

11241



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

" COMORBILIDAD Y SEVERIDAD DE ALCOHOLISMO EN  
MUJERES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS "

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :

P S I Q U I A T R I A

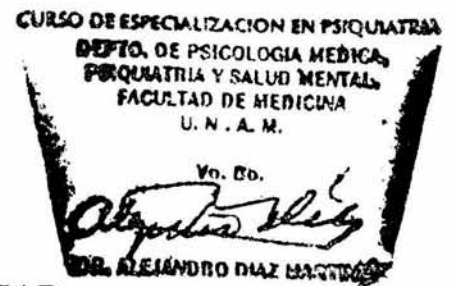
P R E S E N T A :

ARMIDA GRANADOS ROJAS

ASESORES :

DRA. LEONILA ROSA DÍAZ MARTÍNEZ

DR. FRANCISCO FRANCO LÓPEZ SALAZAR



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**ASESORES.**



---

**DRA. LEONILA ROSA DÍAZ MARTÍNEZ.**  
**ASESOR TEÓRICO.**



---

**DR. FRANCISCO FRANCO LÓPEZ SALAZAR.**  
**ASESOR METODOLÓGICO.**

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

NOMBRE: ARMIDA GRANADOS  
ROJAS

FECHA: 21-09-04

FIRMA: Francisco Franco López Salazar

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mis asesores, la Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez y el Dr. Francisco Franco López Salazar, por su paciencia, conocimientos y experiencia, todo ello brindado para la realización y culminación de este trabajo.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y sus autoridades por el apoyo brindado, ya que en este lugar se llevó a cabo la recolección de la muestra.

Al Dr. Luis Solís Rojas, por su apoyo al brindar el Índice de Severidad de la Adicción Versión CAAF y su instrumento de aplicación, documento interno del Instituto Nacional de Psiquiatría.

A los pacientes, que compartieron para este trabajo una parte de sí mismos.

A mi familia, mis amigos y compañeros.

## ÍNDICE.

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>RESUMEN.</b>	1
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	2
Alcoholismo en Mujeres.	2
1.1 Panorama General.	2
1.2 Panorama Epidemiológico.	2
1.3 Aspectos Sociales.	3
1.4 Aspectos Médicos.	3
1.5 Aspectos Psiquiátricos.	4
1.6 Severidad del Alcoholismo.	4
Diagnóstico Dual.	5
2.1 Modelos de Comorbilidad.	7
2.1.1 Modelo de Factores Comunes.	7
2.1.2 Modelo de Enfermedad Secundaria por Uso de Alcohol.	7
2.1.3 Modelo de Enfermedad psiquiátrica Primaria.	8
2.1.4 Modelo Bidireccional.	8
2.2 Aspectos Bioquímicos.	8
2.3 Comorbilidad Específica del Modelo Bidireccional.	9
2.4 Evaluación de la Comorbilidad.	9
<b>II. ANTECEDENTES.</b>	10
<b>III. JUSTIFICACIÓN.</b>	12
<b>IV. OBJETIVOS.</b>	12
General.	12
Particular.	12

<b>V .</b>	<b>HIPÓTESIS.</b>	13
<b>VI .</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS.</b>	13
	1. Sujetos.	13
	1.1 Muestra de estudio.	13
	1.2 Criterios de Inclusión.	13
	1.3 Criterios de Exclusión.	13
	2. Instrumentos.	14
	2.1 Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta CIDI.	14
	2.2 Índice de Severidad de la Adicción ASI.	14
	2.2.1 Calificación del ASI.	15
	3. Procedimiento.	16
	4. Análisis.	17
	4.1 Variables Dependientes.	17
	4.2 Variables Independientes.	17
<b>VII .</b>	<b>RESULTADOS.</b>	17
	1. Demográficos.	17
	Generales.	17
	Por grupos estudiados.	17
	2. Trastornos por Uso de Alcohol y Comorbilidad Psiquiátrica de la CIDI.	18
	Evaluación de la Severidad del Consumo de alcohol y su correlación con la comorbilidad.	
		20
<b>VIII .</b>	<b>DISCUSIÓN.</b>	24
<b>IX .</b>	<b>CONCLUSIONES.</b>	28
<b>X .</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.</b>	29

## RESUMEN

### COMORBILIDAD Y SEVERIDAD DE ALCOHOLISMO EN MUJERES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

**Objetivos:** General: Describir la comorbilidad y severidad de alcoholismo en mujeres con padecimiento psiquiátrico. Particulares: a) Describir los aspectos demográficos que influyen en la presencia de comorbilidad psiquiátrica con consumo de alcohol. b) Describir el tipo de comorbilidad del alcoholismo con patología psiquiátrica. c) Describir la severidad de consumo de alcohol según las diversas áreas de funcionamiento de las pacientes evaluadas.

**Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo, trasversal y correlacional en 100 mujeres, pacientes de los servicios de hospitalización y consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con diagnóstico preestablecido de Trastornos Depresivos, Trastornos de Ansiedad, Esquizofrenia y Trastorno Bipolar, y que cumplieran con los criterios de inclusión, una vez que aceptaban, se les aplicaron los 2 instrumentos empleados: la Entrevista Internacional Diagnóstico Compuesta CIDI y el Índice de Severidad de la Adicción ASI.

**Resultados:** En las 100 pacientes el rango de edad fue de 19 a 56 años, con una media de 35.75 años. La escolaridad fue principalmente de 37% con secundaria, la religión 56% católica. El 66% de ellas no trabajaban, el 77% tenía hijos y finalmente el 74% de ellas se encontraban hospitalizadas. Se integraron 4 grupos de 25 pacientes; según el diagnóstico principal y actual de la CIDI, integrando los grupos de Trastornos Depresivos (TD), Trastornos de Ansiedad (TA), Esquizofrenia (E) y Trastorno Bipolar (TB). Además de determinar la comorbilidad psiquiátrica en 13 variantes y correlacionarla con el consumo de alcohol y su severidad, de donde se obtiene que la mayor parte de las no consumidoras se encontraban en el grupo de Esquizofrénicas, pero también en este grupo se encontraron la mayor parte de las pacientes con consumo de alcohol con severidad Alta. Para las pacientes en las que se encontró una severidad mayor de consumo de alcohol fueron las pacientes con comorbilidad de Trastorno Bipolar y Consumo de Sustancias. Se tiene una importante correlación entre la severidad total del ASI con el área de evaluación de consumo de alcohol de la CIDI. La únicas áreas de evaluación del ASI que resultan con puntajes menores en todas las pacientes son las áreas legal y de uso de sustancias.

**Conclusiones:** La patología psiquiátrica se asocia frecuentemente con trastornos por consumo de alcohol, y la variedad de dichos trastornos parece estar determinada por la severidad del consumo. Más de la mitad de las mujeres del estudio tuvieron consumo de alcohol y algún tipo de trastorno relacionado a este; además de tener un diagnóstico de patología psiquiátrica previo. La severidad más frecuente en las consumidoras de alcohol fue la severidad Media, seguida de la Baja y la Alta; y esta, tiene correlación con los diagnósticos de trastornos por consumo de alcohol. El Trastorno Bipolar es el que con mayor frecuencia se halla relacionado a trastornos por consumo de alcohol, seguido de los Trastornos de Ansiedad, los Trastornos Depresivos y Esquizofrenia.



# COMORBILIDAD Y SEVERIDAD DE ALCOHOLISMO EN MUJERES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

## I. INTRODUCCIÓN.

### 1. Alcoholismo en mujeres.

#### 1.1 Panorama General.

A lo largo de las últimas 2 décadas se ha observado que la prevalencia del uso y dependencia de alcohol en las mujeres, se ha incrementado en varias regiones del mundo; esto de acuerdo a estudios epidemiológicos que describen y comparan el tipo de consumo de alcohol en hombres y mujeres, ya que anteriormente las muestras de mujeres estudiadas era poco representativa o los estudios estaban enfocados solo a muestras de hombres, debido a que se pensaba que las mujeres estaban socioculturalmente protegidas contra el alcoholismo, y debido a que los estudios son logísticamente más sencillos en hombres y a que las mujeres con consumo de alcohol eran socialmente devaluadas y no se externaba o expresaba el consumo de alcohol. Recientemente los estudios de género, intentan establecer las diferencias para el consumo en ambos sexos y dado que se observan diferencias en los problemas relacionados con el consumo de alcohol en mujeres con respecto a los hombres, se ha puesto mayor interés en esta área. (6, 12, 15, 20, 24, 47)

#### 1.2 Panorama Epidemiológico.

En Estados Unidos el interés deriva de la realización de estudios epidemiológicos, particularmente de 3 estudios: ECA ó Epidemiologic Catchment Area Study en la década de los 80's que comparo a 10,971 mujeres con 8211 hombres encontrando una prevalencia de 13.8 a 23.8% de problemas relacionados con consumo de alcohol en hombres y un 4.6% en mujeres; con una relación hombre/mujer de 5.17 : 1. El segundo estudio NCS ó National Comorbidity Survey, realizado en la década de los 90's, el cual comparo a 3976 hombres con 4122 mujeres, encontrando una prevalencia de 14.1 a 20.1% para hombres y 8.2% para mujeres con una relación de hombre/mujer de 2.45 : 1, y finalmente el National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, realizado en 1992 el cual evaluó 42, 862 personas encontrando una relación hombre/mujer de 2.21 : 1 . (40, 43, 44, 47)

En estudios realizados en España en la década de los 90's se observa que el porcentaje de mujeres que consume alcohol al mes, a la semana y diariamente en 1999 era de 50.7%, 31.4% y 6.2% respectivamente, mientras que en año de 1995 era de 38%. 23.4% y 5.8%. Además la prevalencia del consumo en las mujeres jóvenes (adolescentes) es similar a los varones. En nuestro país se han realizado estudios que indican la prevalencia de bebedores excesivos, así como la de los problemas relacionados con el alcohol; estos se refieren a encuestas realizadas en la comunidad, en la práctica médica general, en la población estudiantil y en población abierta. Estos estudios han permitido establecer los patrones de consumo típico de la población mexicana, señalando la diferencia en el consumo entre hombres y mujeres es grande, alrededor del 80% de los hombres bebe

alcohol, mientras que de las mujeres sólo el 45% lo hace. De las mujeres bebedoras del 3 al 5% tiene problemas con alcohol, donde los episodios de embriaguez son comunes, dando lugar a que nuestro país cuente con un gran número de bebedoras excesivas, pero siendo una población de la que se conoce poco en cuanto al consumo de alcohol y problemas asociados.(11, 15, 17, 18)

Estos estudios muestran datos diversos en el tiempo y sobre todo el que 2 estudios elaborados en la década de los 90's en Estados Unidos muestran un real cambio entre la relación de hombres y mujeres con problemas de consumo de alcohol con respecto a la de cada de los 80's nos hace reflexionar en el hecho de que aunque varios autores consideran poco significativo el cambio, es notorio dado que aun con las diferencias metodológicas de los estudios el cambio en la prevalencia del consumo de alcohol en mujeres hacia el aumento tiene que ser corroborado y caracterizado para particularizar algunas características de este consumo de acuerdo al género y sobre todo las implicaciones médicas y socioculturales aunadas, como veremos a continuación. (6, 11, 15, 43)

### **1.3 Aspectos Sociales.**

Comparada con el hombre la mujer comienza el problema de alcoholismo mas tardíamente, aunque a partir de la segunda mitad de la década de los 90's se observa alarmantemente que cada vez las mujeres comienzan a consumir mas tempranamente el consumo de alcohol. (6, 11, 34, 44)

Por otro lado las mujeres consumen menos cantidades de alcohol y beben con menor frecuencia, sin embargo el tiempo entre el inicio de problemas relacionados con el alcoholismo es mas corto. Se ha observado que en ellas, la edad para el inicio de consumo de alcohol es aproximadamente 2 años después que en un hombre (17.5 años en mujeres en promedio y 15.7 años en hombres) y que la edad para la primera intoxicación es aproximadamente con 3 años de diferencia (20.3 años para mujeres y 17.3 para hombres). Se han estudiado también los intervalos de tiempo entre el inicio de consumo y la primera intoxicación y entre la primera intoxicación y el inicio de problemas relacionados con el consumo de alcohol, encontrando que no hay diferencias significativas con respecto al género, con respecto al primer intervalo sin embargo en el segundo se observa que las mujeres presentan en promedio aproximadamente en 4.3 años menos de tiempo problemas relacionados con el consumo de alcohol, es decir abuso, dependencia, nombrando a este fenómeno con el término "telescoping". (2, 3, 25, 35)

### **1.4 Aspectos Médicos.**

Los resultados obtenidos en el Matching Alcoholism Treatment to client Heterogeneity Study, muestran que los problemas relacionados con el consumo de alcohol en mujeres son mucho más severos que en hombres. Por ejemplo en estudios longitudinales se encontró que el riesgo de mortalidad es cinco veces mayor en mujeres consumidoras de alcohol, siendo además más vulnerables a desarrollar complicaciones médicas relacionadas con el alcohol (hígado graso de 13.6 años en mujeres en relación a 20.4 años en hombres; hipertensión 12.1 años en mujeres a 19.7 años en hombres; desnutrición 15.9 años en mujeres a 21.4 años en hombres y hemorragia gastrointestinal de 11.4 años en mujeres a

17.8 años en hombres); así mismo son mas vulnerables al deterioro cognitivo, sin embargo no se ha observado si hay alguna correlación similar con la comorbilidad psiquiátrica, dado que con menores cantidades y tiempos de exposición presentan patología agregada. (2, 3, 17, 35)

La diferencias metabólicas y fisiológicas entre hombres y mujeres son importantes ya que son el origen de las diferencias clínicas y epidemiológicas arriba mencionadas sobre la progresión de los síntomas relacionados con el alcohol. Se ha encontrado que después de la ingestión de alcohol, los niveles en sangre son mucho mas altos en mujeres con respecto a los hombres, esto independientemente de la dosis y de el peso corporal de la mujer o del hombre. Esto se debe en parte a que las mujeres tiene una menor proporción de agua corporal que el hombre, por lo que al ser absorbido en el cuerpo la cantidad de agua para su distribución es menor. (10, 25, 35, 42)

Por otro lado en las mujeres las enzima alcohol deshidrogenasa apenas esta presente en la mucosa gástrica por lo que este primer paso del metabolismo del alcohol no se realiza, así todo el alcohol ingerido alcanza el duodeno en donde se absorbe y este es otro factor de aumento de alcoholemia. Existe también una teoría que menciona que el hecho de que una mujer haya tenido uno o ambos padres con historia de consumo de alcohol, esta involucrado como factor de mal pronostico en el desarrollo de la presencia, la severidad y en el tener complicaciones del alcoholismo, así como de períodos de abstinencia menos frecuentes y recaídas por el contrario más frecuentes. (3, 5, 24, 25)

En suma observamos entonces que las mujeres alcohólicas se vuelven dependientes mas tarde, que son tratadas de manera más precoz, posiblemente por que desarrollan complicaciones médicas más rápidamente, las alcoholizaciones se acompañan de menos trastornos del comportamiento y que la mortalidad es mayor.(2, 5, 6, 10, 26, 39)

### **1.5 Aspectos Psiquiátricos.**

Ahora bien se ha observado que independientemente de el desarrollo de complicaciones médicas, que llevan a las mujeres a buscar atención médica mas rápida, también existe el hecho de que el alcoholismo en las mujeres se acompaña de una psicopatología relacionada con depresión, en forma más importante, así como a los ciclos menstruales y el síndrome premenstrual. Esto es un área que se comienza a estudiar mas a fondo en la ultima década, ya que varios estudios han demostrado la franca comorbilidad del alcoholismo con patología psiquiátrica, sobre todo afectiva y de ansiedad, en menor escala con patología psicótica, pero nuevamente observamos que las descripciones se han hecho mayormente en hombres. (19, 37, 39, 48)

### **1.6 Severidad del alcoholismo.**

Se ha propuesto por diversos investigadores que la severidad de la adicción es un factor fundamental en la definición de los diferentes tipos de adictos y posiblemente de las enfermedades asociadas, siendo esto parte de la individualidad del sujeto, por lo que se han creado diversos instrumentos ara evaluar la severidad de la adicción, tanto por la perspectiva individual como en la planeación y evaluación de servicios de atención a

adictos. La severidad de la adicción se define en términos de la afectación del sujeto en las esferas médica, psiquiátrica y psicosocial como consecuencia de sustancias y de su necesidad de tratamiento. El instrumento diagnóstico utilizado mayormente en todo el mundo es el Addiction Severity Index ó Índice de Severidad de la Adicción (ASI) diseñado por Thomas McLellan y su grupo a finales de los años 70. (14, 21, 22)

El ASI ha demostrado su confiabilidad y validez como instrumento tanto en clínica como en investigación. Fue diseñado como instrumento de investigación clínica para evaluar los múltiples problemas que se observan en personas dependientes al alcohol o alguna droga que buscan tratamiento. Evalúa y compara las intervenciones terapéuticas a través del análisis de la severidad de problemas en áreas frecuentemente afectadas en las personas que abusan de sustancias que producen dependencia. Se valora además la importancia que tiene para el paciente el recibir tratamiento y asesoría profesional en cada una de las áreas problema, estas valoraciones ofrecen al clínico un perfil de riesgo con estimaciones generales confiables y válidas del estado real de los problemas que padecen los adictos al alcohol y otras sustancias. (8, 14, 21, 22)

Se cuenta con la versión hispana y colombiana del ASI, en el caso de México hasta muy recientemente se trabajó en la adaptación de este instrumento en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INP). La versión ASI-CAAF valora con 121 reactivos las 7 áreas problemas en relación a la adicción: estado médico general, situación laboral o financiera, uso de alcohol y drogas, situación legal, área de familia y relaciones sociales, y estado psicológico/psiquiátrico. (8, 21, 22)

## **2. Diagnóstico Dual.**

Recientemente dentro del campo de la Salud Mental y de la Psiquiatría de las adicciones, se utiliza la expresión comorbilidad psiquiátrica, para indicar la presencia simultánea de un trastorno mental y de problemas causados por el uso de alcohol, denotando con ello la coexistencia de dos trastornos independientes, pero invariablemente interactuantes. Por ello es necesario hacer la aclaración de que el uso de alcohol coadyuva a la manifestación de síntomas que pueden semejar o ser parte de enfermedades mentales, teniendo entonces el desarrollo de patología con causalidad dada por el consumo de alcohol y directamente relacionada; en la que además el propio consumo de alcohol favorece su desarrollo, su reaparición o bien, puede empeorar la severidad, frecuentemente en este apartado quedan encubiertos muchos síntomas o se subestiman por la sola relación con el consumo de alcohol. (19, 22, 27, 47)

Por otro lado el uso de alcohol puede ser secundario a la presencia de una enfermedad psiquiátrica preexistente y en estos casos, las alteraciones de la conducta, del afecto y del pensamiento, son la resultante o el precipitante de dichas entidades preexistentes. En consecuencia una primera aproximación para estructurar una propuesta que identifique cual condición puede ser considerada como “problema primario”, si el trastorno psiquiátrico o el consumo de alcohol, es la realización de una Historia Clínica completa que posibilite esclarecer tal situación, e identificar las posibles causas del



trastorno psiquiátrico primario; es decir, establecer un correcto diagnóstico que permita discriminar si la sintomatología se correlaciona con el uso de alcohol o bien, si corresponde a otra entidad nosológica. Es importante mencionar que la forma y duración de un trastorno psiquiátrico comorbido con consumo de alcohol se encuentra matizado por las características del consumo, tiempo de uso, la respuesta individual a sus efectos y la vulnerabilidad individual, lo cual puede empeorar o disminuir la sintomatología asociada, haciendo más complicado el proceso diagnóstico como mencionamos anteriormente. Cuando se diagnostican dos trastornos, cada uno puede ser moderado o severo; y uno de ellos puede ser más severo que el otro. (24, 27, 31, 32)

Los pacientes con enfermedades mentales se consideran como una población de alto riesgo para el consumo de alcohol y a la inversa los pacientes alcohólicos están en riesgo de cursar con enfermedades mentales. Se menciona que un tercio de las personas que tiene un problema psiquiátrico hacen uso de alguna droga a lo largo de su padecimiento, duplicando la cifra de quienes lo hacen sin tener un trastorno mental. Es conocido que los estudios en los que específicamente se hace una evaluación del tipo de consumo de alcohol en pacientes con una enfermedad psiquiátrica preexistente, no se han difundido, particularmente por la dificultad de ubicar en el tiempo el inicio del consumo y el desarrollo o la ya existencia de síntomas o patología psiquiátrica. En estos casos se habla de “Diagnóstico doble o múltiple”, en donde los desordenes mentales deben ser el diagnóstico primario, esto se recomienda realizar la evaluación y diagnóstico en una etapa en la que no haya intoxicación y se espere de 3 a 6 meses de abstinencia. (18, 39)

Las investigaciones que estudian la co-comorbilidad entre el consumo de alcohol y la enfermedad mental se dividen en dos grandes grupos, respecto a la forma de abordar el problema: a) estudios que investigan el consumo de alcohol en el paciente psiquiátrico y b) estudios que investigan problemas psiquiátricos en los pacientes que presentan algún problema relacionado con el consumo de alcohol. Los más numerosos corresponden al segundo grupo y se caracterizan por investigar los posibles trastornos mentales en las personas que acuden a solicitar ayuda médica a causa de algún problema relacionado con el consumo de alcohol. Generalmente estos estudios incluyen a pacientes con problemas severos de alcohol y muestran que existen algunos trastornos mentales que suelen observarse con mayor frecuencia en asociación a estos problemas: en hombres la sintomatología depresiva, personalidad antisocial, el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia; en las mujeres, las fobias y la depresión mayor precedieron al abuso de alcohol. (17, 18, 39)

El primer tipo de estudios, es decir, los que estudian el consumo de alcohol y sus problemas asociados entre pacientes psiquiátricos, permiten observar algunas características de esta asociación, además de las anteriores, existiendo grandes discrepancias en la prevalencia de esta asociación con los índices que oscilan desde el 25% en algunos casos, hasta 94% en otros. (17, 18)

Estas diferencias pueden ser explicadas por las diversas definiciones y la operacionalización de conceptos entre los investigadores, así como a las diferentes formas de medir y clasificar los problemas relacionados con el alcohol; desde aquellas que consideran que el uso de alcohol aun en pequeñas cantidades en un paciente mentalmente

enfermo es un consumo problemático, hasta aquellas que se adhieren a los lineamientos de las clasificaciones diagnósticas. De cualquier manera, las cifras que proporcionan los estudios antes mencionados permiten determinar que el consumo de alcohol de los pacientes con algún trastorno mental debe ser estudiado, y de ser posible, debe permitir la identificación de bebedores en estadios tempranos de la enfermedad, con la finalidad de aplicar posteriormente las medidas preventivas y/o terapéuticas adecuadas para esta población. (17, 18)

Ahora bien los individuos con enfermedades mentales severas como la Esquizofrenia o el Trastorno Bipolar, tiene mayor riesgo de comorbilidad con enfermedades por uso de sustancias en comparación con la población general. La comorbilidad con las enfermedades por uso de alcohol esta asociada con una gama de influencias negativas, lo cual incrementa las hospitalizaciones, perdidas diversas (como del hogar), problemas legales, violencia, enfermedades médicas, tratamientos incompletos y estresores familiares; pero a pesar de esta influencia negativa son poco conocidos los factores que contribuyen en el incremento de la comorbilidad, ya que por ejemplo al enfocarnos a la comorbilidad de consumo de alcohol en Esquizofrenia (y trastornos relacionados como el Trastorno Esquizoafectivo) y el Trastorno Bipolar que están caracterizados por síntomas psicóticos y tener un curso mas severo que la depresión o la ansiedad; habiendo un consenso de que estas enfermedades tienen factores biológicos similares que las determinan y que están menos determinadas por factores sociales; a diferencia de la influencia de los factores sociales para el uso de alcohol, la depresión y la ansiedad. Por lo que las similitudes entre la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar sugieren que tienen el mismo modelo de comorbilidad con el uso de alcohol, y que la Depresión y Ansiedad comparten otro modelo de comorbilidad con el uso de alcohol. (29, 30, 45, 46)

## **2.1 Modelos de Comorbilidad.**

Se han hecho diversas propuestas para explicar la gran correlación de enfermedad psiquiátrica con uso de alcohol y otras sustancias, sin embargo asumimos que los diferentes modelos tienen limitaciones y que los diferentes grupos de pacientes pueden tener mas de un modelo que explique su situación, tales modelos se explican a continuación. (29, 39)

### **2.1.1 Modelo de Factores Comunes.**

Este modelo propone que los altos rangos de comorbilidad son el resultado de compartir vulnerabilidades de ambas enfermedades en cuanto a la presencia de factores de riesgo, como los factores genéticos en donde los estudios realizados en gemelos además de demostrar vulnerabilidad a presentar Esquizofrenia, también presentan para consumo de alcohol. Pero no solo se considera al factor genético como común, sino también el estatus socioeconómico (educación, trabajo, etc.) y función cognitiva. (29, 39)

### **2.1.2 Modelo de Enfermedad Secundaria por Uso de Alcohol.**

Modelo que propone que existe vulnerabilidad desarrollada por consumo de alcohol y dicha vulnerabilidad incrementa la posibilidad a desarrollar enfermedad mental, es decir nos topamos con parte del concepto de Alcoholismo Primario. Y en este modelo interviene

mas específicamente el modelo de riesgo psicosocial, es decir el consumo de alcohol de tipo social, para control de la disforia o por mayor sensibilidad al alcohol. (29, 37, 39)

### **2.1.3 Modelo de Enfermedad Psiquiátrica Primaria**

Se propone que hay una variedad de diferentes modelos de enfermedad mental que generan vulnerabilidad a desarrollar consumo de alcohol y por ende trastornos relacionados a su consumo. Encontrándonos entonces con parte del concepto de Alcoholismo Secundario y que al mismo tiempo agrava sobremanera la patología primaria, compartiendo características de esta última. (29, 37, 39)

### **2.1.4 Modelo Bidireccional.**

Sugiere una interacción compartida de los efectos tanto de la enfermedad mental como de el uso de alcohol, incrementando la relación de comorbilidad incluso con otras patologías psiquiátricas y no psiquiátricas. Además de las características biológicas compartidas, el aprendizaje y las consecuencias de cada una que modifican la otra, por ello bidireccional. (29)

## **2.2 Aspectos bioquímicos**

Para el adecuado entendimiento de estos procesos y en ocasiones la confusión en la distinción, plantemos las bases bioquímicas del problema, en que observamos una cercana relación de los sistemas neuroquímicos involucrados en el abuso de la dependencia a alcohol y los trastorno psiquiátricos sin poder diferenciar cual existió inicialmente, ya que en ocasiones la adicción se da para modificar el desbalance neuroquímico dado por una patología psiquiátrica preexistente, esto lo explicamos por el funcionamiento de los diferentes sistemas bioquímicos:

- a) Sistema serotoninergico.- regulador del sueño, humor, conducta consumatoria o compulsiva.
- b) Sistema dopaminergico.- regulador del reforzamiento de la dependencia.
- c) Sistema gabaergico.- participa en reducción de la ansiedad.
- d) Sistema opioide.- regulador de efecto de reforzamiento, mantenimiento conductual y dependencia.
- e) Sistema NMDA .- desarrollo de dependencia física.
- f) Sistema colinergico.- participante en el envejecimiento neuronal.
- g) Sistema glutamaergico.- participante en aprendizaje, memoria y condicionamientos.

Observamos entonces que hay una convergencia de todos estos sistemas en una vía común que es la vía mesolímbica la cual se involucra tanto en el desarrollo de adicciones como de trastornos psiquiátricos diversos. Por esto puede resultar difícil pero no imposible hacer la jerarquización de el diagnostico principal y el alternativo, por lo cual nosotros estudiaremos como diagnostico principal el trastorno psiquiátrico en mujeres y el alternativo el consumo de alcohol, ya que este es un predictor individual determinante de severidad, complicaciones, recaídas, respuesta al tratamiento y por ende de calidad de vida. (39)

### **2.3 Comorbilidad específica del modelo bidireccional.**

Mencionaremos a continuación las patologías psiquiátricas consideradas como diagnóstico primario en el diagnóstico dual, relacionadas en su curso con el consumo de alcohol. (17, 18, 28, 31, 36, 37, 38, 45, 48)

#### **EJE I.**

- 1.- Trastornos afectivos.
- 2.- Trastornos de ansiedad.
- 3.- Trastornos de la conducta alimentaria.
- 4.- Esquizofrenia y otras psicosis.
- 5.- Trastornos fóbicos.
- 6.- Trastornos por estrés posttraumático
- 7.- Síndromes orgánicos cerebrales.

#### **EJE II.**

- 1.- Trastorno de personalidad antisocial.
- 2.- Trastorno de inestabilidad emocional de tipo límite.
- 3.- Personalidad narcisista.
- 4.- Personalidad pasivo-agresiva.
- 5.- Personalidad evitativa.
- 6.- Personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica.

### **2.4 Evaluación de la comorbilidad.**

Existen diversos instrumentos de evaluación de las diversas patologías psiquiátricas, sin embargo aquellos de mayor empleo a nivel mundial son la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (SCID), versión 1 y 2, para diagnóstico multiaxial en eje I y II respectivamente, la cual está editada por la American Psychiatry Association y que tiene como base los criterios diagnósticos para enfermedades psiquiátricas, emitidos por la misma asociación según el Manual Estadístico de las Enfermedades (DSM-IV). (1)

Por otro lado también existe la versión modificada de la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (CIDI), la cual es una entrevista estructurada para detectar diagnósticos incluidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), en su versión número 10 y que es editado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El CIDI en la versión modificada detecta entre 11 diagnósticos psiquiátricos diversos, entre ellos los relacionados al consumo de alcohol. Este instrumento fue validado en México así como en 11 países más durante el año de 1982 a través de un estudio multinacional coordinado por la OMS.(49)



## **II. ANTECEDENTES.**

Hasta el momento actual el área de estudio de el consumo de alcohol y problemas asociados en la población psiquiátrica, es un campo descuidado, a pesar de las evidencias que señalan que la población que sufre de alteraciones psiquiátricas, es más propensa a desarrollar problemas por el alcohol, de manera inherente a su condición y al efecto sinérgico para desarrollar problemas asociados. En otros países se ha encontrado que en la población psiquiátrica, el consumo de alcohol es significativamente mayor respecto a las poblaciones médica y quirúrgica, así como en la población general con respecto a la cantidad, la frecuencia del uso y los problemas relacionados. (17, 18)

Los estudios epidemiológicos en diversos lugares han mostrado que los trastornos mentales usualmente preceden a los del abuso de sustancias, señalando que entre el principio de la patología mental y el de un trastorno por el uso de sustancias hay un intervalo en promedio de 5 años, y que la aparición de trastornos psiquiátricos predice que se inicie el abuso de sustancias y que las personas cuyos trastornos mentales se inician durante la infancia y la adolescencia corren un mayor riesgo de usarlas. (4, 7, 9)

Las primeras evaluaciones acerca de el consumo de alcohol en la población psiquiátrica en nuestro país por parte de Díaz y cols., en 1992; estudiaron los patrones de consumo de alcohol, al igual que el diagnóstico de abuso y dependencia en comparación con el diagnóstico psiquiátrico, así como con los problemas relacionados con el alcohol, tomando una muestra de 100 pacientes en la sala de psiquiatría de un hospital general, evaluando el diagnóstico psiquiátrico con la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) y los patrones de consumo de alcohol y los problemas relacionados por medio de la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta de la OMS (CIDI). Los resultados muestran que el 24% de los hombres y el 17% de las mujeres reportaron niveles excesivos en el consumo de alcohol; mientras que el 42% de los hombres y el 11% de las mujeres presentaron diagnóstico de abuso y dependencia a alcohol. Se destaca la estrecha vinculación en la población femenina con diagnóstico de Abuso y Dependencia a alcohol, como en otros estudios, en primer lugar con los trastornos afectivos en el 39% de esta población y seguido de los trastornos de ansiedad. (17, 18)

Por esta razón en el año 2002, los investigadores Caraveo-Anduaga y Colmenares Bermúdez, realizan un estudio para investigar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en términos del DSM-II-R, para revisar y discutir algunos de los resultados con respecto a la comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y el uso de sustancias que ha ido emergiendo del análisis de los datos de la Ciudad de México. Se realizó una encuesta de hogares en el Distrito Federal, incluyendo adultos de 18 a 65 años, obteniendo la muestra con un diseño polietápico y estratificado, empleando una versión modificada de la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (CIDI). Se empleo para la evaluación el programa STATA 6.0, a través del lo cual se encontró que la estimación de prevalencia de los trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida ha sido menor en la ciudad de México que en otras ciudades, pero mostrando que los trastornos de ansiedad son los más crónicos, apareciendo estos mas tempranamente, seguidos por el uso de sustancias y después por trastornos afectivos. Pero además que la proporción de riesgo para la población atribuible a

la dependencia de las drogas se debe a trastornos mentales anteriores y es de 20% entre los varones y de 71% entre las mujeres. (7, 25, 33)

En base al estudio anterior nos interesa ahora ver como son las diferencias por género de un diagnóstico dual y el consumo de drogas, basándonos en el estudio de 1994 de Comtois y Ries, cuyo objetivo era explorar las diferencias de género en pacientes con diagnóstico dual en hombres y mujeres consumidores de alcohol y otras drogas, para ver si existían diferencias significativas. Se evaluaron 338 pacientes (36% mujeres), con los diagnósticos del DSM-II-R, en el Eje I de Esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor y otras patologías psicóticas no orgánicas. Además de que estos pacientes cubrirían los diagnósticos de problemas relacionados a uso de sustancias activos o en remisión. Se les aplicó la escala Four Dimensional Case Manger Rating Scale (4D), evaluando 5 categorías de variables basadas en género: demográficas, diagnóstico psiquiátrico, abuso de sustancias, manejo clínico de enfermedad y factores relacionados la tratamiento, se empleo chi cuadrada, observando que las mujeres son más frecuentemente diagnosticadas con trastornos afectivos y los hombres con Esquizofrenia, por otro lado las mujeres consumen frecuentemente solo un tipo de droga (alcohol), y los hombres tiene consumo de múltiples drogas y finalmente que las mujeres son atendidas de ambos problemas más rápidamente y con mejor evolución. (13, 26)

Los estudios en poblaciones hospitalarias refieren que de un 30-60% de los pacientes en un hospital general tiene un trastorno psiquiátrico significativo y de esta población un porcentaje importante tiene asociación con consumo de alcohol, por lo que en 2000, Schwartzmann y sus colaboradores, realizan un estudio para evaluar la prevalencia de alcoholismo, ansiedad, depresión y trastornos cognitivos en la población del hospital general, para evaluar la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (ansiedad, depresión y trastorno cognitivo) en población alcohólica con la prevalencia de alcoholismo y comorbilidad psiquiátrica en pacientes con hepatopatía. Se les aplico a los sujetos, la escala Minimental, la escala de ansiedad y depresión de Goldberg y el cuestionario de abuso o dependencia de alcohol (CAGE). Se evaluaron los resultados por medio de test de t y chi cuadrada, encontrando solo un prevalencia significativa de síntomas depresivos con consumo de alcohol, particularmente en mujeres, pero no de problemas cognitivos al menos en mujeres, solo si tiene alguna hepatopatía asociada. Este estudio demuestra la necesidad de emplear estudios de tamizaje y reforzarlos con entrevistas clínicas estructuradas. (24, 37)

Finalmente hablaremos de estudios que intentan explicar la relación temporal entre el inicio de enfermedad psiquiátrica como Esquizofrenia y trastorno bipolar y el inicio de uso de alcohol u otras sustancias; hasta ahora se describe la relación agravante o desencadenante de los cuadros psiquiátricos, pero no se describe la asociación con algún tipo específico de patología psiquiátrica, ni la relación concreta en mujeres. Estos estudios son los realizados por Mueser y colaboradores en 1998 acerca de la revisión de las teorías de la etiología de el diagnostico dual y los realizados por Pettinati y cols., en 1999 acerca de los diagnósticos de el eje I y II, en donde se trata de hacer la correlación por tiempo y tomando como factor de riesgo el tener una enfermedad psiquiátrica para presentar problemas relacionados con el consumo de alcohol, encontrando una relación significativa, pero no descriptiva, lo cual es la inquietud principal al desarrollar este trabajo y ver sus resultados. (4, 24, 29, 31)

### **III. JUSTIFICACIÓN.**

En las últimas 2 décadas se ha observado que la prevalencia del uso y dependencia de alcohol en las mujeres, se ha incrementado en varias regiones del mundo de la relación hombre:mujer de 5:1, a la relación de 2:1, siendo la elevación de la prevalencia del 4.6% al 8.2% de mujeres con problemas relacionados al consumo de alcohol en la población general, hablando de que estos problemas incluyen diagnósticos psiquiátricos por consumo de alcohol y otros diagnósticos psiquiátricos, siendo la probabilidad en los pacientes con diagnóstico psiquiátrico de padecer problemas relacionados con consumo de alcohol hasta 3 veces mayor que en la población no psiquiátrica, con una prevalencia oscilante entre el 25% en algunas muestras, hasta el 94% en otras. Estas evidencias que señalan que la población que sufre de alteraciones psiquiátricas, es más propensa a desarrollar problemas por el alcohol que la población general con respecto a la cantidad, la frecuencia del uso y los problemas relacionados, generan planteamientos acerca de la asociación de patología psiquiátrica y alcoholismo, sin embargo no hay puntos concretos relacionados a estas observaciones en mujeres, solo que es más frecuente la asociación a patologías afectivas y de ansiedad, sin embargo hay poca información de cómo es el tipo de comorbilidad de alcoholismo en otras patologías psiquiátricas, por lo cual esto es de importancia ya que el alcoholismo es cada vez más frecuente en mujeres de poblaciones como la nuestra, por lo que es importante determinar si preexiste una patología psiquiátrica que se haga manifiesta a partir del consumo de alcohol, si el consumo de alcohol generó la aparición de patología psiquiátrica o si ambos comenzaron juntos es relevante para identificar grupos de riesgo y estrategias de tratamiento en vistas de la mejoría de la respuesta terapéutica.

### **IV. OBJETIVOS.**

#### **1. Objetivo General.**

Describir la comorbilidad y severidad de alcoholismo en mujeres con padecimiento psiquiátrico.

#### **2. Objetivos Particulares.**

- a) Describir los aspectos demográficos que influyen en la presencia de comorbilidad psiquiátrica con consumo de alcohol.
- b) Describir el tipo de comorbilidad del alcoholismo con patología psiquiátrica ya definida.
- c) Describir la severidad del consumo de alcohol según las diversas áreas de funcionamiento de las pacientes evaluadas.

## **V. HIPÓTESIS .**

La comorbilidad de alcoholismo y enfermedad psiquiátrica es frecuente, severa e incapacitante, tanto en pacientes con diagnóstico de patologías afectivas y de ansiedad, como en patologías que cursan con psicosis.

## **VI. MATERIAL Y METODO**

### **1. SUJETOS.**

#### **1.1 Muestra de estudio.**

Mujeres que se valoren entre los meses de Octubre a Diciembre del año 2003, según el diagnóstico preestablecido de los grupos de Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos, Esquizofrenia y Trastorno Bipolar. Captadas por cuota de 25 pacientes en los 4 grupos mencionados (total 100), en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización del Hospital Fray Bernardino Álvarez, que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **1.2 Criterios de inclusión.**

- a) Mujeres tratadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el servicio de Consulta Externa y de Hospitalización cuyo cuadro agudo este controlado.
- b) Mujeres con diagnóstico psiquiátrico preestablecido, según los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 10, de alguno de los siguientes grupos:
  - Esquizofrenia.
  - Trastorno Bipolar.
  - Trastornos Depresivos.
  - Trastornos de Ansiedad.
- c) Mujeres de 18 a 54 años de edad.
- d) Mujeres originarias y residentes del Distrito Federal.
- e) Que acepten participar en el estudio.

#### **1.3 Criterios de exclusión.**

- a) Pacientes con patología psiquiátrica asociada a etiología orgánica.

- b) Indigentes o residentes de albergues.
- c) Pacientes con patología médica asociada, no tratada.

## **2. INSTRUMENTOS.**

### **2.1 Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (CIDI).**

La versión modificada de la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (CIDI), es una entrevista estructurada para detectar diagnósticos incluidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), en su versión número 10 y que es editado por la Organización Mundial de la Salud. El CIDI en la versión modificada detecta entre 11 diagnósticos psiquiátricos, entre ellos Trastornos Depresivos, Trastornos de Ansiedad, Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y por supuesto Trastornos relacionados al consumo de Alcohol, con la particularidad de podernos dar información acerca de la temporalidad de estos padecimientos, según la medida de los últimos 30 días, los últimos 6 meses y alguna vez en la vida. Esto nos otorga información valiosa acerca de la comorbilidad según los diagnósticos que se detecten y cual ha sido el diagnóstico primario, además de descartar el que se presenten por alguna comorbilidad no psiquiátrica. Por todo esto se considera un instrumento adecuado para evaluación de patología psiquiátrica y de comorbilidad. (47)

Se empleo la versión modificada del CIDI ya que esta no evalúa la utilización de los servicios de salud mental por parte del usuario, ni los aspectos económicos, y tampoco los aspectos de violencia familiar; lo cual para este estudio no se considero necesario, pero que podría ser importante en futuros estudios o la ampliación de este mismo. La forma de evaluación de esta entrevista es por medio del sondeo de cada pregunta acerca de la duración con tiempo de inicio y termino, además de sondear si han sido causadas por enfermedades no psiquiátricas, medicamentos o drogas, para así poder registrar las respuestas en un programa de computo diseñado especialmente para esta entrevista y que da como resultados finales diagnósticos específicos de patología psiquiátrica, su duración, inicio y término, así como la presencia actual, la cual queda registrada además de los datos demográficos.

### **2.2 Índice de Severidad de la Adicción (ASI).**

El ASI es una entrevista estructurada de investigación clínica con duración de 40 minutos diseñada para evaluar el problema de severidad en 7 áreas comúnmente afectadas en los dependientes de sustancias: 1) condición médica, 2) situación laboral, 3) uso de drogas, 4) uso de alcohol, 5) actividades ilegales, 6) relaciones familiares y 7) condición psiquiátrica. En cada una de estas áreas se interrogan preguntas objetivas que miden el número, la extensión y al duración de los síntomas problema a lo largo de la vida del paciente y en los últimos 30 días. (39)



**1) Estado Médico General:** hospitalización por problemas médicos (incluyendo sobredosis y Delirium Tremens, excluyendo desintoxicaciones o problemas psiquiátricos); enfermedades que requieren de un cuidado continuo como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus (presentadas en el último mes) que no sean derivadas del consumo de alcohol.

**2) Situación laboral o financiera:** nivel de estudios alcanzado, años reprobados, profesión u ocupación, períodos de permanencia en un trabajo de tiempo completo, contribución de un familiar a su sustento (excluyendo instituciones), tipo de trabajo durante los últimos 3 años y último mes, ingresos, dependientes económicos, número de días en que ha tenido problemas en el trabajo en el último mes como consecuencia del consumo de alcohol.

**3) y 4) Uso de drogas/alcohol:** consumo de drogas y/o alcohol a lo largo de la vida y en los últimos 30 días, alcohol, cualquier cantidad y hasta la embriaguez, heroína, otros opiáceos/analgésicos, barbitúricos, sedantes, hipnóticos, tranquilizantes, cocaína/crack, anfetaminas, marihuana, alucinógenos, inhalantes y otras drogas: si se ha consumido al mismo tiempo alcohol o drogas, hospitalizaciones por delirium tremens o sobredosis con drogas; número de tratamientos previos; en el último mes la cantidad gastada en alcohol o drogas; número de días en el último mes con problemas por alcohol o drogas.

**5) Situación legal:** tratamiento sugerido por un juez o institución, presencia de libertad condicional, diversos delitos cometidos en el último año y a lo largo de la vida, sentencias, número de veces acusado de desorden o intoxicación en vía pública, manejar ebria, violaciones graves de tránsito, detenciones, tiempo de encarcelamiento; en el último mes, involucramiento en actividades ilegales, detenciones o encarcelamiento.

**6) Área de familia y relaciones sociales:** estado civil, tiempo que lleva en este estado, con quién ha vivido en los últimos 3 años, actividades en el tiempo libre, con quién los comparte; en el último mes, número de días en que hubiera tenido problemas serios con su familia y/u otras personas; presencia de períodos prolongados con problemas a lo largo de la vida y en el último mes especificando parentesco, amigos u otras personas.

**7) Estado psicológico/psiquiátrico:** número de veces que hubiera sido tratado como paciente externo u hospitalizado; presencia de síntomas o trastornos psiquiátricos que no se deriven del consumo y/o suspensión de alcohol o drogas, tales como depresión, angustia, alucinaciones, problemas en atención, concentración memoria, control de impulsos, ideas o intentos suicidas. Tratamientos farmacológicos previos. Número de días en el último mes con síntomas psiquiátricos. Al momento de la entrevista se especifica si muestra síntomas psiquiátricos.

### **2.2.1 Calificación del ASI**

Se califica la severidad de la adicción por parte del entrevistador, por parte del paciente y finalmente una calificación global por área de estos dos rubros, para obtener un puntaje total de calificación. (39)

La valoración de la severidad por parte del entrevistador se da mediante la siguiente escala:

- 0-1 realmente no hay problema, el tratamiento no está indicado.
  - 2-3 el problema es insignificante, el tratamiento probablemente no está indicado.
  - 4-5 el problema es moderado, se requiere de algún tratamiento.
  - 6-7 el problema es considerable, el tratamiento es necesario.
  - 8-9 el problema es grave, el tratamiento debe ser inmediato ya que peligra la vida.
- La valoración por parte del paciente se hace mediante la siguiente escala:

- 0. Nada.
- 1. Un poco.
- 2. Moderadamente.
- 3. Bastante.
- 4. Extremadamente.

Finalmente las calificaciones obtenidas por cada una de las áreas deben consignarse en un cuadro al final del instrumento para general un perfil de severidad de acuerdo al siguiente rango:

- Severidad BAJA: Valores entre 0 y 3.
- Severidad MEDIA: Valores entre 4 y 6.
- Severidad ALTA: Valores entre 7 y 9.

### **3. PROCEDIMIENTO.**

A las pacientes de los servicios de hospitalización y consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que contaban con diagnóstico preestablecido de los grupos de Trastornos Depresivos, Trastornos de Ansiedad, Esquizofrenia y Trastorno Bipolar, y que cumplieran con los criterios de inclusión para este estudio (los cuales se mencionan en apartado previo), se les explicó el presente estudio, solicitándoles su participación en este.

Una vez que aceptaban, se les aplicaron los 2 instrumentos empleados para evaluar, por un lado el diagnóstico y la comorbilidad psiquiátrica, con la CIDI y por otro lado la severidad de consumo de alcohol con el ASI. Estas entrevistas se llevaron a cabo en tiempos definidos de 3 horas como máximo para el primero y de 40 minutos como máximo para el segundo en cada paciente. Obteniendo así un total de 100 pacientes, las cuales tenían diagnósticos de los 4 grupos mencionados, con su respectiva comorbilidad.

La información que se obtuvo de dichas entrevistas, se conjuntó para elaborar la ficha de identificación de cada paciente y para correlacionar la información de ambos instrumentos por medio de el análisis estadístico con el cual los datos obtenidos, se compararon con estudios previos acerca del alcoholismo en mujeres y la comorbilidad psiquiátrica y proponiendo nuevas líneas de investigación.

#### **4. ANÁLISIS.**

Pruebas de resumen: (rangos, promedios y desviación estandar).

Para determinar significancia, chi cuadrada ( $\chi^2$ ), "t" pareada y coeficiente de correlación de Sperman. Con las cuales se agruparon y relacionaron las siguientes variables:

##### **4.1 Variable Dependiente.**

Comorbilidad psiquiátrica y trastorno psiquiátrico por consumo de alcohol, así como la severidad de la adicción.

##### **4.2 Variable Independiente.**

Diagnóstico primario de trastorno psiquiátrico.

### **VII. RESULTADOS.**

#### **1. DEMOGRÁFICOS.**

##### **1.1 Generales.**

Se obtuvo una muestra total de 100 pacientes del sexo femenino, por cuota 25, en las que el rango de edad fue de 19 a 56 años, con una media en la tercera década de la vida. La escolaridad de las pacientes fue de un tercio con secundaria, otro tercio con secundaria y el último tercio con preparatoria o licenciatura. El estado civil fue un predominio de mujeres sin pareja (separadas, divorciadas y viudas), es decir, más de la mitad; seguido de mujeres casadas o con pareja en poco más de la tercera parte. La mitad de ellas con religión católica, una tercera parte con otras religiones y la décima parte con religión evangélica. Más de la mitad de ellas no trabajaban al momento de la evaluación y una tercera parte sí laboraban. Tres cuartas partes de ellas tenía hijos y el resto no y finalmente el la mayor parte se encontraban hospitalizadas (Cuadro 1).

##### **1.2 Por grupos estudiados.**

Las pacientes quedaron por los diagnósticos obtenidos en la CIDI, divididas en 4 grupos de 25 pacientes cada uno; según el diagnóstico principal y actual de cada paciente se integraron a los grupos de Trastornos Depresivos (TD), Trastornos de Ansiedad (TA), Esquizofrenia (E) y Trastorno Bipolar (TB). Las características demográficas se estudiaron en los grupos mencionados, obteniendo los siguientes resultados: la escolaridad en el



grupo TD y TA predominio en secundaria; para el grupo E y TB predominio en primaria. En el estado civil para el grupo TD y TA con predominio de casadas aproximadamente en la mitad de los grupos. Para el grupo de E predominio de solteras con una tercera parte y para el TB partes iguales entre solteras y casadas ambos con una tercera parte. En una proporción mayor las pacientes de los grupos TD y TB si trabajaban; y en los grupos TA y E más de la mitad no trabajaban. Se realizaron pruebas de t y  $\chi^2$  encontrando valores significativos en cuanto a la edad, estado civil y al tener hijos (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas por grupos estudiados.

Características Demográficas	Trastornos Depresivos				Trastornos Ansiedad				Esquizofrenia				Trastorno Bipolar				Total n= 100	
	$\bar{X}$	DS	Min	Max	$\bar{X}$	DS	Min	Max	$\bar{X}$	DS	Min	Max	$\bar{X}$	DS	Min	Max	N	%
Edad*	34	8.5	22	56	35	9.6	19	56	35	9	19	53	39	9	20	56		
<b>Escolaridad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>			<b>n</b>	<b>%</b>			<b>n</b>	<b>%</b>			<b>n</b>	<b>%</b>			<b>N</b>	<b>%</b>
Primaria	5	20			8	32			9	36			10	40			32	32
Secundaria	12	48			11	44			6	24			8	32			37	37
Preparatoria	4	16			3	12			8	32			6	24			21	21
Licenciatura	4	16			3	12			2	3			1	4			10	10
<b>Estado Civil**</b>																		
Soltera	5	20			9	36			8	32			8	32			30	30
Casada	11	44			15	60			6	24			8	32			40	40
Separada	4	16							7	28			4	16			15	15
Divorciada	4	16			1	4			4	16			2	8			11	11
Viuda	1	4											3	12			4	4
<b>Religión</b>																		
Católica	14	56			12	48			15	60			15	60			56	56
Evangélica	3	12			3	12			5	20			1	4			12	12
Otra	8	32			10	40			5	20			9	36			32	32
<b>Con Trabajo</b>	13	52			9	36			7	28			5	20			34	34
<b>Con Hijos ***</b>	23	92			21	84			16	64			17	68			77	77
Hospitalizada	16	64			21	84			20	80			17	68			74	74
Ambulatoria	9	36			4	16			5	20			8	32			26	26

\* [ "t" pareada = 36.4 (99) p 0.000 ]

\*\* [  $\chi^2$  = 20.8 (12) p 0.05 ]

\*\*\* [  $\chi^2$  = 7.39 (3) p 0.06 ]

## 2. TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Se menciona con anterioridad que las pacientes quedaron divididas en 4 grupos de 25 integrantes cada uno y que dichos grupos se conformaron según el diagnóstico principal

que la evaluación de la CIDI arrojó, es decir el diagnóstico que llevará mas tiempo de inicio y que se mantuviera hasta el momento de la evaluación con dicha entrevista, pero además se tomaron en cuenta los diagnósticos secundarios es decir aquellos diagnósticos que hubiesen tenido inicio posterior al diagnóstico principal y que pudieran o no mantenerse al momento de la entrevista. Para ello se otorgó un número ascendente para las patologías que se detectaron teniendo el siguiente listado:

- 1.- Trastornos Depresivos (n=8).
- 2.- Trastornos Depresivos y Trastornos de Ansiedad (n=13).
- 3.- Trastornos Depresivos y Consumo de Sustancias (n=4).
- 4.- Trastornos de Ansiedad (n=13).
- 5.- Trastornos de Ansiedad y Consumo de Sustancias (n=6).
- 6.- Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos (n=6).
- 7.- Esquizofrenia (n=15).
- 8.- Esquizofrenia y Consumo de Sustancias (n=5).
- 9.- Esquizofrenia y Trastornos Depresivos (n=3).
- 10.- Esquizofrenia y Trastornos de Ansiedad (n=2).
- 11.- Trastorno Bipolar (n=16).
- 12.- Trastorno Bipolar y Consumo de Sustancias (n=6).
- 13.- Trastorno Bipolar y Trastornos de Ansiedad (n=3).

Estos diagnósticos y su comorbilidad se correlacionaron con los diagnósticos por consumo de alcohol que se obtuvieron en la misma evaluación con la CIDI y tales diagnósticos fueron:

- 1.- Sin Consumo de Alcohol ó Sin Diagnóstico por Consumo de Alcohol (n=44).
- 2.- Consumo Perjudicial de Alcohol (n=19).
- 3.- Dependencia a Alcohol (n=37).

Es importante mencionar que de las 56 pacientes que tuvieron consumo de alcohol, todas ellas en la evaluación con la CIDI tuvieron ya sea el diagnóstico de Consumo Perjudicial de alcohol o Dependencia a alcohol, por ello solo se incluyeron estas categorías, ya que no se detectaron bebedoras moderadas según los diagnósticos de la CIDI. De esto se obtuvieron los siguientes datos: el diagnóstico Sin Consumo de Alcohol con las diferentes comorbilidades se relacionó principalmente con el diagnóstico 7, seguida de la correlación con el diagnóstico 11, después por el diagnóstico 4 y en orden descendente le resto de los diagnósticos arriba mencionados, a excepción del diagnóstico número 13. Para el Diagnóstico de Consumo Perjudicial de Alcohol se observa una mayor correlación con los diagnósticos 2, con 11 y después el resto de los diagnósticos a excepción del número 3, 6, 7, 8, 9, 10 y 12.

Finalmente para el diagnóstico de Dependencia a Alcohol existe una correlación igual con el diagnóstico 7 y el 12, seguido del diagnóstico 3, 5 y 6, seguido del resto excepto del número 10. Se realizó prueba de chi cuadrada con resultados significativos (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Diagnósticos por consumo de alcohol en CIDI y la comorbilidad total del CIDI.

Comorbilidad *	Dx relacionados a OH en CIDI			Total n=100
	Sin Dx	Cons Perj OH	Dependencia OH	
1. T. Depresivos	3	2	3	8
2. T. Depresivos y T. de Ansiedad	3	7	3	13
3. T. Depresivos y Cons. de Sustancias			4	4
4. T. de Ansiedad	8	3	2	13
5. T. de Ansiedad y Cons. de Sustancias	1	1	4	6
6. T. de Ansiedad y T. Depresivos	2		4	6
7. Esquizofrenia	10		5	15
8. Esquizofrenia y Cons. de Sustancias	4		1	5
9. Esquizofrenia y T. Depresivos	1		2	3
10. Esquizofrenia y T. de Ansiedad	2			2
11. T. Bipolar	9	4	3	16
12. T. Bipolar y Cons. de Sustancias	1		5	6
13. T. Bipolar y T. de Ansiedad		2	1	3
<b>Total n=100</b>	<b>44</b>	<b>19</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

\* [  $\chi^2 = 49.39$  (24) p 0.002 ]

### 3. EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU CORRELACIÓN CON LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.

De las 56 pacientes que tuvieron consumo de alcohol, como ya se mencionó, todas obtuvieron diagnóstico de trastornos por consumo de alcohol en la CIDI y de estas mismas se obtuvo la severidad del consumo mediante la ASI, en la que se tiene severidad baja, media y alta. Estos datos se correlacionaron, obteniendo que el diagnóstico de Consumo Perjudicial de alcohol de la CIDI califica en severidad baja en la mayoría de los pacientes contra Dependencia a alcohol, diagnóstico que califica en la mayoría de pacientes con severidad media y menos pacientes con severidad alta para este mismo diagnóstico, siendo significativo (Cuadro 3).

**Cuadro 3.** Diagnósticos por consumo de alcohol en CIDI y la severidad total del ASI.

Dx relacionados a OH en CIDI *	Severidad Total del ASI				Total n=100
	Sin Consumo	Baja	Media	Alta	
Sin Diagnóstico	44				44
Consumo Perjudicial de OH		15	4		19
Dependencia a OH			33	4	37
<b>Total n=100</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>37</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

\* [  $\chi^2 = 171.5$  (6) p 0.000 ]

La severidad total del ASI fue evaluada también de acuerdo a los 4 grupos diagnósticos principales (TD, TA, E y TB), teniendo como resultado en el grupo TD una quinta parte de pacientes sin consumo de alcohol, una tercera parte con severidad del consumo leve, y la menor parte con media al igual que la alta. En el grupo TA la mitad sin consumo, seguido del poco menos de la mitad con severidad media, una décima parte con severidad media y alta.

Para el grupo E, más de la mitad sin consumo, ningún paciente con severidad leve, una tercera parte con severidad media y una décima parte con severidad alta. Y en el grupo TB menos de la mitad sin consumo, poco menos de la mitad con severidad media, una décima parte con severidad leve y ningún paciente con severidad alta. Se realizó prueba de chi cuadrada siendo significativa (Cuadro 4).

**Cuadro 4.** Severidad del consumo de alcohol por grupos estudiados.

Severidad *	Trastorno Depresivo		Trastorno Ansiedad		Esquizofrenia		Trastorno Bipolar		Total n= 100	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sin Consumo</b>	6	24	11	44	17	68	10	40	44	44
<b>Leve</b>	9	36	3	12			3	12	15	15
<b>Media</b>	9	36	10	40	6	24	12	48	37	37
<b>Alta</b>	1	4	1	4	2	8			4	4

\* [  $\chi^2 = 21.06$  (9) p 0.01 ]

Por otro lado la severidad total obtenida en el ASI se evaluó en los diagnósticos de comorbilidad obtenidos en la CIDI (1 al 13), para especificar aun más la asociación del consumo de alcohol y su severidad con patología psiquiátrica y su comorbilidad. Obteniendo así a los pacientes con severidad leve asociados en mayoría al diagnóstico 2, después al diagnóstico 1 y 4 en igual cantidad y finalmente al diagnóstico 5. La severidad media se vio relacionada en su mayoría al diagnóstico 7, 11 y 12, después al 3 y 6, seguido del diagnóstico 2, 4 y 5 y finalmente al 1 y 13, sin tener relación con el 8 y 10. La severidad alta se relacionó únicamente con los diagnósticos 1, 5, 8 y 9 en la misma cantidad, teniendo en la prueba de chi cuadrada siendo significativa (Cuadro 5).

Las áreas de evaluación del ASI se correlacionaron también con los 4 grupos diagnósticos principales del CIDI, obteniendo puntajes con promedio, desviación estándar, mínimo y máximo, observando en todos los grupos puntajes altos en todas las áreas, excepto en el área de uso de drogas y en el área legal; y en el área psicológica en todos los grupos como más alta, conjuntamente con el área de uso de alcohol y en el grupo de TD, más alto para el área social también, así como en el grupo E, el área médica (Cuadro 6).

**Cuadro 5.** Comorbilidad en la CIDI y severidad total en ASI.

Comorbilidad *	Severidad Total ASI				Total n=100
	Sin Consumo	Leve	Media	Alta	
1. T. Depresivos	3	2	2	1	8
2. T. Depresivos y T. de Ansiedad	3	7	3		13
3. T. Depresivos y Cons. de Sustancias			4		4
4. T. de Ansiedad	8	2	3		13
5. T. de Ansiedad y Cons. de Sustancias	1	1	3	1	6
6. T. de Ansiedad y T. Depresivos	2		4		6
7. Esquizofrenia	10		5		15
8. Esquizofrenia y Cons. de Sustancias	4			1	5
9. Esquizofrenia y T. Depresivos	1		1	1	3
10. Esquizofrenia y T. de Ansiedad	2				2
11. T. Bipolar	9	2	5		16
12. T. Bipolar y Cons. de Sustancias	1		5		6
13. T. Bipolar y T. de Ansiedad		1	2		3
<b>Total n=100</b>	<b>44</b>	<b>14</b>	<b>37</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

\* [  $\chi^2 = 64.62$  (36) p 0.002 ]

**Cuadro 6.** Puntajes obtenidos por áreas de evaluación ASI.

Áreas	Trastorno Depresivo				Trastorno Ansiedad				Esquizofrenia				Trastorno Bipolar			
	$\bar{X}$	DS	Min	Max	$\bar{X}$	DS	Min	Max	$\bar{X}$	DS	Min	Max	$\bar{X}$	DS	Min	Max
A. Médica	5	3	1	9	4	3	1	5	3	3	1	10	4	3	1	9
A. Financiera	5	3	1	9	4	3	1	8	3	3	1	9	4	3	1	9
U. Alcohol	5	3	1	10	4	3	1	10	3	4	1	10	5	4	1	10
U. Drogas	2	1	1	5	2	1	1	6	2	1	1	6	2	1	1	5
A. Legal	1	1	1	3	1	0	1	2	1	-	1	3	1	1	1	4
A. Social	5	3	1	10	4	3	1	9	3	3	1	9	4	3	1	9
A. Psicológica	6	3	1	10	4	3	1	9	3	3	1	10	5	4	1	10

Para evaluar la severidad en el área de uso de alcohol del ASI se asignó el puntaje siguiente: 1 sin consumo, de 2 a 4 como leve, de 5 a 7 como media y de 8 a 10 como alta, esto para correlacionar dicho puntaje con los diagnósticos de trastornos por consumo de alcohol de la CIDI, teniendo así de forma más específica la correlación de ambos instrumentos en las secciones concretas de evaluación de consumo de alcohol. Obteniendo así resultados comparables entre ambos instrumentos al hacer la prueba de chi cuadrada con una  $p = 0.000$  (Cuadro 7).

**Cuadro 7.** Diagnósticos por consumo de alcohol en CIDI y área de uso de alcohol del ASI.

Dx relacionados a OH en CIDI *	Severidad de uso de alcohol en ASI										Total n=100
	S CONS	BAJA			MEDIA			ALTA			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sin Diagnóstico	44										44
Consumo Perjudicial de OH		1	2	3	3	4	1	2	1	2	19
Dependencia a OH				1	1	4	7	4	8	12	37
<b>Total n= 100</b>	44	1	3	3	4	8	8	6	9	14	100

\* [  $\chi^2 = 127$  (16) p 0.000 ]

Finalmente se muestran los aspectos demográficos y clínicos que tienen significancia al correlacionarse entre si, mediante el coeficiente de correlación de Sperman. En donde observamos como la edad, el tener más de 2 diagnósticos psiquiátricos asociados con consumo de alcohol tienen relevancia al correlacionarse con las áreas de funcionamiento de las pacientes, dando como resultado una severidad mayor en la adicción.

**Cuadro 8.** Combinación de severidad con factores sociodemográficos y clínicos.

Factores Sociodemográficos y Clínicos	r	p
Edad	-0.134	
Diagnóstico Principal	-0.082	
Diagnóstico Secundario	-0.255	0.01
Consumo de Alcohol	-0.923	0.000
A. Médica	0.939	0.000
A. Financiera	0.940	0.000
A. Alcohol	0.944	0.000
A. Drogas	0.694	0.000
A. Legal	0.463	0.000
A. Social	0.934	0.000
A. Psicológica	0.936	0.000
Escolaridad	-0.117	
Estado Civil	0.155	
Religión	0.100	
Hospitalización	0.051	
Trabajo	0.073	
Hijos	0.053	



## **VIII. DISCUSIÓN.**

Los datos demográficos encontrados en el presente estudio son representativos de lo mencionado en la literatura para la población mexicana, como lo es la media de edad (35.75) similar a lo reportado en otras series, en donde se habla de poblaciones de estratos socioeconómicos medio y bajo, como las pacientes de este estudio. Por consiguiente también nuestro reporte en cuanto a la escolaridad y condición laboral es similar a lo reportado en cuanto a los estudios de patrones de consumo de alcohol en mujeres mexicanas (Díaz y cols., 1992).

Así podemos observar que en nuestra población psiquiátrica estudiada en la cual todas las integrantes eran mujeres, se encontró que la prevalencia de la dependencia alcohol era del 37% y del consumo perjudicial de alcohol de 19% (total 56%), observando que estas tres cifras son mayores a lo reportado en la literatura, en donde se habla del 32% para el total, el 14% para la dependencia a alcohol y 28% para el consumo perjudicial, hablando de poblaciones psiquiátricas (Schwatzmann, 2000; Colmenares, 2002), por lo que aquí tendríamos que ver que el aumento encontrado en este estudio, sea dado por el grupo estudiado: mujeres en edad promedio de 35.75, que es el grupo que tiene mayor prevalencia de consumo de alcohol en la población general, además por la cronicidad de la patología psiquiátrica y por la influencia del resto de las variables demográficas, en las que observamos un predominio de secundaria y primaria en la escolaridad, tomando en cuenta que se habla de la baja escolaridad en mayor relación a la presencia de alcoholismo y de enfermedad mental (Mendoza, 1998).

El estado civil por su parte en este estudio resulta similar a lo reportado en otras series de mujeres alcohólicas en donde las mujeres sin pareja (separadas, divorciadas y viudas) son la mayoría y esto es en ocasiones factor de presencia de alcoholismo y aumento de la severidad del consumo de alcohol (Díaz y cols., 1992). Se habla también de que las mujeres con patología psiquiátrica con frecuencia son solteras, particularmente las pacientes que cursan con psicosis (Trastorno bipolar y Esquizofrenia), corroborando así lo descrito en la literatura (Caraveo-Anduaga, 2002; Colmenares 2002).

En cuanto a la religión el predominio de pacientes católicas no tiene correlación con el padecer o no alcoholismo y/o enfermedad mental, lo mismo que para el que la mayoría sean madres. El que las pacientes en su mayoría no trabajen es algo mencionado en la literatura tanto para las alcohólicas como para las portadoras de enfermedad mental, aunque esto debería ser menor para los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. (Willenbring, 1986; Bradely, 1998).

Todos estos datos vienen a corroborar la información de que el alcoholismo en la última década ha tenido un incremento importante en la población general y en la población con diagnóstico dual, lo que empeora el pronóstico (Dunne, 1993; Hasin, 1985; Lewis, 1996).

En la población psiquiátrica general se encuentra una alta prevalencia de la comorbilidad entre diversos padecimientos psiquiátricos, por lo que al buscar estos datos de

comorbilidad encontramos hasta 13 variantes de esta, obtenidas mediante la CIDI, lo cual es compatible con diversos reportes de comorbilidad en población psiquiátrica y en los que se afirma que es difícil encontrar patologías psiquiátricas únicas (Díaz, 1992; Comotis-Ries, 1994; Caraveo, 2002). Sin embargo si agregamos a esta población con comorbilidad, a la población con consumo de alcohol, tenemos 3 variantes más al respecto. Por esta razón al correlacionar la comorbilidad general con la comorbilidad por alcoholismo la mayor parte de las esquizofrénicas no tienen consumo de alcohol, seguida de depresivas, ansiosas y bipolares, a diferencia de lo que la literatura marca como patologías con consumos menores: primero esquizofrénicas, seguido de bipolares, ansiosas y depresivas, concordando sólo en la primer patología y en la penúltima. De las variantes de comorbilidad la asociación entre consumo perjudicial de alcohol y Depresión con Ansiedad es la mayor y de la Dependencia a alcohol con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar y Ansiedad, encontrando concordancia con la literatura (Díaz, 1992; Pettinati, 1999).

La confiabilidad de la CIDI es ya conocida, para la detección diagnóstica psiquiátrica y de la comorbilidad, por lo cual la correlación con el resultado de la severidad total del ASI da un resultado confiable de este último instrumento, teniendo así significancia en donde por supuesto en la CIDI y en la ASI se correlaciona el no consumo de alcohol, el consumo perjudicial de alcohol con la severidad baja en su mayoría, la severidad media con el consumo perjudicial en su minoría y en su mayoría con la Dependencia a alcohol y en la severidad alta solo una pequeña correlación la dependencia a alcohol. Esto aun más específicamente visto en la correlación del área de uso de alcohol del ASI y las áreas de evaluación de uso de alcohol de la CIDI, encontrando una relación inversa cuando menor severidad en esta área mayor correlación con el Dx de Consumo Perjudicial de alcohol y en cuanto mayor es la severidad mayor correlación con el Dx de Dependencia a alcohol. Tales datos resultan de importancia particular si pensamos en como dos instrumentos de evaluación concuerdan y que esto hace que los resultados sean más confiables.

Ya que tenemos la correlación de ambos instrumentos, pudimos observar que también hay correlación entre la severidad del consumo de alcohol y los 4 grandes grupos estudiados de patología psiquiátrica, observando que las mujeres sin consumo de alcohol se encuentran en el grupo de esquizofrénicas, al igual que las que tienen la severidad mas alta es decir con el diagnóstico de Dependencia a alcohol, esto último no reportado en la literatura, pero lo que si es reportado es la prevalencia alta de no consumidoras de alcohol en este grupo, aparentemente en este estudio se ha conjuntado además el nivel económico bajo (Mueser, 1998; Carey, 2001), en donde además de las variables demográficas ya mencionadas anteriormente de edad y estado civil tiene una influencia reportada en la literatura para el pronóstico de la esquizofrenia y también en la asociación a consumo de alcohol de forma severa (Penick, 1994; Swendsen, 1997).

Se corrobora también el que las pacientes depresivas y consumidoras de alcohol, tengan una severidad leve es decir la asociación únicamente con el diagnóstico de consumo perjudicial, como se marca en la literatura, así como también se menciona que las mujeres ansiosas tiene un consumo mas alta y en este estudio queda mostrado que el la severidad es media al igual que en las bipolares, en donde no hay severidad alta, lo que se contrapone a lo relatado en la literatura en donde se dice que en los episodios de manía hay un consumo



con severidad alta, lo que en este estudio es aproximado por encontrarse en severidad media la mayor parte de las pacientes (Ross, 1998; Schuckit , 1998; Leal, 2002).

Esto mismo es corroborado con la correlación entre la comorbilidad (13 variantes) y la severidad en el ASI, donde la severidad leve es mayor en la Depresión con Ansiedad, como ya se mencionó la severidad media con Esquizofrenia, Trastorno bipolar y Trastorno bipolar con uso de sustancias, esto es cuando hay mayor número de patologías en comorbilidad, tal como se muestra en la literatura (Grant, 1997). Respecto a esta última información es importante mencionar que los individuos con dos o más diagnósticos psiquiátricos por la asociación a diagnósticos por consumo de alcohol son significativamente más propensos a experimentar deterioro de el diagnóstico primario y en el curso del alcoholismo En el caso de este estudio, en los puntajes por áreas de evaluación del ASI con respecto a los 4 grandes grupos de patología psiquiátrica, podemos observar que todas las áreas de evaluación tiene puntajes elevados a excepción sólo de las áreas de uso de drogas y área legal, esto por que las pacientes del estudio en su mayoría no han llegado a atención por condicionamiento legal, sino por condicionamiento familiar o de salud. En el área de uso de drogas las pacientes son minoría para este rubro, pero aquellas en las que se asocia a otra patología psiquiátrica y a consumo de alcohol, la severidad es alta como las pacientes con Trastorno Bipolar y consumo de sustancias.

Por otro lado la afectación en el resto de las áreas de evaluación es importante en el caso de todos los grupos pero es notoria la severidad de la adicción para el área psicológica en las pacientes depresivas bipolares, en donde es mayor, ya que en el resto de los grupos es igual o menor a las demás áreas. Probablemente esto sea por que la capacidad de conciencia de enfermedad suele ser mayor en estas pacientes ó bien en la caso de las bipolares cursan con períodos asintomáticos y esto hace que el impacto de la adicción en el área psicológica sea de forma más negativa que en el resto (Patkar, 1999), a diferencia de las otras enfermedades en que puede ser visto psicológicamente para alivio de la psicopatología propia de su padecimiento psiquiátrico como en el caso de la Esquizofrenia y la Ansiedad (Westermeyer, 1999), por lo que no es difícil que varios pacientes lleguen inicialmente a algún centro para adicciones y ahí se detecte que son portadores de patología psiquiátrica, como sucedió con 6 pacientes de nuestro estudio que previamente estuvieron en centros para control de alcoholismo (Carey, 2001).

También es importante ver que el impacto de la severidad de la adicción para las áreas médica, financiera y social, además de la de uso de alcohol y área psicológica. Estas áreas evalúan el desempeño para cada una de las pacientes y que obviamente están de entrada alteradas por la enfermedad mental, pero que el instrumento evalúa justamente para excluir lo más posible esta participación y ver solo la participación del alcohol. El área médica está aumentada debido a problemas de orden médico que requieren atención continua o que son de aparición aguda, que incluyen Delirium Tremens y sobredosis (ya que excluye problemas psiquiátricos), esto es algo visto también en la literatura (Carey, 2001), que los pacientes alcohólicos tienen un alto índice de relación con problemas médicos y que se complican por el alcoholismo, requiriendo mayor número de veces atención en hospitales generales.

Para el área financiera vemos que la mayoría de las pacientes no tenían empleos o tenían subempleo, siendo en su mayoría dependientes económicos de la familia. Se sabe que los alcohólicos, en la mayoría de los casos tiene serios problemas laborales, por lo que trabajan como comerciantes, chóferes y otros oficios donde establecen sus propio horarios y exigencias para protegerse de la pérdida del empleo (que es frecuente en alcohólicos), aunque sus ingresos sean limitados, por lo que la severidad en esta área resulta elevada (Tenorio y Mendoza, 1998).

En el área social al evaluar como el alcohol ha modificado sus relaciones familiares e interpersonales podemos observar que la severidad es importante ya que es reportado y bien sabido que las dificultades en las relaciones interpersonales y familiares del alcohólico esta muy presente y que el alcoholismo tiende a limitar y dificultar las relaciones con su familia de donde pueden ser incluso excluidos, (aunque esto sucede menos con las mujeres) pero que además le genera la exclusión de diversos grupos sociales (Mendoza, 1999).

Finalmente podemos observar que al combinar la severidad del alcoholismo con los factores sociodemográficos y clínicos de este estudio, hay significancia en varios de ellos, debido a que el alcoholismo por sí mismo tiene impacto negativo en todas las áreas de evaluación de las pacientes, aumentando así el índice de severidad de la adicción. Los factores demográficos mostraron una influencia importante (como factores de riesgo), tanto para el alcoholismo como para las patologías psiquiátricas. Quedando así implícito el modelo de factores comunes de la comorbilidad para ambos tipos de patología, pero también el modelo bidireccional en el que ambas patologías puedan generar a la otra ya que este estudio se enfocó a determinar alcoholismo generado después de la aparición de una enfermedad psiquiátrica. Pero como ya explicamos puede también generarse patología psiquiátrica en pacientes que no la tenían y que son consumidores de alcohol, por lo que el estudio de la comorbilidad psiquiátrica es sumamente importante para dar el tratamiento correcto a cada una de las entidades para su control, ya que al no tratarlas ambas tendrán un curso tórpido y serán generadoras de deterioro mayor en los pacientes, además de una demanda mayor a los servicios de salud que en ocasiones podría no estar disponible (Modesto, Lowe y Kranzler, 1999).

Es importante hacer notar que únicamente se estudiaron problemas que para el diagnóstico multiaxial se consideran del Eje I y no nos enfocamos a ninguna cuestión referida a la personalidad o al retraso mental, pudiendo ser esta una vía de continuidad de este trabajo, en la que los resultados de comorbilidad y severidad podrían variar como lo muestran algunos trabajos en la literatura (Ino, 2000; Hodkings 2001; Schuckit, 2002).

## **IX. CONCLUSIONES.**

1.- La patología psiquiátrica en mujeres se asocia frecuentemente con trastornos por consumo de alcohol, y la variedad de dichos trastornos parece estar determinada por la severidad del consumo.

2.- Más de la mitad de las mujeres del estudio tuvieron consumo de alcohol y algún tipo de trastorno relacionado a este, lo que concuerda con la cifra creciente de mujeres alcohólicas; además de tener un diagnóstico de patología psiquiátrica previo al inicio del consumo de alcohol y por ende del trastorno relacionado.

3.- Las asociaciones más frecuentes de comorbilidad psiquiátrica con trastornos por consumo de alcohol fueron: “Trastornos Depresivos y Trastornos de Ansiedad en comorbilidad con Consumo Perjudicial de Alcohol”, “Trastorno Bipolar y Consumo Perjudicial de alcohol”, “Trastornos Depresivos y Consumo de Sustancias con Dependencia a Alcohol”, y “Trastornos Depresivos y Consumo de Sustancias con Dependencia a Alcohol”.

4.- La severidad más frecuente en las consumidoras de alcohol fue la severidad Media, seguida de la Baja y la Alta; y esta severidad tiene una significativa correlación con los diagnósticos de trastornos por consumo de alcohol, siendo la relación del Consumo Perjudicial de Alcohol con la severidad Baja, de la Dependencia a Alcohol con la severidad Media y Alta.

5.- Las asociaciones más frecuentes de severidad del consumo de alcohol con comorbilidad psiquiátrica fueron: “Trastornos Depresivos y Trastornos de Ansiedad con severidad Leve”, “Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno Bipolar con Consumo de Sustancias teniendo cada una severidad Media”, y “ Esquizofrenia y Esquizofrenia con Consumo de Sustancias cada una asociada a severidad Alta”

6.- La Esquizofrenia parece ser la patología con mayor polaridad entre no consumidoras y consumidoras con severidad Alta.

7.- El Trastorno Bipolar es el que con mayor frecuencia se halla relacionado a trastornos por consumo de alcohol, seguido de los Trastornos de Ansiedad, los Trastornos Depresivos y Esquizofrenia.

8.- Las áreas de evaluación, en estas pacientes con diagnóstico dual, con menor severidad de afección fueron: el área legal y de uso de drogas; del resto, la que tiene mayor severidad de afección es el área psicológica, seguida del área médica, financiera y social, lo cual es algo típicamente conocido.

## **X. BIBLIOGRAFÍA.**

- 1.- American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4a Ed. Washington D.C. 1997.
- 2.- Bierut L.J. et al. Familiar transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine and habitual smoking. Arch Gen Psy. Vol. 55: 982-998. 1998.
- 3.- Blow F.C. Treatment of older women with alcohol problems: meeting the challenge for a special population. Alc Clin and Exp Res. Vol. 24 No. 8 Aug: 1257-1266. 2000.
- 4.- Bradley K.A, Boyd Wickizer J., Powell S.H., Burman M.L. Alcohol screening questionnaires in women. JAMA Vol. 280 No. 2 Jul: 166-171. 1998.
- 5.- Bradizza C.M., Stasiewicz P.R. and Carey K.B. High-risk alcohol and drug use situations among seriously mentally ill patients: preliminary investigation. Add Beh Vol 23 No. 4: 555-560. 1998.
- 6.- Burne S.B. Women and alcohol. JAMA. Vol. 256: 1467-1469. 1986.
- 7.- Caraveo-Anduaga J.J. and Colmenares B.E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. Salud Mental Vol. 25 No. 2: 9-15. 2002.
- 8.- Carey K.B., Coco K.M. and Correia C.J: Reliability and validity of the addiction severity index among outpatients with severe mental illness. Psych Ass Vol. 9 No. 4: 422-428. 1987.
- 9.- Carey K.B. and Correia C.J. Severe mental illness and addictions: assessment considerations. Add Beh. Vol. 23 No. 6: 733-748. 2001.
- 10.- Chang G., Behr H., Goetz M.A., Hiley A. and Bigby J.A. Women and alcohol abuse in primary care. Am J Add. Vol 6 No. 3: 183-192. 1997.
- 11.- Chou S.P. Sex differences in morbidity among respondents classified as alcohol abusers and/or dependent: results of a national survey. Addiction No. 89: 87-93. 1994.
- 12.- Cooper M.L. Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping and alcohol experiences. J Ab Psych Vol. 101 No. 1: 139-152. 2001.
- 13.- Comtois K.A. and Ries R.K. Sex differences in dually diagnosed severely mentally ill clients in dual diagnosis outpatient treatment. Am J Add. Vol. 4:245-253. 1995.
- 14.- Corse S.J., Hirchinger N.B. and Zanis D. The use of the addiction severity index with people with severe mental illness. Psy Reha J Vol. 19: 9-18. 1995.

- 15.- Cyr M.G. and Moulton A.W. Substance abuse in women. *Obs Gyn Clin Nor Am*. Vo. 17:905-925. 1990.
- 16.- Dawson D.A. and Archer A. Gender differences in alcohol consumption: effects an measurement. *Br J Add Vol*. 87 No. 1: 119-123. 1992.
- 17.- Díaz L.R. Comorbilidad psiquiátrica: consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. *Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario*. Consejo nacional contra las adicciones. Secretaría de Salud México: 100-105. 1994.
- 18.- Díaz L.R. y cols. El consumo de alcohol en la población psiquiátrica. *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría*. Reseña de la VII reunión de investigación: 108-116. 1992.
- 19.- Grant B.F. Prevalence of the proposed DSM-IV alcohol use disorders: United States. *Brit J Add*. No. 87 : 309-316. 1998.
- 20.- Gomberg E.S. Women and alcohol: use and abuse. *J Nerv Men Dis*. Vol. 181:211-219. 1993.
- 21.- Greemfield S.F. Women and alcohol use disorders. *Harv Rev Psy* Vol. 10 No. 2: 76-85. 2002.
- 22.- Hodkings H. and Elguebaly N. More data an the addiction severity index, reliability and validity with the mentally ill substance abusers. *J Nerv Men Dis*. Vol. 180 No. 3: 187-201. 1992.
- 23.- Ino A. and Hayasida M. Before-Doscharge intervention method in the treatment of alcohol dependence. *Alc Clin and Exp Res*. Vol. 24 No. 3: 373-376. 2000.
- 24.- Leal R., Díaz M., Gutiérrez A., Alfaro T. e Iñiguez O. Alcoholismo y comorbilidad en una población de pacientes psiquiátricos alcohólicos. *Psiquis*. Vol. 11 No. 4 : 20-34 2002.
- 25.- McGue M., Pickens R.W. and Svikis D.S. Sex and effects on the inheritance of alcohol problems: a twin study. *J Ab Psych*. Vol. 101 No. 1: 3 – 17. 2003.
- 26.- Medina-Mora M.E. Drinking and the oppression of women the mexican experience. *Add*. Vol. 89: 958-960. 1994.
- 27.- Medina-Mora M.E. Women and alcohol in developing countries. *Sal Men*. Vol. 24 No. 2: 3-10. 2001.
- 28.- Mendelson J.H. et al. Alcoholism and prevalence of medical and psychiatric disorders. *J Stud Alc*. Vol. 47 No. 5: 361-366. 1986.
- 29.- Morrison J.R. Bipolar affective disorders and alcoholism. *Am J Psy*. Vol. 131: 1130-1133. 1994.



- 30.- Mueser K.T., Drake R.E. and Wallach M.A. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Add Beh.* Vol 23 No. 6: 717-734. 1998.
- 31.- Patkar A.A., Alexander R.C., Lundy A. and Certa K.M. Changing patterns of substances use among Schizophrenia patients. *Am J Add.* Vol. 8 No. 1: 65-71. 1999.
- 32.- Pettinatti H.M et al. The relationship of Axis II personality disorders to other know predictors of addiction treatment outcome. *Am J Add.* Vol 8: 136-147. 1999.
- 33.- Ramos de Viesca M.B. La mujer y el alcoholismo en México. *Sal Men.* Vol. 24 No.3: 24-28. 2001.
- 34.- Roxburgh S. Gender differences in the effect on alcohol consumption. *Add Beh.* Vol. 23 No. 1: 101-107. 1998.
- 35.- Salloum I.M., Moss H.B., Daley D.C., Cornelius J.R., Kirisei L. and Al-Maalaof M. Drug use problem awareness and treatment readiness in Dual-diagnosis patient. *Am J Add.* Vol. 4 No. 2: 35- 41. 1995.
- 36.- Schuckit M.A., Anthenell R.M., Bucholz K.K., Hesselbrock V.M. and Tipp J. The time course of development of alcohol-related problems in men and women. *J Stud Alc.* Vol. 56: 218-225. 1995.
- 37.- Schuckit M.A. and Montaro M.S. Alcoholism, anxiety and depression. *Br J Add.* Vol. 83: 1373-1380. 1988.
- 38.- Schwartzmann L, Francolino C. and Werba M. Prevalencia de alcoholismo y comorbilidad psíquica en población hospitalaria. *Rev Psi Urug.* Vol. 64. No. 3: 394-401. 2000.
- 39.- Sinha R. And O'Malley S.S. Alcohol and eating disorders: implications for alcohol treatment and health services research. *Alc Clin Exp Res* Vol. 24 No. 8: 1312-1319. 2000.
- 40.- Silva de Lima., Fernández L.C. and Palazzo C.M. Dual diagnosis on "substance abuse". *Sus Use Misuse.* Vol. 37 No 8-10: 1179-1183. 2002.
- 41.- Smith W.B. and Weisner C. Women and alcohol problems: a critical analysis of the literature and unanswered questions. *Alc Clin and Exp Res.* Vol. 24 No. 8 Aug: 1320-1321. 2000.
- 42.- Solis L. and Frago E. Índice de severidad de la adicción ASI-CAAF (adaptación). Instructivo simplificado de aplicación, documento interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz. México. Sin fecha.
- 43.- Stein M. and Cyr M.G. Women and substance abuse. *Med Clin Nor Am.* Vol. 81 No. 4: 979-995. 1997.

- 44.- Tovang M.T. et al. Co-occurrence of abuse on different drugs in men and women. *Arch Gen Psy.* Vol. 55: 967-972. 1998.
- 45.- Weiss R.D., Mirin S.M and Griffin M.L. Methodological considerations in the diagnosis of coexisting psychiatric disorders in substance abusers. *Brit J Add.* Vol. 87: 179-187. 1992.
- 46.- Westermeyer J.J. and Schneckloth T.D. Course of alcohol abuse in patients with and without Schizophrenia. *Am J Add.* Vol. 8 No.1: 55-61. 1999.
- 47.- Westrich L., Guedj P., Galanter M. and Baird D. Differences between men and women in dual diagnosis treatment. *A J Add.* Vol. 6 No. 4: 311-317. 1997.
- 48.- Willenbring M.L. Measurement of depression in alcoholics. *J Studies on alcohol.* Vol. 47 No. 4: 367-372. 1986.
- 49.- World Health Organization. Composite International Psychiatric Interview. Instructivo de aplicación: México. 1993.