargo, existía la solución a la ansiedad provocada por la soledad que decía que si un hombre es racional tendría de su lado a otros hombres racionales, esto disipaba la ansiedad (May, 1977). Así, la filosofía de Descartes sirvió para demoler ciertos conceptos ambiguos de la filosofía aristotélica y tomista (lo relacionado al átomo o parte más pequeña de la materia) en que se confundían lo material y lo espiritual, y es gracias a la separación efectuada entre ambas cosas por Descartes, como ha sido la ciencia capaz de construirse exclusivamente sobre la base de los conceptos de espacio y movimiento (Wahl, 1950).

Otro aspecto clave en el desarrollo del estudio de la ansiedad fue la concepción de que la característica racional del hombre era algo necesario, no solamente deseable, evitando a como diera lugar la irracionalidad o emocionalidad manifestándose de alguna manera las bases para la represión y aumento de la ansiedad con respecto a la falta de control de las emociones. Sin embargo, en el siglo XIX el concepto elevado de razón autónoma fue sustituido por el concepto de la razón técnica y asumiéndose esta última conforme la sociedad industrializada avanzaba, mientras, al mismo tiempo, los ideales humanos se desintegraban. Esta falta de unidad entre emociones y razón, fue la que propició la generalización de la ansiedad y por tanto el estudio y el afrontamiento de esto por filósofos como Kierkegar (Rojas, 2000).

Una de las más representativas teorías sobre la ansiedad es la de Rasgo-Estado. Esta teoría reconoce la centralidad de la valoración cognitiva en la evocación de un estado de ansiedad y la importancia de los procesos cognitivos y motores (mecanismos de defensa) que sirven para eliminar o reducir estados de ansiedad; la valoración personal es esencial de la intensidad que tenga una situación con respecto a su capacidad de ser amenazante, dicha valoración esta basada en las aptitudes, habilidades y experiencias pasadas de la persona, así como por su nivel de ansiedad-Rasgo y del peligro objetivo que es inherente a la situación. La teoría asume que la activación de los estados de ansiedad involucra un proceso o secuencia de eventos ordenados temporalmente iniciada por estímulos internos o externos que son percibidos como peligrosos o amenazantes para el individuo (Spielberger y Díaz Guerrero, 1970).

De acuerdo con las teorías filosóficas, psicodinámicas y conductuales, la ansiedad es parte inherente de la vida, nadie se escapa de ella, de hecho es necesaria para la sobrevivencia física y sobretodo para el desarrollo emocional, afectivo o intelectual del ser humano. Sin embargo, para que la ansiedad no pase a ser un estorbo una carga, o en términos científicos parte de una psicopatología, el humano debe tratar de comprenderla y clasificarla para descubrir hasta que grado la ansiedad que siente es normal o patológico; debiendo analizar que tanto su percepción de la realidad es adecuada o distorsionada (Rojas, 2000).

La ansiedad puede experimentarse a diferentes niveles : Cognoscitivo, afectivo, físico y conductual. A nivel cognoscitivo, la ansiedad implica aprensión, vigilancia excesiva y un enfoque pesimista de las circunstancias. La experiencia afectiva corresponde a un estado disforico, a menudo se presentan conductas escapatorias. A nivel físico, hay una serie de síntomas propios de diferentes aparatos y sistemas: Cardíaco,

respiratorio, neurológico y gastrointestinales y finalmente a nivel conductual se desarrollan conductas de evitación (Salín et al 1997).

La prevalencia en los trastornos de ansiedad se ha dado de la siguiente manera: Para los trastornos por crisis de angustia oscila entre el 1.5 % y el 3% y para las crisis de angustia un 3 o 4%, para las fobias específicas del 5 al 10% y para la fobia social es del 2 al 3%. La prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo se estima de un 2 a 3%. La prevalencia por estrés posttraumático y estrés agudo es de 1 a 3% y el trastorno por ansiedad generalizada muestra del 3 al 8% en la población general (Kaplan, 1997).

En México los datos en cuanto a la prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad muestran que el 9% de adultos de entre 18 a 54 años ha presentado al menos un trastorno de ansiedad, y de estos el 65% han presentado una comorbilidad asociada relacionada con otras entidades diagnósticas como trastornos afectivos y con el abuso y dependencia a sustancias (alcohol y otras drogas) (Arellano, 2000 y Caraveo, 1999).

El trastorno por crisis de angustia o pánico se presenta en un 1.9% en la población adulta de 18 a 65 años en la ciudad de México, la ansiedad generalizada se presenta en un 3.4% de la población, para el trastorno obsesivo-compulsivo se presenta en el 1.4% de la población (Caraveo, 1999).

## **B)- PSICOFISIOLOGIA DE LA ANSIEDAD**

Los tres principales neurotransmisores asociados con la ansiedad son la noradrenalina, la serotonina y el ácido g-aminobutírico (GABA). La teoría general de la noradrenalina refiere que en los pacientes ansiosos su sistema noradrenérgico se regula mal y esto provoca explosiones de actividad, con respecto al papel tanto de la serotonina como del GABA tiene que ver con respecto a que las neuronas de estos se proyectan en áreas estrechamente relacionadas con estructuras del sistema límbico (Kaplan, 1997).

Uno de los neurotransmisores que se encuentran mayormente implicados en la psicofisiología de la ansiedad es la serotonina, dada la buena respuesta de los trastornos de ansiedad (principalmente el trastorno de pánico "TP") a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos y los agonistas serotoninérgicos como la buspirona. Las neuronas serotoninérgicas se encuentran en los núcleos del rafe y el sistema reticular del tallo cerebral y sus proyecciones alcanzan el hipotálamo, el área preoptica, el área

septal, el hipocampo, el cuerpo estriado y la corteza en general. Se ha propuesto como posible explicación la hipersensibilidad a la serotonina, exceso en la actividad de los receptores serotoninérgicos y deficiencia funcional de la serotonina. La teoría también se apoya en el hecho de que la fenfluramina, un liberador de serotonina, posee efectos ansió genicos en pacientes con TP, trastorno de ansiedad generalizada o ansiedad anticipatoria (Secin y Riviera 2000)

Estudios realizados utilizando la técnica de neuroimagen funcional demuestran que en los trastornos por ansiedad intervienen varios factores periféricos y centrales. El arousal (alertamiento, despertar) inespecífico mediado por la formación reticular es un componente importante de la ansiedad. El lóbulo frontal es la región responsable por el mantenimiento del arousal. La ansiedad moderada eleva el flujo sanguíneo cerebral pero la severa lo reduce. La crisis de pánico esta asociada con el flujo sanguíneo cerebral en los lóbulos temporales, insulas, colículos superiores, claustró, y vermis cerebeloso anterior izquierdo. En el trastorno obsesivo-compulsivo en estado de reposo la actividad cerebral esta incrementada en la región frontal y reducido en las cabezas del caudado (Hamad, 1994).

### **C)- CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-IV Y EL CIE-10.**

Los trastornos relacionados con la ansiedad son: Trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas, trastorno de ansiedad inducido por sustancias, trastorno de ansiedad por abuso de alcohol y trastorno mixto ansiedad-depresión con una patología particular para cada caso.

Según la clasificación del DSM-IV (1995) para los trastornos de ansiedad son:

- Crisis de angustia
- Agorofobias
- Trastorno de angustia (panic disorder) sin agorafobia
- Trastorno de angustia (panic Disorder) con Agorafobia.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia Especifica
- Fobia Social (trastorno de ansiedad social)
- Trastorno Obsesivo- Compulsivo
- Trastorno por Estrés Postraumático
- Trastorno de ansiedad generalizada ( incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil).
- Trastorno de ansiedad debido a ... (indicar enfermedad médica)
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- Trastorno de ansiedad no especificado (Pichot, 1995).

Según el CIE-10 clasifica a los trastornos de ansiedad en el apartado de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos donde:

- Trastorno de ansiedad fóbica.
- Agorafobia
- Fobias sociales
- Fobias específicas (aisladas).
- Otros trastornos de ansiedad fóbica
- Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
- Otros trastornos de ansiedad.
- Trastorno de pánico ( ansiedad episódica paroxística).
- Trastorno de pánico moderado.
- Trastorno de pánico grave.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno mixto de ansiedad y depresión.
- Otros trastornos mixtos de ansiedad.
- Otros trastornos de ansiedad específicos
- Trastorno de ansiedad sin especificación (OMS, 1993).

#### **D).- TRATAMIENTO PARA LA ANSIEDAD**

Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad se ha demostrado la alta eficacia de la farmacoterapia aunada a un tratamiento de psicoterapia. Dentro del tratamiento farmacológico, las benzodiazepinas constituyen la mejor opción. Por su efectividad, acción rápida, amplio espectro y duración, son consideradas ideales y se pueden ampliar específicamente de acuerdo a las condiciones que el caso requiera. Debe considerarse el propósito de su uso y los posibles efectos secundarios según se trate de benzodiazepinas de vida media-larga, para insomnio intermedio o tardío y en síndromes de abstinencia, pero que pueden inducir sobresedación, ataxia (falta de coordinación), disminución en la coordinación motora, mareo y depresión respiratoria (Rickels, 1987); Las benzodiazepinas de vida media-corta cuyas indicaciones son: Como inductores del sueño, preanestésicos, y anestésicos para procedimientos de duración breve, pero que pueden provocar amnesia retrograda, agitación y empeorar la confusión en pacientes ya enfermos médicamente (Finley, 1989); o benzodiazepinas de vida media-intermedia.

En cuanto a la duración del tratamiento con benzodiazepinas ( BZP), las ideas son que su uso sea corto, de días a semanas, con el fin de evitar tolerancia y habituación. Para aquellos pacientes cuya ansiedad es aguda y relacionada con factores estresantes específicos, el uso de estos agentes debe restringirse a la reducción de los síntomas agudos, por lo que su uso no debe extenderse de una a dos semanas. Cuando la ansiedad ha durado más de seis meses se recomienda al inicio un tratamiento de cuatro a seis semanas a

dosis suficientes que mejoren al paciente y posteriormente reducir la dosis al mínimo necesario como mantenimiento por dos meses más y luego retirarlo gradualmente (Finley, 1989).

Respecto al tratamiento específico del trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada, el alprazolam (Andersh., 1991, Woods, 1992 y Secin, 2000) bromacepam, loracepam y clonacepam son los que han demostrado mayores beneficios (Rickels, et al 1993 y Secin.,2000). Las benzodiacepinas son útiles en fobias sociales, principalmente alprazolam y clonazepam.

#### **ANTIDEPRESIVOS.-**

Los antidepresivos tienen un papel especialmente útil en los trastornos de ansiedad (Bellenger, 1991) en algunos casos por sus propiedades ansiolíticas adicionales como la trazodona, y algunos tricíclicos.

En el trastorno de pánico (TP) la imipramina ha sido la más estudiada (Lydiard,1987) observándose en algunos casos respuestas a la primero o segunda semana y en otros hasta 6 u 8 semanas después, la dosis óptima se ha estimado entre 150 y 200 mg/día pudiendo a veces ser suficiente de 10 o 20 mg/día (Bystritsky, 1995). Diversos autores proponen que los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de la Serotonina (ISRS) son más eficaces que la imipramina (Black, 1993, Bakish et al; 1994) otros medicamentos que han demostrado utilidad han sido la fluoxetina a dosis de 0.5 a 40 mg/día (Bystritsky, 1995), la Sertralina a dosis de 25 a 150 mg/día (Gorman, 1994) y la paroxetina a dosis de 10 a 60 mg/día (Dumbar, 1995).

En cuanto a fobias, los ISRS han demostrado un beneficio evidente. El primero estudiado fue la fluoxetina que ha demostrado eficacia en dosis de 10 a 80 mg/día (Schneier, 1992).Otros ISRS que han demostrado ser útiles en las fobias son la Sertralina y la paroxetina (Pollack, 1996). En el trastorno Obsesivo-Compulsivo los ISRS han demostrado un beneficio evidente a dosis convencionales y son el tratamiento de elección, aunque es común que se requieran dosis más altas.

#### **NEUROLÉPTICOS.-**

Los neurolépticos pueden ser útiles en el manejo de ciertos pacientes como aquellos que tienen ansiedad y confusión mental, en aquellos que estén contraindicadas las benzodiacepinas (traumatismo cráneo encefálicos, hipoxia (deficiente oxigenación) y/o depresión respiratoria), pacientes psicóticos o con rasgos

presicóticos (con personalidad limitrofe, hipocondríacos), cuya ansiedad ha sido inducida por otras sustancias o cuya ansiedad es refractaria (Pollack, 1996).

#### **AZAPIRONAS.-**

Ansiolíticos no benzodiazepínicos, como la buspirona (cuyo efecto se debe a que es agonista serotoninérgico). Su ventaja es que no tienen efectos colaterales como tolerancia, habituación o abuso. Están indicados en padecimientos donde las BZP están contraindicadas: Adicción a sustancias (especialmente alcohol y benzodiazepinas), enfermedades pulmonares avanzadas y miopatías (patologías musculares). En el trastorno de ansiedad generalizada es el tratamiento de elección (Pollack, 1996).

#### **BETABLOQUEADORES.-**

Los agentes betabloqueadores de catecolaminas pueden emplearse en casos donde la ansiedad se manifiesta por medio de descargas adrenérgicas como el hipotiroidismo (patología en que la función tiroidea se encuentra disminuida); en casos donde predominan los síntomas periféricos de ansiedad (taquicardias, diaforesis (sudoración), temblor distal) pero no como agentes de primera elección para trastornos de ansiedad (Welkowitz, et al, 1991).

#### **PSICOTERAPIA**

La psicoterapia es una buena opción sola o combinada. Todas las modalidades de psicoterapia breve son útiles y prácticas. La psicoterapia cognitivo-conductual, ofrece una amplia gama de recursos útiles en el manejo de la ansiedad, esta puede abarcar:

a) Registro o monitores de síntomas	b) Técnica de respiración
c) Técnica de relajación	d) Exposición gradual
e) Desensibilización sistemática	f) Modificación de hábitos
g) Abordaje cognitivo	h) Técnica de distracción cognitiva
i) Solución estructurada del problema	j) Biofeedback o retroalimentación biológica
k) Meditación	l) Hipnosis.

(Welkowitz, et al, 1991).

## **CAPITULO IV**

### **“PROCESOS ATENTIVOS”.**

## A)- HISTORIA DE LOS PROCESOS ATENTIVOS

Nuestra percepción, memoria, motivación, emoción, aprendizaje, pensamiento, lenguaje etc. se hallan vinculados de un modo insoslayable a ese mecanismo de naturaleza escurridiza que llamamos atención (Rosselló, 1997). De tal modo, que la atención es un proceso fundamental que se convierte en una conducta crucial para el hombre, determinante para su vida. Es uno de los mecanismos mayormente implicados en toda la estructura cognoscitiva de tal forma que su alteración o pérdida llevará consigo un gran déficit en quien la sufra.

La atención es un concepto teórico que engloba, a su vez, tres conceptos derivados de las investigaciones psicofisiológicas:

1. La alerta, respuesta comportamental fisiológica a la entrada de estímulos o bien receptividad incrementada a éstos.
2. La atención como efecto selectivo, subsidiario del primero, respecto a la categorización de los estímulos.
3. La activación (o intención) como una preparación o disposición psicológica (o cognitiva) para la acción (Vallejo et al 1994).

La atención, es un proceso cognitivo de alto orden, cuyo déficit modifica de manera importante las estrategias adaptativas del individuo en el aspecto intelectual, social y emocional. El conocimiento de los mecanismos que subyacen a la selección y procedimientos de los estímulos ambientales, podrían explicar algunas manifestaciones clínicas que se observan en algunos padecimientos neuropsiquiátricos. La atención es un proceso que es difícil definir en términos conceptuales o incluso operacionales. Sin embargo, se han propuesto diversas teorías para explicar dicho proceso. La mayoría de ellas coinciden en que los individuos tienen una capacidad limitada para analizar los estímulos del medio, por lo que en algún momento los estímulos poco relevantes se deben filtrar. La ubicación de dicho filtro en el sistema nervioso es, aun, tema de debate ya que es difícil ubicar anatómicamente este filtro a nivel periférico o central (Meneses y Brailowsky, 1995).

Para que el sistema nervioso central (SNC) pueda procesar la gran cantidad de información sensorial a la cual está expuesto constantemente, debe efectuarse una selección de la información. Los procesos cerebrales que hacen posible esta selección se conocen como atención selectiva. Los antecedentes del estudio de la atención se remontan a William James 1890 (en Gomez, 1999), quien señala que los estímulos no impactan de manera pasiva a los organismos, lo que crea la experiencia, sino que se filtran de acuerdo con el

interés de las personas, de manera que, de los millones de estímulos que están presentes en los sentidos, sólo "entran en la experiencia" aquellos que a las personas les interesa atender (Gómez. 1999).

En 1949 Moruzzi y Magoun (en Meneses y cols, 1995) demostraron el papel que desempeña la formación reticular del tallo cerebral para mantener el estado de alerta. En 1953, Cherry (en Meneses y cols, 1995) dio un nuevo impulso al estudio de los procesos relacionados con la con la atención selectiva al desarrollar un diseño experimental denominado repetición y seguimiento en una tarea de escucha dicótica. Posteriormente describió el proceso de la atención selectiva en términos de efecto "cocktail party" que hace referencia a la capacidad de poder discriminar un evento en particular dentro de un conglomerado de estos que se suceden al mismo tiempo Pero ¿Cómo podemos enfocar fuentes particulares de información y, al mismo tiempo, permanecen sensibles a la ocurrencia a estímulos de otras fuentes? Se ha propuesto que el proceso de atención selectiva es aquel que nos permite seleccionar información relevante del medio para analizarlo ulteriormente. Sin embargo, aunque la selección de información sensorial es el aspecto que experimentalmente más se ha estudiado, el proceso de atención selectiva puede abarcar aspectos más amplios, como son la selección de sensaciones, pensamientos, recuerdos o actos motores. Además, la atención selectiva guarda una estrecha relación con otros procesos cognitivos, ya que representa un prerrequisito para que ocurran los procesos de aprendizaje y de memoria y, a su vez, se ve influida por éstos y por aspectos relacionados con la motivación y la emoción (Meneses y cols, 1995).

Tanto en el lenguaje ordinario como en el científico, el término "atención" tiene varios significados, de modo que el primer problema al que nos enfrentamos es al de su definición. Este problema se debe, en parte, a que la atención es un proceso multifactorial, por lo que algunos autores proponen una definición muy amplia que intenta abarcar todos los aspectos del proceso, mientras que, otros lo definen haciendo referencia únicamente a uno de ellos. Un ejemplo del primer caso lo tenemos en la definición propuesta por Heitman y cols: La atención ... "es el mecanismo por el cual nos preparamos para procesar estímulos, enfocamos lo que vamos a procesar, determinamos qué tanto serán procesados y decidimos si éstos demandan una acción" (Meneses y cols, et al 1995).

Se determinó primero los subprocesos de que consta la atención para después definir cada uno de ellos. Según Posner, una primera distinción que surge de este proceso taxonómico sería diferenciar entre

estado general de alerta (llamado nivel de vigilancia, nivel de despertar o estado de alerta) y otro en el cual la atención está claramente orientada hacia el procesamiento de información (llamada atención selectiva). En el caso de la atención selectiva, el organismo responde de manera específica a aquellos estímulos que sean relevantes para la ejecución de la tarea que esté desarrollando el sujeto, e implica la selección de algunas de las múltiples entradas sensoriales que simultáneamente recibe el organismo fisiológicamente. (Meneses y cols, 1995).

La atención selectiva se manifestaría por un cambio selectivo en la excitabilidad de los circuitos cerebrales encargados del procesamiento de la información; algunos de estos serían excitados, mientras que otros serían inhibidos. Estos dos elementos de la atención están íntimamente relacionados: la detección de un estímulo relevante incrementa el estado de activación general y, a su vez, el estado de alerta afecta la eficiencia en la selección de estímulos significativos (Meneses et al 1995).

Según Posner y Petersen, ( en Meneses et al 1995) la atención voluntaria en el sistema visual contiene dos elementos: detección y orientación. La detección es la percepción de información, mientras que la orientación la definen en términos de la foveación de un estímulo que produce un aumento en la agudeza sensorial con el fin de mejorar su procesamiento, aunque experimentalmente se ha demostrado que la orientación de la atención no necesariamente interviene en la foveación de un estímulo, ya que puede orientarse la atención mientras los ojos permanecen fijos (Menese et al, 1995).

## **B)- PSICOFARMACOLOGIA DE LOS PROCESOS ATENTIVOS**

Uno de los primeros intentos en describir los fundamentos neuronales de la atención lo debemos a la *Teoría General del Campo Motor o Embudo de Sherrington*. Este autor se percató que el número de neuronas sensitivas situadas en el asta posterior de la médula espinal era mucho mayor que el número de neuronas motoras que salían del asta anterior. De esta información se dedujo que el flujo de información que llegaba al sistema nervioso era mucho más voluminoso que el flujo de impulsos eferentes o motores que salían de él, como si de un embudo se tratase. Era evidente para Sherrington que algunas de las entradas sensoriales no se traducirían en una respuesta motora. Esto crearía un "competencia" entre las eferencias por adscribirse a algunas de las escasas eferencias. Sólo aquellos inputs más "preparados" lo conseguirían

bajo el arbitrio de un sistema selectivo que correspondería a un rudimentario mecanismo atencional (Rossello et al 1997).

Para Pavlov la atención era una especie de "mancha de luz" que se desplazaba por el cortex cerebral. Solo estaría involucrado en aquellos procesos controlados por la zona cerebral que en un momento dado recibía la iluminación (Rossello et al 1997).

En la década de los 80, la investigación y las técnicas de las neurociencias se emplean de manera masiva en el estudio de los procesos atencionales y con el declive de las investigaciones de la modalidad auditiva, se enfoca a la investigación de la atención visual. La neuroanatomía de la atención visual va muy ligada a las cuatro vías mayores que tratan con la información precedente de la visión. De todas estas evidencias se ha podido deducir la naturaleza del mecanismo atencional, que parece formado por un conjunto de módulos especializados en operaciones elementales y distribuidos en diferentes zonas del cerebro, que se hallan coordinados por un macroproceso de control de naturaleza más bien central. La evidencia neuropsicológica indica una alta especialización de los diferentes módulos o subsistemas que controlan los diferentes aspectos de la atención (Rossello et al 1997).

Con esta perspectiva se ha tratado de establecer cuáles son las estructuras cerebrales encargadas de los distintos procesos de que consta la atención y se propone que esta función depende de una red neural amplia, de modo que no puede ser considerada la propiedad exclusiva de una sola estructura, aunque tampoco la del cerebro operando como un todo. Han sido implicadas varias áreas cerebrales en los procesos de atención: en orden ascendente, éstas incluyen; el techo del mesencéfalo, la región mesopontina de la formación reticular, los núcleos reticulares talámicos y el pulvinar talámico, el cuerpo estriado, el hipocampo, la corteza del cíngulo, la parte inferior del lóbulo parietal, la región del surco temporal superior y la corteza prefrontal. Estas regiones presentan un gran interconectividad, lo cual concuerda con la idea de que la atención selectiva depende de una red neuronal (Meneses, et al. 1995).

Se ha postulado que la parte superior del mesencéfalo, la formación reticular mesopontina y los núcleos reticulares talámicos participan en el mantenimiento de la atención; la corteza prefrontal y el cíngulo, en la orientación o selección sensorial; El hipocampo, en la detección y registro de la secuencia temporal de los

acontecimientos, así como el proceso que permite que el organismo aprenda a ignorar los estímulos irrelevantes; y el cuerpo estriado, la corteza parietal y el surco temporal superior, en el enfoque de los acontecimientos ambientales. La descripción de un sistema anatómico responsable de los procesos de atención, se ha intentado determinar la participación de los distintos sistemas neuroquímicos en estas funciones. Se ha puesto particular énfasis en el papel que desempeñan las catecolaminas en los procesos relacionados con la atención (Meneses, et al. 1995).

Así tenemos que las fibras nerviosas que contienen noradrenalina se originan principalmente en el locus caeruleus y establecen conexiones con amplias regiones de la corteza cerebral y con regiones subcorticales como el hipocampo, estableciendo una distribución laminar; la evidencia experimental sugiere que este sistema está relacionado con el mantenimiento del nivel de alertamiento. También se ha observado que la inactivación del sistema dopaminérgico, sea por la lesión del área ventral tegmental, de la sustancia nigra o de las fibras dopaminérgicas, producen déficit de atención que pueda revertirse por la administración de agonistas dopaminérgicos (Meneses, et al. 1995).

Otros sistemas de neurotransmisores también desempeñan un papel importante en los procesos de atención, tal es el caso de los aminoácidos excitadores, del ácido gamma-aminobutírico (GABA) y de otros péptidos, entre los que se encuentran algunas hormonas como la ACTH (Meneses, et al. 1995).

Una línea de investigación que se ha empleado para el estudio de la atención selectiva, comprende el análisis de los potenciales eléctricos cerebrales que pueden registrarse desde la superficie de la cabeza durante la realización de tareas que implican aspectos relacionados con la atención. Esta es una técnica no invasiva que ha sido ampliamente utilizada en sujetos humanos para evaluar distintos procesos cognoscitivos (Meneses, et al. 1995).

La mayor parte de los trabajos realizados en este campo se enfocan al estudio de los procesos relacionados con la atención auditiva, aunque también se han efectuado trabajos sobre la modalidad visual somestésica, empleando un diseño experimental desarrollado por Hillyard y cols (1992). El procesamiento de información visual, es un proceso, que por lo general, requiere del movimiento de los ojos (sacudidas) hacia los estímulos relevantes con el fin de mejorar la detección de sus elementos. Debida a estas propiedades el

proceso de la atención visoespaciales es el que más se ha empleado en este tipo de investigaciones (Meneses, et al. 1995).

### C)- ALTERACIONES DE LOS PROCESOS ATENTIVOS

El hecho de que los sistemas neuronales ligados a la atención estén ampliamente distribuidos hace que este proceso sea muy vulnerable, de modo que las alteraciones de la atención son comunes cuando está dañado el sistema nervioso central. Estos déficit pueden afectar aspectos específicos de la atención de acuerdo con la región alterada. Sin duda, el síndrome de hemi-inatención o agnosia espacial unilateral, es aquel que ha generado mayor información. Este síndrome se caracteriza en que los pacientes, después de una lesión cerebral, manifiestan fallas de respuestas ante estímulos presentado en una parte del cuerpo, usualmente el lado opuesto a la lesión, en ausencia de alteraciones sensoriales o déficit motores primarios. La falta de responsividad ante los estímulos presentados en la región contralateral no es exclusiva de una modalidad sensorial, si no que afecta a todas ellas (Meneses, et al. 1995).

Hay una relación directa entre la intensidad del déficit y la severidad de la lesión: mientras más severa es ésta, el déficit es mayor. Además inmediatamente después de la lesión, el síndrome de hemi-inatención es severo y se caracteriza por desviación de la cabeza y de los ojos hacia el lado de la lesión, sin respuesta de orientación a estímulos visuales, auditivos o somestésicos en el lado contralateral de la misma. Respecto a los mecanismos que subyacen al síndrome de hemi-inatención, actualmente tenemos dos hipótesis: una que sostiene que se debe a la pérdida funcional del hemisferio dañado, postulando que el hemisferio derecho es el encargado de llevar a cabo la función relacionada con la distribución de la atención espacial, mientras que el hemisferio izquierdo es incapaz de atender al hemicampo ipsilateral; y la otra que sostiene que el déficit es producido por un desequilibrio en la función de los hemisferios cerebrales (Meneses, et al. 1995)

Algunos autores consideran las alteraciones de la atención en los niños con un síndrome que incluye: hiperactividad, distractibilidad y problemas de ajuste conductual con fallas en la estabilidad emocional, mientras que otros les consideran como una limitación cognoscitiva en sí misma, independientemente de la hipercinésia y de los desórdenes conductuales asociados. Aunque se tiene la impresión de que estas alteraciones sólo se

presentan durante los primeros años escolares, se saben que pueden perdurar a lo largo de la vida del paciente; sin embargo estos déficit son más evidentes durante la infancia (Meneses, et al. 1995).

En cuanto a la etiología de estas alteraciones, frecuentemente se ignora su origen. Sin embargo las que se presentan más comúnmente son las complicaciones perinatales, el traumatismo cerebral difuso, la intoxicación con plomo, la leucemia, la ingestión de alcohol y tabaco por la madre durante la gestación, así como la presencia de epilepsia o como un efecto colateral del tratamiento farmacológico con drogas antiepilépticas, como los barbitúricos o con antihistamínicos. También se les ha asociado con factores genéticos, ya que se ha observado que los niños con alteraciones de la atención frecuentemente tienen familiares afectados por el mismo mal (Meneses, et al. 1995)

El área de las neurociencias cognoscitivas ha crecido notablemente en los últimos años, desarrollando diversas técnicas que se han permitido el estudio y comprensión en los mecanismos neuronales relacionados con los procesos mentales. Entre ellas destacan las aproximaciones electrofisiológicas y las técnicas de imaginología: Las primeras ofrecen las ventajas de poseer una gran resolución temporal, mientras que las segundas abordan principalmente los aspectos espaciales o anatómicos de estos procesos (Meneses, et al. 1995).

El concepto de trastorno de deficiencia de la atención/hiperactividad (ADHD) como entidad del adulto ha sido objeto reciente de consideración seria en la comunidad médica y de salud mental. Los investigadores reconocen que en muchos casos los síntomas comienzan en la infancia se prolongan hasta la edad adulta, ya que se mantienen conductas como la distractibilidad, la inquietud, la inmadurez emocional y la agresividad actualmente, los criterios del DSM-IV no diferencian entre la sintomatología de los adultos y de los niños (Pichot, 1995).

Algunos investigadores han sugerido que la persistencia de las características del ADHD en la edad adulta puede explicarse por un comportamiento o hábito aprendido. Sin embargo, el concepto de una alteración fundamental en el S.N.C de esta población ha sido bien demostrado. Los estudios prospectivos han demostrado en forma constante que, considerados como grupo, los niños con historia de ADHD continúan sufriendo el

trastorno como adultos: por lo menos un 70% evoluciona en la adolescencia y edad adulta con ADHD persistente.

El grupo de pacientes con ADHD parece tener más riesgo de desarrollar una personalidad antisocial o un problema de abuso de drogas en la edad adulta en comparación con la población normal. Los estudios retrospectivos sugieren que los adultos con ADHD (en comparación con sus hermanos controles) logran menores niveles de educación y autoestima, amen de sufrir más problemas por abusos de drogas y alcohol. Es importante que el clínico reconozca que los síntomas de falta de atención e impulsividad ocurren tanto en niños como en los adultos en una gran cantidad de trastornos, incluyendo los de personalidad, depresión, ansiedad e incluso problemas de tipo médico secundario a traumatismos craneales y abuso crónico de sustancias.

El sentido común indica que las personas con historia de ADHD tienen dificultad para realizar actividades repetitivas, no interesantes, y que requieren de esfuerzo y que no hayan elegido. Debido a que piensan y actúan en forma impulsiva, con frecuencia cometen errores y les es difícil aprender de esas experiencias. Reaccionan en forma exagerada ante las ilusiones y el nivel de actividad, tienen dificultad para responder en forma constante a los estímulos y parecen necesitar refuerzos de modo más inmediato, frecuente, predecible y notable que otras personas. Se estima que entre el 2 y 20 % de población en niños presenta un déficit de atención sin embargo estos datos se desconocen para el adulto y como ya se mencionó con anterioridad las alteraciones de los procesos atentos son difíciles de ubicar debido a que el proceso en si no tiene una estructura determinada para su localización en el sistema nervioso (Kaplan, et al. 1997).

#### **D)- CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LOS PROCESOS ATENTIVOS SEGÚN EL DSM-IV Y EL CIE-10.**

En los criterios del DSM-IV para la clasificación de las alteraciones de los procesos atentos se encuentran en el apartado de trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:.

- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado. (Pichot, 1995).

En el CIE-10 los trastornos de los procesos atentos se encuentran clasificados en el apartado trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

Trastornos hiperkinéticos.  
Trastorno de la actividad y de la atención.  
Trastorno hiperkinético disocial.  
Otros trastornos hiperkinéticos.  
Trastorno hiperkinético, no especificado. (OMS, 1993).

## E)- TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LOS PROCESOS ATENTIVOS

Dentro de las terapias que existen para estos problemas y en especial el déficit de atención es la farmacoterapia y en general para los trastornos de atención se encuentran las terapias de corte conductual. El tratamiento para el trastorno por déficit de atención en el adulto (TDAA) es sintomático y no curativo. Lo más efectivo es una combinación de medicación, psicoterapia y modificación de conducta.

**TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.-** La terapia para la modificación de conducta es muy útil en el TDAA, principalmente la terapia de corte conductual.

**TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.-** Hay evidencia científica de la eficacia del tratamiento farmacológico hasta en un 60% de los pacientes con TDAA (Wender, 1998). Dentro del tratamiento farmacológico los estimulantes son los medicamentos de elección. Estos son un grupo de medicamentos que aumentan el estado de alerta, disminuyendo la sensación de fatiga, elevan el estado de ánimo, incrementan la iniciativa, la confianza, la capacidad de atención, concentración y las actividades motoras y verbales (Uriarte, 1997).

El estimulante clásico es el metilfenidato (Ritalin), para adultos se maneja en dosis que van de 10 a 70 mg/día por vía oral. Todavía no se conoce el mecanismo de acción preciso de los estimulantes, el metilfenidato ha demostrado ser altamente efectivo y tiene relativamente pocos efectos secundarios, es una medicación de activación breve, generalmente administrada para hacer efecto durante el horario de mayor requerimiento de la atención. Los efectos secundarios más frecuentes son cefalea, náuseas e insomnio. Esta sustancia ha demostrado mejorar los resultados en las tareas de atención, tales como las tareas continuadas, las que requieren mayor concentración y las asociaciones por parejas. Otros signos positivos de respuestas al tratamiento son: menor impulsividad y la mejoría del ánimo (Kaplan, 1997).

## **CAPITULO V**

### **“COMORBILIDAD RELACIONADA CON EL ALCOHOLISMO”.**

## COMORBILIDAD

La comorbilidad (también conocida con el nombre de diagnóstico doble) hace referencia al diagnóstico de dos o más trastornos psiquiátricos en un solo paciente. En estudios llevados a cabo recientemente, se demostró que el 76% de los hombres y el 65% de las mujeres con un diagnóstico de abuso de sustancias presentaban criterios para otro diagnóstico psiquiátrico adicional (Kaplan, et al. 1997). Investigaciones epidemiológicas, recientemente han proporcionado nuevos e interesantes datos sobre la comorbilidad. El hallazgo sobre la asociación que hay entre los síndromes psiquiátricos se debe, en parte, a un enfoque no jerárquico debido al cual un paciente puede recibir varios diagnósticos trasversales o longitudinales (Argst, 1992).

Los trastornos relacionados con el alcohol, al igual que cualquier otro trastorno psiquiátrico, representan probablemente a un grupo heterogéneo de procesos patológicos. La comorbilidad implica la presencia de un diagnóstico psiquiátrico adicional en una persona con un diagnóstico de trastorno relacionado al alcohol. Los diagnósticos comúnmente asociados son los trastornos relacionados con sustancias adictivas, el trastorno antisocial de la personalidad, los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad (Argst, 1992).

### A) Depresión y Alcoholismo

El DSM-IV (1995), marca una clasificación para los trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias en donde: En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno o ambos de los siguientes estados (Pichot, 1995).

Entre un 30 % y un 40% de las personas con un trastorno relacionado con el alcohol, cumplen criterios para presentar un trastorno depresivo importante, alguna vez en sus vidas. La depresión es más común entre las mujeres alcohólicas que entre los hombres. Varios estudios han demostrado que es más probable que padezcan una depresión pacientes que consumen diariamente alcohol y con una historia familiar de alcoholismo (Kaplan, et al. 1997).

Los pacientes con trastornos relacionados con el alcohol tienen una probabilidad siete veces mayor de presentar otro trastorno adictivo, en comparación con el resto de la población. El 37% de estos pacientes

presentan un trastorno mental comórbido. El trastorno del estado de ánimo representa un 13.4% de la población que presenta un trastorno comórbido (Kaplan, et al. 1997). El riesgo de suicidio en pacientes alcohólicos es alarmante. La frecuencia más elevada de suicidio se observa durante los años que siguen a la alta hospitalaria. Datos que subrayan la importancia de evaluar la posibilidad de un diagnóstico psiquiátrico comórbido cuando el paciente alcohólico es admitido en un programa de tratamiento (Bohn, et al. 1997).

Algunos pacientes presentan una historia de alcoholismo y un trastorno de la afectividad que se inician aproximadamente a la misma edad, y a menudo es bastante difícil diagnosticar que trastorno le preside al otro. Hay algunos datos biográficos y clínicos que ayudan al especialista a establecer el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor primario (o trastorno bipolar):

a) un trastorno afectivo previo al inicio del alcoholismo o una historia de un trastorno afectivo que se produjo durante periodos de abstinencia mantenidos;

b) una historia de infancia temprana de ansiedad de separación, comportamiento fóbico o neurastenia;

c) aparición de una reacción hipomaniaca o maniaca con la medicación antidepresiva;

d) historia familiar de enfermedad bipolar;

e) historia familiar de enfermedades afectivas durante dos o más generaciones consecutivas, y

f) test positivo de la supresión de la dexametasona después de que el paciente se haya mantenido abstinentemente durante 4 semanas o más.

Si la sintomatología afectiva es secundaria a la ingesta excesiva de alcohol y a los fracasos de la vida, entonces el trastorno afectivo podría solucionarse en un período de varias semanas cuando se mantiene la abstinencia. Normalmente estos pacientes no necesitan una intervención psicofarmacológica específica para sus síntomas afectivos. No obstante si la enfermedad afectiva persiste durante 1 o 2 meses a pesar de los intentos psicoterapéuticos por aliviar el malestar, puede ser útil iniciar el tratamiento con psicofármacos para evitar una recaída alcohólica o un intento de suicidio secundario a la penosa sintomatología afectiva (Bohn, et al. 1997).

Por otro lado, en varios estudios se ha implicado al sistema serotoninérgico, no sólo en relación con el inicio de la depresión, sino también con la disminución de la ingesta de alcohol, tanto en animales como en el ser humano (Bohn, et al. 1997). En un estudio sobre voluntarios varones, la concentración de serotonina en la

sangre se redujo significativamente después del consumo de alcohol, mientras que no se observaron modificaciones en el triptófano. El ritmo diurno de serotonina en los individuos que habían bebido alcohol el día anterior era diferente con el grupo control, pero muy similar a los de los pacientes con depresión. Los autores sugieren que el mecanismo de la depresión después del consumo de alcohol se relaciona con la función serotoninérgica (Bohn, et al. 1997)

Los rasgos de coincidencia entre el alcoholismo y la depresión se extienden a las alteraciones de los neurotransmisores y ciertos trastornos neuroendocrinos, especialmente la hiperactividad del eje hipotálamo hipófisario-corticodrenal. Existe una marcada elevación del cortisol cuando se desarrollan los cuadros de abstinencia. Algunos estudios han puesto de relieve que a las personas que se puede diagnosticar de trastorno depresivo y trastorno relacionado con el alcohol tienen menores concentraciones de metabolitos de la dopamina (ácido homovainililico) y ácido g-aminobutírico (GABA) en el líquido cefalorraquídeo (Kaplan, et al. 1997).

### **B) Ansiedad y Alcoholismo.**

El alcohol reduce la ansiedad y algunas personas lo utilizan con ese fin. Aunque la comorbilidad entre los trastornos relacionados con el alcohol y los trastornos afectivos está ampliamente aceptada, es menos conocido que casi un 20 %- 50 % con trastorno relacionado con el alcohol, también, cumplen criterios diagnósticos de algún trastorno de ansiedad. Las fobias y los trastornos de angustia son especialmente frecuentes entre los pacientes. Algunos datos sugieren que el alcohol puede utilizarse como una "medicación" para reducir los síntomas de agorafobias o fobias sociales, pero el trastorno relacionado con el uso de alcohol es probable que preceda al desarrollo de un trastorno por angustia o un trastorno de ansiedad generalizada (Kaplan y et al. 1997). Se ha reportado que la población que presenta un trastorno comorbido de ansiedad es el 19.4%.

Los criterios del DSM-IV (1995) para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias requiere la persistencia de una marcada ansiedad, crisis de angustia, obsesiones o compulsiones estipulando que los síntomas deben desarrollarse durante el consumo de la sustancia o durante el mes que sigue a su abstinencia (Pichot 1995).

Prácticamente, todos los bebedores de alcohol en alguna ocasión por lo menos han utilizado esta sustancia para reducir su ansiedad, a menudo en el contexto social. Por el contrario, los efectos del alcohol sobre la ansiedad son variables y que pueden ser afectados de manera significativa por el género, la cantidad de alcohol ingerido y las actitudes culturales. No obstante los trastornos debido al uso de alcohol y los relacionados con el uso de otras sustancias se asocian por lo común con trastornos de ansiedad. Los trastornos por el uso de alcohol son unas 4 veces más comunes entre pacientes con trastornos de pánico que entre la población general y unas tres veces y media en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y unas 2 veces y media en pacientes con fobias (Kaplan et al 1999).

### **C) Procesos Atentivos y Alcoholismo**

En el paciente alcohólico se ha demostrado que se encuentran implicados de una manera insoslayable los procesos atentivos y que se ven afectados en esta relación. También, se ha demostrado que estos procesos atentivos debido a la naturaleza de las estructuras que intervienen se ven altamente afectados cuándo hay consumo de alcohol.

No es raro para el paciente adulto con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentar problemas más relacionados con el alcohol o abusar de sustancias. Este síndrome sólo puede diagnosticarse en pacientes que: 1) tienen una historia infantil con problemas de hiperactividad y atención y 2) tienen síntomas actuales de hiperactividad adulta y déficit de atención, además de dos de las siguientes cinco características: a) labilidad afectiva, b) desorganización e incapacidad para finalizar tareas, c) temperamento fuerte, d) impulsividad y e) intolerancia al estrés (Bohn, et al. 1997)

Como se habrá podido notar, estas entidades se encuentran vinculadas de manera insoslayable, es decir, tanto la depresión como la ansiedad generan cambios en el ámbito de los procesos atentivos y viceversa y el alcohol implica ambas patologías cuando su consumo muestra un problema substancial y de esta manera se ven a la vez, afectados los procesos atentivos en dichos sujetos.

## **CAPITULO VI**

### **“MÉTODO”**

## JUSTIFICACIÓN

En trabajos previos se ha demostrado la comorbilidad existente entre la enfermedad del alcoholismo y diagnósticos de depresión y/o ansiedad (Eroza, Hernández y Nicolini.1994). En otro estudio reciente realizado por Orozco y col (1998) se demuestra que existe una relación entre la dependencia al alcohol, los patrones de consumo y la relación con trastornos cognoscitivos, dicha investigación no determina cual es la relación entre la comorbilidad de una enfermedad como son la depresión y la ansiedad y no hace mención de la probable relación entre el déficit de atención y el alcoholismo.

Sin embargo la literatura existente que mencione la comorbilidad entre el alcoholismo y los problemas de atención en el adulto, son escasos. Russel (1998), mencionan la relación entre el alcoholismo presentado por la madre en el embarazo y la posible aparición del desorden de déficit de atención con hiperactividad en el niño, así mismo. Por otro lado, Chrissie y col. (1999) mencionan que el déficit de atención e hiperactividad prevalece a la búsqueda del alcohol. Los estudios sobre el tema, en especial la relación entre los dos diagnósticos --ADHD y alcoholismo-- se reportan de forma separada o bien relegando el proceso atencivo a otras causas, específicamente, en la población adulta.

Por lo anterior el objetivo del presente estudio es hallar la relación existente entre el abuso de alcohol y la comorbilidad entre la ansiedad, la depresión y el déficit de atención. Lo que nos permitirá conocer, desde una visión más amplia, qué es lo que sucede con el paciente alcohólico, la comorbilidad que pueda presentar, así como la correlación permitiendo de esta manera ser diagnosticada oportunamente por el personal de salud.

## OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente estudio consiste en determinar si los procesos atencivos están relacionados con los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en 3 poblaciones (alcohólicos, Psiquiátricos --Depresivos y Ansiosos-- y no alcohólicos), asimismo, conocer como el uso y abuso del alcohol afecta en dichas entidades nosológicas (ansiedad y depresión).

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo 1.- El proceso atencivo se encuentra alterado en pacientes alcohólicos al ser comparados con pacientes psiquiátricos y un grupo control.

Objetivo 2.- Los pacientes alcohólicos presentan rasgos de ansiedad y depresión al ser comparados con pacientes psiquiátricos y un grupo control.

Objetivo 3.- El proceso atencivo se encuentra alterado en pacientes diagnosticados con depresión y/o ansiedad al ser comparados con pacientes psiquiátricos y un grupo control.

### HIPÓTESIS

Existen diferencias significativas entre los pacientes alcohólicos que presentan alteraciones en el proceso atencivo y en la comorbilidad psiquiátrica (ansiedad y depresión) al ser comparados con sujetos normales.

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### A) SUJETOS.

90 sujetos conformaron la muestra, ésta fue dividida en 3 grupos, se realizó un muestreo intencional para seleccionar a los pacientes; y éstos fueron: 30 pacientes alcohólicos, 30 pacientes psiquiátricos y 30 sujetos tomados aleatoriamente de población abierta.

#### B) INSTRUMENTOS.

Se utilizó una batería de pruebas conformada por los siguientes instrumentos:

- A) El Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) del Dr. Charles D. Spielberger y el Dr. Rogelio Díaz- Guerrero.
- B) Encuesta sociodemográfica.
- C) Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos de David Wechsler. (subescalas de retención de dígitos y aritmética)
- D) Escala para medir la Depresión de Calderón Narváez.
- E) Criterios de Dependencia del DSM-IV.

**El Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado (IDARE --Spielberger y Díaz Guerrero, 1970)**, es una prueba para medir el nivel de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir sin síntomas psiquiátricos y actualmente se ha demostrado que puede ser utilizado en pacientes neuropsiquiátricos y quirúrgicos.

El IDARE es un instrumento útil y versátil para la medición tanto de ansiedad de estado como la de rasgo, al correlaciones para la escala ansiedad de rasgo son desde .73 a .86 mientras que las correlaciones para la escala ansiedad de estado son de .16 a .54, los coeficientes de confiabilidad que se obtienen varían de .86 a .92 para la escala de ansiedad de estado y de rasgo. La correlación entre las escalas de estado y rasgo varían entre .44 y .55.

El inventario se encuentra constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de ansiedad:

1. Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), la cual puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica. La Ansiedad - Rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión de ansiedad, es decir las diferencias entre las personas en la tendencia a responder en situaciones percibidas como amenazantes. Tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos", como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación la activan; y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas", es decir, residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes".

2. Ansiedad-Estado (A-Estado). La cual puede utilizarse para determinar los niveles reales de A - Estado inducidos por procedimientos experimentales de tensión, o bien como un Índice del nivel de pulsión; las características esenciales que pueden evaluarse en esta escala involucran sentimientos de nerviosismo, tensión preocupación y aprehensión. La Ansiedad-Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

El inventario cuenta con cuarenta reactivos (veinte por cada escala) con afirmaciones sobre estados de ánimo. Cada uno de estos reactivos incluye una escala con cuatro opciones de respuesta (Ver apéndice).

Un ejemplo de los reactivos utilizados en este inventario es:

Tomo las cosas muy a pecho	1. Casi nunca
	2. Algunas veces
	3. Frecuentemente
	4. Casi siempre

La Encuesta Sociodemográfica está compuesta por preguntas que permiten saber la situación del paciente tanto en el ámbito social, familiar y económico. Así mismo nos permitio identificar la situación de uso y abuso de sustancias.

Un ejemplo de las preguntas realizadas en la encuesta son (Ver apéndice):

Nombre:	Edad:	Religión:
Tiempo de abstinencia:	Sustancia de mayor uso:	

La Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos. (Wechsler, 1981), busca medir los factores que se relacionan al concepto de inteligencia, definiéndose ésta según Wechsler como: "La capacidad global del individuo para actuar propositivamente, para pensar racionalmente y para conducirse adecuada y eficientemente en su medio ambiente". La escala parte de varias hipótesis, tomando como base la definición anterior y el que la inteligencia se relaciona necesariamente con componentes biológicos del organismo.

La confiabilidad del WAIS optiene para el CI verbal =0.97, para la escala de ejecución = 0.94 y el CI total = 0.98. Los coeficientes de estabilidad del test-retes para el CI verba es = 0.96, el de ejecución =0.91 y el CI total = 0.96.

Par el Ci total, el error estandar tiene un rango de 2 a 2.5. La confiabilidad de las 14 subpruebas individuales son en general, mucho mas deviles. Las unicas pruebas con coeficiente de estabilidad superior a .90 son información (.94) y vocabularia (.91), para las subpruebas restantes los valores de confiabilidad van desde .70 a .80.

La escala Wechsler para adultos, cuenta con un manual de instructivos que se debe seguir para poder aplicarse. La escala se encuentra conformada por 11 subtests, los cuales se encuentran divididos en 2 subescalas:

1) Escala Verbal.- Dentro de esta escala encontramos 6 subtests de los cuáles cuatro, son esencialmente verbales: Vocabulario, información, Comprensión y Semejanzas, ya que requieren de un acervo de recuerdos y conceptos básicamente verbales para su respuesta adecuada. Aritmética y Retención de Dígitos aunque

requieren de respuestas vocales, tratan esencialmente con números y relaciones numéricas y en ellos interviene básicamente la atención y la concentración.

2) Escala de Ejecución.- Dentro de los 5 subtests que componen esta escala tres son visomotores (Diseño con Cubos, Ensamble de Objetos y Símbolos y Dígitos), ya que además de la organización visual de los materiales, ésta se debe integrar a la manipulación motora. Los dos subtests restantes (Ordenamiento de Dibujos y Figuras incompletas), necesitan básicamente de la percepción visual.

Para efecto de este estudio únicamente se utilizarán los subtests de Aritmética y Retención de Dígitos por ser éstos, los que miden atención. Ejemplos de los reactivos usados en los subtests que se utilizarán son:

<b>*Aritmética</b>		
Preguntas	Tiempo límite	Respuesta
¿Cuántos son cuatro pesos más cinco pesos?	15"	9 pesos
<b>**Retención de Dígitos</b>		
Serías	Ensayo I	Ensayo II
(3)	5-8-2	6-9-4

\*Los reactivos no se muestran al paciente, únicamente son leídos para él. \*\*Ver apéndice

**La Escala para medir Depresión de Calderón Narváez (1992).** Se incluyen 20 síntomas más frecuentes de la depresión de acuerdo al estado socioeconómico de la población mexicana y que es aplicado en unos cuantos minutos. La calificación es muy sencilla, anotándole a cada síntoma de 1 a 4, pudiendo obtener un puntaje mínimo de 20 y un máximo de 80 donde:

20 a 35 puntos = normal.
36 a 45 puntos = reacción de ansiedad.
46 a 65 puntos = depresión media
66 a 80 puntos = depresión severa.

Para demostrar la validez y confiabilidad del cuestionario clínico del síndrome depresivo se utilizó una muestra de 270 sujetos de ambos sexos de 15 a 89 años de edad, el cuestionario como ya se menciona consta de 20 reactivos tipo likert con cuatro opciones de respuesta, obteniendo una alpha de crombach de 0.86 y las alpha por cada uno de los factores de cada área son: Para el área afectiva una alpha de 0.84, para el área intelectual -cognitiva una alpha de 0.62 y finalmente para el área somática una alpha de 0.57 y donde todos los reactivos discriminaron de manera significativa ( $p < 0.0005$ ).

Un ejemplo de los reactivos usados es:

Ejem. de REACTIVOS	NO	SI		
		POCO	REGULAR	MUCHO
¿Se siente triste o afligido?				
¿Siente palpitaciones o presión en pecho?				
¿Ha sentido deseos de morirse?				

\*\*Ver apéndice

**Los Criterios de dependencia del DSM-IV (1995).** La dependencia al alcohol se clasifica cuando el patrón desadaptativo de consumo de la sustancia conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo. Las preguntas hacen referencia a un mismo periodo en el transcurso de 12 meses.

Dichos criterios se encuentran conformados en los 7 criterios del DSM-IV donde:

1.	Tolerancia.
2.	Abstinencia.
3.	Uso compulsivo.
4.	Descontinuación.
5.	Estrechamiento del campo conductual.
6.	Reducción máxima del campo conductual.
7.	Percepción de daño.

Los criterios 1,2,4, 5 y 6 se encuentran divididos en dos preguntas las cuales se califican un medio punto cada una, dando un total de un punto por pregunta. Los criterios 3 y 7 se componen de una sola pregunta la cual se califica con un punto cada una. La calificación nos da un total de máximo 7 puntos donde tres criterios cumplidos o más hacen el diagnostico de dependencia.

Los criterios del DSM-IV fueron tomados de dicho manual donde se describen cada uno de los síntomas que acompañan a dichos criterios, de tal forma que estos síntomas fueron realizados en forma de pregunta que le permitiera al sujeto entender de manera mas concreta cuales son los síntomas que el presenta, el puntaje que se otorga a dichos criterios también esta sustentada en el manual y es la misma que se les otorga para dar un diagnostico de dependencia al alcohol.

Ejemplo de los criterios son:

	SI	NO
C.1. Tolerancia		
C. 1.1. ¿Necesita cantidades cada vez mayores de alcohol para alcanzar un estado de embriaguez?		
C.1.2 ¿Los efectos que tiene con la misma cantidad que se toma son menores ahora que antes?		
C.3 Uso Compulsivo		
¿En ocasiones ha tomado más de lo que se propuso?		

\*\*Ver apéndice

### C) PROCEDIMIENTO.

Las aplicaciones de los instrumentos se realizaron en el caso de los pacientes alcohólicos en el grupo de AA donde se seleccionaron aquellos que tenían más de 5 años de abstinencia. Los pacientes Psiquiátricos se seleccionaron en el hospital López Mateos del ISSSTE siendo canalizados por el servicio de psiquiatría quienes realizaron el diagnóstico previo tanto de ansiedad y de depresión. Para la obtención de los sujetos de población abierta se seleccionó en los lugares donde estos se encontraban buscando las condiciones adecuadas para llevar al cabo la aplicación como es un lugar cómodo, con la adecuada iluminación y el mobiliario necesario.

Los pacientes fueron seleccionados intencionalmente según aquellos que: cumplían en el caso de pacientes alcohólicos con los criterios de dependencia de al DSM-IV, con una edad de 20 a 60 años de edad y una abstinencia máxima de 5 años. Para los pacientes psiquiátricos aquellos que cumplieron los criterios del DSM-IV para los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad con una edad de 20 a 60 años. Así para los sujetos no alcohólicos se tomó una edad de 20 a 60 años de edad y fueron seleccionados aleatoriamente.

La aplicación de los instrumentos se realizó de la siguiente manera: en primer lugar se aplicaron los criterios de dependencia del DSM-IV y la escala del IDARE, después se aplicaron las subescalas del WAIS, continuando con la aplicación de la escala de depresión de Calderón Narváez y para finalizar con la aplicación de la encuesta sociodemográfica. La encuesta y las pruebas fueron aplicadas en una sola sesión y con una duración aproximada de 35 minutos por paciente.

#### D) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo, para obtener las frecuencias características genéricas de la población; así mismo se aplicó un análisis de varianza múltiple, para determinar si existen diferencias entre los rasgos depresivos, ansiedad, atención y alcoholismo en los diferentes grupos. Finalmente se realizó una correlación múltiple de los instrumentos aplicados para determinar si los factores, de cada instrumento, se relacionan con los rasgos depresivos, de ansiedad, de alcoholismo y de atención, así como su relación entre sí.

Los datos fueron expresados como su media  $\pm$  error estándar. Cabe señalar que se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis como prueba post-hoc, considerando un nivel de significancia de  $< 0.05$ .

## **CAPITULO VII**

### **“RESULTADOS”**

## RESULTADOS

En la presente investigación participaron 90 sujetos (46 hombres y 44 mujeres), formando tres grupos de estudio: grupo de Alcohólicos (Oh), grupo de pacientes Psiquiátricos (Ps) y grupo Control (Ab); cada grupo con una n = 30.

El grupo "Ps", estuvo formado por 24 mujeres y 6 hombres con un promedio de edad de 42.63 años. Para la población "Oh" el grupo se conformó por 3 mujeres y 27 hombres con una edad promedio de 36.03 años y el grupo "Ab" formado por 17 mujeres y 13 hombres con un promedio de edad de 28.67 años. De la población total el 51.1% eran hombres y el 48.9% eran mujeres. Asimismo, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol para la población "Ps" fue de 23.1 años, para el "Oh" fue de 17.83 años y para "Ab" es de 17.20 años. Se reporta que el termino de consumo se presentó a una edad promedio de 38.0 años para "Ps", a los 34.4 años para "Oh" y "Ab" a los 31.6 años.

Algunos de los datos sociodemográficos de mayor relevancia son: Con respecto a la religión profesada, la de mayor frecuencia es el catolicismo (ver tabla 1); con lo referente al estado civil la mayoría es casado (ver tabla 2). En cuanto a la ocupación, los maestros, empleados federales, empleados generales y estudiantes predominan (ver tabla 3). Mientras que el nivel educativo, por grupo se ilustra en la figura 1. Empero, los grupos "Ps" y "Oh" reportaron tener problemas con su pareja, no así el grupo "Ab" (Figura 2).

**Tabla 1:** Muestra la distribución de la religión profesada en los tres grupos de estudio. Nótese que el grupo más representativo es los que profesan el catolicismo

RELIGIÓN	POBLACIÓN		
	"Ps" (n)	"Oh" (n)	"Ab" (n)
Evangelista	3.3 % (1)	0	3.3% (1)
Católica	83.3% (25)	90% (27)	80% (24)
Judía	0	0	0
Otras	13.3% (4)	10% (3)	16.6% (5)

**Tabla 2:** Muestra la distribución porcentual del estado civil en los tres grupos de estudio. Nótese que el grupo más representativos son los casados (PS y OH) y los solteros (AB).

ESTADO CIVIL	POBLACIÓN		
	"Ps"	"Oh"	"Ab"
Casado	76.6% (23)	46.6% (14)	23% (7)
Casado por 2a. vez	0%	3.3%	0%
Separados	3.3% (1)	0%	0%
Solteros	16.6% (5)	36.6% (11)	70% (21)
Divorciados	0%	6.6% (2)	0%
Viudo	0%	0%	3.3% (1)
Unión libre	3.3% (1)	6.6% (2)	3.3% (1)

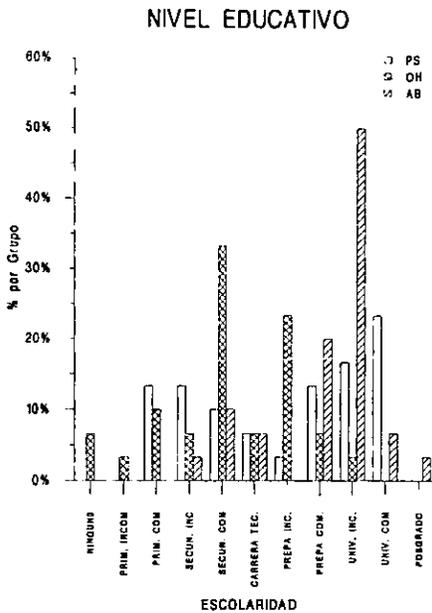
**Tabla 3:** Muestra la distribución porcentual de la ocupación en los grupos de estudio (Ps, Oh y Ab).

OCUPACIÓN	POBLACIÓN		
	"Ps"	"Oh"	"Ab"
Maestros	23.3% (7)	0%	6.6% (2)
Empleados	16.6% (5)	36.6% (11)	0%
Empleados federales	23.3% (7)	16.6% (5)	0%
Ama de casa	16.6% (5)	3.3% (1)	10% (3)
Desempleado	3.3% (1)	16.6% (5)	6.6% (2)
Analista administrativo	3.3% (1)	0%	0%
Medico	3.3% (1)	0%	6.6% (2)
Comerciante	3.3% (1)	23% (7)	6.6% (2)
Estudiante	6.6% (2)	3.3 (1)	63.3% (19)

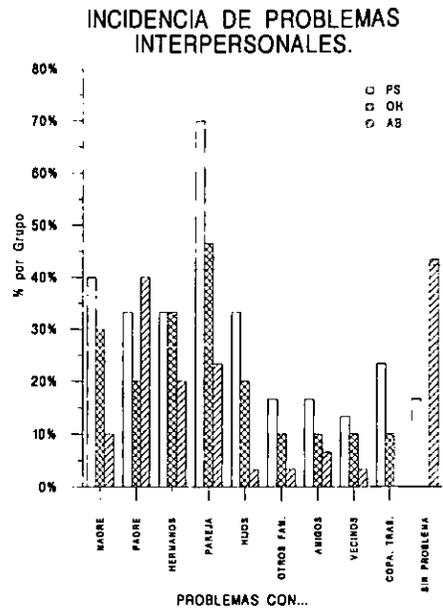
Por otro lado la sustancia de mayor consumo en los tres grupos es el alcohol (cantidades que llegaron hasta la embriaguez (Figura 3). Asimismo, la sustancias de mayor problema es el alcohol, únicamente para el grupo "Oh" (Tabla 4), reportaron un periodo de abstinencia de 12 meses como máximo(Figura 4).

**Tabla 4:** Muestra la distribución porcentual de los grupos de estudio referente a la sustancia de mayor problema

SUSTANCIA DE MAYOR PROBLEMA	POBLACIÓN		
	"Ps"	"Oh"	"Ab"
Ninguna	86.6% (26)	0%	100% (30)
Alcohol	10% (3)	100% (30)	0%
Cocaína	3.3% (1)	30% (9)	0%
Marihuana	0%	3.3% (1)	0%



**FIGURA 1:** Representa la distribución del nivel educativo en las tres poblaciones. Abrev. PS: Grupo Psiquiátrico, OH: Grupo de Alcohólicos y AB: Grupo Control.



**FIGURA 2:** Representa la distribución de las tres poblaciones que reportan tener problemas interpersonales. Abre: Idem.

El grupo "Ps" (n=29) y el grupo "Oh" (n=24) consumen una sola sustancia al día. Mientras que el 100% del grupo "Ab" reportaron no consumir droga alguna (n=30; Figura 5). Donde; en el grupo "Ps" (n = 1) y el "Oh" (n=10) reportaron delirios (Figura 6).

Asimismo, la población "Ps" (n=4), y el grupo "Oh" (n=15) reportaron por lo menos un tratamiento en contra del alcoholismo (Figura 7). En este mismo sentido, han sido medicados: "Ps", el 10% (n=3) y "Oh" el 33.3% (n=10) (Figura 8). En este mismo sentido, se reportaron problemas relacionados con el consumo de alcohol, específicamente en los grupos "Ps" y "Oh" (Tabla 5 y Figura 9).

### SUSTANCIAS DE MAYOR CONSUMO

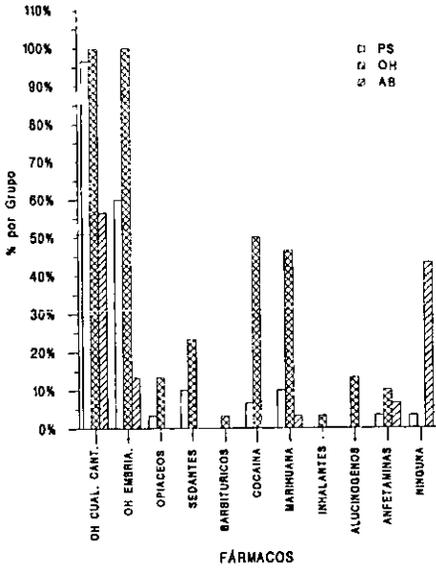


FIGURA 3: Representa la distribución de la sustancia de mayor Abuso en los grupos de estudio. Abrev. Ídem.

### TIEMPO DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA

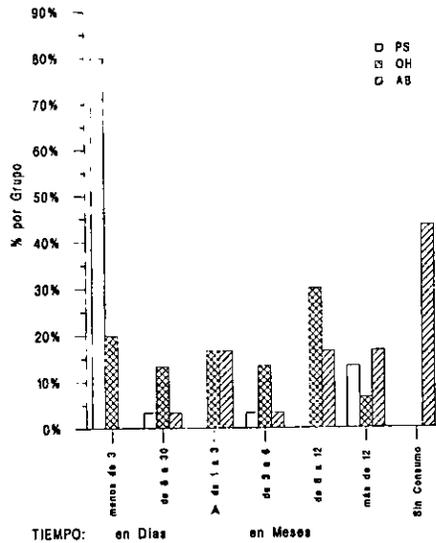


FIGURA 4: Representa periodos (rangos) de Abstinencia en los tres grupos. abrev. Ídem.

Tabla 5: Muestra la distribución porcentual de los problemas relacionados al consumo de alcohol

PROBLEMAS RELACIONADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	POBLACIÓN		
	"Ps"	"Oh"	"Ab"
Depresión	13.3% (4)	40% (12)	0%
Angustia o tensión	13.3% (4)	40% (12)	0%
Alucinaciones	10% (3)	23.3% (7)	0%
Concentrarse, memorizar o entender	16.6% (5)	26.6% (8)	0%
Controlar conductas violentas	10% (3)	20% (6)	0%
Pensamientos de muerte	6.6% (2)	20% (6)	0%
Intentos de quitarse la vida	6.6% (2)	16.6% (5)	0%
Ninguno	76% (23)	23.3% (6)	100% (30)

CONSUME MÁS DE UNA SUSTANCIA AL DÍA?

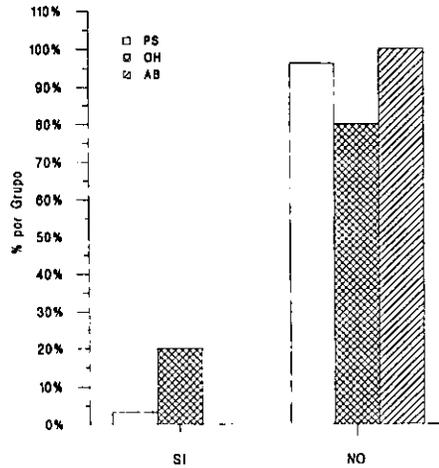
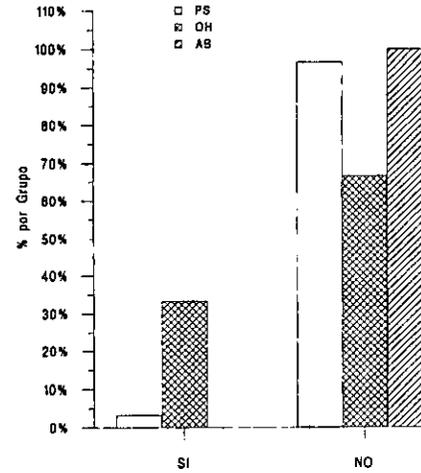


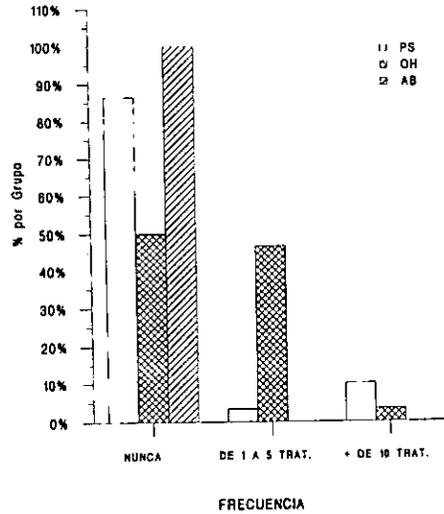
FIGURA 5: Representa la distribución del consumo de más de una sustancia al día, en las tres poblaciones de estudio. abrev. ídem

PRESENCIA DE DELIRIOS



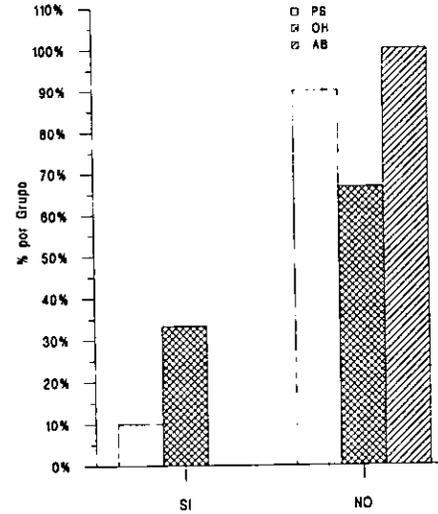
FUGURA 6: Representa la frecuencia de delirios en las tres poblaciones. abrev. ídem

### TRATADOS POR ALCOHOLISMO



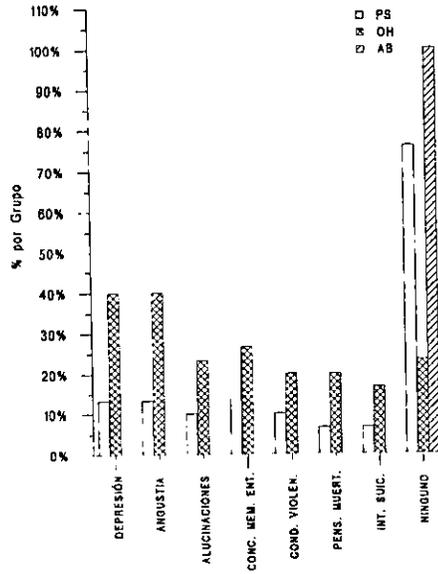
**FIGURA 7:** Muestra la distribución de las tres poblaciones que han sido tratados por problemas relacionados con el alcohol. Abrev. ídem

### POBLACIÓN MEDICADA POR PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO



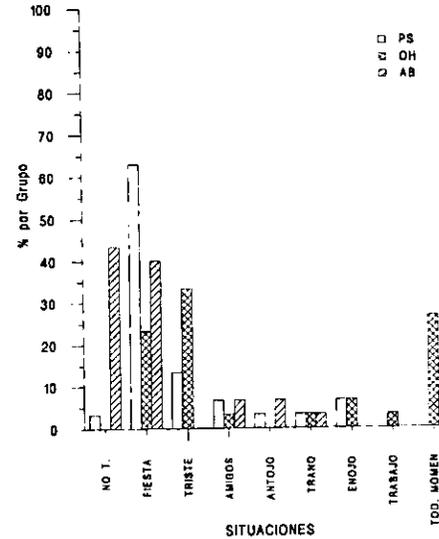
**FIGURA 8:** Representa la distribución de aquellos que han sido medicados por problemas de alcoholismo en las tres poblaciones de estudio. Abrev. ídem

### PROBLEMAS POR CONSUMO DE ALCOHOL



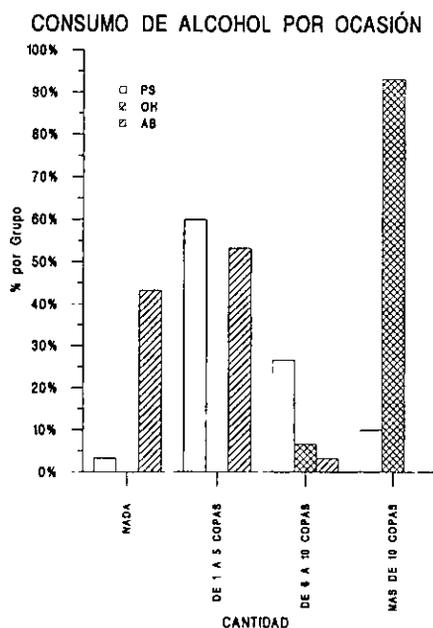
**FIGURA 9:** Representa la distribución de los problema relacionado al consumo de alcohol en las tres poblaciones de estudio. Abrev. ídem

### SITUACIONES EN LAS QUE SE CONSUME ALCOHOL



**FIGURA 10:** Representa la distribución de la situación y lugar del consumo de alcohol en las tres poblaciones de estudio. Abrev. ídem

Para finalizar lo referente a la encuesta, se consideró los lugares y las situaciones en que ocurre el consumo de alcohol; reportando: la población "Ps" (n=19) lo consume en fiestas y reuniones, la población "Oh" (n=10) lo consume cuando está triste y sólo y en la población "Ab" (n=13) reporta no consumir alcohol (Figura 10). Así mismo, la cantidad consumida para la población "Ps" (n=18) y "Ab" (n=16) es de un promedio de una a cinco copas, mientras que la población "Oh" (n=28) reporta consumir más de 10 copas por ocasión (la cantidad de copas fue definida por la población de manera coloquial, como la cantidad promedio de un "vaso de cuba" (Figura 11).



**Figura 11:** Representa la distribución de la cantidad del consumo de alcohol por ocasión en las tres poblaciones de estudio. Abrev. Ídem

### ANÁLISIS POR FACTOR

#### ESCALA PARA MEDIR LA DEPRESIÓN DE CALDERÓN-NARVÁEZ.

El análisis de factores realizado a la prueba de Calderón, nos proporciona la media  $\pm$  el error estándar, utilizando la ANOVA de una vía, se relacionaron los tres factores: Afectivo, Intelectual y Somática de dicha

prueba. La descripción de los datos que a continuación se presentan es: primero la estadística descriptiva por factores de cada una de las pruebas y segundo la comparación realizada por medio de la ANOVA.

El promedio más alto para las tres poblaciones "Ps", "Oh" y "Ab" es el factor Afectivo  $2.68 (\pm 0.07)$ ,  $2.07 (\pm 0.08)$  y  $1.63 (\pm 0.09)$  respectivamente. Cabe aclarar, que el valor reportado es el promedio de la respuesta por reactivos, según la escala de calificación de la prueba aplicada (Ver tabla 6).

**Tabla 6:** Promedios por factores de las tres poblaciones en la prueba de Calderón.

Factor	Ps	Oh	Ab
Afectivo	$2.68 \pm 0.07$	$2.07 \pm 0.08$	$1.63 \pm 0.09$
Intelectual Cognitivo	$2.61 \pm 0.09$	$1.96 \pm 0.05$	$1.54 \pm 0.14$
Somático	$2.61 \pm 0.10$	$1.77 \pm 0.10$	$1.53 \pm 0.09$

Al realizar la comparación por medio de la ANOVA de una vía, entre grupos para el factor afectivo, se encontró que entre el grupo de "Ps" vs. "Ab" presentan una  $p < 0.001$ , para el grupo "Ps" y el "Oh" tienen una  $p < 0.01$  y para el grupo "Oh" contra "Ab" es una  $p < 0.01$ . De tal manera que para el factor intelectual, se encontró que entre el grupo de "Ps" y el "Ab" presentan una  $P < 0.001$ , para el grupo "Ps" y el "Oh" es una  $p < 0.01$  y para el grupo "Oh" contra "Ab" es una  $p < 0.02$ . Para el para el factor somático, se encontró que entre el grupo de "Ps" y el "Ab" presentan una  $p < 0.001$ , para el grupo "Ps" y el "Oh" es una  $p < 0.001$  y para el grupo "Oh" contra "Ab" no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 7).

**Tabla 7:** Tabla de ANOVA de una vía para el factor Afectivo, Intelectual y Somático de la prueba de Calderón. Análisis longitudinal ( $p$ ) y transversal ( $\alpha$ )

Factor	Ps	Oh	Ab	Ps vs. Oh	Ps vs. Ab	Ab vs. Oh
AFECTIVO	$21.6 \pm 1.28$	$16.5 \pm 2.21$	$12.87 \pm 0.64$	$p < 0.01$ $f=2.99$	$p < 0.001$ $f=6.09$	$p < 0.01$ $f=2.99$
INTELLECTUAL	$15.6 \pm 0.92$	$11.8 \pm 0.74$	$9.20 \pm 0.60$	$p < 0.01$ $f=3.21$	$p < 0.001$ $f=5.68$	$p < 0.02$ $f=2.64$
SOMÁTICO	$15.6 \pm 0.89$	$10.6 \pm 0.74$	$9.23 \pm 0.57$	$p < 0.001$ $f=4.41$	$p < 0.001$ $f=6.00$	NS
$\alpha$ : Af-In	$< 0.01$ $f=3.80$	$< 0.01$ $f=3.70$	$< 0.001$ $f=4.03$			
$\alpha$ : Af-Som	$< 0.01$ $f=3.83$	$< 0.001$ $f=4.75$	$< 0.001$ $f=4.23$			
$\alpha$ : Som-In	NS	NS	NS			

### INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO-ESTADO (IDARE).

El promedio más alto para el factor de ansiedad de estado es para la población "Ps"  $2.59 \pm 0.10$ , para la población "Oh"  $2.06 \pm 0.09$  y para la población "Ab" es de  $1.85 \pm 0.08$ . Para el factor de ansiedad de rasgo la población "Ps" resulta también tener al mayor promedio con  $2.73 \pm 0.05$ , seguidos por la población "Oh"  $2.30 \pm 0.04$ , y para la población "Ab" es de  $1.81 \pm 0.08$ . Cabe aclarar, que el valor reportado es el promedio de la respuesta por reactivos del IDARE (tabla 8).

**Tabla 8:** Promedios por factores según reactivos de la prueba del IDARE en los tres grupos.

Factor	Ps	Oh	Ab
Ansiedad-Estado	$2.59 \pm 0.10$	$2.06 \pm 0.09$	$1.85 \pm 0.08$
Ansiedad-Rasgo	$2.73 \pm 0.05$	$2.30 \pm 0.04$	$1.81 \pm 0.08$

Al realizar la comparación por medio de la ANOVA de una vía, entre grupos para el factor de Ansiedad-Estado, se encontró que el grupo "Ps" y "Ab" presentan una  $p < 0.001$ , para el grupo "Ps" y "Oh" es una  $p < 0.01$  y para el grupo "Oh" contra "Ab" no se presentó cambios significativos. Mientras que para el factor Ansiedad-Rasgo, se encontró que entre el grupo "Ps" y "Ab" presentaron un nivel de significancia  $< 0.001$ , para el grupo "Ps" vs. "Oh" es una  $p < 0.01$  y para el grupo "Oh" vs. "Ab" es una  $p < 0.01$ . Por último la comparación intergrupar por factores no mostró diferencias significativas en ninguno de los tres grupos (Tabla 9).

**Tabla 9:** ANOVA de una vía: Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo de la prueba del IDARE. Análisis longitudinal ( $\rho$ ) y transversal ( $\alpha$ )

Factor	Ps	Oh	Ab	Ps vs. Oh	Ps vs. Ab	Ab vs. Oh
Ansiedad-Estado	$51.6 \pm 2.31$	$40.9 \pm 1.91$	$36.9 \pm 2.05$	$p < 0.01$ $f=3.58$	$p < 0.001$ $f=4.77$	NS
Ansiedad-Rasgo	$54.5 \pm 2.04$	$45.2 \pm 2.16$	$36.2 \pm 1.48$	$p < 0.001$ $f=3.13$	$p < 0.001$ $f=7.26$	$p < 0.01$ $f=3.44$
$\alpha$	NS	NS	NS			

### ESCALA DE INTELIGENCIA DE DAVID WECHSLER PARA ADULTOS: WECHSLER (SUB-ESCALA DE RETENCIÓN DE DÍGITOS).

El promedio más alto para el factor de retención de dígitos de la prueba del WAIS el de mayor promedio es para la población "Ab"  $9.57 \pm 0.28$ , seguida por la población "Oh"  $8.17 \pm 0.28$  y finalmente la población "Ps" con  $7.70 \pm 0.35$ . El promedio más alto para el factor de aritmética de la prueba del WAIS de mayor promedio es

para la población "Ab"  $10.27 \pm 0.68$ , seguida por la población "Oh"  $9.00 \pm 0.62$  y finalmente la población "Ps" con  $7.70 \pm 0.51$ . Cabe aclarar, que el valor reportado es el promedio de la respuesta por aciertos (Ver tabla 10).

**Tabla 10:** Promedios por factores de las tres poblaciones en la prueba del WAIS en la subescala de retención de dígitos y Aritmética.

Factor	Ps	Oh	Ab
Retención de dígitos	$7.70 \pm 0.35$	$8.17 \pm 0.28$	$9.57 \pm 0.28$
Aritmética	$7.70 \pm 0.51$	$9.00 \pm 0.62$	$10.27 \pm 0.68$

Al realizar la comparación por medio de la ANOVA de una vía, entre grupos para el factor de retención de dígitos de la prueba del WAIS, se encontró que entre el grupo de "Ps" y el "Ab" presentan una  $p < 0.001$ . para el grupo "Ps" y el "Oh" no muestran diferencias significativas y para el grupo "Oh" contra "Ab" tiene una  $p < 0.01$  y para el factor de aritmética se encontró que entre el grupo de "Ps" y el "Ab" presentan una  $p < 0.01$ , para el grupo "Ps" y el "Oh" y para el grupo "Oh" contra "Ab" no muestran diferencias significativas. Para la comparación intergrupos por factores no se mostró diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 11).

**Tabla 11:** Tabla de ANOVA para el factor de retención de dígitos y el factor de aritmética de la prueba del WAIS. Se describe el análisis longitudinal ( $p$ ) y transversal ( $\alpha$ ) de la prueba según la población.

Factor	Ps	Oh	Ab	Ps vs. Oh	Ps vs. Ab	Ab vs. Oh
ARITMÉTICA	$7.70 \pm 0.51$	$9.00 \pm 0.62$	$10.27 \pm 0.68$	NS	$p < 0.01$ $f=3.00$	NS
DÍGITOS	$7.70 \pm 0.35$	$8.17 \pm 0.28$	$9.57 \pm 0.28$	NS	$p < 0.001$ $f=4.11$	$p < 0.01$ $f=3.46$
$\alpha$	NS	NS	NS			

#### CRITERIOS DE DEPENDENCIA DEL DSM-IV

El promedio más alto para el factor de los criterios de dependencia al alcohol por medio del DSM-IV para la población "Ps"  $1.53 \pm 2.17$ , para la población "Oh"  $6.26 \pm 0.98$  y para la población "Ab" es de  $0.800 \pm 1.40$ . Cabe aclarar, que el valor reportado es el promedio de la respuesta por reactivos (tabla 12).

Al realizar la comparación por medio de la ANOVA de una vía, entre grupos para el factor de los criterios de dependencia al alcohol por medio del DSM-IV se encontró que entre el grupo de "Ps" y el "Ab" no muestra diferencias significativas, para el grupo "Ps" y el "Oh" tienen una  $P < 0.001$  y para el grupo "Oh" contra "Ab" es una  $P < 0.001$ .(Tabla 12).

**Tabla 12:** Tabla de criterios y ANOVA de una vía del DSM-IV

DSM IV	Ps	Oh	Ab	PS vs. AB	PS vs. OH	OH vs. AB
Criterios	1.53 ± 0.39	6.26 ± 0.17	0.800 ± 0.25	NS	p <0.001 f=10.88	p <0.001 f=17.50
α						

### ANÁLISIS POR REACTIVOS DE TOTALES DE TODAS LAS PRUEBAS.

Con respecto al análisis de los factores totales de las pruebas aplicadas a nuestras tres poblaciones de estudio se obtuvo que para la prueba de Calderón, la población "Ps" es la que obtiene el mayor puntaje con un promedio de 52.80 (± 2.90) después bien la población "Oh" con un promedio de 38.90 (± 2.21), y finalmente la población "Ab" con un promedio de 31.30 (± 1.66) respectivamente, mientras que, para la prueba del IDARE se obtiene para la población "Ps" un promedio de 106.10 (± 4.04) para la población "Oh" presentó un promedio de 86.43 (± 3.68) y para la población "Ab" un promedio de 73.06 (± 3.16) (tabla 13).

Para la subescala de aritmética de la prueba del WAIS se obtiene para la población "Ab" el promedio mayor de 10.27 (± 0.68), seguido por la población "Oh" con un promedio de 9.00 (± 0.62) y finalmente la población "Ps" con un promedio de 7.70 (± 0.51). Para la subescala de retención de dígitos de la prueba del WAIS se obtiene que para la población "Ab" el puntaje mayor con un promedio de 9.57 (± 0.28) para la población "Oh" un promedio de 8.17 (± 0.28) y finalmente la población "Ps" con un promedio de 7.70 (± 0.35). Para finalizar para los criterios de dependencia al alcohol a través del DSM-IV se obtiene un promedio de 0.800 (± 0.25) para la población "Ab" la población "Ps" tiene un promedio de 1.53 (± 0.39) y finalmente la población "Oh" tiene un promedio de 6.26 (± 0.17) (Tabla 13).

Al realizar la comparación por medio de la ANOVA de una vía, de los totales de las pruebas aplicadas a las tres poblaciones se obtiene que para la prueba de Calderón el grupo de "Ps" y el "Ab" presentan una  $p < 0.001$ , para el grupo "Ps" y el "Oh" es una  $p < 0.01$  y para el grupo "Oh" contra "Ab" es una  $P < 0.02$ . Para la prueba del IDARE a la aplicación de la ANOVA de una vía se obtiene para el grupo "Ps" y "Ab" una  $p < 0.001$ , para el grupo "Ps" y "Oh" una  $p < 0.01$  y para el grupo "Oh" y "Ab" se obtiene una  $p < 0.02$  (tabla 13).

Para la subescala de Retención de Dígitos de la prueba del WAIS se obtiene a la aplicación de la ANOVA de una vía para los grupos de "Ps" y "Ab" muestran una  $p < 0.001$  para la población "Ps" y "Oh" no muestra diferencias significativas y finalmente para los grupos "Oh" y "Ab" obtiene una  $p < 0.01$ . Para la subescala de aritmética al aplicar la ANOVA de una vía se obtiene para los grupos "Ps" y "Ab" una  $p < 0.01$ , para la población "Ps" y "Oh" y "Oh" y "Ab" no muestran diferencias estadísticamente significativas (tabla 13).

Al aplicar la ANOVA de una vía para el total de los criterios de dependencia al alcohol por medio del DSM-IV se obtiene para los grupos "Ps" y "Ab" no hay diferencias estadísticas, para los grupos "Ps" y "Oh" una  $p < 0.001$  y finalmente para los grupos "Oh" y "Ab" una  $p < 0.01$  (tabla 13).

**Tabla 13:** ANOVA por totales de factores de las pruebas en las tres poblaciones. Análisis longitudinal por factores (p).

Prueba	Ps	Oh	Ab	Ps vs. Oh	Ps vs. Ab	Ab vs. Oh
Calderón	52.80 ± 2.90	38.90 ± 2.21	31.30 ± 1.66	$p < 0.01$ f=3.78	$p < 0.01$ f=6.42	$p < 0.02$ f=2.72
IDARE	106.1 ± 4.05	86.43 ± 3.68	73.1 ± 3.16	$p < 0.01$ f=3.60	$p < 0.001$ f=6.45	$p < 0.01$ f=2.74
Aritmética	7.70 ± 0.51	9.00 ± 0.62	10.27 ± 0.68	NS	$p < 0.01$ f=3.00	NS
Retención dígitos	7.70 ± 0.35	8.17 ± 0.28	9.57 ± 0.28	NS	$p < 0.001$ f=4.11	$p < 0.01$ f=3.46
DSM-IV	1.53 ± 0.39	6.26 ± 0.17	0.80 ± 0.25	$p < 0.001$ f=10.88	NS	$p < 0.001$ f=17.50

### CORRELACIÓN DE LOS FACTORES Y DE LAS PRUEBAS

La relación encontrada por medio de una correlación múltiple se describe a continuación: al correlacionar los factores de un mismo grupo, se encontraron diferencias significativas específicamente entre la población PS en los factores afectivos vs. intelectual ( $r = 0.87$ ), y afectivo vs. somático ( $r = 0.78$ ) ambos con una  $p < 0.001$ . De igual forma para el grupo AB en los factores afectivo vs. somático se encontró una  $r = 0.077$ , con una  $p < 0.001$ . Mientras que la correlación más baja fue para los grupos OH y AB en la escala de retención de dígitos vs. aritmética con una correlación de 0.07, 0.22, respectivamente, no existiendo una diferencia significativa (Tabla 14).

**Tabla 14:** De correlación de los factores y las pruebas

CALDERÓN	PS	OH	AB
Af vs. Int	$r = 0.87$ $p < 0.01$ $f = 3.80$	$r = 0.76$ $p < 0.001$ $f = 3.01$	$r = 0.74$ $p < 0.001$ $f = 4.18$
Af vs. Som	$r = 0.78$ $p < 0.001$ $f = 3.84$	$r = 0.68$ $p < 0.001$ $f = 2.52$	$r = 0.77$ $p < 0.001$ $f = 4.24$
Som vs. Int	$r = 0.74$ $p < 0.001$ $f = 0.58$	$r = 0.54$ $p < 0.001$ $f = 2.24$	$r = 0.70$ $p < 0.001$ $f = 4.03$
<b>IDARE</b>			
Ras vs. Est	$r = 0.73$ $p < 0.001$ $f = 4.95$	$r = 0.59$ $p < 0.001$ $f = 2.08$	$r = 0.62$ $p < 0.001$ $f = 2.27$
<b>WAIS</b>			
Arit vs. Dig	$r = 0.55$ $p < 0.001$ $f = 2.58$	$r = 0.07$ NS	$r = 0.22$ NS

Ahora bien, al correlacionar los factores de cada una de las pruebas contra los grupos de estudio (Análisis Longitudinal) se encontró, entre el grupo AB y OH, una correlación ( $= -0.41$ ) significativa ( $p < 0.02$ ), en el factor de dígitos de la prueba del WAIS (Tabla 15).

**Tabla 15:** Análisis longitudinal de factores de cada una de las pruebas.

CALDERÓN	Afectivo	Somático	Intelectual
Ps vs. Oh	$r = -0.02$ (NS)	$r = 0.11$ NS	$r = -0.13$ NS
Ps vs. Ab	$r = -0.17$ (NS)	$r = -0.08$ NS	$r = -0.06$ NS
Oh vs. Ab	$r = 0.27$ NS	$r = 0.20$ NS	$r = -0.12$ NS
<b>IDARE</b>		Estado	Rasgo
Ps vs. Oh	$r = 0.24$ NS	$r = -0.08$ NS	
Ps vs. Ab	$r = -0.04$ NS	$r = 0.14$ NS	
Oh vs. Ab	$r = -0.22$ NS	$r = 0.03$ NS	
<b>WAIS</b>		Digito	Aritmética
Ps vs. Oh	$r = 0.23$ NS	$r = 0.06$ NS	
Ps vs. Ab	$r = 0.27$ NS	$r = 0.03$ NS	
Oh vs. Ab	$r = 0.41$ $p < 0.02$ $f = 3.53$	$r = 0.06$ NS	

Al analizar por medio de una correlación los totales de cada una de las pruebas contra las tres poblaciones, se encontraron diferencias significativas sólo en la escala de retención de dígitos para la población OH vs. AB ( $r = 0.41$ ,  $p < 0.02$ ) (Tabla 16).

**Tabla 16:** Correlación por totales de cada una de las pruebas aplicadas

	CALDERÓN	IDARE	ARITMÉTICA	DIGITOS	DSM-IV
Ps vs. Oh	$r = -0.01$ NS	$r = 0.08$ NS	$r = 0.06$ NS	$r = -0.23$ NS	$r = 0.11$ NS
Ps vs. Ab	$r = -0.06$ NS	$r = 0.03$ NS	$r = -0.03$ NS	$r = 0.27$ NS	$r = -0.08$ NS
Oh vs. Ab	$r = 0.27$ NS	$r = -0.27$ NS	$r = -0.06$ NS	$r = 0.41$ $p < 0.002$ $f = 3.53$	$r = 0.22$ NS

Finalmente, al correlacionar los totales de las pruebas utilizadas (CALDERÓN, IDARE, WAIS -dígitos y aritmética- y DSM-IV), se encontraron diferencias significativas en el grupo OH, AB y PS en las pruebas de

CALDERÓN vs. IDARE con una  $r = 0.84$  ( $p < 0.001$ ,  $f = 11.06$ ),  $r = 0.81$  ( $p < 0.001$ ,  $f = 11.71$ ) y  $r = 0.77$  ( $p < 0.01$ ,  $f = 10.70$ ), respectivamente. Asimismo, al correlacionar la prueba de CALDERÓN vs. DSM-IV para la población PS se obtiene una  $r = 0.42$  ( $p < 0.01$ ,  $f = 17.52$ ), en tanto, entre la prueba del IDARE vs. DSM-IV, en la población PS obtuvo una correlación de 0.48 con una  $p < 0.001$  ( $f = 25.70$ ).

Por otro lado, al correlacionar los factores de cada una de las pruebas por cada uno de los grupos de estudio se encontró que el grupo AB en la prueba de CALDERÓN vs. grupo OH en DÍGITOS obtiene una  $r = 0.44$  ( $p < 0.01$ ,  $f = 13.74$ ); Ahora bien, la correlación del IDARE del grupo AB y vs. ARITMÉTICA del grupo OH ( $r = 0.38$ ) resultó ser significativa con una  $p < 0.03$  ( $f = 19.70$ ). Por último, el grupo AB en la prueba de IDARE vs. grupo OH en DÍGITOS, obtiene una  $r = 0.37$  con una  $p < 0.04$  ( $f = 20.46$ ); El resto de las correlaciones resultaron no significativas.

## **CAPITULO VIII**

**“DISCUSIÓN, LIMITACIONES, SUGERENCIAS Y  
CONCLUSIONES,**

## DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

El alcoholismo así como las enfermedades psiquiátricas son el resultado final de la interacción compleja entre factores biológicos, ambientales, sociales, familiares, culturales, asimismo como las actitudes y aptitudes del sujeto, sobre todo al enfrentar problemas cotidianos y dar una resolución satisfactoria, es decir, poseer las herramientas necesarias para afrontar y solucionar los problemas de una sociedad y lo que ello implica. Es por ello que en la presente investigación hemos tomado por interés las interacciones entre tres poblaciones: alcohólicos, pacientes psiquiátricos y un grupo control, de este modo buscar la relación de la comorbilidad de dos de las enfermedades de mayor prevalencia, la ansiedad y la depresión aunadas con uno de los procesos fundamentales en la vida del hombre: el proceso atencional. De los resultados que emanan de la tesis podemos afirmar lo siguiente:

La relación existente entre el uso de alcohol y una depresión ha sido cuestionada debido a que el diagnóstico de la comorbilidad asociada es de difícil manejo, ya que, se reporta la necesidad del consumo de alcohol inducido por una depresión prescrita con anterioridad o bien que el consumo de alcohol desarrolla síntomas depresivos. Raimo y Schuckit (1998) mencionan que una vez diagnosticado el cuadro se puede afirmar que no existe una relación significativa entre depresión unipolar independiente y la dependencia al etanol; hechos que confirman las correlaciones encontradas entre las pruebas del Calderón e IDARE en las tres poblaciones, de nuestro estudio. Sin embargo, al respecto Tapia y cols (2001) mencionan que con relación a la comorbilidad psiquiátrica algunas de las patologías, como la sintomatología depresiva, la personalidad antisocial, el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia se presentan principalmente en varones que refieren ser bebedores excesivos: en cambio en las mujeres, la depresión mayor, los trastornos por ansiedad y el consumo de drogas, precedieron al consumo de alcohol. En el presente reporte los grupo Psiquiátrico y alcohólico reportan un alto puntaje en las pruebas del Calderón e IDARE, pero en el grupo Psiquiátrico es el alcohol una de las sustancias consideradas como de menor problema, no así, en el segundo grupo, donde el alcohol es el causante en un 100% de sus problemas.

En nuestra investigación se demostró la relación significativa existente, entre el consumo de alcohol y la depresión para las tres poblaciones de estudio, específicamente al ser comparada entre grupos, confirmando de

esta manera las investigaciones previas realizadas por Regier (1990) donde ponen de manifiesto la comorbilidad asociada de dichos trastornos con una prevalencia del 30 al 60 %.

La relación existente entre los tres factores que mide el Cuestionario Clínico del Síndrome Depresivo de Calderón Narváez (Afectivo, Intelectual-Cognitivo y Somático) evidencian que para las tres poblaciones de estudio el factor con mayor significancia estadística es el afectivo, lo que permite afirmar que la percepción de nuestros grupos de estudio se correlacionan con trastornos afectivos en su vida cotidiana; es decir el factor afectivo en las tres poblaciones, es el que parece modificar los factores somáticos e intelectuales de la misma prueba, también, los factores del IDARE. Por lo tanto el cambio es relacionado con los síntomas de la depresión; lo que nos permite reiterar los estudios de la validez del cuestionario de Calderón realizados por Morales y cols. (1996) que nos reportan una alta consistencia interna, reitera lo dicho anteriormente.

La correlación entre la comorbilidad de ansiedad y alcoholismo es estadísticamente significativa para las tres poblaciones de estudio, específicamente entre los grupos alcohólicos contra abierto ( $p < 0.02$ ), alcohólico contra psiquiátrico ( $p < 0.01$ ) y psiquiátrico contra el grupo control ( $p < 0.01$ ). Lo cual afirma, que el consumo de alcohol, ayuda a aliviar algunos de los síntomas de la ansiedad con una prevalencia del 25 al 50%, de donde se puede especificar que los trastornos más comunes son las fobias y el trastorno de angustia; dentro del gran espectro del trastorno de ansiedad (Kaplan, et al. 1999)

El Inventario Rasgo-Estado de Spielberger (IDARE de 1970) nos permite dividir en dos factores el trastorno de ansiedad, dichos factores son: ansiedad de estado y la ansiedad de rasgo. La ansiedad de estado está conceptualizada como la condición o estado emocional transitorio del organismo humano, y la ansiedad de rasgo es aquella relativamente estable y latente en el organismo: De esto se desprende, que para las tres poblaciones investigadas se mantiene con una mayor significancia el nivel de ansiedad de rasgo, lo que nos permite concluir que el estado de ansiedad no es debida a factores subjetivos como la sola aplicación de la escala. Confirmando los estudios de correlación entre el trastorno de dependencia al alcohol y el trastorno de ansiedad (Kaplan, et al. 1999).

Por otro lado, es sabido, que un proceso fundamental para el hombre son los mecanismos atencionales en su relación con el resto de los procesos básicos, como lo menciona Rosselló (1997), subraya que por

razones diversas algunos de estos procesos se han relacionado de manera directa con la atención, la memoria y la percepción. Sin embargo, la atención no se reduce solo a estos tres procesos, también, es un medio al servicio de la motivación, dirigida a la selectividad y a la acción del rendimiento laboral, las relaciones familiares, factores culturales, estados afectivos, etc. Lo cual apoya, parcialmente, nuestros resultados, donde se confirma que el factor motivacional, efectivamente, trae como consecuencia un bajo rendimiento en las tres pruebas aplicadas, en otras palabras, la población psiquiátrica y alcohólica obtienen un puntaje alto en las pruebas de IDARE y Calderón.

Tales afirmaciones, nos proponen una correlación entre los factores motivacionales y el consumo de alcohol vs. las comorbilidades asociadas a este trastorno. Existen reportes donde se relaciona el déficit de atención e hiperactividad con el trastorno de uso de sustancias. Chrissie y cols (1999), reportan que un 32% de la muestra estudiada, presentan un trastorno de abuso de sustancias correlacionado con un déficit de atención, diagnosticado desde la infancia. De igual manera, Johnson y cols. (1997) hacen hincapié en alguna relación existente entre dichos trastornos, pero de mínima significancia estadística. Situación que sucedió al correlacionar las pruebas del CALDERÓN y DÍGITOS en dos poblaciones diferentes: "AB y OH", respectivamente, donde el valor a pesar de ser una correlación media ( $r=0.44$ ) podría ser un factor externo para los bajos puntajes mostrados por la población de alcohólicos.

Dentro de las limitaciones que emanan de la presente investigación, con respecto a la escala del WAIS, se menciona que es una subescala lo suficientemente válida y estandarizada en población mexicana: Al utilizar los subtests de Retención de dígitos, se evalúa la atención, definida como el registro pasivo, no selectivo y la memoria inmediata del sujeto. Para corroborar esto se decidió, también, aplicar la subescala de aritmética, ya que mide la concentración del sujeto, que es la atención voluntaria a un estímulo determinado (Barragán, et al. 1997). En cuanto a nuestros resultados, en la correlación múltiple, se encontró que solamente el grupo abierto y alcohólico, mostraron una diferencia significativa ( $r=0.41$ ,  $p < 0.002$ ). Sin embargo, hay que considerar que ambas subescalas son susceptibles de aportar datos erróneos cuando el sujeto se encuentra con un trastorno anímico, trastorno de ansiedad y/o bajo la acción de algún fármaco, entre algunos otros factores.

Con respecto al DSM-IV (Pichot, 1995), al valorar los criterios para la dependencia al alcohol, se encontró por medio de la ANOVA, una relación significativa para dos de tres comparaciones. Al comparar el

grupo Psiquiátrico y el grupo Abierto contra el grupo Alcohólico, ambas comparaciones muestra una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ), significancia no existente entre el grupo Psiquiátrico contra el Abierto. Lo que nos permite afirmar que, efectivamente, el DSM-IV, es un buen indicador para la valoración a la dependencia del alcohol.

Se ha demostrado que la mayoría de los factores etiológicos que subyacen a los trastornos de la atención, incide sobre algunas estructuras del sistema nervioso, alterando así los sistemas de neurotransmisión y algunas respuestas electrofisiológicas, de tal manera, que para el estudio de la atención se necesiten pruebas que muestren los perfiles neuropsicológicos específicos de la atención (Galicia y Brailowsky 1999), ya que estudios como los de Monras y cols (1998) confirman la validez entre aspectos de la dependencia al alcohol como lo son la abstinencia física, las intoxicaciones y las actividades psicológicas y conductuales relacionadas al consumo de alcohol, con una relación en el entretimiento de la coordinación visomotora, una disminución de la capacidad atencional y la asociación con los niveles de psicopatología del individuo. Por ello una de las grandes limitaciones en esta investigación es la utilización de dos subescalas. Una segunda limitación es el periodo de abstinencia del grupo de alcohólicos, ya que en su mayoría reportan un periodo de 12 meses, así que, sería un factor a considerar para la modificación en el proceso atencivo, por lo menos en la población antes mencionada. Es decir, sabemos que los efectos colaterales del alcoholismo perduran por más de dos años (Kaplan, 1999).

Por otro lado, cuando se correlacionó la prueba de Calderón contra IDARE para la población alcohólica, se encontró una alta correlación ( $r=0.84$ ), mientras que en el grupo AB, al correlacionarlo con las pruebas del Calderón e IDARE se encontró un puntaje de  $r=0.81$ . De igual manera, para la población psiquiátrica, para las mismas pruebas, se obtiene una correlación alta de 0.77. Lo cual nos permite confirmar la comorbilidad existente en las tres poblaciones de estudio y los trastornos de ansiedad y depresión asociada al alcoholismo (Kaplan, 1999; Regier, 1990 y Tapia, et al. 2001).

Al correlacionar la prueba de IDARE y DSM-IV de la población "PS" se obtiene una  $r=0.48$  lo que nos permite afirmar, que efectivamente el nivel de ansiedad es un posible activador para el consumo de alcohol; es decir, que, dicha comorbilidad se explica como un importante factor para la prevalencia del abuso del alcohol, mostrando una alta asociación para las mujeres y menor para los hombres, sin embargo cuando el varón

muestra un alto nivel de ansiedad se asocia con un mayor consumo de alcohol (Fischer y Goethe 1998). En este mismo sentido, que en la población "PS" en las pruebas del CALDERÓN y DSM-IV se encuentra una correlación media ( $r=0.42$ ), entre los factores del alcoholismo y la depresión, es decir, los rasgos depresivos pueden ser otro de los factores para el consumo de dicha droga; donde se ponen de manifiesto la comorbilidad asociada a dichos trastornos con una prevalencia del 30 al 60 % (Regier, 1990).

Por otro lado, las correlaciones existentes entre la prueba del IDARE del grupo "AB" contra las pruebas de ARITMÉTICA y DÍGITOS del grupo "OH", muestra una correlación baja ( $r=0.38$ ,  $r=0.37$ , respectivamente), datos que sugieren, efectivamente, que la atención disminuye por el consumo de alcohol, esto puede ser: A) por las secuelas propias del alcohol, B) cuando el sujeto esta bajo los efectos del alcohol, o bien, C) por los daños que causa el alcohol al organismo; sabiendo que éstos son de larga latencia y duración; el síndrome muestra sus síntomas y/o signos hasta años después, inclusive dejando de consumir el alcohol (Kaplan, 1999).

Ahora bien, dentro de las sugerencias a comentar son: A) Relacionar estudios neuropsicológicos, a la par con estudios clínicos. B) La medición de variables y procesos fisiológicos para demostrar la relación existente entre las "patologías clínicas" y su base anatomofuncional.

Estos son los resultados, limitaciones y sugerencias que emanan de la presente tesis y que nos impulsarán a continuar con futuras investigaciones con respecto al complejo espectro del alcoholismo y las comorbilidades que lo acompañan.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Retomando los objetivos generales planteados al inicio de la investigación, consistió en determinar si los procesos atentos están relacionados con los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en 3 poblaciones (alcohólicos, Psiquiátricos –Depresivos y Ansiosos– y no alcohólicos), asimismo, conocer como el uso y abuso del alcohol afecta en dichas entidades nosológicas (ansiedad y depresión).

Las conclusiones del presente trabajo, nos mostró que la comorbilidad de los trastornos de ansiedad y depresión se presentan en los sujetos que usan y abusan del alcohol. Es decir, los factores que componen la prueba de Calderón Narvaes resultaron significativos al ser comparados con el resto de los grupos. Los puntajes más altos fueron obtenidos en el grupo psiquiátrico, corroborando el diagnóstico otorgado por la institución. Asimismo, en el grupo de alcohólicos existen rasgos depresivos.

Ahora bien; con respecto al proceso de ansiedad, los datos nos muestran una tendencia similar, donde el mayor puntaje fue para el grupo de psiquiátricos, seguido por el grupo de alcohólicos y finalmente el grupo control. El grupo de psiquiátricos, una vez más, reafirma el diagnóstico de Ansiedad. Asimismo, al grupo de alcohólicos presentan rasgos de ansiedad.

Como se mencionó anteriormente, el alcohol no es, en su mayoría, causante directo, ni es desencadenante para la presentación de un cuadro depresivo y/o ansioso. Sí, bien es cierto puede generar rasgos de ansiedad y depresión, consideremos que el alcoholismo al ser una entidad multifactorial, podría desencadenar cualquier de estos cuadros por las mismas razones; o bien bajo los efectos de los trastornos crónicos del alcoholismo, por ejem. el síndrome de Korsakoff, y algunas otras demencias.

Cabe aclarar, qué efectivamente la depresión y la ansiedad forman parte importante de la patología del alcohólico, sin embargo, es más probable que un trastorno de Ansiedad y Depresión desencadena un cuadro de alcoholismo; de hechos cualquier adicción. Si consideramos que la mayoría de las adicciones se desencadenan bajo un factor social, familiar, laboral y/o familiar.

Con referente al primer objetivo específico: El proceso atencivo se encuentra alterado en pacientes alcohólicos al ser comparados con pacientes psiquiátricos y un grupo control. Efectivamente, el proceso atencivo; medido por las subescalas de dígitos y aritmética, demostró, que los alcohólico respondieron con menos aciertos, al compararse con el grupo control. Sin embargo, el grupo Psiquiátrico, fue el de menor aciertos, al ser comparado con los grupos anteriores.

La diferencia significativa se presentó en la escala retención de dígitos entre las poblaciones control y alcohólica. Lo que permite afirmar que el proceso atencivo se encuentra bajo en la población de alcohólicos, es decir, se obtiene puntajes por abajo de la media. Si consideramos que el periodo de abstinencia fue inferior a doce meses, podremos afirmar que los efectos a largo plazo del alcohol, se mantienen y se manifiestan utilizando la escala de retención de dígitos.

El objetivo número dos: Los pacientes alcohólicos presentan rasgos de ansiedad y depresión al ser comparados con pacientes psiquiátricos y un grupo control. Los datos encontrados demuestran que efectivamente dicho grupo presenta rasgos depresivos y/o de ansiedad, sin necesariamente llegar a ser síndrome. Ahora bien, no es posible determinar las causas exactas de estos rasgos, pero gracias a los instrumentos utilizados podemos determinar con cierta certeza el grado y la duración de estos rasgos. Además, nos permitió definir que la característica básica del grupo Oh, fue una reacción de ansiedad, esto corroborado con la prueba del CALDERÓN e IDARE.

Nuestro último objetivos: El proceso atencivo se encuentra alterado en pacientes diagnosticados con depresión y/o ansiedad al ser comparados con sujetos alcohólicos y control. Reafirmando la literatura; en el presente trabajo, se encontró, que los procesos atencivos del grupo Ps son, evidentemente, los más bajos al ser comparado con los dos grupos restantes.

Por último, lo referente a la hipótesis: Existen diferencias significativas entre los pacientes alcohólicos que presentan alteraciones en el proceso atencivo y en la comorbilidad psiquiátrica (ansiedad y depresión) al ser comparados con sujetos normales. Consiguientemente, el proceso atencivos se encuentra alterado en los sujetos Oh, aún cuando refieren una abstinencia de no más de doce meses; lo que nos permite afirmar que las

secuelas del alcohol se mantiene por más del tiempo antes descrito, no sólo como un rasgo de depresión y/o ansiedad, sino como una alteración posiblemente a nivel del sistema nervioso.

Lo cual podría ser explicado en términos de: alteraciones en los niveles de los neurotransmisores (NTs) encargados de los procesos atentos y de la conducta afectiva. Estructuras y NTs que al mismo tiempo participan en los procesos de adicción; como son la serotonina, la noradrenalina, el GABA, y la dopamina, además, de las estructuras involucradas, como son núcleos basales y sistema límbico. en especial el sistema mesolímbico-cortical, el cual se le relaciona, específicamente con el proceso de adicción; también participa en los procesos atentos en la depresión y la ansiedad. Pero por otra parte, el alcohol en dosis pequeñas se utilizan, precisamente, para reducir la ansiedad, esto sin menoscabar las relaciones interpersonales y personales en la conducta adictiva.

Otro punto a considerar son los patrones conductuales que mantiene este círculo adictivo además de ver en que momento inicia dicho círculo. También, determinar el tratamiento, psicológico, farmacológico, familiar, la estructura del programa, el proceso de readaptación etc, de los pacientes alcohólicos, ya que los factores desencadenantes del síndrome alcohólico se estudian como entidades separadas y no como una unidad. Innegablemente, afectando al paciente y a las personas de su entorno. En otras palabras, el síndrome debe ser abordado multidisciplinariamente para su tratamiento; desarrollando programas preventivos, asumiendo como finalidad una mejor terapia para la incorporación del paciente y familia al ámbito laboral, familiar, social etc, es decir, consiguiendo una mejor calidad de vida.

En relación con lo anterior es de nuestro interés hacer hincapié en el género. La estructura social de nuestro país se considera a la mujer como aquel ente divino, sin error alguno, sin defectos, etc. Circunstancias, que la lleva a una "presión enorme" --ansiedad y o depresión--, por el acatamiento de un rol social y familiar... "que tiene llevar"; entre algunas otras razones se citan con problemas menores o nulos en las conductas adictivas; aún cuando las estadísticas nos dicen lo contrario; específicamente, las mujeres empiezan a una edad más temprana con el consumo de alcohol. La mujer, como suceder en los hombres, no denotan el problema debido al proceso de culpa, juicio moral, concepto de enfermedad, etc, llevándolas a una negación de la adicción; y en ocasiones el consumo de alcohol y el grado de alcoholismo es mayor que el de sus compañeros varones.

Con referente a la comorbilidad, las nuevas sustancias de abuso a las cuales se recurre como potencializadoras, catalizadores o viceversa, del alcohol, son utilizadas para acentuar o mantener los efectos de la drogas "de moda" (Crak, Éxtasis, Heroína, Inhalantes). Sobre todo si consideramos que la utilización del alcohol se mantiene bajo un concepto de "no droga". Tales combinaciones, lleva a una adicción más vertiginosa y con secuelas templadas, notables y muchas de ellas innegables e irreversibles.

Esto nos lleva a preguntarnos y plantear si los programas de intervención en el alcohólico están cumpliendo con las funciones especificadas en su inicio o bien, si se convierten en una reducción más del problema.

**APÉNDICE.**

## Apéndice

### INSTRUMENTOS

## CUESTIONARIO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEPRESIVO

DR. Guillermo Calderón Narváez

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

		NO	SI		
			Poco	Regular	Mucho
1	¿Se siente triste o afligido?				
2	¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3	¿Duerme mal de noche?				
4	¿En la mañana se siente peor?				
5	¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6	¿Le ha disminuido el apetito?				
7	¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8	¿Ha disminuido su interés sexual?				
9	¿Considera que su rendimiento en su trabajo es menor?				
10	¿Sienta palpitaciones o presión en el pecho?				
11	¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso? (Por favor precise brevemente)				
12	¿Se siente cansado o decaído?				
13	¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14	¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15	¿Está más irritable o enojón que antes?				
16	¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17	¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18	¿Siente miedo de algunas cosas?				
19	¿Ha sentido deseos de morir?				
20	¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				

Preguntas contestadas en la primera columna (NO) \_\_\_\_\_ X1 = \_\_\_\_\_  
 Preguntas contestadas en la segunda columna (POCO) \_\_\_\_\_ X2 = \_\_\_\_\_  
 Preguntas contestadas en la tercera columna (REGULAR) \_\_\_\_\_ X3 = \_\_\_\_\_  
 Preguntas contestadas en la cuarta columna (MUCHO) \_\_\_\_\_ X4 = \_\_\_\_\_  
  
 TOTAL = \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

PUNTAJE	EQUIVALENTE A:
20 A 35	NORMAL
36 A 45	REACCIÓN DE ANSIEDAD
46 A 65	DEPRESIÓN MEDIA
66 A 80	DEPRESIÓN SEVERA

# IDARE

Inventario de Auto evaluación

por

*D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *éste momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto.	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso.	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado.	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado.	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

# IDARE

Inventario de Auto evaluación

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada "	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho.	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho.	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

# WAIS EN ESPAÑOL

## ESCALA DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS

### ARITMETICA.

	C	F	TIEMPO	PUNTAJE 2,1 ó 0
1.-15				
2.- 15				
3.-15				
4.- 15				
5.-30				
6.-30				
7.-30				
8.-30				
9.-30				
10.-30				
11.-60				
12.-60				
13.-60				
14.-120				
				TOTAL:

### RETENCION DE DIGITOS

RETENCION DE DIGITOS	PUNTAJE
ORDEN PROGRESIVO(OP)	
5-8-2	3
6-9-4	3
6-4-3-9	4
7-2-8-6	4
4-2-7-3-1	5
7-5-8-3-6	5
6-1-9-4-7-3	6
3-9-2-4-8-7	6
5-9-1-7-4-2-8	7
4-1-7-9-3-8-6	7
5-8-1-9-2-6-4-7	8
3-8-2-9-5-1-7-4	8
2-7-5-8-6-2-5-8-4	9
7-1-3-9-4-2-5-6-8	9

ORDEN INVERSO (OI)	
2-4	2
5-8	2
6-2-9	3
4-1-5	3
3-2-7-9	4
4-9-6-8	4
1-5-2-8-6	5
6-1-8-4-3	5
5-3-9-4-1-8	6
7-2-4-8-5-6	6
8-1-2-9-3-6-5	7
4-7-3-9-1-2-8	7
9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-2-8-1-9-6-5-3	8
OP + OI	TOTAL

## CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DEL *DSM-IV* PARA SDE.

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas se refieren a un mismo periodo en el transcurso de 12 meses (un año) (Tres o más Criterios Hacen El Diagnostico).

### C.1 Tolerancia

SI	NO
----	----

C.1.1 Necesita cantidades cada vez mayores de alcohol para alcanzar un estado de embriaguez?

--	--

C.1.2 Los efectos que tiene con la misma cantidad que se toma son menores ahora que antes?

--	--

### C.2 Abstinencia

C.2.1 Después de haber consumido cantidades fuertes de alcohol o que el efecto ha pasado se siente, nervioso, deprimido o molesto.

--	--

C.2.2 Toma durante el día para aliviar las molestias producidas cuando dejo de beber.

--	--

### C.3 Uso compulsivo

En ocasiones ha tomado más de lo que se propuso en un principio.

--	--

### C.4 Descontinuación

C.4.1 Algunas veces ha deseado dejar de tomar

--	--

C.4.2 Ha tratado de dejar de beber sin lograrlo.

--	--

### C.5 Estrechamiento del campo conductual

C.5.1 Pasa una buena parte del día en actividades que tienen que ver con la bebida (reuniones, comida, fiestas, actos deportivos).

--	--

C.5.2 Ha notado que tarda una buena parte del día en recuperarse de los efectos de la cruda.

--	--

### C.6 Reducción máxima del campo de conducta.

C.6.1 En la mayor parte de las cosas que hace durante el día el alcohol se encuentra presente.

--	--

C.6.2 Ha dejado de hacer cosas en el trabajo, con la familia, asistir a reuniones por la bebida.

--	--

### C.7 Percepción de daño

C.7.1 A pesar de saber acerca de los daños físicos y psicológicos del alcohol ha seguido tomando.

--	--

Cuantos criterios cubre

Nombre del aplicador.

## ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Nombre:	
Edad:	
Sexo:	
Religión:	a) Evangelista b) Católico c) Judíos d) Otras
Estado civil:	a) Casado b) Casado por segunda vez c) Viudo d) Separado e) Divorciado f) Soltero g) Unión libre
Ocupación:	
Fecha de entrevista:	
Edad de inicio de consumo:	
Edad de termino de consumo:	
Tiempo de abstinencia:	
Sustancia de mayor problema:	
Sueldo percibido mensualmente	a) Salario mínimo b) Entre 2 y 5 salarios mínimos c) Entre 6 y 9 salarios mínimos d) Entre 10 y 15 salarios mínimos e) Más de 15 salarios mínimos
Alguien contribuye a su sustento:	
Cuántas personas dependen de usted económicamente:	
Nivel educativo:	a) Ninguno b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Preparatoria incompleta g) Preparatoria completa h) Universidad incompleta i) Universidad completa j) Posgrado
Periodo más largo de permanencia en un trabajo:	

En los últimos tres años cual situación ha vivido más tiempo:	a) Con la familia extensa b) Con esposa, pareja e hijos c) Con esposa o pareja sin hijos d) Con los padres e) Con los padres y hermanos f) Con otros parientes g) Con amigos h) Solo i) Institucional j) Ninguna situación estable
Con quien pasa la mayor parte de su tiempo libre:	a) familia b) Amigos consumidores c) Amigos no consumidores d) Solo
Ha tenido problemas serios con algunos de las siguientes personas:	a) Madre b) Padre c) Hermanos d) Pareja o esposos e) Hijos f) Otros familiares g) Amigos verdaderos h) Vecinos i) Compañeros de trabajo o escuela
<i>Uso de:</i>	<i>TIEMPO y CANTIDAD</i>
Alcohol, cualquier cantidad	
Alcohol hasta la embriaguez	
Heroína	
Otros opiáceos o analgésicos	
Barbitúricos	
Otros sedantes, hipnóticos o tranquilizantes	
Cocaína o crack	
Anfetaminas	
Marihuana	
Alucinógenos	
Inhalantes	
Otras drogas	
Más de una sustancia al día:	
Que sustancia es para usted el mayor problema:	
Cuanto tiempo duro la última vez sin consumir.	
Cuántos meses han pasado desde la última vez que consumió	
Cuántas veces ha tenido deliriums tremens	
Cuántas veces ha sido tratado por uso de alcohol	
Cuántas veces han sido desintoxicaciones.	
En los últimos tres años cuántos días ha tenido problemas por alcohol.	
Cuántas veces ha sido tratado por problemas emocionales o psicológicos.	

<p>Ha tenido usted algún periodo importante (que no fuera resultado del alcohol u otras drogas) en el que usted haya tenido alguno de los siguientes problemas:</p>	<p>a) Depresión Grave.  b) Angustia o tensión Grave.  c) Alucinaciones, problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar.  d) Problemas para controlar conductas violentas.  f) Pensamientos serios de quitarse la vida.  g) Ha intentado quitarse la vida.  h) Ningún problema.</p>
<p>Cuantos días en el ultimo año ha experimentado usted estos problemas emocionales o psicológicos:</p>	
<p>Ha tomado algún medicamento recetado para algún problema psicológico o emocional.</p>	
<p>Ha tenido usted algún periodo importante en el que usted haya tenido alguno de los siguientes problemas producidos por el uso de sustancias:</p>	<p>a) Depresión Grave.  b) Angustia o tensión Grave.  c) Alucinaciones, problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar.  d) Problemas para controlar conductas violentas.  f) Pensamientos serios de quitarse la vida.  g) Ha intentado quitarse la vida.  h) Ningún problema.</p>
<p>Cuantos días en el ultimo año ha experimentado usted estos problemas emocionales o psicológicos aunados s su problema de alcoholismo:</p>	
<p>Ha tomado algún medicamento recetado para su problema de alcoholismo:</p>	
<p>En que situación consume o consumía bebidas alcohólicas:</p>	
<p>Cual es la cantidad que consumía o consume de bebidas alcohólicas por ocasión:</p>	

## REFERENCIAS

## REFERENCIAS

- Agulló, T.E., (1998) "El alcoholismo en el trabajo como una inadaptación laboral: una propuesta de reflexión, conceptualización e intervención" España: Universidad de Oviedo.
- Andersh, S., Rosenberg, N. (1991) "Efficacy and safety of alprozolam, imipramine and placebo in treating panic disorder: a Scandinavia multicenter study. *Acta psychiatri Scand.* 365: 18-27.
- Angst, J. (1992) "Epidemiología de los trastornos afectivos", *Salud Mental* . 15-2 . México.
- Arellano, R.R. (2000). "Niveles de ansiedad y depresión como predictores de larga estancia hospitalaria en pacientes leucemicos". Tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría. Facultad de medicina. UNAM
- Ayala, V. H y Gutierrez, L.M. (1993). "Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol." *Neurología-neurosirugia-psiquiatría.* 33-1.
- Bakish, D., Filteau, M.J., (1994) " A double-blind, placebo-controlled trial comparing fluvoxamine and imipramine in the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. *Neuropsychopharmacology.* 27-38.
- Barragan, L., Benavides, J., Brugman, A.M. y Lucio, E. (1997) "Evaluación de la personalidad. El uso del WAIS y Wisc en psicología clínica" Departamento de publicaciones facultad de Psicología UNAM. México.
- Bellenger, J.C. (1991) " Long-term pharmacologic treatment of panic disorder". *J.Clin. Psychopharmacol.* 52:18-23.
- Black, D.W., Wesner, R. ( 1993). "A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy and placebo in the treatment of panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 52:44-50.
- Bohn, J.M; Mayer, E.R. en Galante, M., Kleber, D., y Herbert. (1997). "Tratamiento de los trastorno por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press" Barcelona: Masson.
- Bucio, R., R. (1999) "Niveles de colesterol y depresión en adolescentes". Tesis para obtener el diploma de especialización en psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.
- Bystritsky, a., Rosen, R.M., (1995) " Double-blind pilot trial of desipramine versus fluxetine in panic patients. *Anxiety* 1:187-290.
- Calderón-Narváez, G. (1985) "Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento" Trillas. México.
- Calderón-Narváez, G. (1992) "Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos". *Rev. Med: IMSS.* 30, 377-380. México.
- Clayton P.J. (1998). "Depression subtyping: Treatment implications. *Journal Clinical Psychiatry.* 59 (sup 16): 5-12.
- Caraveo, A.J y Colemanres, B:E. (1999) "Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida ". *Salud Mental* 22 (No, especial, Dic ): 62-67.
- Chrissie, C., Kathleen, T. B, Michael, E.S, Diane, J, Randy, W, Margatet, R, (1999) "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use: Symptom Patterns and drug Choice" *Am. J. Drug Alcohol Abuse,* 25 (3), pp. 441-448.
- D'ector, L., M.D. (1999) "La mujer en la cultura de bebidas con alcohol, riesgos y beneficios" *Cuadernos FISAC* 1-1 (3). México.
- De la Peña F; Estrada A; Almeida A y Páez F. (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental: Vol. 22 (4).* pp. 9-14.

De la Fuente, J.R. y Alarcón Segovia, D. (1980) "Depresión expressed in precolumbian Mexican art. *J. Psychiat.*, 137: 1095-1098.

Díaz M. J. L. (1992) "Las neuronas remanentes a una lesión perinatal de los núcleos septales laterales conservan sus propiedades neurofarmacológicas". Tesis de Licenciatura para. Facultad de psicología . UNAM.

Díaz M. J. L. (1995) "Estudio de la respuesta farmacológica en neuronas del sistema límbico durante la administración intracisternal de hormonas". Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicobiología. Facultad de psicología . UNAM.

Díaz, A. J., Frias, M. y Félix, J. (1996) "Actualización del tratamiento del alcoholismo" Barcelona: Masson.

Díaz, M.R.L., Solís, R.L., Rodríguez, V.S.M. y Cruz, F.C. (1998) " Alcoholismo y farmacodependencia" PAC Psiquiatría-1 Intersistemas: México.

Dumbar, G.C. (1995) "A double-blind placebo-cotolled study of paroxetine and clomipramine in the treatment of panic disorder. Annual meetings of the American Psychiatric Association. Abstract 376.

Elkin. L. (1985). "NIMH treatment of depression colaborative psrogram Background and Research plan. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42: 305-316.

Eroza L.,V.,Hernandez A.C., Nicolini H. (1994)"Estudios de rasgo de personalidad en pacientes alcoholicos" *Psiquis*, V.3 No.1.

Feldman R.S.; Meyer J.S. y Quenzer L.F. (1999). *principles of Neuropharmacology*. De. Sinauer Associates. Sunderland, Massachusetts. pp 235-389.

Finley, P.R., Nolan, P.E. (1989). "Precipitation of benzodicepine withdrawal following sudden discontinuation of midazolam. *DICP*. 23:151-152.

Fischer, E.H, y Goethe, W.J. (1998). "Anxiety and Alcohol abuse in patients in tratament for depression". *AM. J. Drug Alcohol Abuse*, 24(3).pp. 453-463.

Galante.,M.,Kleber,D., y Herbert. (1997). "Tratamiento de los trastorno por abuso de sustancias de la American Psychatric Press" Barcelona: Masson.

Galicia O., y Braislowsky, S. (1999) " Atención : La compuerta a la conciencia". *Salud Mental*. 22-3: 48-59.

Gomez Herrera, T.J. (1999). "Análisis de frecuencias y coherencia electroencefalografica en algunas tares de atencion y memoria". Tesis para obtener el grado de maestro en neurociencias. IZTACALA UNAM.

González Uribe, L. (1993) " La experiencia de tocar fondo en Alcohólicos Anónimos: a) Manifestaciones del alcoholismo, b)Una construcción social". Tesis para obtener el Título de Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.

Gorman, P.E. Wolkow. R. (1994) " Sertraline as a treatment for panic disorder. *Colegium International Neuropsychoparmacologicum Congress*. Abstrac 117-175.

Hamad, H. (1994) " Neuro- imagen en psiquiatría II: Trastornos afectivos, de ansiedad y obsesivos-compulsivos. *Psiquis*. 15-9:406.

Johnson, E.D.,Randolph, W.I. y Raymond, F.A. (1997) "Childhood hyperactivity, gender, and cloning'er's personality dimensions in alcpholics" *Addictive Behaviors*. 22-5 pp.619-653.

Kaplan, I. H. (1997) "Sinopsis de Psiquiatría" Madrid: Médica Panamericana.

Kaplan, I. H., Sadock, J.B. (1999). "Sinopsis de Psiquiatría: ciencias de la Conducta Psiquiatría Clínica". Madrid: Médica Panamericana.

- Klein, D.F. (1974) "Endogenomorphinc depression Arch Gen. Psychiat , 31 447-454
- Lydiard, R.B., Ballenger, J.C. (1987) " Antidepressant in panic disorder and agarophobia" J Affective Disord. 13: 153-168.
- May, Rollo. (1977) "The Meaning of Anxiety" U.S.A. Norton and Company Inc.
- Mendez. M y Cruz. C. (1999) "Mecanismos cerebrales del reforzamiento del alcohol. 1. Efectos sobre el comportamiento." Salud Mental 22-1: 46 -51.
- Mendez. M y Cruz. C. (1999) "Mecanismos cerebrales del reforzamiento del alcohol 2.Bases neuroquímicas: papel del sistema opioide." Salud Mental 22-1: 52 -59.
- Meneses O. S. y Brailowsky, S (1995) "La atención selectiva I. Teorías, estructuras cerebrales y mecanismos neuroquímicos implicados" Salud Mental. 18-3:40-45.
- Meneses O., S. y Brailowsky (1995) "La atención selectiva II." Los mecanismos electrofisiológicos y las alteraciones". Salud Mental. 18-4:49-55.
- Monras,M. y Salmero, M. (1998) "Criterios de dependencia del alcohol: validez de sus factores y relación con los perfiles neuropsicológicos" Rev. Psiquiatría Fac. Medicina bama 25, 2, 53-61.
- Morales R.M., Ocampo A.V., De la Mora L. y Alvarado C.R. (1996) "Validez y confiabilidad del cuestionario clínico del síndrome depresivo". Arch. Neurociencias. 1:11-15. México.
- Olds, J. y Milner, P. (1954) Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and others regions of rat brain. J. Comp. Physiol. Psychol. 47: 419-427.
- OMS: Organización Mundial de la Salud. (1993) "CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y de el comportamiento" Madrid:Meditor.
- Orozco G.B., Campillo S.C. (1998) "Dependencia al alcohol, patrones de consumo y su relación con trastornos mentales en una muestra de poblacion general" Psiquis V.7 No.6
- Pallavicini. G.J, Banfi, D.B y Arancibia,S.P. (1998) "Naltrexona en el tratamiento de la dependencia al alcohol: revisión bibliografica critica." revista chilena de nuro-psiquiatria. 36: 102-107.
- Pichot; P.,Lopez, I. A. J.; y Valdez; M.M. (1995). "Manual Diagnostico y estadística de los trastornos mentales DSM-IV". Asociación Americana de Psiquiatria México: Masson.
- Pollack, M.H., Smoller, J.W. (1996) " Pharmacologi approaches to treatment-resistant panic disorder. En: Pollack, M:H. Ed. Challengens in psychiatric treatment: pharmacologic and psicosocial strategies. New york, Guilford press.
- Raimo, E.B y Schuckit, A.M. (1998). "Alcohol dependence and mood disorders". Addictive Behaviors Vol.23 No.6, pp.933-946.
- Regier,D.A.,Farmer, M.E.,Rae,D.S., Locke,B.Z, Keith,S.J.,judd,L.L y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. Journal of the American medical associatione, 264, 2511-2518.
- Rickles, K., Schweitzer, E. (1987) " Current- pharmacotherapy of anxiety and panic. En Psychopharmacology. The third generation of progress. Ed.by Meltzer. Hy. New York, Reven.
- Rickles, K., Schweitzer, E. (1993) "Maintenance drug treatment for panic disorder II: Shost and long-term outcome after drug taper. Arc. Gen. Psychiatry. 50: 61-68.

Rojas Avila, I.J. (2000) "Ansiedad consciente e inconsciente hacia la muerte en pacientes seropositivos al VIH/SIDA: un estudio exploratorio". Tesis para obtener el Titulo de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM

Rosselló I Mir, J. (1997) " Psicología de la atención". Pirámide. Madrid.

Russell A.B (1998) "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder"Scientific American, V.279 No.3

Salín P.J.R. (1997) "Bases bioquímicas y farmacológicas de la neuropsiquiatría" McGraw- Hill Interamericana. México.

Sandell R. y Bertling U. (1999). Heaviness of abuse, drugs preferences, and personality organization among drug abusers in Sweden. J. Clinical Psychology. Vol. 55 (1). pp. 99-107.

Schneier, F., Hollander, G. (1992) " Fluxetine in phobia social. J.Clin. Psychopharmacol, 12:61-64.

Secretaria de Salud, (1990) .Encuesta Nacional de Adicciones 1988, Alcohol. México: Dirección General de Epidemiología.

Secretaria de salud, (1994). Encuesta Nacional de Adicciones 1993, Alcohol. México: Dirección General de Epidemiología.

Secín D.R. y Riviera M.L.B (2000). "Los trastornos de ansiedad en la psiquiatría de hospital general" PAC Psiquiatría-6 Intersistemas: México.

Silvestrini, V. y Valeri, P. (1984). "Trazodone, a new avenue in the tratament of depression. Psychopharmacology. 17: 3-4.

Solis, R.L. y Medina-Mora, E. (2000). "Manejo actual de la farmacodependencia." revista de investigación clínica. 52-3 275-283.

Spielberger, D.CH. y Díaz-Guerrero, R. (1970) " Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado". Manual Moderno. México.

Shorter, E. (1999) "Historia de la psiquiatría Vol. 2". Ediciones Medicas. Barcelona.

Tapia-Conyer, R., (2001) "Las adicciones: Dimensiones, impacto y perspectiva. Manual Moderno Segunda Edición Mexico.

Uriarte, B.V. (1997) " Psicofarmacología" Mexico: Trillas.

Vallejo, J. (1994) "Introduccion a la psicopatologia y la psiquiatría". Barcelona. Salvat editores.

Vallone, D. Picetti, R y Borrelli, E. (2000)"Structure and function of dopamine receptors" Neuroscience and Biobehavioral reviews. Vol. 24 No 1 125- 131.

Wahl, J. (1950) " Introducción a la filosofía" ( José Gaos Trd) Fondo de Cultura Económica. México.

Wechsler D. (1981) " Escala de inteligencia para Adultos WAIS" Manual Moderno. México.

Welkowitz, L.A., Papp,L.A. (1991) " Cognitive-behavior terypy for panic disorder delivered by psychopharmacologically oriented clinicians. J.Nerve Ment Dis. 179:472-476.

Wender. P.H., (1998) " Pharmacoterapy of attention-deficit /hiperactivity disorder in adults. J.Clin. Psychiatry., 59. 7:76-79.

Woods,S.W., Nagy.L. (1992) " Controlled trial of alprazolam suplementation during imipramine treatment of panic disorder. J.Clin. Psychopharmacol, 12:32-38.