

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN MEDICINA



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y  
PSICOPATOLOGÍA ACOMPAÑANTE EN EL  
TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL**

**Sociodemographic factors and psychiatric comorbidities in  
Alcohol Use Disorder**

MARIONA GIL LLAGOSTERA

TUTORA: LOURDES AGUILAR SÁNCHEZ

COTUTOR: DIEGO REMÓN GALLO

Departamento de Psiquiatría

JULIO 2021



*A Lourdes y a Diego, por su ayuda, disponibilidad y paciencia.*

*A mi familia, en especial a mi madre y a Eve, por orientarme y apoyarme.*

*A Javi por estar siempre y para siempre.*



# ÍNDICE

---

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	9
MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS.....	35



# RESUMEN

---

**INTRODUCCIÓN:** El consumo de alcohol en España es un importante problema a nivel social y sanitario. La depresión, la ansiedad y el trastorno por consumo de alcohol se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes por sí mismos y en patología dual. Este diagnóstico implica que ambos trastornos están interrelacionados y su evolución, su pronóstico y su abordaje no podrá hacerse por separado.

**OBJETIVO:** Establecer si existe relación o no entre el trastorno por consumo de alcohol y la depresión o la ansiedad en pacientes con trastorno de consumo de alcohol procedentes de la Unidad de Tratamiento del Alcohol (UTA) y de la Unidad de Desintoxicación y Patología Dual de “los Montalvos”.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha realizado un estudio descriptivo transversal con 428 pacientes. Los datos fueron facilitados por los pacientes de manera voluntaria durante la entrevista clínica en consulta y recogidos a través de la “Hoja de entrada”. Se realizaron análisis descriptivos de las variables demográficas y clínicas y análisis bivariantes asociando trastorno por consumo de alcohol y la depresión o la ansiedad; el sexo y la depresión o la ansiedad; los patrones de consumo y la depresión o la ansiedad mediante la prueba Chi Cuadrado ( $X^2$ ) que permite establecer si existe relación estadísticamente significativa.

**RESULTADOS:** El 43,3% de los pacientes tenía diagnóstico de trastorno depresivo y un 19,1% de trastorno de ansiedad. Ambos trastornos fueron más prevalentes en mujeres ( $p < 0,05$ ). El 65,7% de los pacientes con trastorno por consumo de alcohol y depresión tenía dependencia alcohólica ( $p < 0,05$ ). El consumo de alcohol en solitario es mayor en los pacientes con depresión ( $p < 0,05$ ). No hay asociación estadística entre la presencia de ansiedad y el patrón dependencia del alcohol.

**CONCLUSIÓN:** Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la depresión y la dependencia del alcohol, pero no en el caso de la ansiedad. Las mujeres presentan mayor dependencia y comorbilidad psiquiátrica. Para futuras investigaciones sería recomendable realizar estudios de causalidad, así como estudiar el nivel de riesgo de un trastorno sobre otro.

**Palabras clave:** alcohol use disorder, depression, anxiety, comorbidity, sex differences, drinking patterns.





# INTRODUCCIÓN

---

El alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitable en el desarrollo de más de 200 enfermedades.<sup>1</sup> En España causa unos 15000 fallecimientos al año y es la droga más consumida, pero con menor percepción de riesgo.<sup>2,3</sup> Esto lo convierte en un importante problema a nivel social y sanitario.<sup>4</sup>

## TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

La quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)<sup>5</sup> define el trastorno por consumo de alcohol como un patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o un malestar clínicamente significativo en un plazo de al menos 12 meses. (Tabla 1).

El DSM-IV<sup>7</sup> describía dos trastornos distintos, el abuso y la dependencia al alcohol, con criterios específicos para cada uno (Tablas 2 y 3). La dependencia incluía la tolerancia, la abstinencia, y el patrón de consumo compulsivo.<sup>8</sup>

En la actualidad, el DSM 5 elimina los conceptos separados de abuso y dependencia y queda como una suma de criterios de estos dos trastornos.<sup>9</sup> Además, no es necesaria la presencia de fenómenos de neuroadaptación (tolerancia y síndrome de abstinencia) para que exista el trastorno por consumo de alcohol.

La tolerancia se define como el aumento progresivo de la cantidad de alcohol ingerida para conseguir los mismos efectos que originalmente conseguían cantidades menores.<sup>10</sup>

El síndrome de abstinencia se caracteriza por un estado de hiperactividad autonómica que se produce como consecuencia de la disminución o la supresión del consumo de alcohol.<sup>10</sup> Suele aparecer temblor distal de manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones, agitación psicomotriz y ansiedad.<sup>4</sup>

Los pacientes con trastorno por consumo de alcohol pueden ingerir grandes cantidades de alcohol diariamente, tener un patrón regular de consumo intenso limitado a los fines de semana y/o periodos de sobriedad intercalados con intensas borracheras durante semanas o meses.<sup>11</sup>

El alcohol comienza a consumirse durante la adolescencia. En España el 93% de la población de entre 15 a 64 años ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida (EDADES 2019/2020).<sup>3</sup> La edad media de inicio del consumo de alcohol es de 14 años (ESTUDES 2020).<sup>12</sup> En el periodo de la adolescencia suele aparecer el primer episodio de intoxicación. Entre los 25-40 años aparecen los síntomas de la dependencia y la abstinencia suele producirse en respuesta a problemas personales, sociales o médicos. Tras un periodo de abstinencia de semanas o meses, el individuo puede volver a beber.<sup>4</sup>

## DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos ocasionan un estado de tristeza, sentimiento de vacío, de culpa, pérdida de interés o placer por las actividades habituales, cambios en el apetito, en el sueño y la actividad, irritabilidad, retraso psicomotor y en casos graves, ideas suicidas.<sup>13, 14</sup> Los trastornos depresivos tienen la prevalencia más alta a lo largo de la vida entre todos los trastornos psiquiátricos, encontrándose el doble en las mujeres que en los hombres.<sup>14</sup>

Aproximadamente del 30% al 40% de los individuos con un trastorno por consumo de alcohol padecen sintomatología depresiva en algún momento de su vida.<sup>14</sup>

Existen *trastornos depresivos inducidos por el consumo de alcohol* (DSM-5)<sup>5</sup> cuya duración es de días o semanas y cuya sintomatología suele remitir con la abstinencia.

Por el contrario, la depresión puede aparecer de forma independiente o de forma primaria. En estos casos, la remisión sin tratamiento específico es poco probable.

La presentación de forma comórbida de ambos trastornos se asocia con una mayor gravedad, dificultad para responder al tratamiento y un peor pronóstico que cualquiera de los trastornos por sí solos.<sup>15</sup>

Los individuos con depresión son más vulnerables a desarrollar trastorno por uso de alcohol, y, asimismo, los pacientes con trastorno por uso de alcohol tienen mayor riesgo de presentar depresión a lo largo de la vida que la población general.<sup>16</sup>

## ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad ocasionan miedo, pensamientos de peligro inminente o futuro, reales o imaginarios, conductas de huida, estado de vigilancia, tensión muscular, nerviosismo, alteraciones del sueño y comportamientos cautelosos o evitativos.<sup>5</sup> Aparecen más frecuentemente en mujeres que en hombres.<sup>5</sup>

Más de un tercio de los pacientes dependientes del alcohol presentan sintomatología ansiosa.<sup>4</sup> A su vez, se considera que padecer un trastorno de ansiedad eleva el riesgo de padecer un trastorno por consumo de alcohol hasta más de cuatro veces respecto a la población general.<sup>4</sup> Muchos individuos utilizan el alcohol como ansiolítico, para aliviar estados emocionales desagradables.<sup>14</sup> Este alivio se consigue de manera rápida, aunque transitoria.<sup>16</sup>

De la misma manera que en el caso de la depresión, existe *el trastorno de ansiedad inducido por sustancias*.<sup>5</sup> La abstinencia o la intoxicación pueden ocasionar sintomatología ansiosa, que remitirá cuando la abstinencia sea metabolizada.<sup>16</sup>

Los niveles elevados de ansiedad y la presencia de trastornos de ansiedad hacen a los pacientes más vulnerables a las recaídas.<sup>16</sup>

## PATOLOGÍA DUAL

Se define como patología dual a la “presencia simultánea de un trastorno adictivo y un trastorno psíquico clásico en un individuo”.<sup>4</sup> Este diagnóstico implica que ambos trastornos están interrelacionados y su evolución, su pronóstico y su abordaje no podrá hacerse por separado.<sup>4</sup> Ambas condiciones clínicas pueden presentarse de forma simultánea o ser secuenciales a lo largo de la vida del paciente.<sup>16</sup>

En la etiología de las adicciones, así como en la etiología de otros trastornos mentales, intervienen factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y medioambientales.<sup>17</sup>

Como podemos observar en el *Estudio Madrid*,<sup>18</sup> la presencia de patología dual es elevada (61,8%). Estos pacientes presentan unas características diferenciales, como mayor riesgo de suicidio y peor pronóstico. Además, este estudio pone de manifiesto que un porcentaje importante de pacientes duales no están diagnosticados correctamente, y, por tanto, no reciben un tratamiento adecuado.

El diagnóstico de la Patología Dual debe ser bidireccional, individualizado, con un abordaje multidisciplinar y considerándolo una entidad clínica, no la suma de ambas por separado.<sup>16, 17</sup>

**Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno por consumo de alcohol.<sup>6</sup>**

<b>DSM 5</b>	
En los últimos 12 meses	
<p>La presencia de al menos 2 de estos síntomas indica <u>trastorno por consumo de alcohol (AUD)</u></p> <p>La intensidad del AUD se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas</li> <li>• Moderada: Presencia de 4 a 5 síntomas</li> <li>• Grave: Presencia de 6 o más síntomas</li> </ul>	¿Ha habido veces en que terminó bebiendo más, o por más tiempo, de lo deseado?
	¿Ha querido más de una vez reducir o dejar de beber, o lo intentó, pero no pudo?
	¿Ha pasado mucho tiempo bebiendo, o descompuesto o recuperándose de otras secuelas?
	¿Ha sido tan fuerte el deseo de beber que no podía pensar en ninguna otra cosa? **Esto es nuevo para el DSM-5**
	¿Ha notado que beber, o estar descompuesto por beber, a menudo interfirió con el cuidado de su casa o su familia?, ¿o le ha causado problemas laborales?, ¿o problemas escolares?
	¿Ha seguido bebiendo, aunque le ocasionara problemas con su familia o sus amigos?
	¿Ha abandonado o no ha vuelto a realizar actividades que eran importantes o interesantes para usted, o que le proporcionaban placer, por beber?
	¿Se ha encontrado más de una vez en situaciones durante o después de beber que han aumentado sus probabilidades de sufrir lesiones (como conducir, nadar, utilizar maquinaria, caminar en una zona peligrosa o tener relaciones sexuales sin protección)?
	¿Ha seguido bebiendo a pesar de que le estaba haciendo sentir deprimido o ansioso o le estaba añadiendo otro problema de salud?, ¿o después de haber tenido una laguna mental?
	¿Ha tenido que beber mucho más de lo que alguna vez había bebido para conseguir el efecto que deseaba?, ¿o notó que la cantidad habitual de bebidas tuvo mucho menos efecto que antes?
¿Ha notado que cuando los efectos del alcohol desaparecieron, tuvo síntomas de abstinencia, como problemas para dormir, temblores, inquietud, náuseas, sudoración, el corazón acelerado o convulsiones?, ¿o percibió cosas que no estaban allí?	

<b>Tabla 2. Criterios diagnósticos del Abuso del alcohol.<sup>6</sup></b>
<b>DSM-IV</b>
En los últimos 12 meses
<b><u>Una (1) de estas opciones = ABUSO DE ALCOHOL</u></b>
¿Ha notado que beber, o estar descompuesto por beber, a menudo interfirió con el cuidado de su casa o su familia?, ¿o le ha causado problemas laborales?, ¿o problemas escolares?
¿Se ha encontrado más de una vez en situaciones durante o después de beber que han aumentado sus probabilidades de sufrir lesiones (como conducir, nadar, utilizar maquinaria, caminar en una zona peligrosa o tener relaciones sexuales sin protección)?
¿Lo han arrestado más de una vez, lo han detenido en una estación de policía o ha tenido otros problemas legales debido al consumo de alcohol? **Esto no se incluye en el DSM-5**
¿Ha seguido bebiendo, aunque le ocasionara problemas con su familia o sus amigos?

<b>Tabla 3. Criterios diagnósticos de la Dependencia del alcohol.<sup>6</sup></b>
<b>DSM-IV</b>
En los últimos 12 meses
<b><u>Tres (3) de las siguientes opciones = DEPENDENCIA DEL ALCOHOL</u></b>
¿Ha tenido que beber mucho más de lo que alguna vez había bebido para conseguir el efecto que deseaba?, ¿o notó que la cantidad habitual de bebidas tuvo mucho menos efecto que antes?
¿Ha notado que cuando los efectos del alcohol desaparecieron, tuvo síntomas de abstinencia, como problemas para dormir, temblores, inquietud, náuseas, sudoración, el corazón acelerado o convulsiones?, ¿o percibió cosas que no estaban allí?
¿Ha habido veces en que terminó bebiendo más, o por más tiempo, de lo deseado?
¿Ha querido más de una vez reducir o dejar de beber, o lo intentó, pero no pudo?
¿Ha pasado mucho tiempo bebiendo, o descompuesto o recuperándose de otras secuelas?
¿Ha abandonado o no ha vuelto a realizar actividades que eran importantes o interesantes para usted, o que le proporcionaban placer, por beber?
¿Ha seguido bebiendo a pesar de que le estaba haciendo sentir deprimido o ansioso o le estaba añadiendo otro problema de salud?, ¿o después de haber tenido una laguna mental?

# **JUSTIFICACIÓN**

---

El consumo de bebidas alcohólicas está ampliamente aceptado y extendido en nuestro país. Sin embargo, su consumo puede derivar en importantes problemas de salud, empeorar las condiciones preexistentes en pacientes con trastornos psiquiátricos o ser la causa de ellos.

La depresión, la ansiedad y el trastorno por consumo de alcohol se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes por sí mismos y en patología dual.

Por ello se propone la realización de un estudio que trate de esclarecer o aportar nuevos datos sobre la relación del trastorno por consumo de alcohol con la depresión o la ansiedad en una muestra de pacientes del servicio de psiquiatría del Complejo Asistencial Hospital Universitario de Salamanca.

## **OBJETIVOS**

---

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

-Establecer si existe relación o no entre el trastorno por consumo de alcohol y la depresión o la ansiedad.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

-Analizar los patrones de consumo de alcohol en la muestra.

-Analizar los factores sociodemográficos asociados en pacientes con trastorno de consumo de alcohol procedentes de la Unidad de Tratamiento del Alcohol (UTA) y de la Unidad de Desintoxicación y Patología Dual de los Montalvos.





# **MATERIALES Y MÉTODOS**

---

## **BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Para documentar la evidencia existente hasta el momento se realiza una búsqueda bibliográfica en la web PubMed introduciendo las palabras clave:

alcohol use disorder, depression, anxiety, comorbidity, sex differences, drinking patterns.

## **ESTUDIO**

Se hizo un estudio descriptivo transversal por medio de una entrevista clínica a los pacientes participantes, cuyos datos fueron recogidos a través de la “Hoja de entrada” (Véase Anexo) que es individual para cada paciente.

## **PARTICIPANTES**

Se han incluido 428 pacientes de la Unidad para el Tratamiento del Alcoholismo y de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y Patología Dual “Los Montalvos”, consumidores de alcohol, cocaína u otras drogas. Todos los datos fueron facilitados por los pacientes de manera voluntaria durante la entrevista clínica en consulta. El consentimiento fue dado de forma oral y voluntaria en la consulta, tras ser informados de que se iba a proceder a la recogida de datos. Se informó previamente al paciente de que esos datos iban a ser utilizados de forma totalmente anónima para llevar a cabo un trabajo de investigación.

## **VARIABLES:**

A través de la entrevista clínica se obtienen datos **demográficos** (sexo, edad, etnia, nacionalidad, provincia de nacimiento, origen de los padres, estado civil, convivencia los últimos 30 días, nivel académico, situación laboral, antecedentes legales) así como **datos clínicos** (antecedentes médicos personales, familiares, motivo principal de consulta, drogas consumidas a lo largo de la vida, cantidad, año de inicio de consumo, años totales de consumo, tratamientos previos, desintoxicaciones previas, psicopatología acompañante, síntomas o signos de abstinencia del consumo de alcohol y otras sustancias, patrones y características de consumo de alcohol y otras sustancias, número de sobredosis y asistencias médicas por intoxicación, percepción de salud y objetivo terapéutico).

Dichas variables fueron registradas en el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26. El análisis de los datos se llevó a cabo en este mismo programa.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

### **Estadística descriptiva**

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y clínicas citadas anteriormente. Las variables cualitativas se expresaron como número o porcentaje y las variables cuantitativas como media  $\pm$  desviación estándar.

### **Análisis bivariantes**

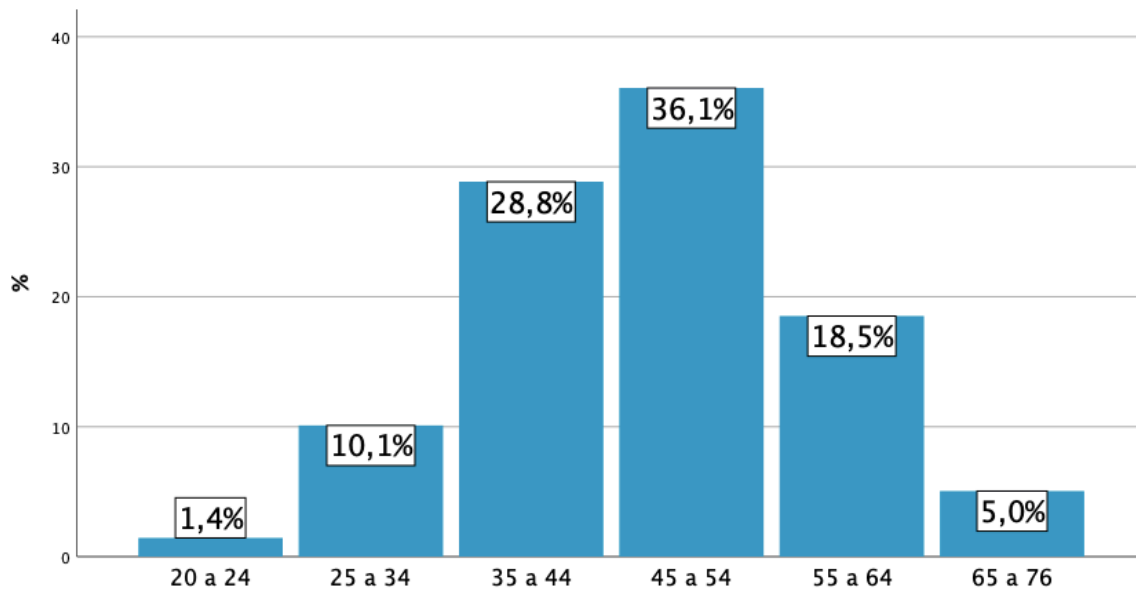
En segundo lugar, se llevó a cabo el contraste de hipótesis para las variables cualitativas mediante la prueba Chi Cuadrado ( $X^2$ ) que permite establecer si existe relación estadísticamente significativa entre el trastorno por consumo de alcohol y la depresión o la ansiedad, entre el sexo y la depresión o la ansiedad y entre los patrones de consumo y la depresión o la ansiedad. Para la significación estadística se utiliza un error de alfa menor del 5% ( $p < 0,05$ ).

# RESULTADOS

---

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra a estudio estuvo formada por 428 pacientes con trastorno por consumo de alcohol. Tenían edades comprendidas entre los 20 y los 76 años, siendo la media de 47,1 años (DE: 10,4). En el gráfico 1 se muestra la distribución por rango de edad de los pacientes.



**Gráfico 1. Porcentajes de edad**

En la tabla 4 podemos observar las características sociodemográficas de los pacientes. El 78% (n=334) de la muestra corresponde a hombres frente al 22% (n=94) que corresponde a mujeres.

El 94,4% (n=404) era de nacionalidad española. Un 44,2% (n=189) eran solteros, el 36,4% (n=156) había completado los estudios obligatorios y el 37,9% se encontraban en paro. El 45,3% (n=194) tenían antecedentes legales, ya sea prisión o juicio.

**Tabla 4. Características sociodemográficas de los pacientes con trastorno por consumo de alcohol.**

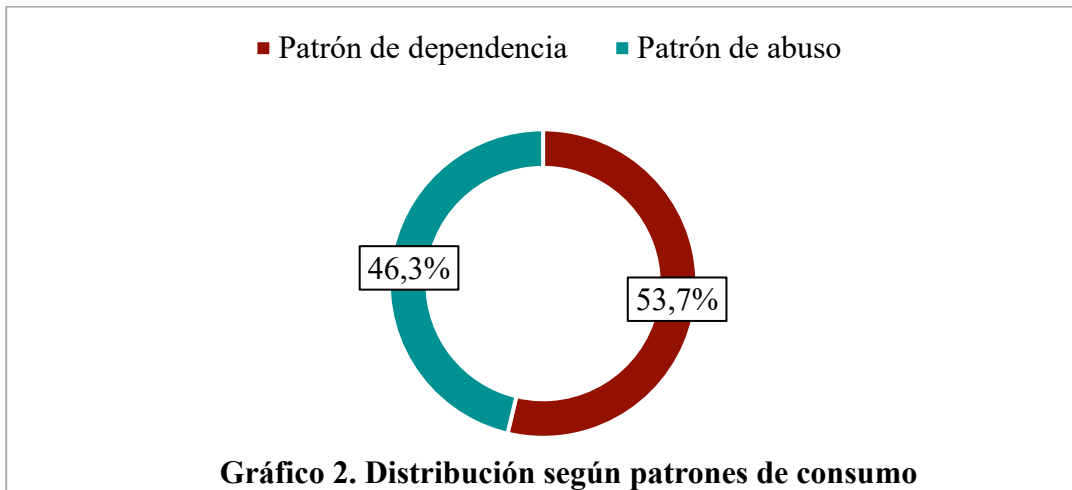
	Frecuencia (N=428)	Porcentaje
<b>GÉNERO</b>		
Hombre	334	78,0%
Mujer	94	22,0%
<b>NACIONALIDAD</b>		
Española	404	94,4%
Europea (otras)	11	2,6%
Africana	1	0,2%
América Latina	11	2,6%
América del Norte	1	0,2%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero/a	189	44,2%
Casado/Pareja	121	28,3%
Divorciado/Separado	99	23,1%
Viudo	19	4,4%
<b>NIVEL ACADÉMICO</b>		
Dificultad para leer/escribir	8	1,9%
Estudios primarios incompletos	102	23,8%
Certificado escolar	156	36,4%
Bachillerato o Formación profesional	123	28,7%
Estudios universitarios	39	9,1%
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
Activo	77	18,0%
Paro	162	37,9%
Baja	54	12,6%
Pensionista/Jubilado	117	27,3%
Otros	18	4,2%
<b>ANTECEDENTES LEGALES</b>		
Sí	194	45,3%
No	234	54,7%

Fuente: Elaboración propia

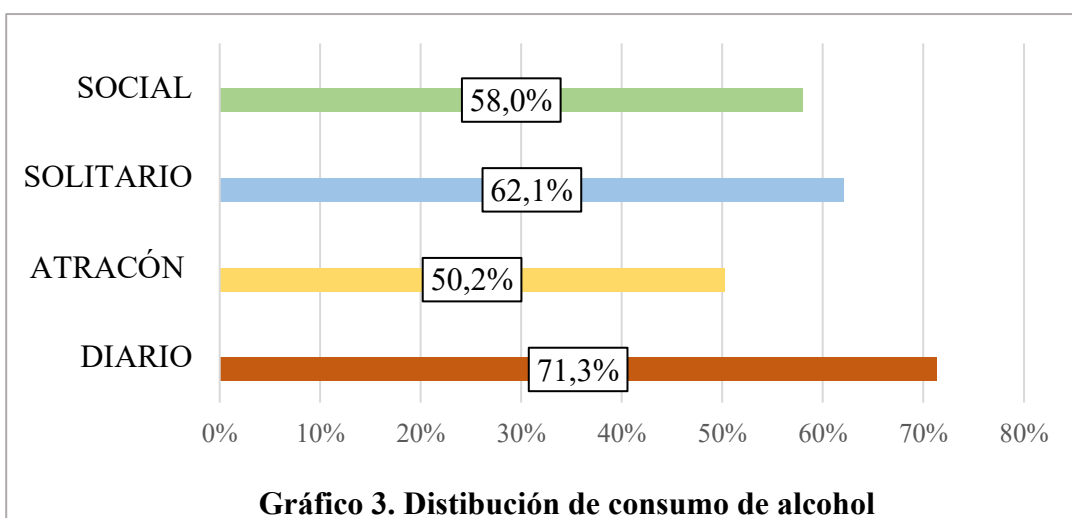
## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICAS

La edad media de inicio de consumo de alcohol fue de 15,80 años (DE: 7,60).

En lo referente al consumo de alcohol, el 53,70% (n=230) de los pacientes fueron diagnosticados de dependencia a esta sustancia. El 46,30% restante (n=198) presentó un patrón de abuso (Gráfico 2).



El 71,30% (n=293) de los pacientes consumían alcohol a diario. Un 50,20% (n=204) llevaba a cabo consumo por atracón o binge drinking. El consumo en solitario lo realizaba un 62,10% (n=254) y en reuniones sociales un 58,0% (n=236) (Gráfico 3).



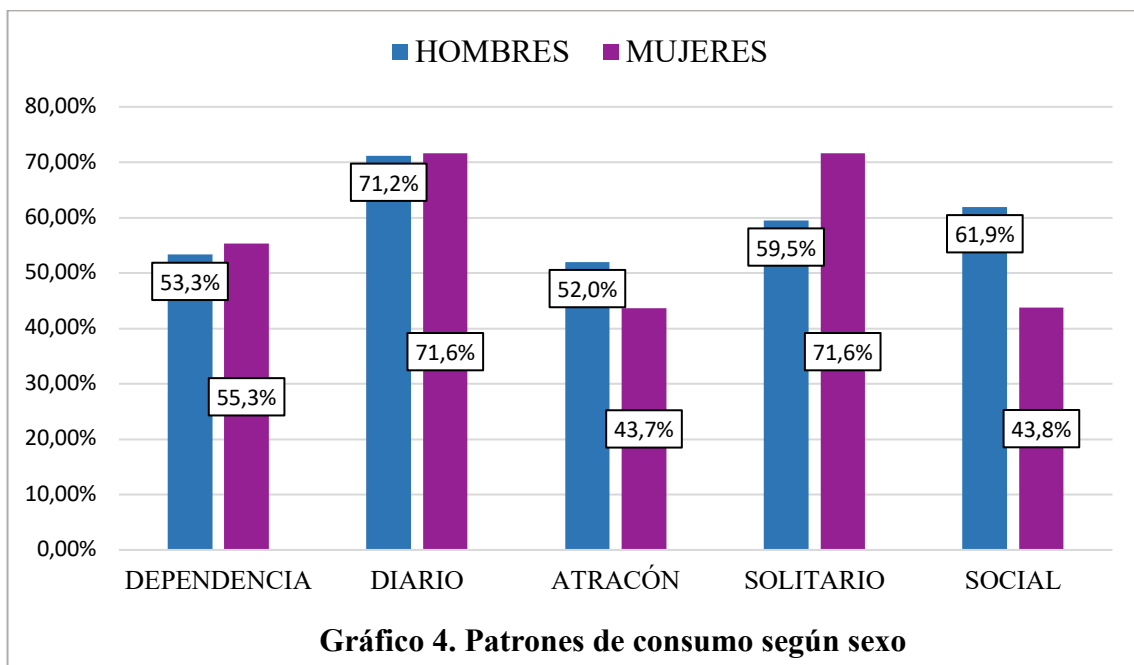
En la tabla 5 observamos las características en hombres y en mujeres. Las mujeres comenzaron el consumo de alcohol de media a los 17,8 años (DE: 10,03) y los hombres con 15,3 años (DE:6,68).

<b>Tabla 5: Patrones de consumo de alcohol y psicopatología acompañante, según sexo.</b>				
	<b>HOMBRES (N=334)</b>	<b>MUJERES (N=94)</b>		
	<i>Media (DE)</i>			
<b>EDAD</b>	47,05 ± 10,47	47,63 ± 10,17		
<b>EDAD INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL</b>	15,30 ± 6,68	17,80 ± 10,03		
<b>AÑOS DE CONSUMO REGULAR DE ALCOHOL</b>	18,03 ± 14,09	12,94 ± 12,56		
	<i>Porcentaje %</i>		$\chi^2$	<b>p</b>
<b>DEPENDENCIA</b>	53,3	55,3	0,121	0,728
<b>DIARIO</b>	71,2	71,6	0,005	0,944
<b>ATRACÓN</b>	52,0	43,7	1,911	0,167
<b>SOLITARIO</b>	59,5	71,6	4,289	<b>0,038*</b>
<b>SOCIAL</b>	61,9	43,8	9,382	<b>0,002*</b>
<b>DEPRESIÓN</b>	36,4	68,1	29,212	<b>0,000*</b>
<b>ANSIEDAD</b>	15,3	33,0	14,373	<b>0,000*</b>

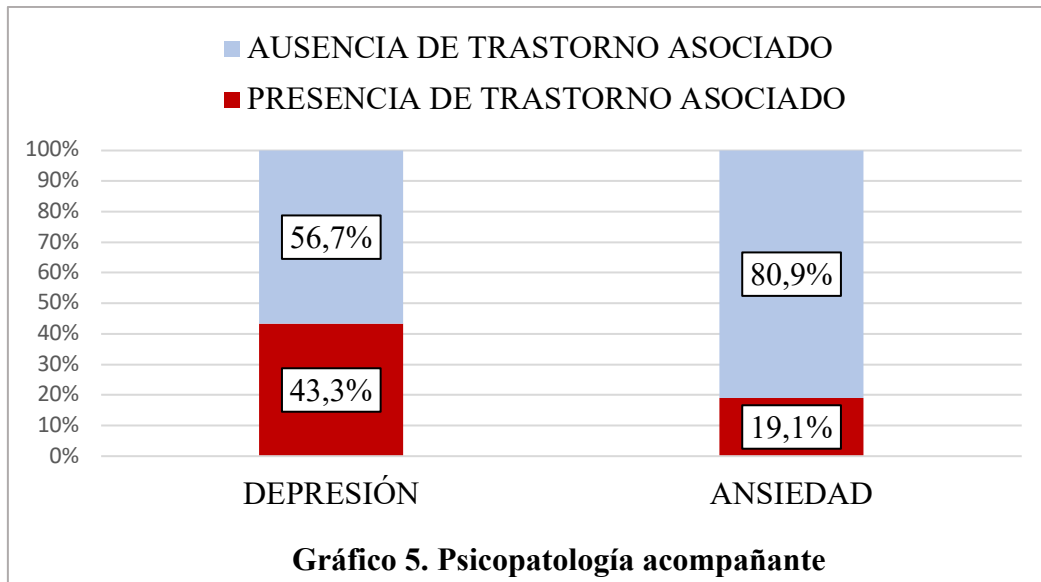
\*Prueba Chi-cuadrado. Valores de *p* inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4 vemos la distribución de los patrones de consumo según el sexo. Se observa como ambos sexos presentan una prevalencia similar de patrón de dependencia. El consumo de atracón fue más prevalente en los hombres (52,0%) que en las mujeres (43,7%) aunque esta diferencia no fue significativa. En el caso de las mujeres, el 71,6% presentaba un patrón de consumo en solitario. Este valor es notablemente superior al observado en los hombres, 59,5% ( $p < 0,05$ ). Por el contrario, el consumo de alcohol en un ámbito social fue más prevalente en hombres (61,9%) que en mujeres (43,8%) ( $p < 0,05$ ). Podemos observar una relación estadísticamente significativa tanto en el consumo en solitario como en el consumo social de alcohol con el sexo (Tabla 5).

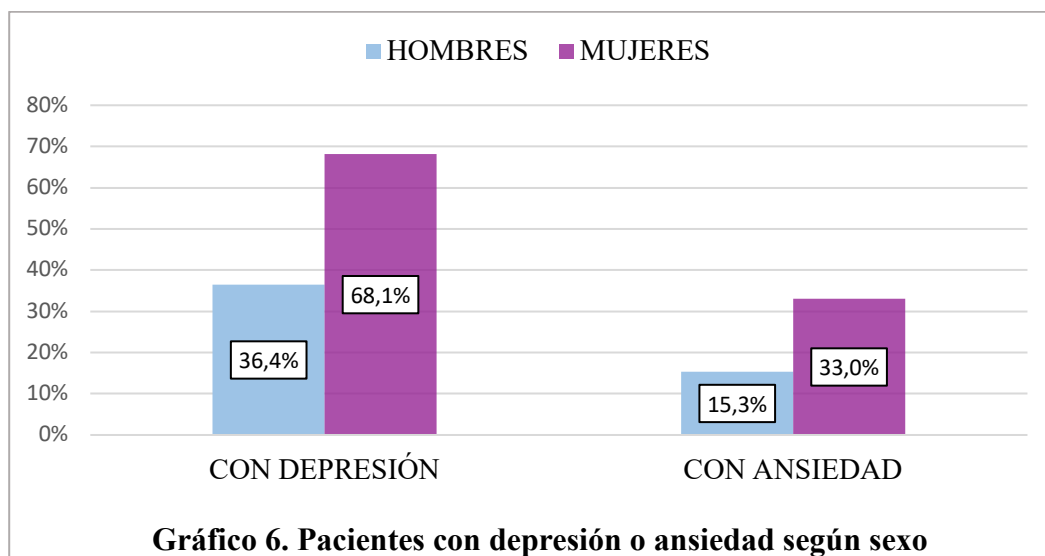


Además del diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, algunos pacientes de la muestra padecían otra psicopatología acompañante. En el gráfico 5 se observa la distribución de la psicopatología acompañante. Del total de la muestra, un 43,3% (n=181) de los pacientes tenía diagnóstico de trastorno depresivo y un 19,1% (n=80) de trastorno de ansiedad.



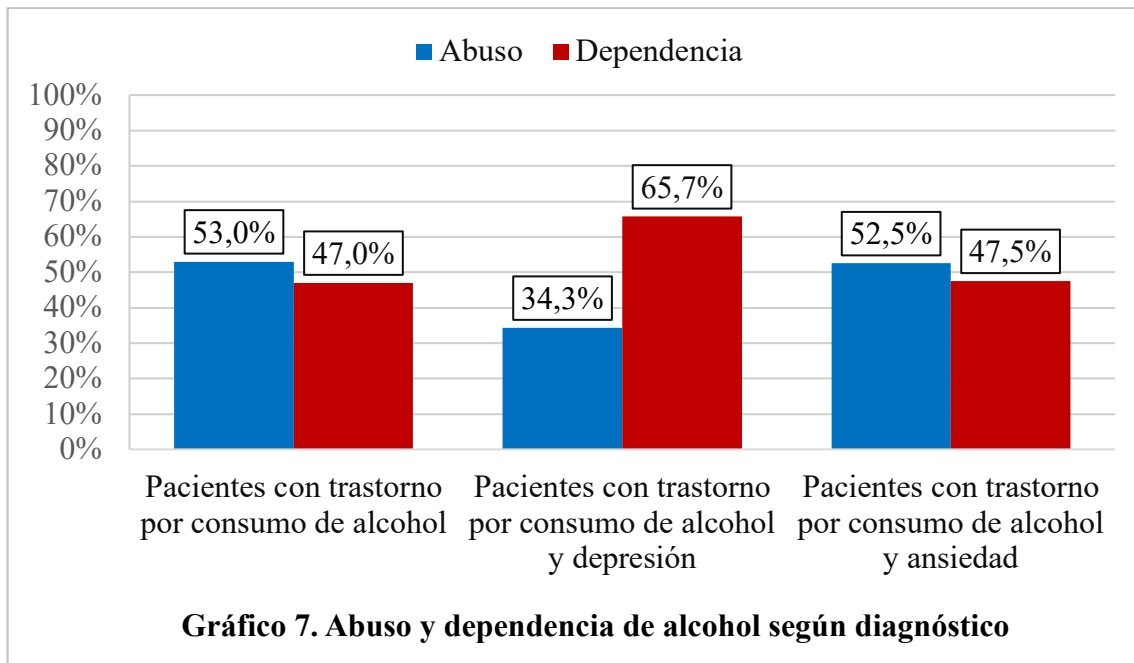
Al analizarlo según el sexo, el 68,1% de las mujeres padecía depresión frente al 36,4% de los hombres. En el caso de la ansiedad, los valores fueron 33,0% en el caso de las mujeres y 15,3% en el caso de los hombres (Gráfico 6)

Podemos observar que tanto la depresión como la ansiedad presentaron relación estadísticamente significativa con el sexo ( $p < 0,05$ ).



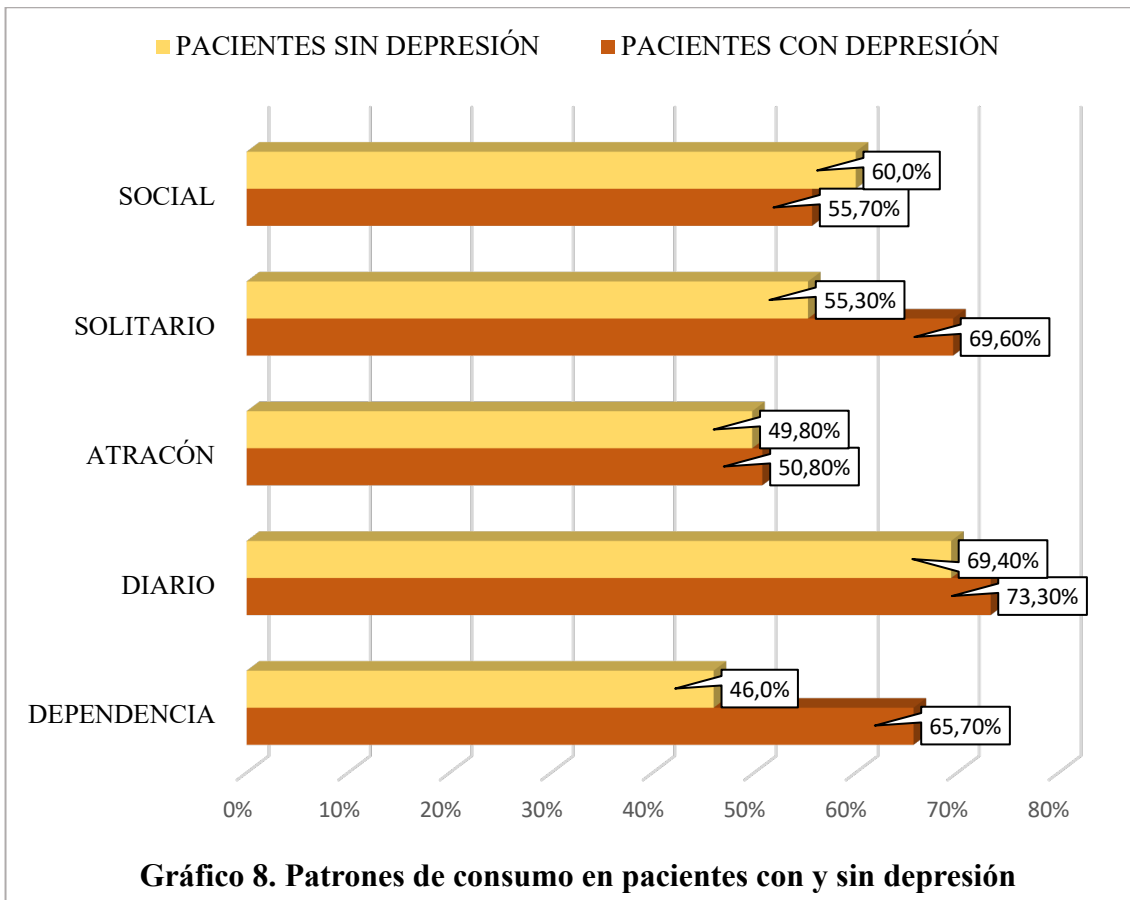


En el gráfico 7 se muestran los patrones de dependencia y abuso de alcohol en pacientes únicamente diagnosticados de trastorno por uso de alcohol, y en aquellos que tienen otro diagnóstico psicopatológico comórbido.



Podemos observar que la dependencia es parecida en pacientes con trastorno por uso de alcohol (47,0%) y en aquellos que además presentan ansiedad (47,5%). Sin embargo, en los pacientes que además de la adicción presentan depresión, un 65,7% (n=119) tiene dependencia alcohólica.

En el gráfico 8 se muestran los patrones de consumo de alcohol en pacientes que tienen o no depresión.



Como podemos observar en la tabla 6, los resultados de la prueba Chi Cuadrado ( $p < 0,05$ ), permiten establecer que existe relación significativa entre el trastorno depresivo y la dependencia alcohólica.

Podemos observar, además de la dependencia ya mencionada anteriormente, que el 73,3% ( $n=129$ ) de pacientes depresivos consume alcohol a diario frente al 69,4% ( $n=159$ ) de los pacientes sin depresión diagnosticada pero no hubo una asociación estadísticamente significativa.

El consumo por atracón es muy similar en ambos grupos de pacientes, 50,8% ( $n=92$ ) en pacientes con depresión y 49,8% ( $n=118$ ) en aquellos sin.

El consumo de alcohol en solitario es mayor en los pacientes con depresión, 69,6% ( $n=126$ ), que en los no deprimidos, 55,3% ( $n=131$ ). Hay asociación estadísticamente significativa entre el trastorno depresivo y el consumo en solitario ( $p < 0,05$ ).

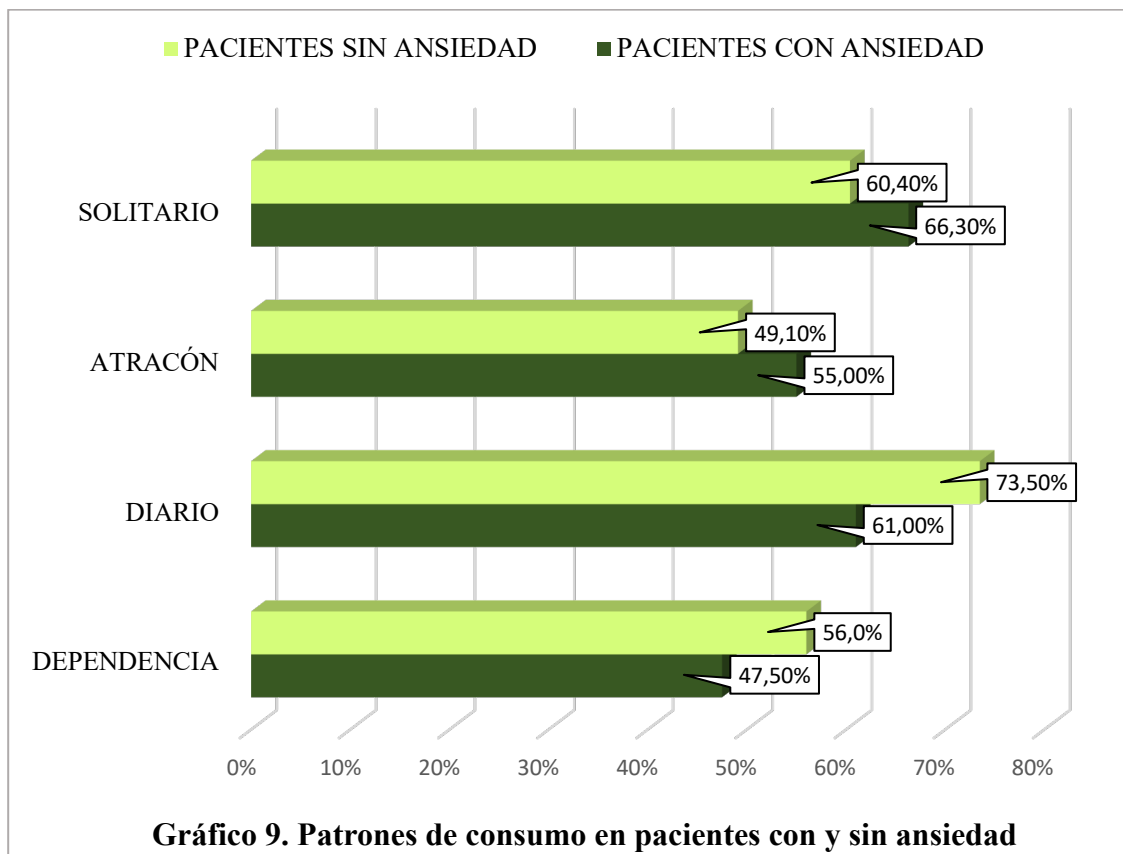
Por el contrario, el consumo de alcohol en un ámbito social es mayor en pacientes sin depresión, 60% (n=135) que en pacientes deprimidos, 55,7% (n=98) pero la asociación entre las variables no resulta estadísticamente significativa.

<b>Tabla 6: Patrones de consumo de alcohol en pacientes con y sin depresión</b>						
	<b>PACIENTES CON DEPRESIÓN</b>		<b>PACIENTES SIN DEPRESIÓN</b>		$\chi^2$	<b>p</b>
	N=181	%	N=237	%		
<b>DEPENDENCIA</b>	119	65,7%	109	46%	16,152	<b>0,000*</b>
<b>DIARIO</b>	129	73,3%	159	69,4%	0,723	0,395
<b>ATRACÓN</b>	92	50,8%	118	49,8%	0,44	0,833
<b>SOLITARIO</b>	126	69,6%	131	55,3%	8,910	<b>0,003*</b>
<b>SOCIAL</b>	98	55,7%	135	60%	0,756	0,384

\*Prueba Chi-cuadrado. Valores de  $p$  inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 9 y en la tabla 7 podemos observar los patrones de consumo de alcohol en los pacientes diagnosticados con un trastorno ansioso.



<b>Tabla 7: Patrones de consumo de alcohol en pacientes con y sin ansiedad</b>						
	<b>PACIENTES CON ANSIEDAD</b>		<b>PACIENTES SIN ANSIEDAD</b>		$\chi^2$	<b>p</b>
	N=89	%	N=338	%		
<b>DEPENDENCIA</b>	38	47,5%	190	56,2%	1,981	0,159
<b>DIARIO</b>	47	61%	241	73,5%	4,695	<b>0,030*</b>
<b>ATRACÓN</b>	44	55%	166	49,1%	0,897	0,344
<b>SOLITARIO</b>	53	66,3%	204	60,4%	0,949	0,330
<b>SOCIAL</b>	41	46,8%	192	59,3%	0,924	0,336

\*Prueba Chi-cuadrado. Valores de  $p$  inferiores a 0,05 han sido considerados estadísticamente significativos y resaltados en negrita.

Fuente: Elaboración propia

Al contrario que en los pacientes con depresión, la dependencia alcohólica es mayor en los pacientes sin la psicopatología acompañante. Presentan dependencia el 56,2% (n=190) de los pacientes sin ansiedad frente al 47,5% (n=38) de los pacientes con ansiedad, pero no hay asociación estadística entre la presencia de ansiedad y la dependencia.

Es mayor el número de pacientes sin ansiedad que bebe de manera diaria 73,5% (n=241) aunque también lo hace un alto número de pacientes con ansiedad 61% (n=47). Se observa una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad y el consumo diario de alcohol.

Los pacientes con ansiedad consumen más con un patrón de atracón de alcohol, 55,0% (n=44) así como en solitario 66,3% (n=53) aunque no encontramos asociación estadística de estas variables respecto a la ansiedad. Sin embargo, el consumo social es más frecuente en los pacientes sin ansiedad diagnosticada (59,3%) sin asociación estadísticamente significativa entre las variables.



## DISCUSIÓN

---

En nuestra muestra de pacientes con trastorno por consumo de alcohol la edad media era de 47,18 años (DE 10,402). La mayor parte tenía edades comprendidas entre los 45 y los 54 años (36,1%) y entre los 35 y los 44 años (28,8%). Si comparamos los resultados con la Encuesta EDADES 2019/2020<sup>3</sup> que recoge datos desde 1995, podemos observar que la franja de edad de 35 a 44 años es la más prevalente (0,6%) en ciudadanos con una posible dependencia al alcohol (AUDIT  $\geq 20$ ). Si nos fijamos en la prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq 8$ ), la franja de 15-24 años (9,2%) está en primer lugar, seguida de 25-34 años (6,5%).

Estos datos son llamativos ya que reflejan mayor prevalencia de consumo de riesgo a edades más tempranas (15-34 años). La siguiente franja de edad con mayor prevalencia de consumo de riesgo era entre 25 y 34 años. Los pacientes de 35 a 44 años ya mostraron un patrón de dependencia. Estos datos podrían reflejar una progresión en el consumo, hasta llegar a tener un trastorno de consumo.

Respecto al género, nuestra muestra estuvo formada por hombres en un 78% frente al 22% que fueron mujeres. Este hecho se corresponde con la encuesta EDADES<sup>3</sup>, donde podemos observar que tanto el patrón de consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq 8$ ) como la posible dependencia al alcohol (AUDIT  $\geq 20$ ) es más prevalente en hombres (8,2% y 0,6% respectivamente) que en mujeres (2,5% y 0,1%). También otros estudios reflejaron muestras mayoritariamente masculinas.<sup>19, 20</sup>

Los resultados de nuestro estudio demostraron diferencias en cuanto al género en los pacientes con trastorno por consumo de alcohol. Podemos observar que los hombres comenzaron a beber a una edad más temprana. Sin embargo, y aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, la prevalencia de dependencia alcohólica en nuestro estudio fue superior (55,3%) en las mujeres que los hombres (53,3%). Estos resultados coinciden con otros estudios que ponen de manifiesto una mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al consumo de alcohol.

Los hombres consumen en general más cantidad de alcohol y comenzaron el consumo más pronto que las mujeres. Sin embargo, aunque ellas comenzaron a beber a una edad más avanzada y presentaron menos años de consumo regular de alcohol, la evolución hacia el abuso y la dependencia fue más

rápida en ellas (“*telescoping effect*”).<sup>20, 21, 22</sup> Asimismo, presentaron más síntomas depresivos y más problemas médicos relacionados con el alcohol.<sup>2, 13</sup>

Las mujeres con dependencia del alcohol tienen más comorbilidad psiquiátrica, y tienden a tener mayor prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos.<sup>11, 19</sup> Tal y como lo muestran nuestros resultados, tanto la depresión como la ansiedad es más prevalente en las mujeres (68,1 y 33,0% respectivamente) que en los hombres (36,4% y 15,3% respectivamente). Además, podemos observar que tanto la depresión como la ansiedad presentaron una relación estadísticamente significativa con el sexo ( $p < 0,05$ ).

Estos resultados son preocupantes si tenemos en cuenta que el consumo de alcohol en mujeres jóvenes es una tendencia al alza. La prevalencia del consumo en el caso de la población adolescente (14-18 años) en España ya es superior en mujeres (79,4%) que en hombres (76,3%) (ESTUDES).<sup>12</sup>

Alrededor del 30-40% de las personas con trastorno de consumo de alcohol cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo en algún momento de su vida.<sup>11</sup> Los resultados de nuestro estudio indicaron no sólo que la dependencia alcohólica es más prevalente en pacientes con depresión, sino que existía una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Estos resultados son consistentes con estudios realizados anteriormente.<sup>23, 24</sup> Entre ellos está el de *Sullivan et al.*<sup>25</sup>, en el año 2005, quienes estudiaron el impacto del alcohol en la depresión. Concluyeron que la relación entre el alcohol y la depresión se asociaba a un peor curso de la enfermedad, un mayor riesgo de recaída, una menor probabilidad de recuperación y un mayor riesgo de suicidio. La depresión es un factor predictivo para el abandono del tratamiento y recaídas.<sup>26</sup>

La depresión fue más prevalente en los pacientes que llevaban a cabo un consumo de alcohol en solitario. Según los resultados obtenidos podemos decir que existe relación entre este patrón de consumo y el trastorno depresivo. En la literatura encontramos que hay asociación entre beber en solitario, los síntomas depresivos y las ideas suicidas.<sup>27, 28</sup>

Si nos fijamos en el consumo de alcohol en un ámbito social es más frecuente tanto en personas sin depresión como en personas sin ansiedad. Esto puede deberse a que los bebedores solitarios usan el alcohol para reducir emociones negativas, mientras los bebedores sociales lo usan para aumentar los efectos positivos.<sup>29</sup>



Según el estudio de *Erol y Karpyak*,<sup>30</sup> 2015, el consumo de alcohol para calmar emociones negativas es mucho más frecuente en mujeres alcohólicas que en mujeres bebedoras sociales (87% frente a 18% respectivamente). Esto podría explicar la alta prevalencia en nuestro estudio de mujeres con un patrón de consumo solitario (71,6%), al contrario que los hombres presentan una mayor prevalencia de consumo social.

Los resultados de nuestra investigación indican que no hay asociación estadísticamente significativa entre la dependencia alcohólica y la ansiedad, aunque existe numerosa literatura que relaciona los trastornos ansiosos y el consumo de alcohol, como *Khantzian*<sup>31</sup>, que afirmó que la depresión o la ansiedad podían llevar a un individuo a beber como “automedicación” para mitigar estados emocionales negativos.

El consumo de atracón o *binge drinking* consiste en el consumo de 5 o más bebidas estándar en un intervalo de aproximadamente dos horas.<sup>2, 12</sup> Es el patrón de consumo de riesgo más común entre los adolescentes en España mediante la práctica del “*botellón*”.<sup>32</sup> Este patrón de consumo se asocia a importantes efectos negativos, tanto sociales como en morbilidad.<sup>33</sup> En edades jóvenes está ligado a la búsqueda de rápidos efectos psicoactivos.<sup>34</sup>

En nuestra muestra podemos observar que este patrón de consumo es más prevalente en pacientes con depresión y en pacientes con ansiedad, aunque no es estadísticamente significativo.

*De Leo y Evans*, (2004)<sup>35</sup> informaron que el consumo excesivo de alcohol puede ser un instrumento en el acto de suicidio al aumentar el comportamiento impulsivo, incluso si los episodios de consumo de alcohol ocurren solo ocasionalmente y/o no hay una dependencia.

Hay una relación bidireccional entre el consumo de alcohol y la depresión o la ansiedad, como así lo demuestran otros autores, que también observan que los individuos sin psicopatología de base podrían desarrollar un trastorno depresivo o ansioso tras una exposición crónica al alcohol.<sup>26</sup> Esto puede deberse a los problemas sociales, familiares, laborales y de salud que el alcohol cause en el individuo o por los efectos que cause el alcohol en el cerebro.<sup>26, 28</sup>

Dada la naturaleza del estudio no podemos determinar qué tipo de relación hay entre los trastornos. Para futuras investigaciones sería recomendable realizar estudios de causalidad, así como estudiar el nivel de riesgo de un trastorno sobre otro.



## CONCLUSIONES

---

- Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y la dependencia del alcohol.
- Los pacientes con depresión presentaron mayor patrón de dependencia que de abuso.
- El consumo de alcohol en solitario tiene relación estadísticamente significativa con la depresión y es más prevalente en mujeres.
- No existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la dependencia del alcohol. La dependencia es parecida en pacientes con trastorno por consumo de alcohol y en aquellos que además presentan ansiedad.
- Los hombres consumen más y presentan con mayor frecuencia trastorno por consumo de alcohol, pero las mujeres presentan mayor dependencia y tienen más comorbilidad psiquiátrica.
- El consumo excesivo de alcohol puede ser un instrumento en el acto de suicidio.
- Los factores epidemiológicos implicados en el trastorno por consumo de alcohol fueron sexo varón, de nacionalidad española, de 45 a 54 años, soltero, con estudios primarios y en paro.
- Los jóvenes presentan un patrón de consumo de riesgo que podría progresar a un trastorno de consumo con patrón de dependencia.



# BIBLIOGRAFÍA

---

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Donat M, Sordo L, Belza MJ, Barrio G. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). Mortalidad atribuible al alcohol en España, 2001-2017. Metodología y resultados [Internet]. Secretaria General de Sanidad. Ministerio de Sanidad; 2020 [citado 1 Julio 2021]. Disponible en:  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020\\_Mortalidad\\_atribuible\\_al\\_alcohol\\_en\\_Espana\\_2001-2017.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020_Mortalidad_atribuible_al_alcohol_en_Espana_2001-2017.pdf)
3. Brime B, Llorens N, García N, Leon L, López M, Tristan C, et al. (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES 2019/20 [Internet]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 1 Julio 2021]. Disponible en:  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20\\_Informe\\_EDADES.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf)
4. Roncero C, Casas M. Patología dual. 1ª ed. Barcelona: Marge Books;2016.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª ed. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría;2014.
6. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Trastorno por consumo de alcohol: una comparación entre el DSM-IV y el DSM-5 [Internet]. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism;2020 [citado 1 Julio 2021]. Disponible en:  
<https://www.niaaa.nih.gov/es/publications/trastorno-por-consumo-de-alcohol-una-comparacion-entre-el-dsm-iv-y-el-dsm-5>
7. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), 1ª ed. Barcelona: Masson;2002.

- <sup>8</sup> Navarrete BR, Secín R. Generalidades del trastorno por consumo de alcohol. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [citado 1 Julio 2021];16(1): 47-53. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000100047&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000100047&lng=es)
- <sup>9</sup> Becoña E. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. C. Med. Psicosom. 2014;110:58-61.
- <sup>10</sup> Navarrete F, Rubio G, Manzanares J. Guía de intervención clínica para el manejo del trastorno por uso de alcohol. Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche;2021.
- <sup>11</sup> Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Manual de psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer;2018.
- <sup>12</sup> Brime B, Llorens N, Méndez F, Molina M, Sánchez E, Tortajada S. (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018/2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, INFORME 2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Secretaría General de Sanidad [citado 1 Julio 2021]. Disponible en:  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2020\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2020_Informe.pdf)
- <sup>13</sup> Sadock BJ, Ahmad S, Sadock VA. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 6ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer;2018.
- <sup>14</sup> Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Sinopsis de psiquiatría clínica. 11ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer;2015.
- <sup>15</sup> McHugh RK, Weiss RD. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. Alcohol Res [Internet]. 2019 [citado 1 Julio 2021];40(1). Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6799954/pdf/arcr.v40.1.01.pdf>
- <sup>16</sup> Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de trastornos adictivos. 2ª ed. Editorial Adamed;2011.

- <sup>17</sup> Szerman N. Patología Dual protocolos de intervención: Introducción a la conceptualización de la Patología Dual [Internet]. Sociedad Española de Patología Dual. Adicciones y otros Trastornos Mentales. 2016 [citado 1 Julio 2021]. Disponible en: <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/0-intro-pdual-dr-szerman.pdf>
- <sup>18</sup> Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2013;25(1):191-200.
- <sup>19</sup> Díaz-Mesa EM, García-Portilla P, Fernández-Artamendi S, Sáiz PA, Bobes T, Casares MJ et al. Diferencias de género en la gravedad de la adicción. *Adicciones*. 2016;28(4):221-230.
- <sup>20</sup> Palma-Álvarez RF, Rodríguez-Cintas L, Abad AC, Sorribes M, Ros-Cucurull E, Robles-Martínez M, et al. Mood Disorders and Severity of Addiction in Alcohol-Dependent Patients Could Be Mediated by Sex Differences. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 1 Julio 2021];10:343. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00343/full>
- <sup>21</sup> Hernandez-Avila CA, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2004;74:265-272.
- <sup>22</sup> Míguez MC, Permy B. Características del alcoholismo en mujeres. *Rev Fac Med* . 2017;65(1):15-22.
- <sup>23</sup> Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990- 2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2015;154:1-13.
- <sup>24</sup> Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend*. 2002;68:299-307.
- <sup>25</sup> Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *Am J Med*. 2005;118(4):330-341.
- <sup>26</sup> Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2002;14(1):195-219.

- <sup>27</sup> Ju YJ, Kim W, Oh SS, Park EC. Solitary drinking and the risk of depressive symptoms and suicidal ideation in college students: Findings from a nationwide survey in Korea. *J Affect Disord Rep.* 2019;257:710-715.
- <sup>28</sup> Skrzynski CJ, Creswell KG. Associations between solitary drinking and increased alcohol consumption, alcohol problems, and drinking to cope motives in adolescents and young adults: A systematic review and meta- analysis. *Addiction.* 2020; 115(11):1989-2007.
- <sup>29</sup> Park JM, Sohn A, Choi C. Solitary and Social Drinking in South Korea: An Exploratory Study. *Osong Public Health Res Perspect.* 2020;11(6):365-372.
- <sup>30</sup> Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend.* 2015;156:1-13.
- <sup>31</sup> Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry.* 1997;4(5):231-244.
- <sup>32</sup> De Leo D, Evans R. *International suicide rates and prevention strategies.* Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2004.
- <sup>33</sup> Valencia-Martín JL, González MJ, Galán I. Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(4):433-446.
- <sup>34</sup> Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL. Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(4):529-540.
- <sup>35</sup> De Leo D, Evans R. *International suicide rates and prevention strategies.* Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2004.



# ANEXOS

## Anexo 1: Hoja de recogida de datos “Hoja de entrada”



### HOJA DE ENTRADA

**Motivo de ingreso**.....  
**NHC:**..... **Sust. Ppal. de Tratamiento:** ..... **Fecha:**.....  
**Número de Protocolo:**.....  
**NOMBRE:**..... **DNI:**.....

**Fuente de derivación:** 1. CAD 2. CSM/ESM 3. U. Hosp. Psiq. 4. UTA 5. UCA 6. Otros.....

**Sexo:** 1- Hombre 2- Mujer **Fecha de Nacimiento:** .....

**Nacionalidad:**..... **Provincia de Nacimiento:** .....

Lugar de **origen** del padre: ..... Lugar de **origen** de la madre: .....

1. Magreb 2. África subsahariana 3. Europa del Este 4. América Latina  
 5. América del norte 6. Asia del Sur 7. Medio Oriente 8. Asia Este 9. Europa

**Étnia:** 1. Europeo 2. Asia-India 3. Mongoloide 4. Negroide 5 Otros.....

**Nivel Académico:** 1. Dificultades en la lectoescritura 2. Estudios primarios no finalizados  
 3. Certificado escolar 4- Bachillerato/Formación Profesional 5. Estudios universitarios

**Estado Civil:** 1. Soltero 2. Casado/Pareja 3. Separado Divorciado 4. Viudo

**Convivencia** últimos 30 días:

1. Pareja e hijos 2. Pareja 3. Hijos 4. Padres 5. Familia 6. Amigos 7. Solo 8. Medio protegido 9. No estable

**Situación laboral:** 1. Activo 2. Paro 3. Baja 4. Jubilado/Pensionista 5. Otros.....

**Antecedentes legales:** 1. Si (Prisión o juicios) 0. No

**Antecedentes familiares psiquiátricos:** 1. Sí / 0. No **Marcar:** 1er Grado (padres/hermanos)  
 2o Grado (abuelos/tíos)

**Antecedentes familiares sustancias:** 1. Sí / 0. No **Marcar:** 1er Grado (padres/hermanos)  
 2o Grado (abuelos/tíos)

Ha realizado **tratamiento médico** previo por TUS: 1. Sí / 0. No

Ha realizado **tratamiento psicoterapéutico** previo por TUS: 1. Sí / 0. No

Nº total de **desintoxicaciones hospitalarias**.....

Nº total de **ingresos en comunidad terapéutica**.....

Nº total de **tratamientos ambulatorios**.....CAS n:.....CSM n:.....

Nº total de **ingresos psiquiátricos (independiente del consumo de sustancias)**.....

**Antecedentes Psiquiátricos:** 1. Sí / 0. No **Programa Patología Dual:** 1. Sí / 0. No

1-Tr. Psicótico 2- Tr. Afectivo 3- T. Personalidad 4-Tr. Ansiedad 5- Otros

Edad de inicio de los síntomas:..... Edad del diagnóstico:.....

**Antecedentes Médicos:** 1. Sí / 0. No

1- Infecciosa ..... 2- ORL .....

3- Neumológica ..... 4- Cardiológica .....

5- Hepático ..... 6- Otras .....

Consumo de otras sustancias a lo largo de la vida											
Marcar con una cruz la casilla que proceda. En el apartado otros, por favor, especificar la sustancia											
Consumo	Alcohol	Benzos	Anfet Metanfét	Cocaína	Éxtasis	Opiáceos	Metadona	Cannabis	Tabaco	Speedball	Otros
Ocasional <15d/mes											
Regular >15d/mes											
Abuso											
Dependencia											

**Sustancia:** 1. Heroína 2. Cocaína 3. Cannabis 12. Heroína+Coca 4. Heroína+Cannabis  
 5. Coca+Cannabis 6. Heroína+Coca+Cannabis 7. Alcohol 8. Alcohol+cocaína  
 9. Alcohol+cannabis 10. Alcohol+Bzd 11. Otras.....

- Antes del 1er consumo 1.Si 0.No  
 - En intoxicación (cocaína/cannabis/anfet/alicin/OH) o abstinencia (heroína/OH)  
 0.No 1.Si 2-Intoxicado y no  
 - Actual 1.Si 0.No

Autoreferencialidad..... 1.Si 0.No  
 Delirio de persecución..... 1.Si 0.No  
 Alucinaciones..... 1.Si 0.No Tipo: 1-Auditivas 2-Visuales 3-Táctiles 4-Otras.....

→ **Antecedentes perinatales:**

Complicaciones durante el parto 1- Si Especificar.....  
 0- No

→ **Imnsonnio actual:**

1.Si 0.No

1-Conciliación 1.Si 0.No  
 2-Fragmentación 1.Si 0.No  
 3-Despertar precoz 1.Si 0.No  
 4-Pesadillas 1.Si 0.No  
 5-Otras alteraciones del sueño 1.Si 0.No Especificar.....

→ **Etapas del cambio:**

1.- Pre-contemplación 2.- Contemplación 3.- Preparación 4.- Acción 5.- Mantenimiento

→ **Eje V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)**

Actividad Satisfactoria	Síntomas Leves	Síntomas Graves	Alteración de la Realidad	Algún peligro Auto/hetero agresividad	Peligro persistente de lesión grave
100	70	50	40	20	1

→ **Percepción de salud del paciente**

1.-Muy buena 2.- Buena 3.- Regular 4.- Mala 5.- Muy mala

Ha realizado **tratamiento previo** farmacológico para:

- **Alcohol:** 0- No 1- Antabus 2-Naltrexona 3- Acamprosato 4 -Topiramato 5- Otros 6- Nalmefeno

- **Otras sustancias:** 1. Sí / 0. No

- **TDAH:** 0- No 1-Metilfenidato 2- Metilfenidato Retard 3- Lisdexanfetamina 4 -Atomoxetina 5- Bupropion 6-Otros

-**Dejó de tomar tratamiento para TDAH:** 0-No **Motivos:** 1- Efectos secundarios 2- Otros motivos

**Tratamiento farmacológico actual (1ª visita):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>**Equivalentes OH:</b>		<b>*** Equivalencias BZD (mg.). Un equivalente es igual a:</b>					
1 UBE	10 gr alcohol	Alprazolam	1	Flunitrazep	0,5	Oxazepam	10
	200 ml. cerveza	Chlordiazepo	25	Flurazepam	15	Prazepam	15
	100 ml. Vino	Clonazepa	2	Halazepam	40	Quazepam	15
2 UBE	1 copa de destilado	Clorazepat	7,5	Lorazepam	2	Temazepa	15
5 UBE	1 litro de cerveza	Diazepam	10	Midazolam	2,5	Triazolam	0,25
10 UBE	1 litro de vino	Estazolam	1	Nitrazepam	5		