

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA CODIFICADA PARA ALCOHOLISMO. UNA APORTACION AL MANEJO ASISTENCIAL DEL PROBLEMA

Dr. Mario Souza y Machorro*
Dr. Jesús Mestas Adame*
Lic. en Soc. Francisco Turull Torres**
Dr. Jorge Cárdenas Arroyo*

Summary

Since the creation of computerized procedures and codified instruments applied to clinical sciences, clinical psychiatry and other medical areas have benefited with the procedures that order and systematize the information to be used in prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation. The advances made in the creation, use and experience of these instruments are various, as shown by each one of them in their field, because they show that the oportune detection of cases for the prevention of mental illness is so important that it should be recognized as early as possible in order to reduce, among other things, the direct expenses involved in the treatment of the illness.

In the banks of information of Mexico there is no data giving evidence of codified instruments for the clinical psychiatric exploration of alcoholic patients. Until now, the efforts made by different institutional public or private groups only produced colloquial, uncodified instruments of limited use, which cannot be used in computation, nor in alcoholism. They are usually meant for the institution where the investigation is being made and therefore they differ from one another. They cannot be used in other institutions.

No technical instruments have been designed for the feedback of the groups that combat illness or promote health. It is also difficult to accept that the methods used do not encourage the support of pedagogic activities in the specialized training of doctors. An example of this is the lack of unified criteria regarding the word "alcoholism", which is usually used as a synonym of alcohol dependence syndrome; as a synonym of the term used by Jellinek, or as any of the social meanings which this word represents, and which varies depending on the group which uses it.

As alcoholism is a very serious health problem in Mexico, modern scientific instruments are needed which may provide a common basic language to be used by the health equipment that cares for alcoholics, specially in preventive tasks.

In a randomized sample of 400 cases, supported by 2 500 patients, it was found that lack of registers, omission of medical and psychosocial data, or its wrong interpretation, generated diagnostic mistakes which affected the clinical course of cases and the data on the consequences of excessive intake in the studied population. This problem has caused erroneous prescriptions and psychotherapeutic therapies.

Therefore, a "model" clinical history which would register the information in a complete and systematic way was elaborated. With this method it is possible to collect homogenous material from different people, at a different time, that could be used in a rutinary way. We suggest a clinical history for purely clinical or investigation purposes, as it integrates the biological, psychological and social areas susceptible of produ-

*Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco, 101, Col. S. Lorenzo Huipulco, 14370 México D.F.

**Alsina, 53-P-14 DI (1704) Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.

cing incapacity due to alcohol abuse. This clinical history was elaborated by a committee of specialists from the antecedents found in the Assistance Center for Alcoholics, the Center for the Prevention of Alcoholism and in the Mexican Institute of Psychiatry, besides bibliographical antecedents reported in computerized sources of information in Mexico. The sociodemographic and clinical aspects, as well as the codified composition of the instrument were divided into three areas: a) general sociodemographic aspects, b) medical, neuropsychiatric and diagnostic aspects based on the International Classification of Illness, and c) the codified structure for computerization of the answers, which is the basis for the systematization of information.

The technical details were made after 1200 clinical histories were applied through an instructive in which the limits and use of the instruments were explained.

This history is a pioneer element which favors the unification of criteria in this field and the systematic recollection of data of this and other neuropsychiatric procedures.

After its application, this instrument should be strictly evaluated to see if it proves to be as efficient as it seems to be. In the meantime we want to point out that the clinical histories in the unspecialized official centers of treatment and in specialized private centers can only be applied to alcoholism in a partial way, as they lack the requested biopsychosocial approach.

This model has worked in a convenient way, but its usefulness should be adjusted to the conditions and requirements of each place and to its resources. However we are in favor of a systematic application of this instruments in view of the fact that there is no other at the moment. This instrument is considered to be useful in every day practice as its information can be used as the basis for future action which will favor a better institutional therapeutic system. On the other hand, it is a pity that subregister or lack of information should continue because we will not be able to have a complete, codifiable and specialized clinical history.

In conclusion, we believe that this is a valuable instrument, and if it is accepted in the health services it will result in a benefit for the general population. We are in favor of a complete modernization that may complete and simplify actions at a low cost. We want to stress that we are in favor of procedures that humanize and fight in a clinical way and with pedagogic sensibilization, alcoholic illness, which is actually the most important drugdependence in our country.

Resumen

La aplicación de instrumentos codificados en medicina ha beneficiado sustancialmente la labor clínica y la investigación en todas sus áreas. El alcoholismo en México es un grave problema de salud. Debido a su magnitud, se requiere ordenar y completar sistemáticamente los datos clínicos que se producen al respecto en el ejercicio cotidiano, para mejorar la disponibilidad de tal información. Ello con el fin de nutrir el conocimiento sobre las condiciones actuales del problema y para servicio de la investigación en el diagnóstico y el manejo, pero funda-

Salud Mental V. 8 No. 3 septiembre 1985

mentalmente para la prevención de esta enfermedad.

La experiencia señala la necesidad de tener una historia especializada y codificada para lograr la unificación de criterios que se requieren para mejorar la atención de los problemas derivados del consumo abusivo de alcohol y de las incapacidades que ocasiona. Se presenta un instrumento basado en las recomendaciones de la OMS, que aborda biopsicosocialmente el alcoholismo, y que se juzga conveniente para iniciar la lucha contra este problema epidemiológico.

Antecedentes. La psiquiatría clínica se ha enriquecido con la introducción de procedimientos computarizados e instrumentos codificados (17, 10). Contamos con cuestionarios que ordenan y sistematizan la información especializada en las fuentes clínicas, para ser utilizados con fines diagnósticos, como las Escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión; la Escala de Poldinger para la prevención y el manejo del riesgo suicida (20, 16) y otros, como la Historia Neurológica de la Clínica Mayo, que aportan mucho a la enseñanza médica en nuestro país; y el Cuestionario General de Salud de Goldberg (12), que dio pie a los investigadores mexicanos para estandarizar una entrevista psiquiátrica con fines clínicos (6), sólo para mencionar algunos ejemplos. En el campo del alcoholismo hay diferentes instrumentos (21): la Prueba Detectora de Alcoholismo, de Michigan (*Michigan Alcoholism Screening Test*), y otros que determinan la duración del consumo, detectan los posibles casos (26) o reúnen la información epidemiológica computarizada (28, 25). Además disponemos de proyectos que evalúan la influencia de la educación sobre el alcoholismo (8). Sin embargo, los bancos de información de México todavía no tienen datos que aporten evidencia de instrumentos codificados destinados a la exploración clínico-psiquiátrica de los alcohólicos. Los esfuerzos del gobierno y de la iniciativa privada arrojan instrumentos de tipo coloquial, no están codificados, son de empleo limitado y no sirven para ser usados en áreas de cómputo ni están destinados al campo del alcoholismo, excepto el CUAAL (9), que realiza una diferenciación clínica en la población hospitalizada de alcohólicos en fase inicial. La iniciativa privada trabaja con sus propios recursos y para sus fines particulares, pero sus esfuerzos no van dirigidos al sector social.

En otros países los instrumentos retroalimentan las políticas de los equipos de salud y, en muchos casos, apoyan los aspectos pedagógicos del entrenamiento especializado de los médicos en pre y posgrado para alcanzar una enseñanza homogénea acerca del alcoholismo, que en México, lamentablemente, sigue siendo muy modesta.

Justificación. Según la opinión especializada de los profesionales y de acuerdo con los análisis de los diferentes estudios nacionales (14), el alcoholismo es un problema grave de salud pública en México. Diferentes publicaciones han reportado la gravedad del alcoholismo en el país (7, 11). La población mayor de 20 años, de ambos sexos, de sujetos dependientes al alcohol, oscila entre 5 y 7% (3), cifras que se calculan a partir de las tasas de mortalidad por cirrosis hepática. Otra visión del problema se obtiene de los estudios de campo (4), (13) que calculan que en la población masculina

de 20 años en adelante, los bebedores oscilan entre el 70 y el 85%. La diferencia entre los sexos es radical, pues las cifras en las mujeres de la misma edad están entre el 39 y el 55%. Entre los hombres adultos hay una proporción de bebedores excesivos de alrededor del 10%, en tanto que entre las mujeres apenas alcanza el 5%. La edad en que más se bebe está entre los 30 y los 50 años (5). La visión epidemiológica relaciona el consumo de alcohol con la cirrosis hepática (2). En México, la tasa de mortalidad por esta enfermedad en la población mayor de 20 años, de ambos sexos, se mantiene desde 1958 alrededor de 20 por 100 mil habitantes (7), cifra mayor a las reportadas por Estados Unidos, Italia y Canadá y rebasada en Latinoamérica solamente por Chile (11). En la población general mayor de 20 años de ambos sexos, la cirrosis hepática es una de las 10 primeras causas de muerte, y si se reduce a los hombres de 40 a 59 años, ésta ocupa el primer lugar (1). El 4% de los casos reportados de suicidio en 1967, estuvo relacionado con el consumo de alcohol (7), que acompaña, por lo menos, al 51% de las lesiones por riñas (18). Se ha encontrado una relación significativa entre el número de expendios de bebidas alcohólicas y el número de delitos. Lo mismo ocurre en los accidentes de tránsito reportados en el Distrito Federal en 1971, ya que el 18% ocurrió bajo los efectos del alcohol (23). Se calcula que el 2% de los trabajadores falta diariamente a su trabajo por motivos de alcoholismo. Se presume que la ingestión de esta droga ocasiona frecuentes problemas familiares en virtud de la forma en que los mexicanos consumen el alcohol: intensamente, en grandes cantidades, con marcada tendencia a la embriaguez, y la mayor parte de las veces en la propia casa (4). Se calcula que casi la mitad de los sujetos que acude a recibir atención médica no lo hace debido a su alcoholismo (27), sino por las complicaciones originadas por su padecimiento. Por tanto, reciben atención para las complicaciones pero no reciben el tratamiento integral requerido. De hecho, se puede decir que en el país no se cuenta con centros especializados para la atención de este problema, excepción hecha de los de tipo privado, por lo que falta mucho para lograr una adecuada atención nacional del alcoholismo. Por otro lado, según las fuentes oficiales (19), la demanda es tan baja que no tiene caso ampliar la oferta.

En una muestra al azar realizada en 1981 sobre 400 expedientes de pacientes de consulta externa (24), se encontró que faltaban registros, había omisiones de datos médicos y psicosociales o errónea interpretación de ellos. Asimismo, se puso en evidencia que los diagnósticos se referían a las consecuencias del consumo abusivo del alcohol y que los diagnósticos psiquiátricos adolecían de errores y omisiones. Lo mismo se encontró en las prescripciones y en las prácticas psicoterapéuticas. Debido a ello se propuso la confección de una historia clínica tipo para recoger la información de manera ordenada, completa y sistemática, y así eliminar las posibles variaciones que afectan la relación terapéutica entre el médico, el personal, y los diferentes tipos de pacientes. Tales variaciones imposibilitan, naturalmente, la recolección de información. A fin de

- _____ 26 27
11. ¿Con quién vive? 26 27
- Solo (1)
 - Cónyuge (2)
 - Cónyuge e hijos (3)
 - Cónyuge e hijos y otro (s) familiar (es) (4)
 - Padre (s) (5)
 - Padres, hermanos y otros (6)
 - Otros familiares (7)
 - Otros no familiares (8) 28
12. Referido por: 28
- Nadie (sí mismo) (1)
 - Familiar (2)
 - Institución médica (3)
 - Médico Particular (4)
 - Tec. en Salud Mental (5)
 - Grupo A.A. (6)
 - Delegación Política (7)
 - Empresa laboral (8)
 - Otros. Especif. (9) 29
13. Acompañado por: 29
- Familiar (1)
 - Amigo (2)
 - A.A. (3)
 - Familiar y amigo (4)
 - Familiar y A.A. (5)
 - Conocido (6)
 - Solo (7)
 - Otros. Especif. (8) 30
14. ¿Acude voluntariamente? 31
- Sí (1)
 - No. Especif. (2)
15. ¿Desea tratarse de su alcoholismo? 32
- Sí (1)
 - No. Especif. (2)
16. ¿Acude además por otro tipo de problema? 33
- No (1)
 - Somático. Especif. (2)
 - Psíquico. Especif. (3)
 - Otros. Especif. (4)
17. ¿Le perjudica su alcoholismo? 34
- a) Físicamente 34
 - Sí (1) No (2)
 - b) ¿Mental o emocionalmente? 35
 - Sí (1) No (2)
 - c) Familiarmente 36
 - Sí (1) No (2)
 - d) Laboralmente 37
 - Sí (1) No (2)
 - e) Económicamente 38
 - Sí (1) No (2)
 - f) Legalmente 39
 - Sí (1) No (2)
 - g) Otros 40
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
18. ¿Ha sido tratado por su alcoholismo en un Hospital General? 41
- No (1)
 - Consulta Externa. Especif. (2)
 - Internamiento. Especif. (3)
 - Consulta Externa e Internamiento. Especif. (4)

19. ¿Ha sido tratado por su alcoholismo en un Hospital Psiquiátrico? 42
- No (1)
 - Consulta Externa. Especif. (2)
 - Internamiento. Especif. (3)
 - Consulta Externa e Internamiento. Especif. (4)

II. ANTECEDENTES

20. Antecedentes Familiares Patológicos Alcohólicos:
- a) Padre 43
 - Sí (1) No (2)
 - b) Madre 44
 - Sí (1) No (2)
 - c) Hijos (no es antecedente) 45
 - Sí (1) No (2)
 - No aplicable (3)
 - d) Hermanos 46
 - Sí (1) No (2)
 - No aplicable (3)
 - e) Tíos 47
 - Sí (1) No (2)
 - No aplicable (3)
 - f) Abuelos 48
 - Sí (1) No (2)
 - g) Primos 49
 - Sí (1) No (2)
 - No aplicable (3)
 - h) Otros 50
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
21. Otros Antecedentes Familiares Patológicos:
- a) Cardiovasculares 51
 - Sí (1) No (2)
 - b) Tuberculosos 52
 - Sí (1) No (2)
 - c) Diabéticos 53
 - Sí (1) No (2)
 - d) Luéticos 54
 - Sí (1) No (2)
 - e) Neurológicos 55
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
 - f) Psiquiátricos 56
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
 - g) Neoplásicos 57
 - Sí (1) No (2)
 - h) Otros 58
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
22. Personales no Patológicos:
- a) Higiene Personal 59
 - Buena (1) Regular (2) Mala (3)
 - b) Higiene Habitacional 60
 - Buena (1) Regular (2) Mala (3)
 - c) Alimentación deficiente en cantidad y calidad 61
 - Sí (1) No (2)
23. Personales Patológicos
- a) Gastrointestinales 62
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)
 - b) Cardiovasculares 63
 - No (1)
 - Sí. Especif. (2)

- c) Tuberculosos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 64
- d) Venéreos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 65
- e) Neurológicos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 66
- f) Psiquiátricos
 (excluye farmacodependencia)
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 67
- g) Consumo de otras drogas
 (incluye farmacodependencia)
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 68
- h) Traumáticos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 69
- i) Quirúrgicos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 70
- j) Alergias medicamentosas
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 71
24. Tabaquismo
- a) Tiempo
 No aplicable (1)
 Hasta 5 años (2)
 Más de 5 años a 10 años (3)
 Más de 10 años a 15 años (4)
 Más de 15 años (5) 72
- b) Promedio de cigarrillos por día, en los 2 últimos años
 De 1 a 5 (1)
 De 6 a 10 (2)
 De 11 a 15 (3)
 De 16 a 20 (4)
 De 21 a 30 (5)
 De 31 a 40 (6)
 Más de 40 (7)
 No aplicable (8) 73

III. PADECIMIENTO ACTUAL

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

Clave y número de tarjeta

2 1 2 3 4 5 6

27. Patrón de ingestión en el último año activo. (Tipo de bebida y cantidad de ingestión semanal)
- Tipo Cantidad
- a) Fermentados (vino, cerveza, pulque, etc.) 7 8
- b) Destilados (tequila, ron, etc.) 9 10
- c) Alcohol 96° 11 12

- d) Total 13 14
28. Periodo máximo de ingestión en el último año activo
 De 1 a 3 días (1)
 De 4 a 7 días (2)
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3)
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4)
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 290 días) (5)
 De más de 6 meses a 9 meses (181 a 270 días) (6)
 De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días) (7) 15
29. Periodo máximo de abstinencia en el último año activo
 De 1 a 3 días (1)
 De 4 a 7 días (2)
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3)
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4)
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5)
 De más de 6 meses a 9 meses (181 a 270 días) (6)
 De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días) (7)
 Sin abstinencia (8) 16
30. Duración de la última ingestión
 De 1 a 3 días (1)
 De 4 a 7 días (2)
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3)
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4)
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5)
 De más de 6 meses a 12 meses (181 a 360 días) (6) 17
31. Abstinencia actual
 De 1 a 3 días (1)
 De 4 a 7 días (2)
 De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3)
 De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4)
 De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5)
 Más de 6 meses (más de 180 días) (6)
 sin abstinencia (7) 18
32. ¿Por qué incrementó la ingestión?
 Por pérdida objetal (1)
 Para lograr los efectos (2)
 Por motivos sociales (3)
 Otros. Especificar (4) 19
33. ¿Con quién bebe preferentemente?
 Solo (1)
 Desconocidos (2)
 Conocidos (3)
 Amigos (4)
 Familiares (5)
 Otros. Especificar (6) 20
34. Sitio donde bebe preferentemente
 Calle (1)
 Trabajo (2)

- Casa (3)
 Cantina (4)
 Otros. Especificar (5) 21
35. ¿Ha intentado dejar de beber?
 No (1)
 Con ayuda médica (2)
 Grupo A.A. (3)
 Juramentos (4)
 Por sí mismo (5)
 Otros. Especificar (6) 22
36. ¿Consumo otras drogas?
 No (1) 23
 Sí. Especific. (2)
37. Repercusiones laborales del alcoholismo
 a) Ausentismo 24
 Sí (1) No (2)
 b) Abandono 25
 Sí (1) No (2)
 c) Desempleo 26
 Sí (1) No (2)
 d) Despido 27
 Sí (1) No (2)
 e) Accidentes de trabajo 28
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
 f) Problemas con compañeros y/o patrones 29
 Sí (1) No (2)
 g) Otros 30
 No (1)
 Sí. Especificar (2)
38. En los períodos activos de ingestión ¿Cuántos días al mes se ausenta de su trabajo? (99 =ninguno) 31 32
39. Repercusión familiar
 a) Tensión y Dificultades 33
 Sí (1) No (2)
 No aplicable (3)
 b) Riñas 34
 Sí (1) No (2)
 No aplicable (3)
 c) Separación transitoria 35
 Sí (1) No (2)
 No aplicable (3)
 d) Abandono sin divorcio 36
 Sí (1) No (2)
 No aplicable (3)
 e) Divorcio 37
 Sí (1) No (2)
 No aplicable (3)
40. Actitud de la familia ante el alcoholismo
 Rechazo (1)
 Indiferencia (2)
 Ambivalencia (3)
 Aceptación (4) 38
 No aplicable (5)
41. Repercusión sexual
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 39
42. Repercusión Social
 a) Mendicidad 40
 Sí (1) No (2)
 b) Parasitismo Social 41
 Sí (1) No (2)
 c) Robo 42
 Sí (1) No (2)

- d) Problemas legales
 No (1)
 Sí. Especific. (2) 43
- e) Riña 44
 Sí (1) No (2)
- f) Accidentes domésticos o viales 45
 Sí (1) No (2)
- g) Otros 46
 No (1)
 Sí. Especific. (2)

IV. EXPLORACION MENTAL

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

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

- c) Alucinaciones Gustativas
 No (1) 11
 Sí. Especificar (2)
- d) Alucinaciones Olfatorias
 No (1) 12
 Sí. Especificar (2)
- e) Alucinaciones Táctiles
 No (1) 13
 Sí. Especificar (2)
63. Estado afectivo
 a) Angustia 14
 Sí (1) No (2)
- b) Depresión 15
 Sí (1) No (2)
- c) Euforia 16
 Sí (1) No (2)
- d) Aplanamiento 17
 Sí (1) No (2)
- e) Labilidad 18
 Sí (1) No (2)
64. Alteraciones de Juicio 19
 Sí (1) No (2)
- V. EXPLORACION FISICA
65. Alteraciones de Conformación
 No (1) 20
 Sí. Especificar (2)
66. Alteraciones de Integridad
 No (1) 21
 Sí. Especificar (2)
67. Alteraciones de Conciencia
 No (1) 22
 Sí. Especificar (2)
68. Peso
 Menor o igual a 50 kg. (1)
 De 51 a 60 kg. (2)
 De 61 a 70 kg. (3)
 De 71 a 80 kg. (4)
 De 81 a 90 kg. (5)
 De más de 90 kg. (6) 23
69. Estatura
 Menor o igual a 150 cms. (1)
 De 151 a 160 cms. (2)
 De 161 a 170 cms. (3)
 De 171 a 180 cms. (4)
 De 181 a 190 cms. (5) 24
70. Alteraciones de la Tensión Arterial
 No (1) 25
 Sí. Especificar (2)
71. Alteraciones de la Temperatura
 No (1) 26
 Sí. Especificar (2)
72. Alteraciones de la Frecuencia Respiratoria
 No (1) 27
 Sí. Especificar (2)
73. Alteraciones de Piel y Mucosas
 No (1) 28
 Sí. Especificar (2)
74. Alteraciones de Cráneo (1)

Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	29
<hr/>			
75. Alteraciones de Cuello			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	30
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	30
<hr/>			
76. Alteraciones de Tórax			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	31
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	31
<hr/>			
77. Alteraciones de la Frecuencia Cardíaca			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	32
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	32
<hr/>			
78. Alteraciones de Abdomen			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	33
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	33
<hr/>			
79. Alteraciones de las Extremidades			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	34
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	34
<hr/>			
VI. EXPLORACION NEUROLOGICA			
<hr/>			
80. Alteraciones de los Nervios Craneales			
a) Olfatorio			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	35
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	35
<hr/>			
b) Óptico			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	36
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	36
<hr/>			
c) Motor Ocular Común			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	37
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	37
<hr/>			
d) Patético			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	38
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	38
<hr/>			
e) Trigémino			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	39
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	39
<hr/>			
f) Motor Ocular Externo			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	40
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	40
<hr/>			
g) Facial			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	41
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	41
<hr/>			
h) Auditivo			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	42
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	42
<hr/>			
i) Glosfaringeo			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	43
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	43
<hr/>			
j) Neumogástrico			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	44
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	44
<hr/>			
k) Espinal			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	45
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	45
<hr/>			
l) Hipogloso			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	46
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	46

81. Alteraciones de la Función Cerebelosa
a) Coordinación Dedo-Nariz

No	(1)	<input type="checkbox"/>	47
Sí	(2)	<input type="checkbox"/>	47
<hr/>			
b) Movimientos Alternos			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	48
Sí	(2)	<input type="checkbox"/>	48
<hr/>			
c) Marcha			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	49
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	49
<hr/>			
82. Alteraciones del Sistema Motor			
a) Atrofia Muscular			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	50
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	50
<hr/>			
b) Movimientos Anormales			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	51
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	51
<hr/>			
c) Tono Muscular			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	52
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	52
<hr/>			
d) Fuerza Muscular			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	53
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	53
<hr/>			
83. Alteraciones del Sistema Sensorial.			
Sensación Primaria			
a) Sensibilidad táctil superficial			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	54
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	54
<hr/>			
b) Dolor Superficial			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	55
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	55
<hr/>			
c) Sensibilidad a la Temperatura			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	56
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	56
<hr/>			
d) Sensibilidad Vibratoria			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	57
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	57
<hr/>			
e) Dolor a la Presión Profunda			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	58
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	58
<hr/>			
84. Alteraciones del Sistema Sensorial.			
Sensibilidad Discriminatoria Cortical			
a) Discriminación de dos puntos			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	59
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	59
<hr/>			
b) Localización del lugar tocado			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	60
Sí. Especific.	(2)	<input type="checkbox"/>	60
<hr/>			
c) Función Esterognósica			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	61
Sí. Especific.	(2)	<input type="checkbox"/>	61
<hr/>			
d) Grafestesia			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	62
Sí. Especific.	(2)	<input type="checkbox"/>	62
<hr/>			
85. Alteraciones de los Reflejos Osteotendinosos			
a) Bicipital			
No	(1)	<input type="checkbox"/>	63
Sí. Especificar	(2)	<input type="checkbox"/>	63
<hr/>			
b) Tricipital			

No (1) 64
 Sí. Especificar (2)

c) Braquiorradial
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 65

d) Patelar
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 66

e) Aquileo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 67

86. Alteraciones de los Reflejos Superficiales
 a) Corneal
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 68

b) Faringeo
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 69

c) Abdominal
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 70

d) Cremasteriano
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 71

e) Plantar
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 72

87. Reflejos Patológicos
 a) Clonus
 Sí (1) No (2) 73

b) Babinsky
 Sí (1) No (2) 74

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

88. Patología Neuropsiquiátrica Derivada
 a) Delirium Tremens
 Sí (1) No (2) 75

b) Psicosis Alcohólica de Korsakoff
 Sí (1) No (2) 76

c) Demencia Alcohólica y/o Síndrome Cerebral Crónico Alcohólico
 Sí (1) No (2) 77

d) Alucinosis Alcohólica
 Sí (1) No (2) 78

e) Embriaguez Patológica
 Sí (1) No (2) 79

f) Celotipia Alcohólica (Paranoia)
 Sí (1) No (2) 80

Clave y número de tarjeta

4 1 2 3 4 5 6

g) Síndrome de Abstinencia Alcohólica
 Sí (1) No (2) 7

h) Alcohóismo Crónico con Psicosis
 Sí (1) No (2) 8

i) Síndrome de Dependencia al Alcohol

Sí (1) No (2) 9

j) Intoxicación Aguda o Efectos Posteriores a la Embriaguez
 Sí (1) No (2) 10

k) Crisis Convulsivas (No Epilepsia) 11

89. Patología Somática Derivada

a) Gastritis
 Sí (1) No (2) 12

b) Úlcera Gastroduodenal
 Sí (1) No (2) 13

c) Hepatitis
 Sí (1) No (2) 14

d) Pancreatitis
 Sí (1) No (2) 15

e) Cirrosis
 Sí (1) No (2) 16

f) Enteritis
 Sí (1) No (2) 17

g) Polineuritis
 Sí (1) No (2) 18

h) Desnutrición
 Sí (1) No (2) 19

i) Hipovitaminosis
 Sí (1) No (2) 20

j) Otros
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 21

VIII. TRATAMIENTO

90. Tratamiento en el Centro
 a) Soluciones Parenterales
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 22

b) Dextrosa 50%
 Sí (1) No (2) 23

c) Vitamínicos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 24

d) Alcalinos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 25

e) Antieméticos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 26

f) Antidiarréicos
 Sí (1) No (2) 27

g) Ansiolíticos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 28

h) Antidepresivos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 29

i) Antipsicóticos
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 30

j) Psicoterapia
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 31

91. Acciones Antialcohólicas Concomitantes
 a) Alcohólicos Anónimos
 Sí (1) No (2) 32

b) Juramentos
 Sí (1) No (2) 33

c) Otros
 No (1)
 Sí. Especificar (2) 34

y la sensibilización pedagógica la enfermedad del alcoholismo, que es hoy día la farmacodependencia más importante en nuestro país, y que a pesar de su importancia epidemiológica, demostrada como problema de salud pública, continúa mal diagnosticada, mal tratada y mal rehabilitada.

Agradecimientos. Agradecemos su colaboración a los doctores Federico G. Puente, Enrique Martínez Cid, Leonardo González Navarro, Abraham Manzano del Castillo, Rubén Velasco Orellana, a la trabajadora social Rosalba Tenorio y a los investigadores y personal del Centro para la Prevención del Alcoholismo, sin la cual no hubiera podido realizarse el presente trabajo.

REFERENCIAS

1. *Atlas de la Salud de la República Mexicana, SSA*. México, 1973.
2. BRUUN K: Alcohol control policies in public health perspective. Finnish Foundation for Alcohol Studies. Vol. 25, Helsinki, 1975.
3. BUSTAMANTE M E: El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas: Aspectos sociomédicos. *Gac Med Mex* 107: 227, 1974.
4. CALDERON G, CAMPILLO C, SUAREZ C: Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol. Monografía. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1981.
5. CAMPILLO-SERRANO C: Los problemas relacionados con el alcohol en México y estrategias para prevenirlos. *El Alcoholismo en México I Patología*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. 165-178, México, 1982.
6. CAMPILLO-SERRANO C, CARAVEO A J, MEDINA-MORA M E, MARTINEZ L P: Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg en una versión mexicana. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 27: 44-53, 1981.
7. CAMPILLO-SERRANO C, MEDINA-MORA M E: Evaluación de los problemas y de los programas de investigación sobre el uso de alcohol y drogas (especialmente solventes) en México. *Salud Pública Méx* 20: 733, 1978.
8. DAEP AMHERST: Demonstration Alcohol Education Project. University of Massachusetts, EUA, 1980.
9. DE LA FUENTE J R, GUTIERREZ R L M, RIVERO M F, GARCIA-TSAO G, ROJKING M, KERSHENOBICH D: Detección precoz del alcoholismo en una población hospitalaria. *Rev Invest Clin* 34: 1-6, 1982.
10. FEIGNER J P, ROBINS E, GUZE S B y cols: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 26: 57-63, 1972.
11. FUENTE R DE LA, CAMPILLO C: Alcoholism and drug abuse in Mexico, Paper presented in the *ARF/WHO Seminar*. Toronto, Ontario, Canadá, 1977.
12. GOLDBERG A P: The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph*. Oxford University Press, 21: 155, Londres, 1972.
13. MACCOBY M: El alcoholismo en una comunidad campesina. *Psicoanálisis, Psiquiatría, Psicología*. Fondo de Cultura Económica 1: 63, 1965.
14. OMS-IMP: Reunión Internacional *Estrategias preventivas ante los problemas relacionados con el uso del alcohol*. Memorias. Organización Mundial de la Salud e Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1981.
15. Organización Mundial de la Salud: *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Suiza, 1980.
16. Organización Mundial de la Salud: Prevención del Suicidio. *Cuadernos de Salud Pública No. 35*. OMS, Ginebra, 1969.
17. OVERALL J E, HOLLISTER L E: Computer procedures for psychiatric diagnosis classification. *JAMA* 187: 583-588, 1964.
18. QUIROZ CUARON A: Alcoholismo y criminalidad. *Rev Fac Med Mex* 2: 594, 1960.
19. RICO DIAZ H: Un modelo de atención para el enfermo alcohólico en servicios institucionales de salud mental. *El Alcoholismo en México II, Aspectos Sociales, Culturales y Económicos*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México, 1983.
20. SCHNEIDMAN E: Suicidología: *Contemporary Development Seminars in Psychiatry*. Ed. Grunne and Stratton, 1976.
21. Screening Tests for Alcoholism: (Ed.). *Lancet* 2: 1117, 1980.
22. SELZER M L: The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 127: 1653, 1971.
23. SILVA MARTINEZ M: Alcoholismo y accidentes de tránsito. *Salud Pública Méx* 14: 809, 1972.
24. SOUZA Y M M, MESTAS A J, TURULL T F, CARDENAS A J: Perfil médico-psiquiátrico de los consultantes al Centro para la Prevención del Alcoholismo (CEPRA). Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reporte Interno. México, 1982.
25. SPITZER R L, ENDICOTT J: Diagno: A computer program for psychiatric diagnosis utilizing the differential diagnostic procedure. *Arch Gen Psychiatry* 18: 746-756, 1968.
26. SWENSON W M, MORSE R M: The use of a self-administered alcoholism screening test (SAAST) in a medical center. *Mayo Clinic Proc* 50: 204, 1975.
27. TURULL T F: Aspectos socioculturales de la demanda en un servicio de alcoholismo en la ciudad de México: el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. *Salud Mental* 5 (5): 66-73, 1982.
28. VECCHIO T J: Predictive wave of a single diagnostic text in unselected population. *N Engl J Med* 274: 1171, 1966.

APENDICE

INSTRUCTIVO DE LA HISTORIA CLINICA PSI- QUIATRICA CODIFICADA PARA ALCOHOLISMO (HPCPA)

- 1. OBJETIVO.** Se ofrecen lineamientos generales para la aplicación de la HPCPA adaptables a las condiciones particulares del servicio donde se aplique. Se recaban los antecedentes, estado y consecuencias de la trayectoria del paciente alcohólico, que asista a la unidad médica y cuyos datos proporcionan los aspectos de orden médico, psicológico, psiquiátrico y social más significativos, vinculados con el padecimiento.
- 2. ESTRUCTURA.** La HPCPA tiene 97 preguntas seleccionadas, distribuidas en 10 capítulos: Capítulo I. Los aspectos sociodemográficos y sociomédicos; Capítulo II. Los aspectos generales y específicos relacionados con el consumo del alcohol, la familia y el individuo; Capítulo III. Las características del padecimiento actual; Capítulo IV. La situación psiquiátrica actual del paciente; Capítulo V. El estado físico actual del paciente; Capítulo VI. El estado neurológico actual del paciente; Capítulo VII. La apreciación nosológica del médico respecto al padecimiento al momento de la consulta; Capítulo VIII. El manejo del paciente; Capítulo IX. La apreciación nosológica y las posibilidades que tenga el proceso, y Capítulo X. El registro de la información adicional, según lo estipulado en "procedimiento".
- 3. POBLACION Y CONSIGNA.** La HPCPA puede aplicarse a todo paciente que pida consulta debido a su alcoholismo, o a los sospechosos de padecerlo, dentro de la unidad médica o fuera de ésta sin importar sexo, edad, lugar de procedencia, estado socioeconómico, etc.
- 4. PROCEDIMIENTO.** 4.1 La HPCPA puede aplicarla un psiquiatra, un residente o un médico general adiestrado, de ser posible durante su primer contacto con el paciente o con el sospechoso de alcoholismo; 4.2 El registro de información se marcará con un círculo en el número de código correspondiente a las categorías estipuladas. Sólo se marcarán las tres primeras casillas: clave y número de tarjeta, número de expediente y fecha.
- 5. PERIODO DE APLICACION.** Vigencia abierta según se juzgue conveniente.
- 6. ESPECIFICACIONES.** 6.1 *Generales.* a) Clave y número de tarjeta: la primera casilla se destina al número de tarjetas utilizadas y el resto de las casillas al orden correlativo de la numeración de la historia. Para evitar repeticiones, la numeración se hará al final de la jornada diaria de trabajo por la persona designada, en base al total de aplicaciones efectuadas en cada servicio; b) número de expediente: se consignará en las casillas de acuerdo al número asignado a cada paciente. 6.2 *Particulares. Especificaciones. Capítulo I.* P. 1. La fecha será la del día en que se aplique la HPCPA y se consignará en las casillas correspondientes en el siguiente orden: día, mes y año, con la numeración que va del 01 al 31 para los días (casilla 12 y 13); de 01 al 12 para los meses (casilla 14 y 15); y el año, en los dos últimos dígitos que correspondan a su nomenclatura (casilla 16 y 17). P.2. El nombre se anotará en el siguiente orden: apellido paterno, materno y el nombre o nombres propios. P.3. Se registrará según la apreciación del encuestador. P.4. Se registrará la edad que tenga en años cumplidos a la fecha de la entrevista. P.5. Se registrará el estado civil que tenga a la fecha de la entrevista. P. 6. Se registrará según respuesta de acuerdo a las categorías. P. 7. Se entenderá por analfabeta la persona que no sepa leer o escribir. Aquellos que lo sepan sin haber cursado educación formal, se colocarán en "primaria incompleta". El resto de las categorías se marcarán de acuerdo a lo estipulado. P. 8. Se registrará la que corresponda a la fecha de la entrevista. En caso de tener varias ocupaciones, se registrará la que el encuestado considere más importante en función de su sustento en los últimos 6 meses. P. 9. Se registrará en "origen", el lugar en donde haya pasado más tiempo durante los primeros 10 años de su vida, y en caso de igualdad de periodos, se optará por el último. P. 10. Se registrará el que corresponda al momento de la consulta de acuerdo a las categorías. P. 11. Se registrará la persona con quien viva al momento de la consulta, siempre y cuando tenga por lo menos seis meses de vivir con ella, de acuerdo a las categorías. P. 12. Se registrará según la respuesta; en caso de que sea más de una, se asignará como prioridad a la que más haya influido para que acudiera a consulta. P. 13. Se registrará según respuesta, de acuerdo a las categorías; en caso de que sea más de una, se escribirán en "otros" los números que le correspondan. P. 14. Se considera que todos los pacientes asisten voluntariamente, excepto los que llegan a la institución en estado de inconciencia, bajo sedación por medicamentos o físicamente forzados. P.15. Se registrará según respuesta. Si responde "no", especificar el motivo de la consulta. P. 16. Se registrará según respuesta, aunque incluya más de una categoría, respetando el orden en que los mencione el paciente. P. 17. Se registrará según respuesta, de acuerdo a las categorías. P. 18. y 19. Se registrarán según respuesta, especificando el número de veces en cada categoría. 6.3 *Especificaciones Capítulo II.* P. 20. Se registrarán según respuesta, de acuerdo a las categorías, sólo los familiares consanguíneos. Los hijos se incluyen aquí a pesar de no ser "antecedentes", pues permiten obtener información valiosa. Su exclusión es opcional. P. 21. Se registrará según respuesta, de acuerdo a las categorías. P. 22. Se registrará según la apreciación del encuestador en las tres categorías arbitrarias tradicionales. P. 23. y 24. Se registrarán según respuesta, de acuerdo a las categorías. 6.4 *Especificaciones Capítulo III.* P. 25. Se registrarán los años cumplidos, según respuesta. Se refiere a la edad en que empezó a ingerir bebidas embriagantes socialmente. P. 26. Se registrarán los años cumplidos, según respuesta. Se refiere a la edad en que empezó a ingerir bebidas embriagantes de manera más intensa, deseada y frecuente. P. 27. Se anotará textualmente la cantidad que consumió en cada ocasión, de vasos, botellas, etc. (Ver anexo "A" al final del instructivo). P. 28, 29, 30 y 31. Se registrarán según respuestas de acuerdo a las categorías. En "pérdida objetiva" se incluirán aspectos psicodinámicos. En "para lograr los efectos" se incluirán aspectos biopsíquicos que orienten a pensar en dependencia. En "motivos sociales" se incluirán los aspectos psicosociales que lo presionan para beber. En caso de que sea más de una, se asignará prioridad de acuerdo al peso del factor que se considere más importante. No se deberá marcar más de una categoría simultáneamente. P. 33 y 34. Se registrarán según respuesta; en caso de que sea más de una, se asignará la prioridad de acuerdo a lo más habitual, y además se escribirán en "otros", los demás números. P. 35. Se registrará según respuesta; en caso de que sea más de uno se escribirán en "otros" los números que le correspondan. P. 36 y 37. Se registrarán según respuesta, de acuerdo a las categorías. P. 38. Se registrará el número de días en la casilla correspondiente. La clave 99 significa "ninguno". P. 39. Se registrará según respuesta, de acuerdo a las categorías. P. 40. Se registrará según apreciación del encuestador, de acuerdo a las categorías. P. 41 y 42. Se registrarán según respuesta, de acuerdo a las categorías. 6.5 *Especificaciones Capítulo IV.* P. 43. Se registrará según la situación en que se encuentre. P. 44 a 67. Se registrarán según la apreciación del encuestador. 6.6 *Especificaciones. Capítulo V.* P. 68 y 69. Se registrarán de acuerdo a la categoría más adecuada. P. 70 a 72. Se registrarán según el resultado de la medición. P. 73 a 76. Se registrarán según la apreciación del explorador. P. 77. Se registrará según el resultado de la medición. P. 78. Se registrará según la apreciación del explorador. 6.7 *Especificaciones. Capítulo VI.* P. 79 a 87. Se registrarán según la apreciación del explorador. 6.8 *Especificaciones. Capítulo VII.* P. 88 y 89. Se registrarán según la apreciación del explorador, de acuerdo a la Clasificación Internacional de

Enfermedades, OMS, 9a. Revisión, 1978. 6.9 *Especificaciones. Capítulo VIII*. P. 90. Se registrará de acuerdo a las categorías de la terapia que se emplee. Si se requiere además otro manejo, éste se registrará en la pregunta 97, en "otros". P. 91. Se registrará de acuerdo a las que el paciente haya llevado a cabo a partir de los 30 días anteriores a la fecha del primer contacto con la institución. 6. 10 *Especificaciones. Capítulo IX*. P. 92 y 93. Se registrarán según la apreciación del encuestador. 6. 11 *Especificaciones Capítulo X*. P. 94. Se registrará según la apreciación del encuestador. P. 95. Se registrará según la situación particular. En caso de aplicación subsecuente, especificarlo en números ordinales. P. 96. Se registrarán los *aspectos positivos* que no hayan cabido en las secciones mencionadas, y los *datos negativos* a juicio del encuestador. P. 97. Se registrarán otros datos acerca del tratamiento, que no hayan sido estipulados anteriormente, así como otros comentarios adicionales. 6. 12 *Otras especificaciones*. Al principio de la historia clínica, y al final de las preguntas 26, 59 y 88. dice: "Clave, número y tarjeta". Esto es para las 4 tarjetas de la computadora que codifican la historia, por tanto se respetará el orden en que aparecen.

ANEXO "A". (Pregunta 27). Para dar un ejemplo consideraremos que el señor Gómez responde que acostumbra tomar semanalmente: a) 12 cervezas de tamaño convencional (medias); b) 2 jarros de pulque; c) media botella de tequila de 3/4 de litro; d) 8 cubas de brandy y e) 3 "teporochas". El primer paso será que el encuestador anote textualmente el tipo de bebida y la cantidad que indique el paciente (3 caballitos de tequila, 2 tornillos de pulque, un cocktail o bebida preparada como "bull", etc.). El segundo paso consiste en separar del total de las bebidas ingeridas, la cantidad que éstas tengan de bebida alcohólica. Es decir, si bebió 8 cubas, se considera que cada una tiene como promedio una capacidad total de 250 ml, y que de éstas, la cuarta parte es brandy; esto es, que de todo lo ingerido, este sujeto bebió solamente la cuarta parte de alcohol, o sea: $\frac{250 \times 8}{4} = 500$ ml de brandy. Las "teporochas" (alcohol de farmacia en infusión de canela, refresco u otros) tienen aproximadamente una capacidad de 250 ml, de la cual aproximadamente la cuarta parte es de alcohol; así, en este caso, el sujeto bebe $\frac{250 \times 3}{4} = 187,5$ ml de alcohol de farmacia. El resto de las bebidas, tales como cerveza, tequila y pulque *no requieren de la conversión*. El tercer paso es discriminar la cantidad de *alcohol absoluto* ingerido en las bebidas mencionadas. Para ello se procede de la siguiente manera: Doce cervezas (medias) tienen un promedio de 5° Gay Lussac (5% de alcohol puro). Se asume que cada cer-

veza regular es de aproximadamente 325 ml, por lo tanto: $\frac{325 \text{ ml} \times 12 \text{ botellas de cerveza} \times 5^\circ \text{ Gay Lussac}}{100} = 195$ ml

de alcohol absoluto. El pulque varía en su concentración de alcohol, sin embargo, estimamos que tiene un promedio de aproximadamente 4° Gay Lussac; si el sujeto del ejemplo bebe 2 jarros de 1 litro c/u, entonces: $\frac{2 \text{ jarros} \times 100 \text{ ml} \times 4^\circ \text{ Gay Lussac}}{100} = 80$ ml de alcohol puro. El tequila tiene

aproximadamente 40° Gay Lussac. Como el señor Gómez bebió media botella de 3/4 de litro, es decir, 375 ml, esto da: $\frac{375 \text{ ml} \times 40^\circ \text{ Gay Lussac}}{100} = 150$ ml de alcohol puro.

Una cuba tiene en promedio una cuarta parte de bebida alcohólica de un total de aproximadamente 250 ml, por tanto cada cuba tiene 62.5 ml de brandy. Se sabe que el brandy tiene en promedio 40° Gay Lussac, por lo tanto el señor del ejemplo bebió 8 cubas que equivalen a: $\frac{62.5 \text{ ml} \times 8 \text{ cubas} \times 40^\circ \text{ Gay Lussac}}{100} = 250$ ml de alcohol puro.

Las "teporochas" contienen entre una tercera y una cuarta parte de alcohol. Si asumimos que los recipientes son de aproximadamente 250 ml y la tercera parte es de alcohol, entonces contienen 83.3 ml. En este ejemplo, el alcohol es de 96° Gay Lussac, por lo tanto: $\frac{83.3 \text{ ml} \times 3 \text{ "teporochas"} \times 96^\circ \text{ Gay Lussac}}{100} = 239.9$ ml de alcohol puro.

La suma por tipo de bebida es:

1)	195	ml de alcohol puro de la cerveza
	+ 80	ml de alcohol puro del pulque
	<hr/>	275
		ml de <i>alcohol puro de los fermentados</i>
2)	150	ml de alcohol puro del tequila
	+ 200	ml de alcohol puro del brandy en cubas
	<hr/>	350
		ml de <i>alcohol puro de los destilados</i>
3)	239.9	ml de alcohol absoluto de las "teporochas" con alcohol de 96° Gay Lussac. La suma total sería:
	275	ml fermentados
	+ 350	ml destilados
	<hr/>	239.9
		ml "teporochas"
Total	<hr/>	864.9
		ml de alcohol puro por semana