

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICA  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL


HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

PREVALENCIA DEL SUBDIAGNOSTICO DEL ABUSO O  
DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN PACIENTES CON  
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA

AUTORA : DRA. JUDITH MIRIAM GONZALEZ HERRERA

  
DRA. MARIA SOLEDAD  
RODRÍGUEZ VERDUGO

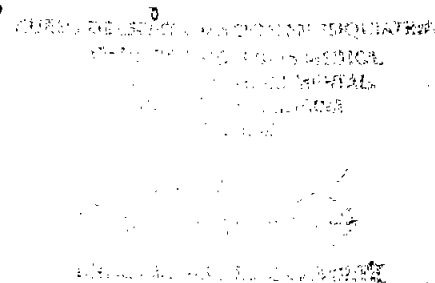
ASESORES

  
DR. ALEJANDRO DIAZ  
MARTINEZ

PROTOCOLO DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

MÉXICO ,D.F. A 3 DE FEBRERO DEL 2003







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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Judith Miriam  
Gonzalez Herrera  
FECHA: 19 agosto 2003  
~~ESTADO:~~

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

Esta tesis está dedicada  
a todos los que luchan  
creen y aman

Gracias a todos los  
grandes médicos que  
me heredaron sus enseñanzas  
y vocación de servicio.

~~Di~~  
Dra Judith Gonzalez Herrera  
19 agosto 2003 CU

# 1. INDICE

1. INDICE	2
2. RESUMEN	5
3. INTRODUCCIÓN	6
4. MARCO TEORICO	
<b>I.- ALCOHOL</b>	
A. Epidemiología	7
B. Metabolismo del alcohol y sus efectos sobre sistema nervioso central	9
C. Mecanismos cerebrales del alcohol y efectos sobre la conducta	11
D. Trastornos médicos relacionados con el alcohol	12
E. Interacciones farmacológicas relacionadas con el alcohol	13
F. Alcohol y violencia	14
G. Alcohol y la mujer	15
a. en países en desarrollo	
b. en países desarrollados	
H. Género y alcohol	16
I. Alcohol y sociedad	17
J. Genética y alcoholismo	18
<b>II.- COMORBILIDAD PSIQUIATRICA Y TRASTORNOS RELACIONADOS AL ALCOHOL</b>	
A. Depresión y alcohol	19
B. Trastorno de personalidad y alcohol	21
C. Trastorno de ansiedad y alcohol	22
D. Esquizofrenia y alcohol	24
E. Trastornos por uso de sustancias	25
F. Suicidio y alcohol	25
G. Otras enfermedades	26

### **III.- DIAGNOSTICO DE LA COMORBILIDAD ALCOHOL- ENFERMEDAD PSIQUIATRICA**

- A . Diagnóstico en primer nivel de atención 27
- B . Diagnóstico en hospital general 27
- C . Diagnóstico en hospital psiquiátrico 29

### **IV.- SUBDIAGNOSTICO DEL ABUSO Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y MORBILIDAD PSIQUIATRICA**

- A. Definición del concepto de subdiagnóstico 30
- B. Subdiagnóstico del abuso y dependencia del alcohol y su importancia en la práctica clínica 32
- C. Complicaciones derivadas del subdiagnóstico en psiquiatría 33
- D. Factores que contribuyen al subdiagnóstico de trastornos relacionados al consumo de alcohol 35
- 5. JUSTIFICACIÓN 36
- 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 37
- 7. HIPÓTESIS 38
- 8. OBJETIVOS 40
- 9. MATERIAL Y METODOS 41
  - A. Tipo de estudio
  - B. Límites de tiempo
  - C. Universo de trabajo
  - D. Instrumentos
  - E. Criterios de restricción
    - De inclusión.
    - De exclusión.
- 10. ANALISIS ESTADÍSTICO 42
  - A. Operacionalización de variables
- 11. CONSIDERACIONES ETICAS 45
- 12. RESULTADOS 47

13. DISCUSIÓN	61
14. LIMITACIONES Y APORTACIONES	64
15. CONCLUSIONES	65
16. BIBLIOGRAFÍA	66
17. ANEXOS : INSTRUMENTOS	73

## 2. RESUMEN

El alcoholismo es un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia , por lo cual es necesario que el psiquiatra lo detecte y diagnostique oportunamente, ya que es causa directa de múltiples enfermedades y además predispone y agrava los trastornos mentales.

Sin embargo con mucha frecuencia ocurre que el paciente psiquiátrico no colabora al no aportar datos para un diagnóstico certero, o que el médico no investiga esta patología, por lo cual decidimos investigar la prevalencia del subdiagnóstico del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con enfermedad psiquiátrica.

Esto se realizó mediante la aplicación del AUDIT y del CIDI a una muestra de 68 pacientes de ambos sexos, tanto en consulta externa como en hospitalización y se compararon con los dx establecidos en el expediente clínico. Se encontró una prevalencia global del abuso o dependencia al alcohol de 22.1 %, lo cual equivale a que dos de cada diez sujetos que acuden para su atención al hospital no se les diagnostica trastornos por uso de alcohol.

La prevalencia del subdiagnóstico se asoció con los siguientes factores de riesgo : sexo masculino, edad entre 18 a 29 años, más de 7 años de escolaridad, sin ninguna actividad productiva, con una pareja y con trastorno psicótico, además de hospitalización.

Por lo cual consideramos importante poner mayor énfasis en diagnosticar y tratar los trastornos relacionados al alcohol , sobretudo en pacientes que reúnen los factores de riesgo ya comentados.



### 3. INTRODUCCION

Desde la antigüedad el alcohol ha acompañado al hombre, tanto en las ocasiones solemnes, como en las celebraciones dedicadas a los dioses, hasta la celebración de festividades banales; esto ha originado la presencia desde tiempos ancestrales de trastornos relacionados con el uso de alcohol. Estos trastornos siguen siendo un problema de salud pública. [ 8 ] .

Un alcohólico se identifica por la dependencia o adicción grave al alcohol y un patrón acumulativo de comportamientos asociados a la bebida. La intoxicación frecuente es evidente y destructiva, interfiere con la capacidad social y laboral del individuo. El alcoholismo puede conducir al fracaso matrimonial y laboral. [ 5 ] , [ 7 ]

Se han realizado numerosos estudios en el mundo que asocian trastornos psiquiátricos y consumo nocivo, o síndrome de dependencia a alcohol. Sin embargo en las unidades dedicadas a la atención de este tipo de pacientes (hospitales de segundo ó tercer nivel), suele ponerse énfasis en el trastorno psiquiátrico, sin ahondar en la comorbilidad del sujeto. Un trastorno frecuente en estos pacientes cuando acuden a la atención en consulta externa o son hospitalizados es el abuso o dependencia del alcohol, que puede interferir o modificar el diagnóstico inicial. La falta de interés sobre la investigación del uso y dependencia del alcohol en estos sujetos ha llevado al subdiagnóstico de la misma. [ 8 ] , [11] .

El conocer las características de un paciente psiquiátrico con abuso o dependencia del alcohol, y los factores que se asocian a esta enfermedad, nos permitirá dirigir acciones encaminadas a mejorar su atención médica y psiquiátrica. [ 29 ] , [ 68 ] .

#### **4. MARCO TEORICO**

##### **I.- ALCOHOL**

###### **A. EPIDEMIOLOGIA**

El alcoholismo siempre ha sido un problema importante en cualquier sociedad, por lo cual la tendencia epidemiológica es el incremento constante y alarmante de la incidencia y la prevalencia, siendo muy alta la comorbilidad con los trastornos psiquiátricos . [ 8 ] , [ 11 ] , [ 38 ] , [46].

Ya desde 1978 se encontró que entre los principales problemas de salud mental el alcoholismo ocupaba el tercer lugar, después de la deficiencia mental y la psicosis. En 1982 ocupó el segundo lugar dentro de los problemas prioritarios de salud mental, después de los trastornos emocionales y del aprendizaje de los niños.

En estudios realizados en el Distrito Federal en 1989, 1991 y 1993 en estudiantes en edades de 14 a 18 años se demostró que el consumo de alcohol y drogas está en continuo incremento, mientras los factores protectores están en dilución como el creer que sus amistades " verían muy mal " si ellos consumieran drogas o que se trata de algo " muy peligroso " [ 42].

En 1993 la encuesta nacional de adicciones señaló que en México 77% de los varones beben alcohol, mientras que en 57.5% de las mujeres los episodios de embriaguez son comunes, y cerca de 25% de todos los bebedores los presenta.

De los varones bebedores, alrededor del 40 % tiene problemas de alcohol y el sólo 5% de las mujeres. La frecuencia total de dependientes en México hasta 1993 fue de 9.4%, la prevalencia masculina fue de 19% y la femenina fue de 1.2%.

En 1997, en México Ma. Elena Medina Mora usando el CAGE, documentó en una muestra de población la dependencia en 22% de varones y en 5% de las mujeres [41].

En la encuesta Nacional de las Adicciones de 1998 se documentó que 77 % de los varones y 44.6 % de las mujeres bebían, se señaló también como ex bebedores del sexo masculino a 14.4 % y del sexo femenino a 17.6 %.

Los índices de dependencia para varones oscilan entre el 8 y el 11 % y para mujeres del 1 al 2 %. Los bebedores fuertes son el 41 % de los varones y el 8.3 % de las mujeres, siendo la cerveza la bebida favorita para ambos sexos, seguida de destilados y coolers.

En el otro extremo, los indicadores de mortalidad de 1998 en México indican que las 7 primeras causas de mortalidad se relacionan de forma directa o indirecta con el consumo de bebidas alcohólicas, de estas, la muerte por cirrosis ocupó el sexto lugar y por lo menos en la mitad de los veinte mil fallecimientos ocurridos durante ese año, hubo un antecedente de alcoholismo. [ 69].

Durante el primer semestre de 1998 , en el Distrito Federal , el 31 % del total de los fallecimientos ocurridos por accidentes durante una intoxicación etílica aguda en el hogar y registrados por el servicio médico forense correspondió a personas de la tercera edad y la mayoría se debió a haberse caído. [ 69 ] .

En 1999 en la ciudad de México se realizó un estudio basado en encuestas domiciliarias en 1932 sujetos cuyas edades oscilaban de los 18 a los 65 años de edad, se obtuvo una prevalencia a lo largo de la vida de cualquier trastorno de 28.7%, los diagnósticos más frecuentes fueron abuso de alcohol y episodios depresivos. La comorbilidad estuvo presente en 33% de los pacientes diagnosticados con cualquier trastorno, y la proporción fue más alta de trastornos por ansiedad. La búsqueda de ayuda fue baja comparada con la prevalencia [8] .

## **B. METABOLISMO DEL ALCOHOL Y SUS EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Las intoxicaciones agudas tiene sus principales efectos en el sistema nervioso central, pero la adicción crónica también afecta a otros órganos, después de la ingestión se absorbe inalterado en el estomago e intestino delgado. El alcohol se distribuye después por todos los tejidos y líquidos del organismo en proporción directa con el nivel sanguíneo.

Menos del 10 % del alcohol absorbido se excreta sin metabolizar por la orina, sudor y respiración. La cantidad exhalada está en proporción directa con el nivel sanguíneo y es la base de la prueba de respiración. [ 43 ], [ 44].

La mayor parte del alcohol de la sangre se metaboliza en el hígado por una vía principal y dos accesorias; el etanol por medio de la enzima alcohol deshidrogenasa hepática se convierte en acetaldehído, entonces actúa otra enzima, la acetaldehído deshidrogenasa hepática, se produce acetato, después actúa la acetil coenzima A para producir bióxido de carbono y agua. La vía de la oxidasa microsomal P 450 es inducible por el alcohol y otras sustancias.

El alcohol se absorbe principalmente en el intestino delgado y pasa a la sangre, donde se acumula porque la absorción es mas rápida que la oxidación y la eliminación. La depresión del SNC es uno de los efectos principales del alcohol.

**Cuadro 1. Efectos del alcohol según su concentración en sangre**

Mg / dl .	Efecto
50	Sedación
50-150	Falta de coordinación
150-200	Intoxicación, delirium
300-400	Pérdida de la conciencia
Más de 400	Coma , muerte

El nivel legal para conducir es de 100 mg / dl o menos, del 5-10% del alcohol se excreta sin modificar por orina, sudor, y aire espirado, el resto es espirado, el resto es oxidado a CO<sub>2</sub> y agua a una velocidad de 5-10 ml x hora de alcohol absoluto ,proporcionando un ml 7 calorías aproximadamente

En algunos alcohólicos se produce una alteración irreversible de la función hepática lo que puede impedir el depósito de glucógeno adecuado y favorecer la tendencia a la hipoglucemia por la dificultad para movilizar glucosa.

## C. MECANISMOS CEREBRALES DEL ALCOHOL Y EFECTOS SOBRE LA CONDUCTA

El alcohol, así como otras drogas de abuso, ejerce sus acciones a través de mecanismos de recompensa y reforzamiento positivo o negativo, los cuales están relacionados con estados subjetivos como la euforia o la relajación. Se ha sugerido que esto ocurre a través de la activación de circuitos neuronales específicos, el sistema dopaminérgico mesolímbico juega un papel crucial en estos mecanismos [43] .

Existe considerable evidencia de que el alcohol produce síndromes psiquiátricos a través de varios mecanismos farmacológicos:

- 1) El retiro de depresivos puede causar síntomas de trastorno de ansiedad.
- 2) La intoxicación aguda y crónica con depresivos puede causar severa e incapacitante depresión la cual es indistinguible de depresión mayor [59], [63].
- 3) Los pacientes con comorbilidad psiquiátrica no usan comúnmente sustancias [alcohol o drogas] para aliviar síntomas psicóticos, pero usan alcohol y drogas principalmente para mejorar síntomas ansiosos y depresivos, para socializar con otros y para incrementar la sensación de placer y relajación [6] .

El alcohol aumenta la transmisión dopaminérgica y serotoninérgica en regiones cerebrales asociadas a las vías de recompensa. La administración de agonistas dopaminérgicos y serotoninérgicos reduce la ingesta de alcohol, mientras que la de antagonistas dopaminérgicos la aumenta [43], [44].

El etanol modifica la síntesis y liberación de algunos péptidos opioides, así como la actividad de receptores opiáceos  $\mu$  y  $\delta$ . Los antagonistas opiáceos como la naltrexona reducen las propiedades reforzadoras del alcohol en bebedores sociales y disminuyen la ingesta excesiva de la sustancia, es posible que la

preferencia por alcohol esté asociada con una activación aumentada del sistema opioide [44].

Después de ver una bebida alcohólica en comparación con otras bebida-señal, solo los sujetos alcohólicos tuvieron actividad incrementada en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda y el tálamo anterior, regiones asociadas con la regulación de la emoción, atención y conducta de apetencia [18] .

#### **D. TRASTORNOS MEDICOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL.**

En el sistema nervioso central el alcohol es un depresor, afectando en primer lugar a estructuras subcorticales [formación reticular del tronco encefalico] que modulan la actividad cortical cerebral.

En consecuencia, se manifiesta como estimulación y conducta desinhibida y posteriormente como actividad intelectual motora y cortical desordenada. Con concentraciones sanguíneas progresivamente más elevadas, se deprimen las neuronas corticales y posteriormente los centros medulares inferiores, incluyendo los que regulan la respiración, puede producirse parálisis respiratoria.

El alcoholismo crónico produce alteraciones morfológicas en casi todos los organos y tejidos del cuerpo, especialmente en hígado y estómago, se ha postulado al acetaldehído como el mediador de las extensas lesiones tisulares y orgánicas.

Las formas mas frecuentes de lesión orgánica específica observadas en alcohólicos son en sistema digestivo las alteraciones gástricas como gastritis aguda y úlcera, aunque también pueden desarrollarse síndromes de mala absorción, pancreatitis, cirrosis hepática .

Los alcohólicos crónicos presentan diversas alteraciones del sistema nervioso, algunas pueden ser nutricionales, es frecuente la deficiencia de vitamina B1. Las principales lesiones de origen nutricional son neuropatías periféricas y polineuritis, puede aparecer degeneración cerebelosa y neuropatía óptica; es más rara la atrofia cerebral. La lesión directa del miocardio puede producir miocardiopatía dilatada. el abuso de alcohol también se ha implicado en una elevación de la frecuencia de carcinoma de orofaringe, esófago y posiblemente de recto y pulmón.

Los varones alcohólicos comparados con los no alcohólicos tienen una mayor prevalencia de disfunciones sexuales, como dificultades de erección, disminución de la libido, eyaculación retardada y pobre satisfacción sexual incluyendo desacuerdos sobre la actividad sexual, disminución de la frecuencia, todo lo anterior contribuye a elevar los porcentajes de conflictos maritales [49].

En las mujeres embarazadas se puede presentar el síndrome de alteración fetal debido al alcohol que puede originar productos de talla menor, con desarrollo deficiente y retardo mental, además de múltiples malformaciones [7].

#### **E. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL ALCOHOL**

La identificación de pacientes que abusan del alcohol o de sustancias psicoactivas durante un episodio de depresión o de cualquier otra enfermedad mental es de interés para el clínico, ya que esto compromete seriamente el éxito del tratamiento, esto es muy obvio en pacientes que reciben psicofármacos, ya que la medicación puede interactuar adversamente con la ingesta de alcohol o con sustancias psicoactivas no prescritas, ya sea disminuyendo la efectividad de los fármacos o incrementando su efecto (por ejemplo en el caso de las benzodiazepinas) por lo cual pueden aumentar los efectos secundarios,



favoreciendo esto a su vez el incumplimiento o abandono del tratamiento. [22]. [ 15 ] . En la cultura popular mexicana se evita el mezclar antibióticos con alcohol “ me voy a cruzar “ se dice, sin embargo no se evita el mezclar psicofármacos con alcohol, con el riesgo que esto conlleva.

Los efectos del alcohol se han considerado benéficos en algunas ocasiones, como estimular el apetito y mejorar la digestión, incluso se dice que la cerveza es útil para el estreñimiento aunque lo más probable es que ese efecto se deba a la cantidad de líquido.

## **F. ALCOHOL Y VIOLENCIA**

La violencia es una consecuencia importante del alcoholismo, en México se realizó una encuesta a domicilio entre mujeres de nivel socioeconómico medio a bajo en el D.F. y se mostró que 14 % han sido abusadas físicamente por sus compañeros , y que el riesgo de violencia fue 3.3 veces mayor cuando el compañero se encontraba intoxicado en comparación a aquellos sin problemas de alcohol. Se encontró una prevalencia de depresión del 8 % en estas mujeres , que se incrementó hasta 4 veces cuando eran víctimas de abuso físico durante el embarazo. ( Medina Mora et al., 1997 ) [41].

En tres de cada 10 acciones delictivas violentas que ocurren en nuestro país el alcohol ha estado presente en aproximadamente la siguiente proporción:

**Cuadro 2 . El alcohol y la delincuencia**

<b>PROPORCION DE LAS ACCIONES VIOLENTAS</b>	
Suicidios	17 %
Accidentes de tránsito	36%
Accidentes de trabajo	33 %
Violaciones	45 %
Síndrome del niño maltratado	15%
Otras acciones violentas	50%

En 1993 mas del 40% de los bebedores ingirieron cinco copas o mas por ocasión y tuvieron uno o mas problemas derivados del consumo excesivo de alcohol: problemas con la familia, problemas con la policia, problemas de salud y de trabajo, accidentes y muertes violentas.

### **G. ALCOHOL Y LA MUJER**

Las mujeres alrededor del mundo están en riesgo de desarrollar problemas relativos al alcoholismo, pero estos parecen variar considerablemente del riesgo de los varones, esto debido a diferencias psicológicas y fisiológicas y normas sociales y culturales que establecen marcadas diferencias entre ambos géneros [41], [1 ] .

#### **a. EN PAISES EN DESARROLLO.**

En general, en culturas bebedoras se espera que las mujeres se abstengan o beban menos que los varones y en consecuencia actualmente beben menos, pero cuando desarrollan un problema relacionado al consumo de alcohol , con frecuencia son más rechazadas, esconden su adicción, lo que dificulta la detección temprana y el tratamiento.

Aún cuando la mujer intoxicada no actúe agresivamente , su intoxicación es un acto de desafío a las normas, esto quizá se basa en que para una mujer intoxicada se deteriora su habilidad para la crianza, su accesibilidad a un compañero sexual, su status como víctima de asalto sexual y la liberación y expresión de su ira. [35] , [41] ,.

#### **b. EN PAISES DESARROLLADOS.**

Se realizó un estudio en 300 mujeres sin hogar (en situación de calle) en Estados Unidos y se encontró que la mayoría eran adultos jóvenes, solteras y afro-americanas, con educación cercana a la preparatoria; el abuso de sustancias se presentó en un 33 %, la mayoría de las abusadoras prefirieron consumir solo alcohol o drogas, más que una combinación de ambas, otro 33% prefirió la combinación de alcohol y drogas. Cerca de la mitad de aquellas con enfermedades relacionadas al alcohol (61 %) en el transcurso de la vida tuvieron también historia de abuso de drogas, y cerca de la mitad de abusadores de drogas (42 %) tuvieron un problema relacionado al alcohol [67] .

#### **H. GÉNERO Y ALCOHOL**

Ambos géneros difieren en status hormonal y biológico en todos los puntos del ciclo de vida es evidente, pero el beber femenino intenso se ha relacionado al

ciclo menstrual, al nacimiento, al desarrollo fetal, a cambios en el deseo sexual e incluso a la menopausia. En el varón el beber intenso se ha relacionado con impotencia sexual aguda o crónica [35].

Además de las "normas" desiguales y el estigma, ambos sexos no sufren las mismas consecuencias de su alcoholismo, de tipo médico, laboral, legal, familiar e interpersonal, por ejemplo las mujeres son aparentemente más vulnerables a

enfermedades hepáticas, una explicación de esta diferencia sería la menor actividad de la alcohol-deshidrogenasa gástrica .

Los alcohólicos varones reportan más episodios de delirium tremens, lagunas mentales y accidentes relacionados al alcohol que las alcohólicas [35]. Alcohólicos varones y mujeres tienen significativamente más pequeño el hipocampo derecho y volúmenes más grandes de líquido cefalorraquídeo que los sujetos sanos, por lo cual se concluye que el consumo de alcohol daña el hipocampo [1].

## **I. ALCOHOL Y SOCIEDAD**

Estudios realizados en Sri Lanka han documentado que el alcohol es un importante factor en el mantenimiento de la pobreza "Muchas familias son incapaces de escapar de la pobreza por el uso de alcohol y tabaco por uno o más miembros bajo el influjo de alcohol, la pobreza por sí misma se exagera por el ausentismo laboral, escolar, falta de motivación, enfermedades y falta de unión familiar" ( WHO,1993 ) [41].

El riesgo de infección por HIV ha sido documentado por Salgado (1996) en sus estudios realizados en medio rural entre compañeras de trabajadores inmigrantes periódicos a los Estados Unidos. Encontró que 64% de las entrevistadas no hicieron nada para prevenir su riesgo de infección , y que además identificaron los condones como la herramienta preventiva más eficiente y que sólo 20 % los compra; que ninguna usó condón en sus últimos dos coitos, los varones a menudo rehusaron usarlos, las mujeres sintieron que " pertenecían" a sus esposos por que ellos se fueron a Estados Unidos a trabajar y enviar dinero [41].

El bebedor excesivo generalmente descuida a su cónyuge, a sus hijos y a su hogar, al dejar de ser fuente de ingresos económicos la esposa y los hijos tienen que trabajar. La alimentación familiar es deficiente, se descuida la educación de los hijos y con frecuencia su rendimiento es malo. La presión origina riñas frecuentemente en ellas el alcohólico ejerce violencia tanto física como verbal [7].

Entre universitarios norteamericanos el beber por fuga predice el beber hasta la intoxicación [ borrachera], pero no predice directamente niveles de consumo de alcohol, aunque se relaciona indirectamente con el uso de alcohol y drogas para afrontar. En contraste el beber socialmente es un predictor significativo de consumo de alcohol, pero no predice la intoxicación. El beber para afrontar es un fuerte predictor de consumo de alcohol y dependencia. [ 77 ]

## **J. GENETICA Y ALCOHOLISMO**

El rol de la vulnerabilidad genética en varones y mujeres es materia común de debate. Una tipología desarrollada por Cloninger (1987) describe el tipo 1 como caracterizado por inicio después de los 25 años de edad y pérdida de control, pero sintomatología menos severa que el tipo 2, el cual está basado en gran predisposición genética y caracterizado por inicio temprano y sintomatología más severa. Ambos tipos ocurren en varones, pero el tipo 1 es más descriptivo del alcoholismo femenino [35], [28 ].

Muchos estudios apoyan la importancia de los factores genéticos en el alcoholismo, la naturaleza familiar del trastorno está ampliamente documentado, existe un alto porcentaje de concordancia de alcoholismo para gemelos fraternos, aun cuando los estudios de adopción han revelado un riesgo incrementado 4 veces para alcoholismo en hijos adoptivos de alcohólicos en comparación con niños de sujetos control, sin evidencia de que tener un padre adoptivo alcohólico incremente el riesgo [63] ,[19].

Se han distinguido subtipos de dependencia a alcohol en varones caucásicos: moderado, severo y disocial, caracterizados por carga diferencial en 3 dimensiones: genética, medio ambiente general y medio ambiente disocial [24].

grandes cantidades de líquido ingerido. Se reconoce que el brandy, el ron o el tequila no ayudan a curar la gripe ni mejoran la hipertensión. El uso clínico del alcohol está totalmente abolido [7].

## II. COMORBILIDAD PSIQUIATRICA Y TRASTORNOS RELACIONADOS AL ALCOHOL.

### A. DEPRESIÓN Y ALCOHOL.

Aproximadamente 14 millones de personas en Estados Unidos son abusadoras o dependientes de alcohol; de estas 21 % tienen depresión también. [ 37]

La relación entre alcoholismo y depresión es muy importante, las dos ideas básicas de una posible conexión son por una parte el alcoholismo sintomático con una depresión preexistente y por la otra el alcoholismo que lleva a una depresión sintomática. En la actualidad se considera que en todo bebedor crónico excesivo hay que buscar una depresión premórbida, con muchas posibilidades de encontrarla, y que por otra parte, muchos cuadros depresivos pueden ser una consecuencia directa del alcohol.

Es frecuente que un deprimido que bebe en exceso presente un aumento de sus síntomas, incrementándose el riesgo de suicidio. [ 4 ], [7] , [64] .

Para varones, el tener un diagnóstico de depresión en adición a dependencia a alcohol indica peores consecuencias del beber, para mujeres se asocia con mejor pronóstico, ya que ellas buscan ayuda con más frecuencia y más prontitud. [ 23].

Los pacientes alcohólicos tienen puntajes de depresión más altos que sus controles en el estado de detoxificación ; además la depresión induce al paciente a enfocarse menos apropiadamente en sus emociones, además los alcohólicos deprimidos frecuentemente presentan deterioro cognitivo ,determinado por prueba de memoria, El deterioro cognitivo tiende a disminuir a medida que mejora la depresión. [ 28 ] .

Además, la presencia de depresión mayor como comorbilidad fue asociada a intensidad menor del uso de alcohol, en comparación con trastorno antisocial de la personalidad y uso/ abuso de sustancias adictivas.[ 29] .

La evaluación de síntomas psiquiátricos en pacientes alcohólicos es complicada por múltiples factores como tipo de síntomas ,tipo de personalidad ,intensidad del consumo ;los alcohólicos deprimidos están en mayor riesgo de sufrir problemas psicosociales , recaídas y suicidio ; además el beber intensamente puede producir o empeorar los síntomas de depresión o ansiedad. [ 46] .

A su vez, la presencia de un síndrome afectivo ( o la predisposición para desarrollar uno) puede precipitar el uso alterado o abuso de alcohol o drogas en algunos individuos o exacerbar el abuso en aquellos que ya bebían disfuncionalmente.[ 22 ] .

Schuckit realizó un estudio en 2945 alcohólicos y comparó en ellos depresión mayor independiente del alcoholismo y depresión inducida, encontró que la depresión con inicio Antes del desarrollo de la dependencia a alcohol fue observada en el 15 % de los alcohólicos, mientras que el 26.4 % reportaron al menos un episodio depresivo inducido por sustancias. [ 65 ] .

Los abstinentes y los bebedores pesados están en mayor riesgo de presentar síntomas de depresión o de trastornos de ansiedad; los factores psicosociales podrían jugar un rol importante en la relación entre consumo y mortalidad. [ 58 ] .

Otros autores han demostrado que la remisión del alcoholismo incrementa la oportunidad de remisión en depresión y reduce el riesgo de una recaída subsecuente en la depresión. [23] .

Se ha descubierto una alta prevalencia en escritores famosos (291) de trastornos afectivos y alcoholismo ,también se descubrió que el trastorno bipolar es más frecuente en poetas que en población general .Además, en este estudio se asoció la depresión con la creatividad verbal. [ 54 ] .

## **B. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y ALCOHOL.**

Diversos estudios han encontrado una alta incidencia de enfermedad del carácter ,particularmente rasgos psicopáticos de la personalidad e incluso se han identificado subtipos de alcoholismo con base en dicha afección.

Muchos hombres y mujeres dependientes a alcohol han crecido en hogares con falta de ambiente estable ,frecuentemente reflejando el deterioro que acompaña a trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas , y trastornos de personalidad disocial, los cuales son frecuentemente vistos en padres de individuos dependientes a alcohol. [ 63 ].

En una serie de 30 pacientes se les aplicó AUDIT y cuestionario de Eysneck , los pacientes alcohólicos tuvieron una mayor frecuencia de rasgos de neuroticismo y psicoticismo. A su vez tuvieron elevadas frecuencias de comorbilidad con varios diagnósticos, como farmacodependencia ,crisis de angustia y depresión mayor. También los pacientes alcohólicos presentaron una elevada frecuencia de antecedentes de familias desintegradas.[19 ].

Los rasgos antisociales en adultos fueron asociados con más problemas psiquiátricos, legales y de adicción a sustancias en una línea basal y con más problemas de adicción entre alcohólicos antisociales no define el pronóstico relevante de subgrupos. [73] , [74].



Cuando se comparan los grupos de antisociales alcohólicos con el grupo de sólo alcohólicos, se encuentra en el primero un inicio más temprano, un curso más rápido y un porcentaje incrementado de muchos síntomas de alcoholismo. [36] , [37].

Se han encontrado grandes porcentajes de prevalencia en la comorbilidad entre dependencia a alcohol y trastornos de personalidad, que varían según los instrumentos usados , por ejemplo: trastorno paranoide [ 7 a 44 % ] , antisocial [ 3 a 47 % ], limítrofe [16 a 32 % ], histriónico [ 6 a 34 % ], evitativo [2 a 32 % ] y dependiente [ 4 a 29 % ] .[13].

### **C. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y ALCOHOL**

La evidencia en la literatura indica que la ansiedad es probablemente en muchos casos una consecuencia más que una causa del beber excesivo. [ 2 ] . los trastornos de ansiedad aparecen en la adolescencia temprana predisponiendo a los afectados a una gran vulnerabilidad a depresión mayor y enfermedades adictivas. [57].

La literatura indica que la ansiedad fóbica es más común que la ansiedad general como un preludio de dependencia a alcohol. Las benzodiazepinas se prescriben ampliamente , su abuso solo ocurre en personalidades adictivas. [62] [ 34 ] .

Los síntomas de retiro de alcohol y los criterios de trastorno de pánico son del todo similares por lo que pueden ser fácilmente confundido uno por otro. El alcoholismo y los trastornos de ansiedad ocurren juntos con alta prevalencia. [ 30 ] , [ 25 ] .

El alcoholismo es más común en varones que en mujeres. La ansiedad es más común en mujeres que en hombres . Ambas condiciones tienden a co-ocurrir en individuos, familias, y en población general.

El alcoholismo puede preceder, co-ocurrir o ser una consecuencia de ansiedad [75] .

En varios estudios 80 % de varones dependientes a alcohol admitieron haber cursado con ataques de pánico repetitivos en el curso de retiro de alcohol, y del 50 al 67 % de varones alcoholo dependientes tuvieron altos puntajes para estados de ansiedad con síntomas semejantes a trastorno de ansiedad generalizada y fobia social. [63] .

Los trastornos de ansiedad y del humor y los trastornos de personalidad frecuentemente co-ocurrieron siguiendo un patrón de asociaciones no específico, las asociaciones más fuertes ocurrieron entre trastorno límite y trastornos de ansiedad y depresión y entre fobia social y trastorno de personalidad esquizotípico.

Sin embargo perfiles de trastornos de personalidad no fueron asociados a trastornos de ansiedad o del humor. Finalmente, los trastornos de ansiedad o del humor y los trastornos de personalidad fueron asociados de manera escasa con características pre-tratamiento. [74] .

En escenarios clínicos se ha detectado comorbilidad entra dependencia al alcohol y trastornos de ansiedad [fobias de 6 a 33 % ] trastorno de ansiedad generalizada del 8 al 52 % , y trastornos de pánico del 4 al 21 % ] y de trastornos depresivos del 15 al 40 % , siendo esta la comorbilidad más frecuente. [13] , [17] .

El trastorno de pánico es una enfermedad psiquiátrica común ,la cual tiene muchas complicaciones como depresión mayor, riesgo incrementado de suicidio, conducta agorafóbica evitativa, abuso de alcohol y dependencia.

Muchos estudios han documentado un porcentaje incrementado de trastornos de ansiedad entre alcohólicos y de alcoholismo entre pacientes presentándose con trastornos de ansiedad. [25], [30] .

En general parece que el trastorno de pánico es más prevalente en alcohólicos que los porcentajes esperados en la población general. El retiro de alcohol es claramente asociado con síntomas de ansiedad severa. Se sugiere que episodios repetidos de retiro pueden desencadenar pánico a través de un proceso de kindling causado por estímulos subconvulsivos con cantidades incrementadas de excitabilidad eléctrica o aún crisis espontáneas. [81] [40] .

#### **D. ESQUIZOFRENIA Y ALCOHOL**

El uso de sustancias adictivas y alcohol entre individuos esquizofrénicos se ha incrementado y es un problema clínicamente importante. El estudio de detección epidemiológica ECA reporta un porcentaje de prevalencia en el transcurso de la vida de pacientes con esquizofrenia del 49 % . aun no queda claro si hay un real incremento en la comorbilidad entre pacientes esquizofrénicos, uso de alcohol y otras sustancias adictivas o los clínicos están cobrando mayor conciencia del problema de la comorbilidad . [ 50], [21], [28] .

Se comparó el curso de trastornos por abuso de sustancias en pacientes con esquizofrenia y en pacientes que solo cursan con trastornos por abuso de sustancias ; los primeros usan cafeína tempranamente quizá para aliviar las manifestaciones prodrómicas de la esquizofrenia, posteriormente en etapas tardías usan menos o evitan el uso de sustancias que exacerban los síntomas [ por ejemplo cafeína, cocaína, opioides ] , usan tabaco para para disminuir los efectos colaterales de medicaciones usadas para tratar esquizofrenia.

En ambos grupos de pacientes el abuso y dependencia de alcohol y cannabis fueron los diagnósticos más comunes .[76] .

## **E. TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS Y ALCOHOL**

La coexistencia de abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas es común [ referida como diagnóstico dual] datos del ECA señalan que del 21 al 39 % de las personas que en la comunidad tienen trastorno por abuso de sustancias dentro de los pasados 6 meses, también reúnen criterios del DSM para otro diagnóstico.

El alcohol y la dependencia a drogas se han asociado con altos grados de comorbilidad psiquiátrica y deterioro funcional. [17] .

Se realizó un estudio en 1000 personas que se presentaron a atención primaria y solo 47 % de los pacientes con abuso de alcohol o dependencia tuvieron comorbilidad psiquiátrica [17] .

Trágicamente la coexistencia de abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas lleva a negar al paciente el tratamiento tanto en hospitales psiquiátricos como en lugares de tratamiento de abuso de sustancias. [ 27 ] .

## **F. SUICIDIO Y ALCOHOL**

El uso de alcohol y el alcoholismo son factores de alto riesgo para suicidio. [16], [48] .

Hay investigaciones que demuestran que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno ,relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas o alcohol. [52], [53].

Entre los suicidas se ha encontrado 20 % con historia de abuso de alcohol. [61]

El abuso de alcohol empeora los trastornos psiquiátricos ,niveles de consumo de riesgo no han sido determinados. De un tercio a un quinto de muertes entre alcohólicos se deben a suicidio. En países con alto consumo de alcohol ,el porcentaje de suicidio es alto y se incrementa con el total de consumo de alcohol. [47], [53 ], [70] .

La comorbilidad es común entre víctimas de suicidio y los trastornos por uso de sustancias principalmente alcohol se combinan frecuentemente con trastornos depresivos y pérdidas interpersonales dentro de las 6 semanas antes del suicidio.,esto es mas frecuente entre alcohólicos que entre víctimas de suicidio no alcohólicas. [3] , [16 ] .

Se han relacionado los siguientes factores con suicidio consumado en varones con dependencia a alcohol : desempleo, pérdida reciente de un compañero, enfermedades médicas serias, trastornos del humor, comorbilidad como trastornos de depresión y ansiedad [ 10], [13].

## **G. OTRAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS Y ALCOHOL**

Se ha detectado en pacientes con dependencia al alcohol que también cursan con trastornos del control de los impulsos como cleptomanía, tricotilomanía ,piromanía, juego patológico. Se detectó que la presencia de un trastorno de control de los impulsos no se asocia con una forma específica de dependencia al alcohol o con personalidad antisocial.

Sin embargo la comorbilidad con juego patológico se asoció con inicio más temprano de dependencia al alcohol y con un número más alto de detoxificaciones y con una duración más larga de dependencia a alcohol que con la ausencia de un trastorno de control de los impulsos. [32], [ 26 ] .

### **III. DIAGNOSTICO DE LA COMORBILIDAD ALCOHOL-ENFERMEDAD PSIQUIATRICA.**

#### **A . DIAGNOSTICO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

Sin duda alguna el alcoholismo es un problema mayor de salud pública que contribuye a un amplio rango de trastornos médicos relacionados al alcohol, casi un 25 % de pacientes canalizados del primer nivel a hospital general son alcohólicos o tienen un problema mayor con la bebida. [5], [11]

Se ha detectado que entre los factores que predicen readmisiones tempranas relacionadas al alcohol en centros rurales están : otras enfermedades psiquiátricas, abuso de múltiples sustancias y variables sociodemográficas como empleo y estado civil.

Se entrevistó a 700 usuarios mayores de 65 años que acudían a los servicios de atención primaria de las 19 jurisdicciones sanitarias del Distrito Federal por medio de una encuesta que evaluó sus hábitos de consumo de alcohol. La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de toda la vida fue del 36.7 %. La prevalencia actual fue del 20.5 % , ambas cifras son menores que las reportadas por la encuesta nacional de adicciones en todos los grupos de edad de la ciudad. [ 69 ] .

#### **B. DIAGNOSTICO EN HOSPITAL GENERAL.**

La comorbilidad de enfermedad psiquiátrica más uso de sustancias ha sido asociada con un incremento en el uso de servicios de salud mental. Se realizó un estudio en 5393 sujetos y se les dividió en dos grupos : pacientes con trastorno por uso de alcohol más otro trastorno psiquiátrico y pacientes con trastorno

psiquiátrico más otros trastornos psiquiátricos comórbidos, ambos grupos se asociaron con rangos incrementados de uso de servicios de salud mental en comparación con aquellos que solo tuvieron trastorno por alcohol. [ 78 ] .

Dentro de los problemas que pueden relacionarse con el consumo de alcohol ,se ha considerado el estudio de personas que sufren accidentes, actos de violencia, traumatismos y problemas médicos agudos por su forma de beber .muchas de las cuales fueron captadas en los servicios de urgencias de los hospitales generales.

Al estimar el riesgo relacionado con el motivo por el que se solicitó atención a los servicios de urgencias, encontramos que hay un riesgo cinco veces mayor de sufrir un traumatismo cuando se obtiene una lectura positiva de alcohol en sangre y de 2.33 cuando se indica haber consumido alcohol, esto es, en comparación con los problemas médicos agudos. Dentro de las causas de traumatismo, se observó que hay más riesgo de que ocurran asaltos y riñas cuando se obtiene una lectura positiva [ 2.46 y 3.14] ,como en el caso del auto reporte de consumo de alcohol [ 38 ] .

No se ha identificado un nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo, por lo cual se recomienda la abstinencia, sin embargo en Estados Unidos aproximadamente 20 % de las embarazadas consumen alcohol , mientras que los obstetras solo realizan tamizaje en un 34 % aproximadamente ,por lo cual se recomienda se aplique AUDIT o la prueba T-ACE y que además se agreguen predictores clínicos ,por ejemplo edad mayor de 30 años ,apetencia para alcohol la semana previa y datos obstétricos . Al agregar estos datos solo mejora T-ACE , no AUDIT.[ 9 ] .

### C. DIAGNOSTICO EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

Se examinó una muestra representativa de alcohólicos en un hospital psiquiátrico en Noruega , 70 % de los alcohólicos puros y 90 % de los abusadores de polisustancias tenían co-morbilidad, una prevalencia más alta que en el ECA de Estados Unidos, pero similar a otros estudios de Norte América. [ 6 ] .

Los trastornos de mayor prevalencia fueron : de ansiedad ( 65 % ) ,afectivos (33 % ) ,trastorno de personalidad antisocial (28 % ) y disfunción psicosexual (20 % ) .

En 1997, María Elena Medina Mora usando el CAGE documentó en una muestra de población del INP [ Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente ] dependencia en 22 % de los varones y en 5 % de las mujeres. ( 41 ) .

En 1998 la encuesta nacional de adicciones señaló que en México 77 % de los varones beben alcohol, mientras que el 44.6 % de las mujeres beben. De los varones bebedores los índices de dependencia oscilan entre el 8 y el 11 %,mientras que en las mujeres oscila entre el 1 y el 2 % . ( 69 ) .

En el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez se diagnosticaron por medio de entrevista clínica 508 pacientes en el servicio de consulta externa con el diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol en el lapso comprendido de agosto del 2001 a agosto del 2002.



## **IV. SUBDIAGNOSTICO DEL ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y MORBILIDAD PSIQUIATRICA**

### **A. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE SUBDIAGNOSTICO**

El subdiagnostico ocurre cuando al paciente psiquiátrico no se le ha diagnosticado un trastorno relacionado al alcohol [ ya sea abuso o dependencia ] y se le ha diagnosticado alguna otra patología psiquiátrica.

La comorbilidad psiquiátrica incluyendo trastornos de la personalidad, del humor, trastorno por pánico, fobias y ansiedad se ha visto que ocurre en un número significativo de mujeres que abusan o son dependientes de alcohol, incluso con más prevalencia que en alcohólicos varones con trastorno por personalidad antisocial.

La severidad de la sintomatología psiquiátrica concurrente, se ha demostrado que es más intensa en mujeres bebedoras problema en población general comparados a bebedores problema varones y mujeres bebedoras no problemáticas [59] .

Múltiples estudios han demostrado que el abuso de alcohol y la dependencia están frecuentemente asociados con otras patologías, y que las patologías de uso de alcohol son usual y temporalmente secundarias [26].

Se han demostrado porcentajes bajos de comorbilidad psiquiátrica en poblaciones adictas, y porcentajes altos de trastornos adictivos en poblaciones psiquiátricas [45] .

Se realizó un estudio en 13,000 mujeres en Ontario, Canadá se les aplicó el CIDI y se obtuvieron los siguientes datos:

**Cuadro 3. Comparación de dos grupos de bebedores**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>BEBEDORES COMORBIDOS</b>	<b>BEBEDORES SIN COMORBILIDAD</b>
Uso de grandes cantidades de alcohol .	72 %	59 %
Dificultad para detener el consumo.	87 %	66 %
Gran gasto de tiempo usando alcohol .	90 %	78 %
Haber tenido problemas emocionales o psicológicos por uso de alcohol.	94 %	80%
El detenerse en el consumo causa enfermedad u otros problemas .	96%	86 %
Haber mezclado alcohol y medicamentos	97 %	87 %
Deterioro en la funcionalidad (trabajo, familia ) .	99 %	92 %
Abandono del trabajo o escuela a causa de expulsión o despido .	99 %	95 %

Estos hallazgos son compatibles con la literatura, se concluye que cualquier enfermedad adicional incluyendo ansiedad, depresión o trastorno antisocial de la personalidad tiende a acelerar el curso de los problemas de alcohol significativamente en alcohólicos varones. [ 59 ] .

El género tiene un efecto significativo independiente, las alcohólicas toman su primer bebida más tarde que los varones, pero el curso de su abuso y dependencia es más acelerada. Los efectos del género en el curso del alcoholismo son independientes del efecto de la psicopatología [33 ], [59].

Se ha demostrado que el género y la comorbilidad tienen efectos independientes sobre el problema del alcoholismo, después de que la historia de alcoholismo y la edad se han considerado. La comorbilidad, la historia previa de alcoholismo y la edad contribuyen independientemente a la severidad del alcoholismo [33].

Se realizó un meta-análisis de 152 artículos [1966-1995] y se concluyó que todas las enfermedades mentales tienen un riesgo incrementado de muerte prematura, especialmente asociado al uso de sustancias como alcohol [21].

## **B. SUBDIAGNOSTICO DEL ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y SU IMPORTANCIA EN LA PRACTICA CLINICA**

La prevalencia de los trastornos relacionados con el alcohol es elevada y durante la intoxicación y la abstinencia los síntomas psiquiátricos son comunes.

Por lo tanto si se recurre al diagnóstico para señalar el pronóstico y el tratamiento óptimo, se requiere un esquema que permita diferenciar la psicopatología alcohólica de otros síndromes psiquiátricos independientes.

El alcohol es un compuesto orgánico y el DSM IV reconoce el peligro que implica rotular un trastorno psiquiátrico cuando las manifestaciones se desarrollan en circunstancias que reciben la influencia de un componente orgánico. Es preciso identificar signos y síntomas, pero el tratamiento y el pronóstico son muy disímiles.

El DSM IV señala que los cuadros psiquiátricos que solo aparecen durante periodos de intoxicación o abstinencia no siempre son independientes. Señala

que no se debe hablar de patología psiquiátrica independiente cuando solo se observa cuadro psiquiátrico durante la intoxicación o en las 1as 4 semanas de abstinencia. [ 2 ], [3 ], [ 7 ], [ 8 ] .

Existen tres grandes síndromes psiquiátricos que se asocian a mayor riesgo de patología relacionada con el consumo de diversas sustancias: la depresión y la personalidad antisocial fueron las enfermedades comórbidas más frecuentes en un estudio realizado en 928 pacientes norteamericanos (36 y 24% respectivamente) seguidas por abuso de drogas y manía (17 % cada una), en cambio hay otras enfermedades que tienden a agruparse, como abuso de drogas y personalidad antisocial, manía y depresión, depresión y trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos afectivos [51] .

### **C. COMPLICACIONES DERIVADAS DEL SUBDIAGNOSTICO EN PSIQUIATRIA.**

Los trastornos relacionados al alcohol agravan la enfermedad psiquiátrica, favorecen el abandono del tratamiento y acortan los lapsos de tiempo entre cada recaída, ya que todos los fármacos psicotrópicos son metabolizados a nivel hepático, órgano blanco de la toxicidad del alcohol, por lo cual hay interacción farmacológica particular con cada fármaco, con la mayoría se prolonga la vida media, y se disminuye la efectividad, por lo cual se prescriben mayores dosis lo cual repercute directamente sobre el costo del tratamiento, esto perjudica también socialmente al enfermo, ya que la familia al verlo estable decide con frecuencia interrumpir el tratamiento, suspendiéndolo alegando el costo exorbitante de los medicamentos, lo cual también favorece las recaídas.

Los varones usan con más frecuencia sustancias "ilegales" y las mujeres más frecuentemente usan fármacos psicoactivos prescritos, como sedantes, hipnóticos,

estimulantes, esto las coloca en mayor riesgo ya que se pueden sinergizar sus efectos con el alcohol consumido [35].

Además las hospitalizaciones que se tornan mas frecuentes son también mas costosas para el sistema de salud, ya que el paciente requiere con frecuencia mayores dosis y tiempo de hospitalización continua mas prolongado, además de requerir también hospitalizarse con mas frecuencia en los servicios especiales (los cuales son la unidad médico quirúrgica conocida como UMQAIP y el servicio de observación). Lo cual nuevamente repercute en desinserción de su medio familiar y social, cuando el paciente egresa le es mas difícil retornar a su medio socio familiar, favoreciendo el deterioro y perpetuando un ciclo el cual es necesario romper . [ 5], [ 8 ], [ 68 ].

## D. FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL SUBDIAGNOSTICO DE TRASTORNOS RELACIONADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.

### \* Relacionados al paciente:

Negación de la enfermedad relacionada con consumo de alcohol.

Aceptación parcial ante si mismo y negación ante la familia y el médico.

Manipulación de la información.

Necesidad de consumir alcohol y otras sustancias para disminuir síntomas psiquiátricos.

Necesidad de consumir alcohol para socializar ,etc.

### \*Relacionados a la familia:

Negación de la enfermedad psiquiátrica.

Negación de la enfermedad relacionada con consumo de alcohol.

Ignorancia sobre hábitos y uso del tiempo libre del paciente.

Indiferencia hacia el paciente, sentimientos de hastío , culpa y rechazo.

Red de apoyo familiar insuficiente, ejemplo. único familiar que trabaja 10 horas diarias.

### \*Relacionados con el médico:

Escasez de tiempo para afinar diagnostico psiquiátrico.

Escasez de tiempo para realizar semiología sobre consumo de alcohol y las consecuencias del consumo sobre la vida familiar, social, y laboral.

Manipulación de la información por parte del paciente y familiar.

Negación del trastorno relacionado al consumo de alcohol por el familiar y por el paciente.

## 5. JUSTIFICACIÓN

El abuso o dependencia del alcohol es un problema de salud pública a nivel Mundial. En México más de la mitad de la población ha consumido alcohol, siendo mayor el consumo en hombres que en mujeres.

Es muy frecuente que el paciente psiquiátrico realice consumo y dependencia al alcohol y a otras sustancias, por ansiedad, despersonalización, desrealización, y por la búsqueda de gratificación y placer al consumir la sustancia.

En los hospitales de atención a pacientes psiquiátricos existe un importante subdiagnóstico del abuso y dependencia del alcohol observado empíricamente, lo cual evita una atención integral del paciente psiquiátrico. Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, de los bebedores actuales 77 % son del sexo masculino y 44.6 % son del sexo femenino, 4.6 % de la población de ambos sexos cumplen criterios para dependencia, siendo 9.6 % varones y 1 % mujeres.

La proporción de bebedores fuertes alcanzó el 41 % de los varones y el 8.3 % de las mujeres, por lo cual se puede postular que esta población está en riesgo de desarrollar algún trastorno relacionado al alcohol el cual podría ser subdiagnosticado.

El conocer la ocurrencia del subdiagnóstico del abuso o dependencia del alcohol en estos pacientes permitirá realizar acciones que lleven a los médicos a mejorar su atención, terapéutica médica y reintegración social.

Finalmente el conocer los factores asociados al abuso y dependencia del alcohol permitirá al médico clínico y al prestador de servicios en general encaminar las acciones a prevenir los riesgos de este problema. [ 5 ] , [ 8], [11].

## 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de subdiagnóstico del abuso y dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México?

¿Cuál es la asociación que existe entre los factores de riesgo edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, tipo de trastorno psiquiátrico, servicio de procedencia, y el abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México?



## **7. HIPÓTESIS GENERAL**

Los trastornos por abuso o dependencia de alcohol se encuentran subdiagnosticados por los psiquiatras.

Los factores de riesgo edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, tipo de trastorno psiquiátrico, servicio de procedencia, se asocian a la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

## **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

La edad se asocia a la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

El sexo se asocia a la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la ciudad de México.

El estado civil se asocia a la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

La ocupación se asocia a la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

El tipo de trastorno psiquiátrico se asocia a la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

El servicio de procedencia se asocia a la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

El abuso y dependencia al alcohol no se investigan en la consulta de psiquiatría.

## 8. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la prevalencia de subdiagnóstico del abuso y dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar la ocurrencia del diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol y trastorno psiquiátrico.

Evaluar la asociación que existe entre la edad y la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

Evaluar la asociación que existe entre el sexo y la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

Evaluar la asociación que existe entre el estado civil y la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

Evaluar la asociación que existe entre la ocupación y la ocurrencia el abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

Evaluar la asociación que existe entre el tipo de trastorno psiquiátrico y la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

Evaluar la asociación que existe entre el servicio de procedencia y la ocurrencia del abuso o dependencia del alcohol en pacientes con trastornos psiquiátricos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México.

## **9. MATERIAL Y METODOS.**

TIPO DE ESTUDIO: transversal.

LIMITES DE TIEMPO: Periodo comprendido del 1° de Marzo al 31 de Junio de junio del 2002.

UNIVERSO DE TRABAJO: Sujetos de cualquier edad y género que se encuentren en los servicios de Consulta externa y Hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS: Se aplicó una prueba de tamizaje AUDIT y a los seleccionados se les realizó una prueba diagnostica CIDI, para posteriormente comparar con su diagnostico psiquiátrico.

### **CRITERIOS DE RESTRICCIÓN:**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Se incluyó a todos los sujetos que completaron los dos cuestionarios base (AUDIT y CIDI) y que aceptaran formar parte del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Presentar cuadro agudo de delirium o síndrome de abstinencia. Presentar cuadro psicótico agudo en el momento de la aplicación de la escala o alteraciones que pudieran alterar la comprensión de esta. Falta de consentimiento.

## 10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Análisis univariado: Mediante un análisis exploratorio de datos se obtendrán frecuencias simples, distribuciones, proporciones, medidas de tendencia central y dispersión. Como medida de ocurrencia se obtendrá la prevalencia.

Análisis bivariado: x 2 cuadrada, U de Mann-Whitney. Determinación de Razón de momios de las prevalencias con intervalos de confianza al 95%.

### A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

#### VARIABLE DEPENDIENTE. SUBDIAGNOSTICO

Definición : Corresponde al diagnóstico no realizado de abuso o dependencia al alcohol. Tipo de variable : cualitativa. Escala de medición : nominal.

Operacionalización : Se obtuvo por medio del CIDI.

#### ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Definición: abuso o dependencia del alcohol de pacientes atendidos en los servicios de consulta externa u hospitalización

Tipo de variable: cualitativa.

Escala: nominal.

Indicador: 1) si 2) no

Operacionalización: Se utilizaron dos cuestionarios previamente validados para diagnosticar el abuso o dependencia del alcohol:

1) AUDIT [ Alcohol Use Disorders Identification Test] este instrumento fue desarrollado por la OMS en 1982 , el propósito fue desarrollar una herramienta sencilla de tamizaje que identificara a personas con problemas incipientes de alcohol y que pudiese ser aplicado por trabajadores de la salud. El AUDIT es un cuestionario de 10 preguntas, dentro de las cuales las primeras 3 investigan la cantidad y frecuencia con que se bebe alcohol, las siguientes 3 [de la 4 a la 6] detectan la presencia de un síndrome de dependencia al alcohol y las restantes 4 [

de la 7 a la 10] averiguan acerca de los problemas causados por el alcohol, estos 3 grupos categorizar al consumo peligroso de alcohol, al síndrome de dependencia al alcohol y al consumo dañino de alcohol, respectivamente [79] . Los sujetos que obtuvieron un puntaje mayor o igual de 5 se diagnosticaron como probables de tener abuso o dependencia del alcohol y a los cuales se les aplicó el CIDI.

2) El CIDI en su versión traducida al español ECED [entrevista clínica estructurada para DSM IV] editado por la Universidad Nacional Autónoma de México. Se trata de un instrumento diagnóstico que consta de un módulo de exploración general, cuyos resultados guían al entrevistador para realizar semiología en ciertos síntomas, para elaborar diversos diagnósticos de acuerdo al DSM IV. A los sujetos previamente tamizados con el AUDIT se les aplicó este cuestionario y aquellos que resultaron positivos fueron diagnosticados finalmente como abuso o dependencia del alcohol. [ 31 ] [ 82 ] .

#### EDAD.

Definición: Lapso cronológico desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala: de razón.

Operacionalización: Edad cumplida al momento del estudio.

#### SEXO.

Definición: Características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Indicador: 1) masculino 2) femenino

Operacionalización: La correspondiente al sujeto.

#### OCUPACIÓN

Definición: actividad productiva a la cual se dedica el paciente.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala. Nominal.

Operacionalización: La que refiera el sujeto.

#### ESCOLARIDAD

Definición: años de estudio cumplidos en el sistema educativo formal

Tipo de variable: cuantitativa.

Escala de medición: de razón.

Operacionalización: Los referidos por el sujeto.

#### ESTADO CIVIL

Definición: Tipo de unión de una pareja legalmente aceptado

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Operacionalización: Lo referido por el sujeto.

#### TIPO DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

Definición: En términos médicos corresponde al diagnóstico dado después de la primera atención.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Operacionalización: El diagnóstico asentado en el expediente clínico.

#### SERVICIO DE PROCEDENCIA

Definición: Servicio dentro del hospital donde acudió ó se encontraba el sujeto recibiendo atención al momento de la entrevista.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Indicador: 1) Consulta externa 2) Hospitalización

Operacionalización: El que corresponda.

## **11. CONSIDERACIONES ETICAS**

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, el presente estudio se considera sin riesgo. Sólo se solicitó consentimiento verbal informado.

Los pacientes y sus familiares fueron informados de los resultados de los cuestionarios. Aquellos positivos para el abuso o dependencia del alcohol fueron citados nuevamente para continuar con su control.

## **PLAN GENERAL**

Una vez obtenidas las autorizaciones dentro de la jefatura de enseñanza para la aplicación de los cuestionarios a los pacientes de consulta externa y hospitalizados, se acudió a dichos servicios en donde a todo paciente que aceptara se le aplicaron los instrumentos de medición y se obtuvieron los datos. Una vez obtenidos los datos se procedió a su captura y análisis.



## CRONOGRAMA

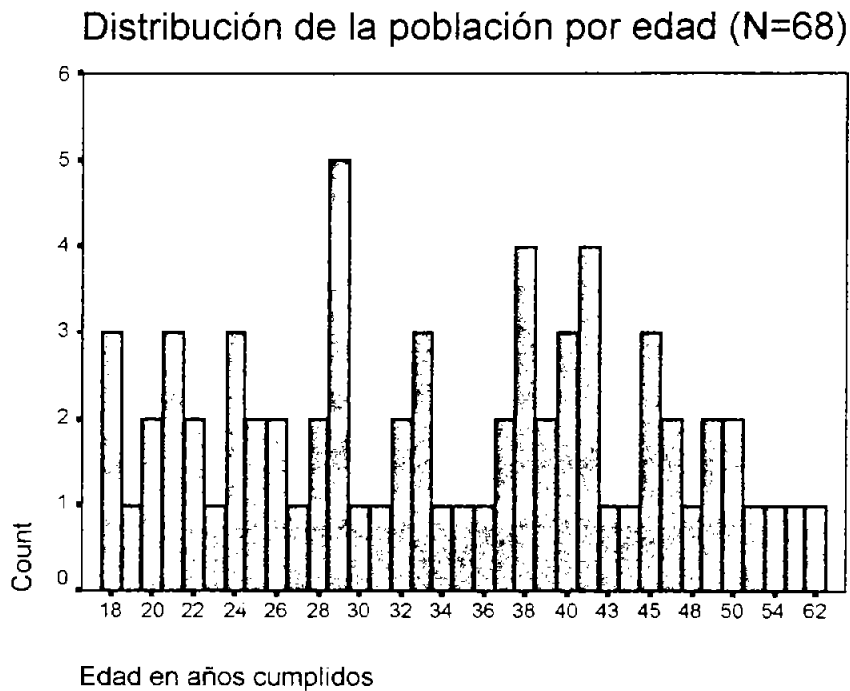
ACTIVIDADES	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
PRUEBA PILOTO													
MODIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO													
RECOLECCION DE DATOS													
PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO													
PRESENTACIÓN PRELIMINAR													
ELABORACIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES													
PRESENTACION FINAL DE LA INVESTIGACION													

## 12. RESULTADOS

### CARACTERISTICAS GENERALES: FRECUENCIAS SIMPLES Y PROPORCIONES

Se estudiaron un total de 68 pacientes, quienes completaron los dos cuestionarios. El rango de edad fue de 18 a 62 años, con una media de 34.5 años, mediana de 33.5 y moda de 29 años.

Gráfica 1.



Una vez categorizada la edad por grupos, la mayor proporción (39.7%) tenía entre 18 a 29 años, el 30.9% de 30 a 40 años y el 29.4% más de 41 años (Cuadro 4).

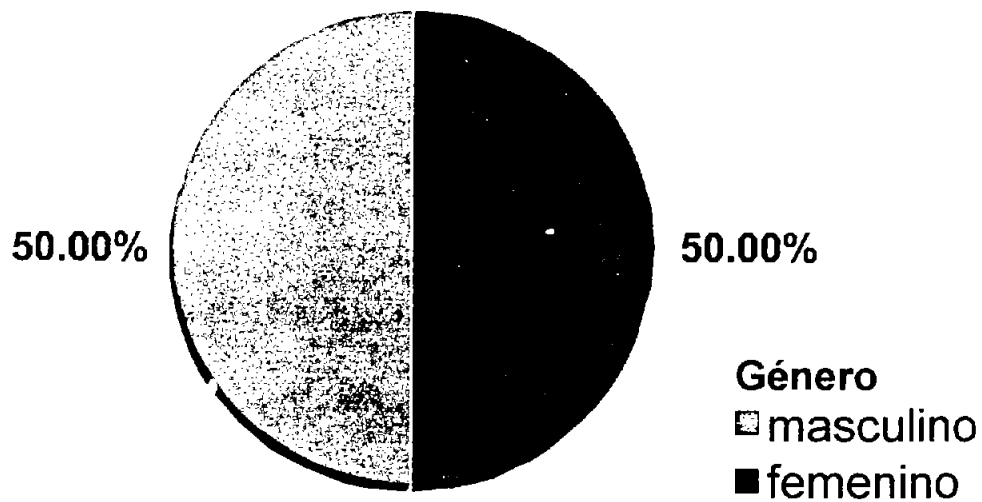
**Cuadro 4. Distribución por grupos de edad**

Edad	n	%
18-29 años	27	39.7
30-40 años	21	30.9
41 o más años	20	29.4
Total	68	100.0

El 50% de los sujetos estudiados eran hombres, mientras la otra mitad estudiada era de mujeres (gráfica 2)

**Gráfica 2.**

**Distribución por sexo (n=68)**



Respecto al estado civil, la mayor proporción de sujetos era soltero (51.5%), seguido de los casados (32.4) , en una proporción similar unión libre y divorciados (5.9%) y finalmente viudos (4.4%). (cuadro 5)

**Cuadro 5. Estado civil de toda la población**

<b>Edo. Civ.</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
soltero (a)	35	51.5
casado (a)	22	32.4
viudo (a)	3	4.4
divorciado (a)	4	5.9
Unión libre	4	5.9

Tanto en hombres como en mujeres prevaleció el estado civil de soltero (58.8% y 44.1%, respectivamente); por otro lado en las mujeres hubo una mayor proporción de casadas que en los hombres ( 35.5% vs. 29.4%) (Cuadros 6 y 7).

**Cuadro 6. Estado civil en hombres**

<b>Edo. Civ.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltero	20	58.8
Casado	10	29.4
Viudo	1	2.9
Divorciado	1	2.9
Unión libre	2	5.9

**Cuadro 7. Estado civil en mujeres**

<b>Edo. Civ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltera	15	44.1
Casada	12	35.3
Viuda	2	5.9
Divorciada	3	8.8
Unión libre	2	5.9

Un 27.9% de toda la población era desempleada o no especificaba ocupación alguna. En los hombres este hecho correspondía al 32.4%, mientras que en las mujeres era el 23.5%.

En los hombres la principal ocupación fue la de comerciante (11.8%). Para las mujeres fue dedicarse al Hogar ( 35.3%).

Una vez agrupadas las ocupaciones, de la cual quedaron 4 categorías, divididas en aquellos que no se dedican a ninguna actividad productiva, los que tienen algún tipo de oficios, los sujetos que se dedican al hogar (mujeres principalmente) y aquellos que viven de actividades relacionadas a sus estudios técnicos o profesionales, la mayor proporción corresponde a sujetos que tienen algún tipo de oficio (45.6%) y en segundo lugar los que no tienen actividad productiva alguna (30.9%). (cuadro 8)

**Cuadro 8. Distribución por tipo de ocupación agrupada**

Ocupación	n	%
sin actividad productiva	21	30.9
Oficios	31	45.6
Hogar	12	17.6
Técnicos y profesionales	4	5.9

Con respecto a la escolaridad, el rango de años de estudio iba de 1 a 17 años (primaria incompleta a licenciatura), con una media de 8.5 (DE 3.28) años estudiados, mediana de 9 años de estudio. El 36.4% tenía 6 años de estudio (primaria completa), el 25.8% 9 años (secundaria completa), el resto se distribuía dentro del rango. Sólo el 4.5% tenía licenciatura (Cuadro 9).

**Cuadro 9. Escolaridad en años estudiados**

Años de estudio	N	%
1	1	1.5
2	1	1.5
3	1	1.5
5	1	1.5
6	24	36.4
8	1	1.5
9	17	25.8
10	5	7.6
11	1	1.5
12	8	12.1
13	2	3.0
14	1	1.5
17	3	4.5

**Cuadro 10. Primer diagnóstico de expediente**

<b>Diagnóstico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ningún diagnóstico previo	7	10.3
Retraso mental	2	2.9
Psicosis	7	10.3
Síndromes Esquizofrénicos	25	36.8
Síndromes depresivos	14	20.6
Síndromes de ansiedad	5	7.4
Trastornos de personalidad	2	2.9
Trastornos bipolares	3	4.4
TMC sec. a FMD o alucinógenos	2	2.9
Ideas delirantes persistentes	1	1.5

El cuadro 10 se muestra la distribución por tipo de diagnóstico psiquiátrico presente en el expediente clínico. Se puede observar que la mayor proporción corresponde a los síndromes esquizofrénicos (36.8%), ocupando el segundo lugar los síndromes depresivos (20.6%).

Sólo en el 5.9% de la población estudiada tenía un cuadro comórbido agregado al primer diagnóstico (cuadro 11).

**Cuadro 11. Segundo diagnóstico de expediente**

<b>Diagnóstico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ningún diagnóstico previo	64	94.1
Psicosis	2	2.9
Agorafobia	1	1.5
Síndromes depresivos	1	1.5

Una vez agrupados los primeros diagnósticos por tipo de trastorno psiquiátrico, la distribución observada es como se muestra en el cuadro 9. En el 48.5% de los sujetos se encontró un trastorno psicótico, ocupando el segundo lugar los

trastornos afectivos (26.5%), estando en tercer sitio los trastornos de ansiedad (7.4%). La menor proporción fue para los trastornos depresivos (1.5%).

**Cuadro 12. Distribución por tipo de Trastorno psiquiátrico encontrado**

Tipo de trastorno	n	%
Trastorno cognitivo	2	2.9
Trastorno psicótico	33	48.5
Trastorno de personalidad	7	10.3
Trastorno afectivo	18	26.5
Trastorno de ansiedad	5	7.4
Trastorno depresivo	1	1.5
Trastorno por uso de sustancias	2	2.9

Por servicio de procedencia, la distribución se observa la gráfica 3 y cuadro 13. El 58.8% de los sujetos procedían de Hospitalización y el restante 41.2% de la consulta externa.

**Cuadro 13. Diagnóstico del expediente y subdiagnóstico obtenido**

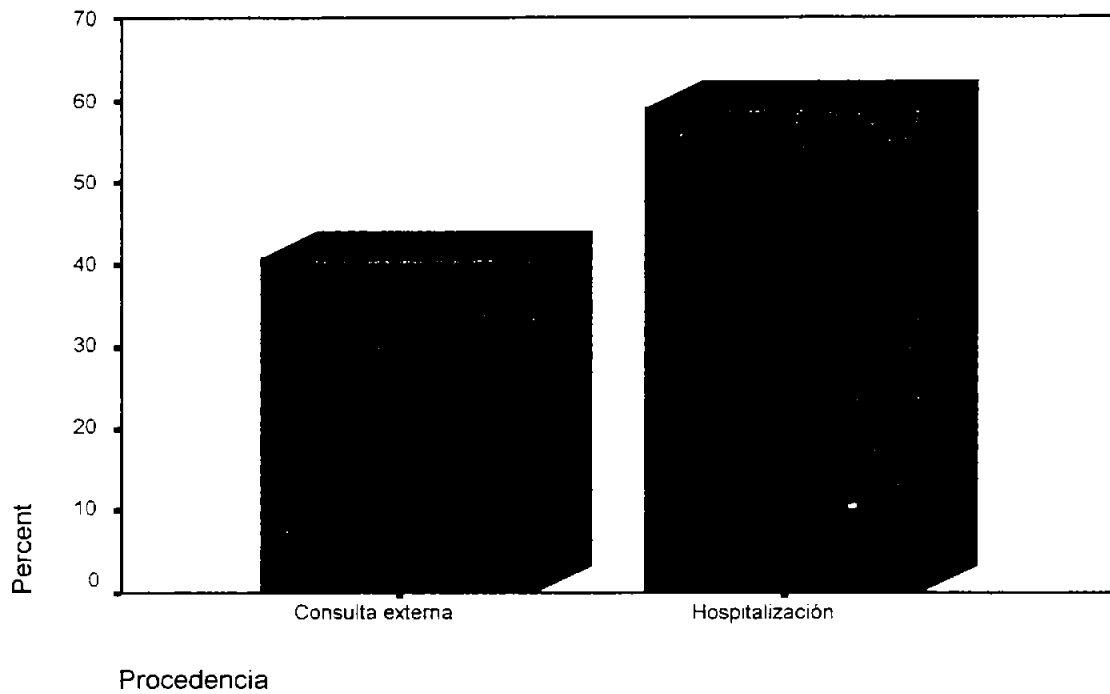
Diagnóstico del expediente	Subdiagnóstico [ abuso o dependencia ]	
	SI	NO
Esquizofrenia	8	17
Trastornos afectivos	1	16
Trastornos de ansiedad	1	4
Trastornos de personalidad	2	0
Trastornos por uso de sustancias	2	0
Trastornos cognitivos	1	1



**Cuadro 14. Distribución por servicio de procedencia**

<b>Servicio</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Consulta externa	28	41.2
Hospitalización	40	58.8

**Gráfica 3. Distribución de acuerdo al servicio de procedencia**



## ANÁLISIS UNIVARIADO: PREVALENCIAS

La prevalencia global de abuso o dependencia del alcohol (ADA, subdiagnóstico) fue de 22.1% (IC<sub>95%</sub> 12.9 – 33.8), lo cual equivale a que en 2 de cada 10 sujetos que acuden a atención al hospital no se les diagnostiquen los trastornos por uso de alcohol. (tabla 1)

La prevalencia del subdiagnóstico fue mayor en los hombres (24.4%, IC<sub>95%</sub> 15.1-47.5) que en mujeres (14.7%, IC<sub>95%</sub> 4.9 – 31.1). Fue mayor en el grupo de edad de 18 a 29 años (29.6%, IC<sub>95%</sub> 13.8 – 50.2), seguido del de 30 a 40 (23.8%) y la menor prevalencia encontrada fue para los mayores de 41 años (10.0%). (tabla 1)

De acuerdo con el primer diagnóstico del expediente, los síndromes esquizofrénicos tuvieron la mayor prevalencia (32.0, IC<sub>95%</sub> 14.9 – 53.5).

**Tabla 1. Prevalencia de abuso o dependencia del alcohol en pacientes psiquiátricos: global, por edad, sexo y por primer diagnóstico.**

CARACTERÍSTICA	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL		PREVALENCIA (%)	IC <sub>95%</sub> **
	si	no		
<b>GLOBAL</b>	15	53	22.1	12.9-33.8
<b>EDAD</b>				
18-29 AÑOS	8	19	29.6	13.8 - 50.2
30-40 AÑOS	5	16	23.8	8.2 - 47.2
41 O MAS AÑOS	2	18	10.0	1.2 - 31.7
<b>SEXO</b>				
MASCULINO	10	24	24.4	15.1 - 47.5
FEMENINO	5	29	14.7	4.9 - 31.1
<b>SÍNDROMES</b>				
ESQUIZOFRENICO	8	17	32.0	14.9 - 53.5
PSICOSIS	2	5	28.6	3.6 - 71.0
DEPRESIVOS	1	13	7.1	0.1 - 33.9
OTROS*	4	18	18.1	18.1 - 40.3

\*OTROS: retraso mental, síndromes de ansiedad, trastornos de personalidad, bipolares, TMC sec. a FMD o alucinógenos, ideas delirantes persistentes.

\*\* IC95%: intervalos de confianza al 95%

Respecto a la escolaridad, los sujetos que tienen más de 6 años de estudios (secundaria incompleta o más) tuvieron la mayor prevalencia de ADA (28.8%,

IC<sub>95%</sub> 15.4 – 45.9). Mientras que para la ocupación, Los sujetos que no tienen una actividad productiva tuvieron una mayor prevalencia de ADA (28.6%, IC<sub>95%</sub> 11.3 – 52.2). (tabla 2)

**Tabla 2. Prevalencia de Abuso o dependencia de alcohol en pacientes psiquiátricos por escolaridad y tipo de actividad productiva**

CARACTERÍSTICA	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL		PREVALENCIA (%)	IC <sub>95%</sub> **	
	si	no			
ESCOLARIDAD	6 AÑOS	4	26	13.3	3.7 – 30.7
	7 O MAS	11	27	28.8	15.4 – 45.9
OCUPACION	SIN ACTIVIDAD PRODUCTIVA	6	15	28.6	11.3 – 52.2
	CON ACTIVIDAD PRODUCTIVA	9	38	19.1	9.1 – 33.3

\*\* IC95%: intervalos de confianza al 95%

Por servicio de procedencia, la mayor prevalencia fue para los sujetos de Hospitalización, en donde el 30.0% tuvo abuso o dependencia de alcohol (IC<sub>95%</sub> 16.6 – 46.5). Para el tipo de trastorno psiquiátrico, la mayor prevalencia de ADA fue para los trastornos de la personalidad (75.0%, IC<sub>95%</sub> 19.4 – 99.4). (tabla 3)

**Tabla 3. Prevalencia de abuso y dependencia de alcohol en pacientes psiquiátricos por servicio de procedencia y tipo de trastorno psiquiátrico**

CARACTERÍSTICA	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL		PREVALENCIA (%)	IC <sub>95%</sub> **	
	si	no			
SERVICIO DE PROCEDENCIA	CONSULTA EXTERNA	3	25	10.7	2.2 – 28.2
	HOSPITALIZACIÓN	12	28	30.0	16.6 – 46.5
TIPO DE TRASTORNO PSIQ.	PSICOTICO	8	25	24.2	11.1 – 42.3
	PERSONALIDAD	3	4	15.0	19.4 – 99.4
	APECTIVO	1	17	5.8	0.1 – 28.7
	ANSIEDAD	1	4	25.0	0.6 – 80.0
	OTROS*	2	3	40.0	5.2 – 85.3

\*OTROS: trastornos cognitivos, depresivos y por uso de sustancias no relacionadas al alcohol.

\*\* IC95%: intervalos de confianza al 95%

## **ANÁLISIS BIVARIADO.**

### **DIFERENCIAS DE MEDIANAS.**

Dado que los datos para la escolaridad y la edad de la población en estudio no se distribuyen normalmente, se realizó un análisis mediante la U de Mann y Whitney para diferencia de medianas entre los sujetos con abuso y dependencia de alcohol y aquellos sin el evento en estudio.

No se encontró diferencia entre la mediana de edad de los sujetos con ADA y los sujetos sin ADA ( $P=0.29$ ). De igual manera no se encontró diferencia entre la mediana de años de estudio entre el grupo con ADA y sin ADA ( $P=0.35$ ).

### **FACTORES DE RIESGO.**

**EDAD:** Se encontraron excesos de riesgo por grupos de edad entre los sujetos con ADA comparados con aquellos sin ADA, aunque todos con un alfa mayor de 0.05. Como se puede observar en la tabla 4, cuando la edad se dicotomizó creando dos grupos, uno de 18 a 29 años y otro de 30 o más años, se observó que los sujetos del primer grupo tuvieron dos veces mayor riesgo de tener ADA (RM 2.05, IC<sub>95%</sub> 0.55 – 7.71,  $P=0.22$ ). Cuando se utilizó como basal a los sujetos que tenían más de 40 años, se encontró que los sujetos menores de 40 años tenían 3.34 veces más riesgo de tener ADA (IC<sub>95%</sub> 0.63 – 33.2,  $P=0.10$ ). Analizando la edad como tendencia, los estimadores parecían indicar que a menor edad mayor el riesgo de tener ADA, aunque no estadísticamente significativa ( $X^2$  de tendencia 2.45,  $P=0.11$ ).

**SEXO:** Los hombres tuvieron casi tres veces mayor riesgo de tener ADA que las mujeres (RM 2.41, IC<sub>95%</sub> 0.72 – 8.04,  $P=0.14$ ), siempre con la falta de exactitud en los intervalos y que consideramos producto del tamaño de muestra.

ESCOLARIDAD: La escolaridad categorizada en dos grandes grupos, hasta 6 años de estudio y 7 ó más años de estudio, fue otro factor de riesgo encontrado. Los sujetos que tenían más de 7 años de estudio tenían 2 veces mayor probabilidad de tener ADA que los sujetos con menor escolaridad (RM 2.65, IC<sub>95%</sub> 0.66 – 12.71, P=0.12). Mejorando la exactitud cuando el punto de corte para la escolaridad se incremento, así los sujetos con secundaria completa o más (9 o más años de estudio) tuvieron casi tres veces más riesgo de tener ADA comparados con los de menor escolaridad (RM 2.69, IC<sub>95%</sub> 0.68 – 10.39, P=0.09). Se observó que a mayor escolaridad mayor es el riesgo de tener ADA ( $X^2$  Tendencia 3.50, P=0.07).

OCUPACIÓN: Dada la gran variedad de ocupaciones y habiéndose encontrado una gran proporción de sujetos que no tenían ninguna actividad productiva al momento (la mayoría de las veces secundario a su problema psiquiátrico), se agruparon las actividades laborales en dos grandes grupos: los que tenían una actividad productiva (es decir trabajaban en algo) y los que no tenían ninguna actividad productiva (desempleados, jubilados, pensionados o aquellos que contestaron que no se dedicaban a nada). Con esta división se observó que aquellos sujetos que no tenían ninguna actividad productiva tuvieron 68% mayor probabilidad de tener ADA comparados con aquellos que trabajaban (RM 1.68, IC<sub>95%</sub> 0.51 – 5.57).

ESTADO CIVIL: Tomando en cuenta que los sujetos que tenían algún tipo de pareja (casado, unión libre) tendrían menor probabilidad de abusar de el alcohol, bajo el supuesto de contar con el apoyo de su cónyuge, y por otro lado dada la distribución del ADA observada a través de cada una de las categorías de estado civil, se decidió recategorizarlo en dos grandes grupos: aquellos con una pareja fija (casados o unión libre) y aquellos sin una pareja fija (solteros, viudos, divorciados). Encontrándose que los sujetos que tuvieron pareja fija presentan 31% mayor probabilidad de tener ADA que los sujetos sin pareja fija (RM 1.31,

IC<sub>95%</sub> 0.35 – 5.59), aunque la probabilidad de que esto sea debida al azar es muy alta (P=0.66).

**TIPO DE TRASTORNOS PSICOTICOS:** Debido a la dificultad que entraña el buscar un grupo basal o de referencia en el tipo de trastornos psiquiátricos, ya que todos los sujetos tenían algún tipo de problema psiquiátrico, y de nueva cuenta basados en la distribución observada de ADA a través de cada una de las categorías de los trastornos, sólo se obtuvieron los riesgos para el trastorno psicótico y para el de personalidad, tomando como basal todos los demás trastornos agrupados en la categorías "otro". Así, los sujetos con un trastorno psicótico tuvieron un exceso de riesgo del 28% (IC<sub>95%</sub> 0.35 – 4.79, P=0.67) para tener ADA comparados con los otros trastornos, mientras que los trastornos de la personalidad tuvieron tres veces más riesgo de ser ADA que los otros trastornos (RM 3.06, IC<sub>95%</sub> 0.39 – 20.48, P=0.16), aunque en ambos casos con una imprecisión clara.

**SERVICIO DE PROCEDENCIA:** Los sujetos que procedían de hospitalización tuvieron casi cuatro veces mayor riesgo de tener ADA, comparados con aquellos que procedían de la consulta externa (RM 3.57, IC<sub>95%</sub> 0.82 – 21.60, P=0.06). Esto es indicio de que la gravedad de los pacientes (hospitalizados) va directamente relacionada con el abuso o dependencia del alcohol.

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a el abuso o dependencia del alcohol en pacientes psiquiátricos del Hospital Fray Bernardino Álvarez.

CARACTERISTICA	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL		RMP	IC <sub>95%</sub>	P
	si	no			
<b>EDAD (MENORES DE 30 AÑOS)</b>					
18 – 29 AÑOS	8	19	2.05	0.55 – 7.71	0.22
30 O MÁS AÑOS	7	34	1.00		
<b>EDAD (MENORES DE 40 AÑOS)</b>					
18 – 40 AÑOS	13	35	3.34	0.63 – 33.2	0.10
41 O MAS AÑOS	2	18	1.00		
<b>GRUPOS DE EDAD</b>				X <sup>2</sup> Tendencia 2.36 P=0.11	
18 – 29	8	19	3.79		
30 – 40	5	16	2.81		
41 O MAS	2	18	1.00		
<b>SEXO</b>					
MASCULINO	10	24	2.41	0.72 – 8.04	0.14
FEMENINO	5	29	1.00		
<b>ESCOLARIDAD (MAS DE 7 AÑOS DE ESTUDIO)</b>					
7 O MAS AÑOS	11	27	2.65	0.66 – 12.7	0.12
6 O MENOS	4	26	1.00		
<b>ESCOLARIDAD (MAS DE 9 AÑOS)</b>					
9 O MAS AÑOS	7	13	2.69	0.68 – 10.3	0.09
8 O MENOS	8	40	1.00		
<b>GRUPOS DE ESCOLARIDAD</b>				X <sup>2</sup> Tendencia 3.2 P=0.07	
6 O MENOS	4	26	1.00		
7 A 9 AÑOS	4	14	1.86		
10 O MÁS AÑOS	7	13	3.50		
<b>OCUPACIÓN</b>					
SIN ACTIVIDAD PRODUCTIVA	6	15	1.68	0.51 – 5.57	0.38
CON ACTIVIDAD PRODUCTIVA	9	38	1.00		
<b>ESTADO CIVIL</b>					
CON PAREJA FIJA	10	32	1.31	0.39 – 4.38	0.65
SIN PAREJA FIJA	5	21	1.00		
<b>TIPO DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO</b>					
PSICOTICO					
SI	8	25	1.28	0.35 – 4.79	0.67
NO	7	28	1.00		
<b>PERSONALIDAD</b>					
SI	3	4	3.06	0.39 – 20.4	0.16
NO	12	49	1.00		
<b>SERVICIO DE PROCEDENCIA</b>					
HOSPITALIZACION	12	28	3.57	0.82 – 21.6	0.06
CONSULTA EXTERNA	3	25	1.00		

### 13. DISCUSIÓN

El subdiagnóstico de los trastornos relacionados a la ingesta de alcohol en pacientes psiquiátricos es un problema frecuente en los hospitales de atención especializada. Debido a que la alta especialidad sesga la atención del paciente sólo a los trastornos psiquiátricos de interés, dejando de lado otros padecimientos médicos. El ejemplo más claro es el abuso o dependencia del alcohol (ADA) y los trastornos psiquiátricos.

Nosotros hemos documentado que el subdiagnóstico del ADA en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la Ciudad de México es alto. La prevalencia encontrada para este problema fue alta (22.1%). Como se ha reportado en investigaciones previas, los factores de riesgo como el sexo, están relacionados al ADA. Nosotros encontramos que el sexo masculino tiene la mayor prevalencia de la enfermedad y tal como se esperaba la menor edad tuvo la mayor frecuencia (29.6%). Es de considerarse muy importante el hecho que en los trastornos afectivos ( primera causa de consulta ) exista un subdiagnóstico ( ver cuadro 13 ) ya que esto altera el curso de la enfermedad.

Otro tipo de factores de riesgo, directamente relacionados al nivel socioeconómico como la escolaridad y la ocupación, tienen la mayor frecuencia de ADA. Para los sujetos con más de 7 años de estudio la prevalencia fue más elevada que para los que tienen sólo primaria. Este hecho concuerda con la literatura médica. Los supuestos respecto a esta relación nos llevan hacia el poder adquisitivo que se refleja de alguna manera en la escolaridad. Por otra parte La ocupación es un factor importante que se traduce en disponibilidad de recursos para compra e ingesta de alcohol. Llama la atención que los sujetos que no tienen una actividad productiva (jubilados, pensionados, desempleados, o ninguna), sean los que mayor prevalencia de ADA tengan (28.6%).



Respecto a los riesgos encontrados, todos parecen indicar una asociación con el ADA, sin embargo, estadísticamente no fueron significativos. A pesar de ello este estudio sirve como base para poder realizar futuras investigaciones que lleven a consolidar las asociaciones encontradas.

Resumiendo los riesgos encontrados podemos decir que los sujetos de menor edad tienen mayor riesgo de tener ADA, comparados con el grupo de más edad y a menor edad mayor la probabilidad de presentar el problema. El ser hombre también fue un factor de riesgo asociado, al igual que contar con más de 7 años de escolaridad, en donde a más años de estudio, mayor el riesgo de tener la enfermedad.

La ocupación, traducida en aquellos que realizan una actividad productiva, nos llevó a observar que es, contrario a lo que se esperaba, mayor el riesgo en aquellos que no tienen trabajo.

Por otro lado el estado civil también fue una condicionante encontrada para presentar la enfermedad. Así los sujetos que resultaron tener pareja ( unión libre o casados) tuvieron mayor probabilidad de ser ADA que los que no tenían pareja.

También tienen mayor riesgo los sujetos que cursan con un trastorno de personalidad, comparados con los que cursan con un trastorno psicótico o de otro tipo.

Es importante desde el punto de vista de los instrumentos de medición, que los cuestionarios que utilizamos para catalogar a un sujeto como portador de ADA, ya han sido previamente validados, lo que nos garantiza que la prevalencia de la patología encontrada es cercana a la realidad.

Consideramos, finalmente, que al incrementar el tamaño de muestra de la población en futuras investigaciones, incrementará la precisión de los estimadores encontrados y permitirá observar más claramente las asociaciones encontradas.

#### **14. LIMITACIONES**

La principal limitación del estudio fue el tamaño muestral, ya que esto nos llevó a imprecisión en los estimadores (y sus intervalos). Por otra parte es posible considerar que la medición del efecto (la presencia de abuso o dependencia del alcohol), tuviera imprecisión en la interpretación e integración total del diagnóstico, sin embargo como mencionamos anteriormente, dado que se basa en cuestionarios previamente validados, esta notación podría no limitar su validez.

#### **APORTACIONES**

El considerar que un sujeto que acude a atención a un servicio de especialidad recibirá una atención adecuada, mejor e integral, podría resultar una afirmación falsa. Tal como quedo asentado en el presente estudio el subdiagnóstico de ADA en pacientes con trastornos psiquiátricos es un problema común.

La principal aportación de esta investigación va dirigida a sensibilizar a los médicos que atienden a este tipo de pacientes a observarlos desde diferentes ángulos con la finalidad de no hacer caso omiso de patologías, que de haberse considerado, mejorarían la atención, diagnóstico y pronóstico del sujeto.

Por otra parte, conocer los factores de riesgo que se asociaron al ADA permitirá a las autoridades dirigir acciones que mejoren la canalización por los diferentes servicios a los que acude un paciente en los hospitales de especialización.

## 15. CONCLUSIONES

En una muestra de sujetos que acuden a atención médica, en consulta externa u hospitalización, del Hospital Fray Bernardino Álvarez de la Ciudad de México, se documentó que dos de cada 10 pacientes tienen abuso o dependencia del alcohol. A nivel de atención médica, esto se refleja como subdiagnóstico de los trastornos relacionados al alcohol.

Los factores de riesgo que se asociaron a la presencia de ADA fueron, la menor edad, el género masculino, la mayor escolaridad, el contar con una pareja fija y el no tener una actividad productiva.

Estos hallazgos permiten por una parte evaluar la magnitud del problema del subdiagnóstico de ADA en esta población, y por otra parte sirven de base para futuras investigaciones que permitan consolidar las asociaciones encontradas.

Desde el punto de vista de los servicios de salud, los resultados servirán a los prestadores de servicio para mejorar la atención del pacientes y poder brindarle una verdadera atención integral.

## 16. BIBLIOGRAFIA

- 1.-AGARTZ I : Hippocampal Volume in Patients With Alcohol Dependence. Archives of General Psychiatry. Vol. 56, 356-363 ,1999.
- 2.-ALLAN C : Alcohol Problems and Anxiety Disorders- a Critical Review .Alcohol and Alcoholism, Vol 30,No. 2, 145-151, 1995.
- 3.-BERGLUND M : The Influence of Alcohol Drinking and Alcohol Use Disorders on Psychiatric Disorders and Suicidal Behavior. Alcoholism : Clinical and Experimental Research, Vol. 22,No. 7, October,1998.
- 4.-BERNER P : Alcohol and Depression. Psychopatology ,19 : suppl. 2, 177-183 ,1986.
- 5.-BOOTH B : Patient Factors Predicting Early Alcohol –Related Readmissions for Alcoholics :Role of Alcoholism Severity and Psychiatric Co- Morbidity . Journal of Studies on Alcohol ,Vol. 52, No. 1 ,1991 .
- 6.-BRADIZZA C : High Risk Alcohol and Drug Use Situations Among seriously Mentally ill Inpatients : A Preliminary Investigation .Addictive Behaviors ,Vol. 23, No. 4 ,555-560, 1998.
- 7.-CALDERON G :Alcoholismo y depresión . Psiquis ,vol. 5 ,núm. 5 , 1996.
- 8.-CARAVEO J : Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México : prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. Salud Mental , Número especial 1999.
- 9.- CHANG G : Identifying Prenatal Alcohol Use : Screening Instruments Versus Clinical Predictors. The American Journal on Addictions, 8:87 –93 ,1999 .
- 10.- CONNER K : Age Related Patterns of Factors Associated with Completed Suicide in Men with Alcohol Dependence. The American Journal on Addictions 8: 312- 318 , 1999.

- 11.- CUADRADO C : Dependencia alcohólica y comorbilidad psiquiátrica. Epidemiología e implicaciones etiopatogénicas. Actas Luso- Españolas de Neurología y Psiquiatría, 24, 5 ,231-244 ,1996 .
- 12.-DRIESSEN M : Axis I and Axis II Comorbidity in Alcohol Dependence and the Two types of Alcoholism. Alcoholism :Clinical and Experimental Research, Vol. 22,No. 1, February 1998.
- 13.-DRIESSEN M : Psychiatric co- morbidity ,suicidal behavior and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. Addiction 93 [6] ,889-894, 1998 .
- 14.-EROZA V : Estudio de rasgos de personalidad en pacientes alcohólicos hospitalizados. Psiquis, Vol. 3 ,núm. 1 , Enero-Febrero 1994.
- 15.-EXTEIN I : Hypothesized Neurochemical Models for Psychiatric Síndromes in Alcohol and Drug Dependence . Journal of addictive diseases, Vol. 12,No. 3,1993.
- 16.-FRANCES R : Suicide and Alcoholism .American Journal of Drug Alcohol Abuse,13 [3],327-341, 1987.
- 17.-GARG N : Effect of Gender, Treatment Site and Psychiatric Comorbidity on Quality of Life Outcome in Substance Dependence. The American Journal on Addictions, 8:44-54 ,1999.
- 18.-GEORGE M : Activation of Prefrontal Cortex and Anterior Thalamus in Alcoholic Subjects on Exposure to Alcohol- Specific Cues. Archives General Psychiatry, 58: 345-352 ,2001.
- 19.-GORDIS E : The Genetics of Alcoholism .National Institute Abuse and Alcoholism ,No.18, 1-5, October 1992.
- 20.-HAMMERSLEY R : Verbal expectancies and Performance After Alcohol. Addictive Behaviors, Vol. 23,No. 4, 489-496, 1998.
- 21.-HARRIS C : Excess mortality of mental disorder .British Journal of medicine , 1 : 11-53, March 1998 .
- 22.-HASIN D : Alcohol and Drug Abuse in Patients With Affective Syndromes. Comprehensive Psychiatry, Vol. 26,No. 3, May- June 1985.
- 23.-HODGINS D : Implications of Depression on Outcome from Alcohol Dependence : A 3 Year- prospective Follow – up . Alcohol Clinical Experimental Research , Vol. 23,No. 1, 155-157 ,1999.

- 24.-JOHNSON E : Extension of a Typology of Alcohol Dependence Based on Relative Genetic and Environmental Loading. *Alcoholism :Clinical and Experimental Research*, Vol. 22,No.7,1421-1429 ,October 1998.
- 25.- JOHNSTON A : Increased severity of alcohol withdrawal in in-patient alcoholics with a co- existing anxiety diagnosis. *British Journal of Addiction* , 86 , 719-725, 1991.
- 26.-KESSLER R : Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. *Archive of General Psychiatry*. 54: 313-321,1997.
- 27.-KOFOED L : Outpatient Treatment of Patients With Substance Abuse and Coexisting Psychiatric Disorders. *American Journal of Psychiatry* 143:7 ,July 1986.
- 28.-KORNREICH C : Alcoholism and Emotional Reactivity : More heterogeneous film-induced Emotional Response in Newly Detoxified Alcoholics Compared to controls – A Preliminary Study. *Addictive Behaviors* ,Vol. 23, No. 3 ,pp. 413- 418 ,1998.
- 29.- KRANZLER H : Comorbid Psychiatric Diagnosis Predicts Three –year Outcomes in Alcoholics : A Post treatment Natural History Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 619-626, November 1996 .
- 30.-KRANZLER H : Evaluation and Treatment of Anxiety Symptoms and Disorders in Alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry* 57,suppl. 7, 1996.
- 31.-KRANZLER H : Validity of Psychiatric Diagnoses in Patients With Substance Use Disorders : Is the Interview More Important Than the Interviewer ? .*Comprehensive Psychiatry*, Vol. 36,No.4,july-August,1995.
- 32.-LEJOYEUX M : Study of Impulse – Control Disorders Among Alcohol – Dependent Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60:5, May 1999.
- 33.- LEWIS C : Effects of Gender and Comorbidity on Problem Drinking in a Community Sample. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research* . Vol. 20,No 3 , pp. 466-476,1996.
- 34.-LINNOILA M : Anxiety and Alcoholism . *Journal of Clinical Psychiatry* 50 : 11 [suppl] November 1989.

- 35.- LISANSKY E : Women and Alcohol : Use and Abuse .The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 181, No. 4 April 1993 ,serial 1325 .
- 36.-LISKOW B : Antisocial Alcoholics : Are There Clinically Significant Diagnostic Subtypes ? . Journal of Studies on Alcohol, Vol. 52, No. 1, 1991.
- 37.-LITTEN R : Alcohol and Substance Abuse. Psychopharmacology Bulletin 34 [1] : 107-110,1998.
- 38.- LOPEZ J : El papel que desempeña el alcohol en los motivos por lo que se les da atención en los servicios de urgencia, y estimación del riesgo asociado en los traumatismos. Salud Mental V. 21 , No. 3,junio 1998.
- 39.- MARIÑO M : Comparación de dos muestras de pacientes alcohólicos. Salud Mental V. 22,No. 5, octubre 1999.
- 40.-MARSHALL J : Alcohol and Substance Abuse in Panic Disorder. Journal of Clinical Psychiatry,58,suppl 2, 1997.
- 41.-MEDINA ME : Women and alcohol in developing countries. Salud Mental ,no. 24, 2-9.2001.
- 42.- MEDINA ME ,ET AL : Evolución del consumo de drogas entre estudiantes del Distrito Federal. Salud Mental V.21, No. 1 , 37-42 , febrero de 1998.
- 43.-MENDEZ M : Mecanismos cerebrales de reforzamiento del alcohol . I . Efectos sobre el comportamiento. Salud Mental V. 22, No. 1 ,enero 1999.
- 44.-MENDEZ M : Mecanismos cerebrales de reforzamiento del alcohol. II. Bases neuroquímicas : papel del sistema opioide. Salud Mental V. 22, No.1 ,enero 1999.
- 45.-MILLER N : Comorbidity of Psychiatric and Alcohol / Drug Disorders : Interactions and Independent Status. Annals of Clinical Psychiatry ,1, 5-17, 1993.
- 46.- MODESTO V : Diagnosis and Treatment of Alcohol- Dependent Patients With Comorbid Psychiatric Disorders. Alcohol Research and Health ,Vol. 23,No. 2,1999 .
- 47.-MONDRAGON M : La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Salud Mental , suplemento, septiembre 1997.
- 48.-NEUMARK Y : Alcohol Dependence and Death : Survival Analysis of the Baltimore ECA Sample from 1981 to 1995. Substance Use and Misuse, 35 [4], 533-549 ,2000.



- 49.-O'FARRELL T : Sexual Adjustment of Male Alcoholics : Changes from Before to After Receiving Alcoholism Counseling With and Without Marital Therapy. *Addictive Behaviors*, Vol. 23, No. 3,pp. 419 –425 ,1998 .
- 50.-PATKAR A : Changing Patterns of Illicit Substance Use Among Schizophrenic Patients : 1984- 1996 . *The American Journal on Addictions* 8:65-71 ,1999.
- 51.- PENICK E : Co- Morbidity of Lifetime Psychiatric Disorder Among Male Alcoholic Patients . *Alcoholism : Clinical and Experimental Research* ,Vol. 18 ,No. 6 ,November – December 1994.
- 52.-PIRKOLA S : Employment Status Influences the Weekly Patterns of Suicide among Alcohol Misusers. *Alcohol Clinical Experimental Research* , Vol. 21, No. 9 ,1704-1707, 1997.
- 53.-PIRKOLA S : Suicides of Alcohol Misusers and Non-Misusers in a Nationwide Population. *Alcohol and Alcoholism* Vol. 35, No. 1, 70-75, 2000.
- 54.-POST F : Verbal Creativity ,Depression and Alcoholism, and Investigation of One Hundred American and British Writers. *British journal of Psychiatry* 168,545-555 ,1996.
- 55.-REGIER D : Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. *Journal of American Medicine*, Vol. 264, No. 19, November 21,1990.
- 56.-REGIER D : Limitations of Diagnostic Criteria and Assessment Instruments for Mental Disorders. *Archives of general Psychiatry*, Vol. 55, February 1998.
- 57.-REGIER D : Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry* ,173 [suppl . 34 ] 24-28. 1998.
- 58.-RODGERS B : Non – linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine* ,30, 421- 432, 2000.
- 59.-ROSS H : Life-time problem drinking and psychiatric co-morbidity among Ontario women. *Addiction* , 92 (2), 183-196 ,1997 .
- 60.-ROSS H : The Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients With Alcohol and Other Drug Problems. *Archive of General Psychiatry* –Vol 45, Nov 1988.

- 61.-ROSSOW I : Alcohol abuse and suicidal behavior in young and middle aged men : differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction* 94, 8, 1199-1207 ,1999.
- 62.-ROTH M : Anxiety Disorders and the Use and Abuse of Drugs. *Journal of Clinical Psychiatry* 50:11 [suppl] November 1989.
- 63.-SCHUCKIT MA : Alcohol Dependence and Anxiety Disorders : What Is the Relationship ? .*American Journal of Psychiatry* 151:12,December 1994.
- 64.-SCHUCKIT MA : Alcohol and depression : a clinical perspective. *Acta Psychiatry Scandinavian* ,suppl 377: 28-32 ,1994.
- 65.-SCHUCKIT MA : Comparison of Induced and Independent Major Depressive Disorders in 2,945 Alcoholics. *American Journal of Psychiatry* 154: 7 , July 1997.
- 66.- SCHUCKIT MA : Genetic and Clinical Implications of Alcoholism and Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry* 143 ;2, 140-147 ,February 1986.
- 67.-SMITH EM : Alcohol, Drugs , and Psychiatric Comorbidity Among Homeless Women : An Epidemiologic Study. *Journal of Clinical Psychiatry* 54:3, March 1993.
- 68.-SOLIS L : El uso de servicios y las recaídas de los pacientes alcohólicos en tratamiento. Resultados de un seguimiento telefónico. *Salud Mental* V. 22, No. 2, abril de 1999.
- 69.-SOLIS L : Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México. *Salud Mental* V.23 ,No. 3, junio del 2000.
- 70.-SUOMINEN K : Hopelessness , impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatry Scandinavian* , 96: 142-149,1997.
- 71.-TAYLOR C : Is suicide risk taken seriously in heavy drinkers who harm themselves ?  
*Acta Psychiatry Scandinavian* , 100 : 309-311, 1999.
- 72.-TOMASSON K : A nationwide representative sample of treatment – seeking alcoholics : a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatry Scandinavian*, 92,378-385, 1995.

- 73.- VERHEUL R : Antisocial Alcoholic Patients Show as Much Improvement at 14- Months Follow – up as Non Antisocial Alcoholic Patients. The American journal on Addictions ,8 :24-33, 1999.
- 74.- VERHEUL R : Co- occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. Acta psychiatry Scandinavian , 101: 110-118, 2000.
- 75.-WEISSMAN M : Anxiety and Alcoholism .Journal of Clinical Psychiatry, 49:10 [suppl] October 1988.
- 76.-WESTERMEYER J : Course of Substance Abuse in Patients with and without Schizophrenia. The American Journal on Addictions 8:55-64, 1999.
- 77.- WILLIAMS A : Alcohol Consumption in University Students: The role of reasons for drinking, coping strategies ,expectancies , and personality traits .Addictive Behaviors, Vol. 23, No. 3 ,371-378 ,1998.
- 78.- WU L : Influence of Comorbid Alcohol and Psychiatric Disorders on Utilization of mental Health Services in the National Comorbidity Survey. American Journal of Psychiatry 156:8, August 1999. ,
- 79.-BABOR T.F., GRANT M. From clinical research to secondary prevention : International Collaboration in the development of the Alcohol Use Disorders Identification Test [ AUDIT]. Alcohol, Health and Research World. No. 13,p 371-374, 1989.
- 80.-EROZA V: Estudio de rasgos de personalidad en pacientes alcohólicos hospitalizados. Psiquis [Méx. ] ,vol 3, núm. 1, 1994.
- 81.-LEPOLA U. Alcohol and depression in panic disorder. Acta Psychiatric Scand 1994 suppl 377: 33-36.
- 82.-ROBINS , L.N. (1988)The Composite International Diagnostic Interview. Archives of General Psychiatry, 45, 1069-1077.

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

1. EDAD : \_\_\_\_\_

NO. DE CASO : \_\_\_\_\_

2. SEXO :    M \_\_\_\_\_        F \_\_\_\_\_

3. ESTADO CIVIL : \_\_\_\_\_

4. ESCOLARIDAD : \_\_\_\_\_

5. OCUPACIÓN    : \_\_\_\_\_

6. NO. DE EXPEDIENTE : \_\_\_\_\_

7. DIAGNOSTICO DEL EXP. : \_\_\_\_\_

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL  
(A.U.D.I.T.)

1.- ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Una vez al mes o menos ( )
- 2 = Dos o cuatro veces al mes ( )
- 3 = Dos o tres veces por semana ( )
- 4 = Cuatro o más veces por semana ( )

2.- ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?

- 0 = Una o dos ( )
- 1 = Tres o cuatro ( )
- 2 = Cinco o seis ( )
- 3 = Siete o nueve ( )
- 4 = Diez o más ( )

3.- ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de una vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

4.- Durante el último año, ¿Le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de un vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

5.- Durante el último año ¿Con que frecuencia dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de una vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

6.- Durante el último año, ¿Que tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de una vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

7.- Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de una vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

8 - Durante el último año. ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

- 0 = Nunca ( )
- 1 = Menos de una vez al mes ( )
- 2 = Mensualmente ( )
- 3 = Semanalmente ( )
- 4 = Diario o casi diario ( )

9.- ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?

- 0 = No ( )
- 2 = Sí, pero no en el último año. ( )
- 4 = Sí, en el último año ( )

10.- ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que la disminuya?

- 0 = No ( )
- 2 = Sí, pero no en el último año ( )
- 4 = Sí, en el último año ( )

MODULO DE EXPLORACION DEL ECED (OPCIONAL)

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas específicas acerca de problemas que pudo haber tenido usted. Más adelante le preguntaré detalladamente acerca de ello:

A LAS PREGUNTAS QUE SEAN REPONDIDAS AFIRMATIVAMENTE, EL ENTREVISTADOR DEBERA DECIR: "Más adelante hablaremos un poco más acerca de esto"

- |  |   |   |   |    |
|--|---|---|---|----|
| 1. ¿Ha habido alguna época en su vida en las que ha tomado cinco o más copas (cerveza, vino o licor) en una misma ocasión?   | 1<br>Enclerre con un círculo "NO" en E.1  | 2 | 3<br>Enclerre con un círculo "SI" en E.1  | P1 |
| 2. ¿Ha usado alguna vez drogas ilícitas de venta en la calle?  | 1<br>Enclerre con un círculo "NO" en E.9  | 2 | 3<br>Enclerre con un círculo "SI" en E.9  | P2 |
| 3. ¿Alguna vez ha tomado un medicamento prescrito por su médico, durante mucho más tiempo del que se supone que debería tomarlo?   | 1<br>Enclerre con un círculo "NO" en E.9  | 2 | 3<br>Enclerre con un círculo "SI" en E.9  | P3 |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido ataques como de pánico, en los que se sentía repentinamente temeroso o ansioso o repentinamente tuvo muchos síntomas físicos?   | 1<br>Enclerre con un círculo "NO" en F.1  | 2 | 3<br>Enclerre con un círculo "SI" en F.1  | P4 |
| 5. ¿Alguna vez estuvo muy temeroso de salir fuera de casa solo, estar en una muchedumbre, estar esperando en una fila o viajando en autobús o tren?  | 1<br>Enclerre con un círculo "NO" en F.6  | 2 | 3<br>Enclerre con un círculo "SI" en F.6  | P5 |
| 6. ¿Hay alguna cosa que le haga sentir asustado o incómodo, como hablar, comer o escribir en frente de otras personas?   | 1<br>Enclerre con un círculo "NO" en F.9  | 2 | 3<br>Enclerre con un círculo "SI" en F.9  | P6 |
| 7. ¿Hay alguna otra cosa que le haga sentir especialmente asustado o incómodo, como volar, ver sangre, sufrir un disparo, las alturas, ... lugares cerrados o cierta clase de animales o insectos? | 1<br>Enclerre con un círculo "NO" en F.12 | 2 | 3<br>Enclerre con un círculo "SI" en F.12 | P7 |

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

8. ¿Alguna vez ha sido molestado por pensamientos sin sentido que vienen a su mente incluso cuando usted trata de no pensar en ellos?

1	2	3
Enclerre con un círculo "NO" en F.15	Enclerre con un círculo "SI" en F.15	

P8

9. ¿Alguna vez ha habido algo que tuviera que hacer una y otra vez y no pudiera resistir hacerlo, como por ejemplo lavar sus manos una y otra vez, contar hasta cierto número, o revisar algo muchas veces para asegurarse de que estaba bien hecho?

1	2	3
Enclerre con un círculo "NO" en F.16	Enclerre con un círculo "SI" en F.16	

P9

10. ¿En los últimos seis meses ha estado particularmente nervioso o ansioso?

1	2	3
Enclerre con un círculo "NO" en F.25	Enclerre con un círculo "SI" en F.25	

P10

11. ¿Ha habido alguna época en la que pesara mucho menos de lo que otras personas pensaban que debería usted pesar?

1	2	3
Enclerre con un círculo "NO" en H.1	Enclerre con un círculo "SI" en H.1	

P11

12. ¿Frecuentemente ha habido ocasiones en las que su ingesta de alimentos estuviera fuera de su control?

1	2	3
Enclerre con un círculo "NO" en H.3	Enclerre con un círculo "SI" en H.3	

P12

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero



Activos D.12

**E. TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS**

**TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (DE POR VIDA)**

SI LA PREGUNTA 1 DEL MODULO DE EXPLORACION FUE CONTESTADA "NO", ANOTE AQUI \_\_\_\_\_ Y VAYA A "TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS NO ALCOHOLICAS", E.9

EXPLORACION P# 1	
SI	NO

D43

SI EL MODULO DE EXPLORACION NO FUE USADO O SI LA PREGUNTA 1 FUE CONTESTADA "SI", CONTINUE:

SI NO: Vaya a "Trastornos por el uso de sustancias no alcoholicas" E.10
---

¿Cómo son sus hábitos para beber alcohol? (¿Qué tanto bebe?)

¿Alguna vez hubo un periodo en su vida en que usted estuviera bebiendo demasiado? (¿que tanto duro ese periodo (el último)?)

ANOTE LA FECHA DEL USO EXCESIVO Y DESCRIBA EL PATRON:

\_\_\_\_\_

Durante ese tiempo.....

¿Qué tan seguido estaba usted bebiendo alcohol?  
¿Qué era lo que bebía? ¿Cuánto?

D44

Durante ese tiempo.....

¿Alguna vez le causó problemas su manera de beber?  
¿Algun se ha molestado por su manera de beber?

SI PARECE SER UNA DEPENDENCIA AL ALCOHOL, ANOTE AQUI \_\_\_\_\_ Y VAYA A "DEPENDENCIA AL ALCOHOL", E.2

E1

SI NO HUBO PERIODOS DE BEBER EN EXCESO O NO HAY EVIDENCIA ALGUNA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL, CONTINUE CON "ABUSO DE ALCOHOL", EN LA SIGUIENTE PAGINA.

SI NUNCA HA HABIDO PERIODOS DE BEBER EN EXCESO O NO HAY EVIDENCIA ALGUNA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL, VAYA A "TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS NO ALCOHOLICAS", E.9

7 = Información Inadecuada

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

\*DEPENDENCIA O ABUSO DE ALCOHOL  
(A LO LARGO DE LA VIDA)\*

CRITERIOS PARA DEPENDENCIA ALCOHOLICA

Permítame hacerle unas cuantas preguntas más acerca de su manera de beber

A. Un patrón desadaptativo de uso de sustancias dando como resultado un impedimento clínicamente significativo o alteraciones que se manifiestan con uno (o más) de los siguientes síntomas y que han ocurrido dentro de un período de doce meses:

¿Ha estado usted intoxicado o con resaca en un momento en el que tenía que hacer algo importante como ir a la escuela, al trabajo o cuidar niños?

(1) Uso recurrente del alcohol que da como resultado fallas en el cumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o el hogar (por ej.: faltas frecuentes o pobre desempeño en el trabajo relacionado con el uso del alcohol; faltas, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el uso del alcohol; negligencia en el cuidado de los niños o en el hogar)

? 1 2 3 E2

SI NO: ¿Qué hay acerca de perderse de un acontecimiento importante tal como ir a la escuela o al trabajo o perder una cita debido a que estuviera intoxicado, sobre excitado o con resaca?

EN CASO AFIRMATIVO A CUALQUIERA DE LAS DOS PREGUNTAS ANTERIORES: ¿Qué tan seguido ocurrió? (Aproximadamente ¿durante qué período de tiempo?)

¿Bebió en una situación en la que fuera peligroso hacerlo? (¿Manejó estando completamente ebrio?)

(2) Uso recurrente del alcohol en situaciones en las que es peligroso (por ej.: conducir un automóvil, operar alguna maquinaria)

? 1 2 3 E3

EN CASO AFIRMATIVO Y SI NO SE SABE: ¿Qué tan seguido ocurrió? (Aproximadamente ¿durante cuánto tiempo?)

¿Su manera de beber le ha causado problemas con la ley?

(3) Uso recurrente del alcohol relacionado con problemas legales (por ej.: arrestos por conducta inadecuada relacionados con el uso del alcohol.

? 1 2 3 E4

EN CASO AFIRMATIVO Y SI NO SE SABE: ¿Qué tan seguido ocurrió? (Aproximadamente ¿durante qué período de tiempo?)

SI AUN NO SE SABE: ¿Su manera de beber le ha causado problemas con otras personas, como por ejemplo miembros de su familia, amigos o compañeros del trabajo? (¿Ha tenido enfrentamientos físicos o discusiones por su manera de beber?)

(4) Uso recurrente del alcohol a pesar de tener frecuentemente problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos de el alcohol (por ej., discusiones con el conyuge acerca de las consecuencias del uso del alcohol), enfrentamientos físicos

? 1 2 3 E5

EN CASO AFIRMATIVO: ¿De todas maneras continuó bebiendo? (¿Durante qué período de tiempo?)

AL MENOS UNA DE LAS PREGUNTAS EN "A" FUE CODIFICADA "3"

1 3 E6

SI NO EXISTE LA POSIBILIDAD DE DEPENDENCIA FISIOLÓGICA O USO COMPULSIVO, VAYA A "TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS NO ALCOHOLICAS" E.9. DE OTRA FORMA, CONTINUE PREGUNTANDO ACERCA DE LA DEPENDENCIA E.3

Abuso del alcohol  
Continúe preguntando acerca de la dependencia A.3

? = Información inadecuada

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

**\*DEPENDENCIA AL ALCOHOL\***

Ahora me gustaría preguntarle algo más acerca de sus hábitos de beber

Un patron desadaptativo de uso de alcohol, que da lugar a impedimentos clinicamente significativos o alteraciones manifestadas por tres (o más) de los siguientes criterios y ha ocurrido en algún momento dentro de un periodo de doce meses:

NOTA: LOS CRITERIOS PARA DEPENDENCIA AL ALCOHOL NO ESTAN ORDENADOS DE ACUERDO AL DSM-IV

¿Frecuentemente ocurría que cuando empezaba a beber terminaba tomando mucho más de lo que usted había planeado?  
SI NO: ¿Qué hay acerca de beber durante mucho más tiempo de lo planeado?

(3) Alcohol ingerido frecuentemente en mayores cantidades O durante más tiempo de lo que la persona había planeado. ? 1 2 3

E7

¿Ha intentado disminuir su ingestión de alcohol o dejar de beber?  
EN CASO AFIRMATIVO: ¿Actualmente ha dejado usted de beber alcohol?  
(¿Cuántas veces ha intentado dejarlo?)  
SI NO: ¿Quisiera usted dejar de beber o disminuir su consumo de alcohol? (¿Es esto algo que le preocupa?)

(4) Deseo persistente O uno o más esfuerzos frustrados para dejar de beber o controlar la ingestión de alcohol ? 1 2 3

E8

¿Pasaba mucho tiempo bebiendo, estando intoxicado o con resaca?

(5) Una gran cantidad de tiempo empleado en conseguir, ingerir alcohol o recuperarse de sus efectos ? 1 2 3

E9

¿Hubo periodos en los que usted bebía tan seguido que comenzó a beber en vez de trabajar, tener pasatiempos o pasar el tiempo con su familia o amigos?

(6) Importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas olvidadas o disminuidas debido al abuso de alcohol ? 1 2 3

E10

? = Información inadecuada

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

<p>SI NO SE SABE YA: ¿Su manera de beber le causó problemas psicológicos como sentirse deprimido o ansioso, dificultad para dormir o le causó lagunas mentales?</p>	<p>(7) Ingesta continua de alcohol a sablendas de tener problemas físicos o psicológicos persistentes que han sido causados o exacerbados por el alcohol (por ej., continuar bebiendo a pesar de saber que una úlcera puede empeorar por la ingesta de alcohol)</p>	?	1	2	3	E11
<p>SI NO SE SABE YA: ¿Su manera de beber le causó problemas físicos o llegó a empeorarlos?</p>						
<p>EN CASO DE QUE ALGUNA DE LAS SITUACIONES ARRIBA MENCIONADAS FUERA AFIRMATIVA: ¿De todas formas sigue bebiendo?</p>						
<p>¿Se dió cuenta de que necesitaba beber mucho más alcohol para llegar al nivel de sobre excitación que sentía cuando comenzó a beber alcohol?</p>	<p>(1) Tolerancia al alcohol como se describe a continuación: (a) Marcado incremento en las dosis de alcohol, a fin de obtener el grado de intoxicación o el efecto deseado.</p>	?	1	2	3	E12
<p>EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuánto más?</p>	<p>(b) Efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de alcohol</p>					
<p>SI NO: ¿Qué hay acerca de darse cuenta de que cuando bebió la misma cantidad de alcohol tuvo menos efectos que la vez anterior?</p>						
<p>¿Cuando usted intentó dejar de beber tuvo algunos síntomas de abstinencia tales como...</p>	<p>(2) Síntomas de abstinencia que se presentan ya sea como (a) o (b):</p>	?	1	2	3	E13
<p>... sudoración o palpitaciones?</p>	<p>(a) Al menos dos de los siguientes: - Marcada hiperactividad autonómica (por ej., sudoración o pulso elevado a más de 100/min) - Temblor en las manos - Insomnio - Náuseas o vómito - Agitación psicomotora - Ansiedad - Convulsiones tipo Gran Mal - Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas, o ilusiones</p>					
<p>... temblor en las manos? ... problemas para dormir? ... náuseas o vómito? ... se sintió agitado? ... se sintió ansioso?</p>						
<p>(¿Qué hay acerca de tener convulsiones, ver o sentir cosas que en realidad no estaban ahí?)</p>						
<p>SI NO: ¿Alguna vez comenzó usted el día bebiendo o bebía más seguido para evitar que le volvieran los temblores o sentirse enfermo?</p>	<p>(b) Alcohol (o sustancias como sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) tomado para atenuar o eliminar los síntomas de abstinencia</p>					E14

? = Información Inadecuada

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

SI NO SE SABE: ¿Cuándo ocurrió esto (SX5 QUE ARRIBA FUERON CODIFICADOS CON "3") (¿Todo esto ocurrió en un mismo período de tiempo?)

AL MENOS TRES PREGUNTAS DE "A" CODIFICADAS CON "3", Y HAN OCURRIDO DENTRO DE UN MISMO PERIODO DE DOCE MESES

1

3

E15

Dependencia al alcohol

Indique si:

- 1 - Con dependencia fisiológica (evidencia actual de tolerancia o síndrome de abstinencia)
- 2 - Sin dependencia fisiológica (no hay evidencia actual de tolerancia o síndrome de abstinencia)

E16

VAYA A CRONOLOGIA DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL, E.6

SI LAS PREGUNTAS DE ABUSO DE ALCOHOL (PAGINAS E.1-E.3) AUN NO SE HAN HECHO, VAYA A LA PAGINA E.1 Y REVISE ABUSO DE ALCOHOL.

SI LAS PREGUNTAS DE ABUSO DE ALCOHOL HAN SIDO CONTESTADAS Y EL ABUSO ESTA PRESENTE, CODIFIQUE "3"; DE OTRA FORMA, SI LAS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS Y NO ESTA PRESENTE EL ABUSO, VAYA A "TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS NO ALCOHOLICAS", E.9

1

3

E17

Vaya a "TRASTORNO POREL USO DE SUSTANCIAS NO ALCOHOLICAS", E.9

Abuso de alcohol

¿Qué edad tenía usted cuando tuvo por primera vez (SX5 DE ABUSO DE ALCOHOL CODIFICADOS "3")?

Edad al inicio de Abuso de alcohol (CODIFIQUE 99 SI NO SE SABE)

\_\_\_\_\_

E18

SI NO ESTA CLARO: ¿Durante el mes pasado tuvo usted que beber alcohol a pesar de todo?

Se cumple el criterio de dependencia al alcohol en cualquier momento durante el mes pasado

?

1

3

E19

EN CASO AFIRMATIVO: Cuéteme más acerca de esto (¿Ha tenido problemas por su forma de beber?)

Abuso de alcohol en el pasado

Abuso de alcohol actualmente

Vaya a "TRASTORNO POREL USO DE SUSTANCIAS NO ALCOHOLICAS", E.9

? = información inadecuada

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

**\*CRONOLOGIA DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL\***

¿Qué edad tenía usted cuando por primera vez tuvo (LISTA DE SXS DE DEPENDENCIA O ABUSO DE ALCOHOL CODIFICADOS "3")?

Edad al inicio de dependencia o abuso de alcohol (CODIFIQUE 99 SI NO SE SABE)

\_\_\_\_\_

E20

SI NO ESTA CLARO: ¿Durante el mes pasado tuvo usted que beber alcohol?

Cumple el criterio de dependencia al alcohol en cualquier momento durante el mes anterior (o nunca ha tenido un mes sin síntomas de dependencia al alcohol o abuso desde el inicio de la dependencia)

? 1 3

E21

Dependencia al alcohol actual

VAYA A \*CRITERIOS DE REMISION\* E.7

**\*CRITERIOS DE GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA\***

NOTA. LA GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA EN LA SEMANA DE MAYOR GRAVEDAD DURANTE EL MES PASADO (Pueden ser necesarias preguntas adicionales acerca del efecto del alcohol en el desempeño ocupacional y social)

E22

- 1 Ligero: Algunos síntomas, si es que hay, de aquéllos que en exceso son requeridos para hacer el diagnóstico y los síntomas que resultan en alteraciones menores en el funcionamiento ocupacional o en actividades sociales cotidianas o relaciones interpersonales (o cubre el criterio para Dependencia durante el mes pasado y algunos problemas actualmente).
- 2 Moderado: Síntomas o alteraciones funcionales intermedias entre "ligero" y "grave".
- 3 Grave: Muchos síntomas en exceso de aquéllos que son requeridos para hacer el diagnóstico, además de síntomas que interfieren marcadamente con el funcionamiento ocupacional o con actividades sociales cotidianas o relaciones interpersonales.

VAYA A \*TRASTORNO POR EL USO DE SUSTANCIAS NO ALCOHOLICAS\*, E.9

? = Información inadecuada

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

\*CRITERIOS DE REMISION DE LA DEPENDENCIA\*

LOS SIGUIENTES CRITERIOS DE REMISION PUEDEN SER APLICADOS SOLO DESPUES DE QUE NO SE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE DEPENDENCIA O ABUSO DURANTE AL MENOS UN MES EN EL PASADO.

Nota: Estos criterios no se aplican si el individuo se encuentra en Terapia con fármacos agonistas o en Ambiente Controlado (vea en la siguiente página).

Número de meses anteriores a la entrevista en los que ha tenido problemas con el Alcohol.

\_\_\_\_\_

E23

1 Remisión total temprana: No se cumple los criterios de dependencia o abuso durante 1 a 12 meses.

E24

\_\_\_\_\_

-----Dependencia----- 1 ----- 0-11 meses -----  
mes

2 Remisión parcial temprana: Se han cumplido durante 1 a 12 meses uno o más criterios de dependencia o abuso (sin que se cumplan todos los criterios para dependencia).

\_\_\_\_\_

-----Dependencia----- 1 ----- 0-11 meses -----  
mes

3 Remisión total sostenida: No se cumple ningún criterio para dependencia o abuso en ningún momento durante un período de doce meses o más.

\_\_\_\_\_

-----Dependencia----- 1 ----- 11+ meses -----  
mes

4 Remisión parcial sostenida: No cumple todos los criterios para dependencia al alcohol, durante un período de doce meses o más; sin embargo se cumplen uno o más criterios de dependencia o abuso.

\_\_\_\_\_

-----Dependencia----- 1 ----- 11+ meses -----  
mes

? = Información Inadecuada

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

Revise \_\_\_\_ si: En terapia con fármaco agonista. Se le ha prescrito al individuo fármacos agonistas (por ej., Valium) y los criterios de Dependencia o Abuso no se han cubierto durante el mes pasado a causa del fármaco (exceptuando los casos de tolerancia o síndrome de abstinencia del agonista). Esta categoría también se aplica a aquellos sujetos que estén siendo tratados usando un agonista parcial, agonistas mixtos o antagonistas.

E25

Revise \_\_\_\_ si: En un Ambiente Controlado. El sujeto se encuentra en un ambiente en donde el acceso al alcohol y a sustancias está restringido y debido a ello no cubre los criterios de Dependencia o Abuso durante el mes pasado. Por ejemplo reclusión supervisada, comunidades terapéuticas y hospitales.

E26

? = Información Inadecuada

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero