



*La Universidad Católica de Loja*

## **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

ESCUELA DE MEDICINA

### **TEMA:**

**Prevalencia de Trastornos Psicopatológicos en pacientes de los centros de rehabilitación de alcohol y drogas del Catón Loja durante el periodo enero – junio 2010.**

### **AUTOR:**

Diego Fernando Jaramillo Montezinos.

### **DIRECTOR DE TESIS:**

Dr. Nelson Lanchi.

**LOJA - ECUADOR**

## **CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE FIN DE CARRERA**

*Dr. Nelson Lanchi*

**DIRECTOR DE PROYECTO**

### **CERTIFICA:**

*Que el Sr. Diego Fernando Jaramillo Montesinos es autor DEL PROYECTO DE FIN DE CARRERA Titulado **“Prevalencia de Trastornos Psicopatológicos en pacientes de los centros de rehabilitación de alcohol y drogas de Loja durante el periodo enero - junio 2010”***

*Luego de revisada, cumple con las normas establecidas en el Reglamento de la Universidad para el efecto, por lo cual autorizo su presentación y defensa.*

*Atentamente*

*Dr. Nelson Lanchi*

**DIRECTOR DE PROYECTO**

## **AUTORIA**

*Todos los conceptos, opiniones, versiones, resultados, conclusiones y recomendaciones que constan en el presente trabajo investigativo, son responsabilidad exclusiva del autor.*

***Diego Fernando Jaramillo Montesinos.***

## **AGRADECIMIENTO**

*Quiero agradecer, en primer lugar al Dr. Nelson Lanchi, por su interés, guía y supervisión en este proyecto, así mismo a la Dra. Patricia González por su asesoramiento y orientación al inicio del proyecto.*

*A las autoridades de los centros de rehabilitación de alcohol y drogas de Loja, por prestarme, todas las facilidades, para realizar el estudio.*

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a mis padres, principalmente, por su cariño y amor que me han entregado en todas las etapas de mi vida.*

*A mis hermanos por su amor y apoyo incondicional, a mi novia por que motiva siempre a seguir adelante.*

## **CONTRATO DE CESION DE DERECHO DE TESIS**

*Yo, Diego Fernando Jaramillo Montesinos, declaro ser el autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes de los posibles reclamos o acciones legales.*

*Declaro conocer y aceptar las disposiciones del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica particular de Loja, que textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realizan a través, o con el apoyo financiero, académico institucional (operativo) de la Universidad.*

*Diego Fernando Jaramillo M.*

Tema

*Prevalencia de Trastornos Psicopatológicos  
en pacientes de los centros de  
rehabilitación de alcohol y drogas de Loja  
durante el periodo enero – junio 2010.*

## **INDICE GENERAL**

### **PREMILINARES**

<b>Página</b>	
	<i>Certificación..... I</i>
	<i>Autoría.....II</i>
	<i>Agradecimiento.....III</i>
	<i>Dedicatoria.....IV</i>
	<i>Contrato de cesión de derecho.....V</i>
	<i>Tema.....VI</i>

### **APARTADOS**

<i>1. Resumen.....1</i>	
<i>2. Introducción y Justificación.....3</i>	
<i>3. Objetivos.....6</i>	
<i>4. Marco Teórico.....8</i>	
	<i>4.1 Trastornos Afectivos.....9</i>
	<i>4.1.1 Episodio Depresivo Mayor.....9</i>
	<i>4.1.2 Episodio Maníaco.....12</i>
	<i>4.1.3 Episodio Hipomaníaco.....15</i>
	<i>4.1.4 Trastorno Distímico.....17</i>
	<i>4.1.5 Tratamiento Trastornos Afectivos..19</i>
	<i>4.2 Trastorno de Ansiedad.....22</i>
	<i>4.2.1 Trastorno de Angustia.....22</i>
	<i>4.2.2 Trastorno Obsesivo Compulsivo.....24</i>



4.2.3	<i>Trast. de Estrés Postraumático.....</i>	<i>27</i>
4.2.4	<i>Trast. de Ansiedad Generalizada....</i>	<i>30</i>
4.2.5	<i>Tratamiento Trast. de Ansiedad....</i>	<i>32</i>
4.3	<i>Trastorno Psicótico.....</i>	<i>34</i>
4.3.1	<i>Tratamiento Trast. Psicóticos.....</i>	<i>36</i>
4.4	<i>Trastornos de la Personalidad.....</i>	<i>38</i>
4.4.1	<i>Tratamiento T. P. ....</i>	<i>40</i>
4.5	<i>Trastornos Duales.....</i>	<i>42</i>
4.5.1	<i>Tratamiento Trast. Duales.....</i>	<i>43</i>
5	<i>Metodología.....</i>	<i>45</i>
6	<i>Resultados.....</i>	<i>52</i>
7	<i>Conclusiones.....</i>	<i>63</i>
8	<i>Recomendaciones.....</i>	<i>67</i>
9	<i>Bibliografía.....</i>	<i>70</i>
10	<i>Anexos.....</i>	<i>73</i>

# RESUMEN

## **Resumen**

*El propósito de la investigación es identificar los distintos Trastornos Psicopatológicos en pacientes con adicciones de alcohol y drogas de los Centros de Rehabilitación del Catón Loja, utilizando en una primera entrevista una ficha de Recolección de Datos, posteriormente se aplicó la adaptación de la MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), junto a la IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad).*

*De los 98 pacientes sometidos al estudio, se encontró una prevalencia de los Trastornos Psicopatológicos, absolutamente en todos los pacientes drogodependientes en primer lugar Episodio Depresivo Mayor en un 45% de la población total estudiada, en segundo lugar Trastorno Ansiedad Generalizada con un 20% y en tercer lugar Trastorno de Angustia con un 13%. Así mismo se estableció que los pacientes con problemas de abuso de alcohol tienen mayor relación con los Trastornos de Afectivos y los pacientes con Trastornos de Ansiedad tienen más correlación con problemas de abuso de drogas.*

*Se encontró, que pacientes con menor nivel académico, presentan una mayor incidencia de Trastornos psicopatológicos, en el caso del estado civil se evidenció que los pacientes casados tienen más presencia de alteraciones Psicopatológicas, en relación con el género mostró mayor presencia de Trastornos de Ansiedad en mujeres y Trastornos Afectivos en varones.*

*Se evidenció también que tanto los pacientes reincidentes como los no reincidentes tienen mayor prevalencia de Trastornos Afectivos, seguidos de Trastornos de Ansiedad.*

## **Summary**

*The purpose of the investigation is to identify the different psychopathological disorders in patients with alcohol and drug addictions from the rehabilitation centers in Loja, using in a first interview a data sheet gives recollection, afterwards was applied the adaptation of the MINI (International Neuropsychiatric Interview) along with the IPDE (International Exam of the Personality Disorders).*

*From the 98 patients in the study, was found a prevalence of the psychopathological disorders, absolutely in all the patients' drug addicts, in first place major depressive episode in a 45% of the total population studied, secondly generalized anxiety disorder with a 20% and third anxiety disorder with a 13%. In the same way was established that the patients with alcohol abuse problems have major relation with the affective disorders, and the patients with anxiety disorder have more correlation with drug abuse problems.*

*Was found, that patients with lower academic level, show a higher incidence of the psychopathological disorders, in the case of marital status was found that the married patients have more presence of alterations psychopathological, in relation to gender it showed major presence in anxiety disorders in women and affective disorders in men.*

*Was also evidenced that both recidivist patients and non recidivist patients have major prevalence of affective disorders, along with anxiety disorders.*

# INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

## **INTRODUCCIÓN y JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos por abuso de drogas y alcohol constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes y tanto su consumo como los problemas derivados del mismo son un tema de atención y preocupación prioritario para todos los países de nuestro entorno. Los pacientes con estos problemas han sido considerados durante mucho tiempo como intratables, se consideraban que presentaban una desviación social y era objeto de atención por los servicios sociales y de justicia, mas no de los sanitarios.<sup>1</sup>

El problema sobre los "trastornos dobles" (consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos) ha aumentado de manera continua en los últimos tiempos. Se insiste en la importancia de distinguir entre el estado psicopatológico anterior al consumo y el que puede originarse posteriormente. A veces la situación psicopatológica es anterior al consumo, pero en otras, aparece tras éste y como consecuencia del mismo.<sup>2</sup> Existen múltiples investigaciones sobre la presencia de síndromes psiquiátricos en las personas drogadictas y alcohólicas, pero son muy escasas en nuestro medio, ya que la última versión de un Plan Nacional de Salud Mental en el Ecuador data del año de 1999, cuyos principios rectores recogen las propuestas, aspiraciones y experiencias de quienes desde diversos sectores trabajan en procura de modificar las condiciones adversas que atentan contra la salud mental de los ecuatorianos. El Plan en mención señala las acciones posibles frente a problemas concretos de los niños, adolescentes, adultos, ancianos, mujeres, grupos étnicos, migrantes, etc. El desarrollo de los servicios con un nuevo estilo de gestión, la formación de los recursos humanos, la investigación y la legislación son otras de las líneas de acción del Plan<sup>3</sup>.

La drogadicción es una enfermedad del cerebro que con frecuencia se presenta junto con otros trastornos mentales. De hecho, hasta 6 de cada 10 personas con un trastorno de uso de sustancias ilícitas también padecen de otra enfermedad mental, y los índices son semejantes para los usuarios de drogas lícitas, es decir, el tabaco y el alcohol. Para estas personas, un problema se hace más difícil de tratar con éxito ya que está entrecruzado con otro problema adicional. De este modo, los pacientes que entran en tratamiento ya sea por un trastorno de abuso de sustancias u otro trastorno mental deben ser evaluados para comprobar la co-ocurrencia del otro problema. Las investigaciones indican que tratar ambas (o varias)

- 
1. *American Psychiatric Association(1994/1995).  
DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona; Masson.*
  2. *Tratamiento Psicológicos eficaces para la  
drogadicción. Roberto Secades Villa y José Ramón Fernández Hermida. 2001.Pág. 1- 2.*
  3. *Pagina Oficial del Ministerio de Salud Pública del  
Ecuador; <http://www.msp.gov.ec-Programa> de Salud Mental.*

enfermedades simultáneamente de manera integrada suele ser el mejor enfoque de tratamiento para estos pacientes. Puesto que la adicción es una enfermedad, los usuarios simplemente no pueden dejar de consumir drogas por unos días y curarse<sup>4</sup>.

Para que el tratamiento sea eficaz, debe no sólo abordar el problema del abuso de drogas del paciente, sino también cualquier otro problema médico, psicológico, social, vocacional y legal que tenga. Igualmente, es importante que el tratamiento sea apropiado para la edad, sexo, grupo étnico y cultura de cada paciente<sup>4</sup>.

En los últimos años, el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de Dependencia de alcohol y drogas, son inadecuados, apareciendo cierta desconfianza entre los profesionales que trabajan en Salud Mental y los que trabajan en drogodependencias, dificultando la coordinación y la recuperación de los pacientes<sup>5</sup>.

En la actualidad, en el campo de las adicciones, esta situación está cambiando y se va adquiriendo plena conciencia, de que estos pacientes, presentan, o se han detectado una elevada prevalencia de psicopatologías asociadas, orientando a los profesionales que los asisten en ir cambiando la manera de abordarlos para su tratamiento.<sup>1</sup>

Todo ello ha hecho que los estudios y su diagnóstico constituyan un área prioritaria. No obstante a pesar de la creciente preocupación, se han establecido, escasos estudios sobre el tema y pocos programas, en nuestro medio, dirigidos al tratamiento psiquiátrico para estos tipos de pacientes y tanto la información, como la formación del personal de los centros terapéuticos sobre este conocimiento ha sido muy limitada. Por lo tanto las tasas de recaídas siguen siendo muy elevadas.<sup>6</sup>

El presente estudio, pretende establecer la prevalencia de los trastornos psicopatológicos que presentan los pacientes adictos en los centros terapéuticos del Cantón Loja y por lo tanto, ofrecer recomendaciones al profesional designado para la atención a los pacientes con adicciones a drogas y alcohol, así mismo profundizar la importancia del manejo psiquiátrico en el tratamiento de estos pacientes; Y por último incentivar a investigaciones futuras que ayuden a resolver este problema de salud

- 
1. *American Psychiatric Association(1994/1995).  
DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona; Masson.*
  4. *Principios de Tratamientos para la drogadicción.  
Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Publicación # 10-4180. Pág. 28-29. Impresa en Julio del 2001, revisada en Julio del 2010.*
  5. *Publicación del Colegio Oficial de Psicólogos de las  
Palmas. España# 15, 16. Mayo 1999.*
  6. *Trastornos de la personalidad y conductas  
adictivas. Intervenciones Psicosociales. Actas España Psiquiatría 2001.*

pública.



**OBJETIVOS**

## **General:**

*Determinar la Prevalencia de Trastornos Psicopatológicos en pacientes adictos a drogas y alcohol ingresados en centros terapéuticos del Cantón Loja, mediante la aplicación de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) con la finalidad de dar recomendaciones para mejorar su tratamiento y rehabilitación.*

## **Específicos:**

- *Determinar los trastornos psicopatológicos según la edad, sexo, estado civil y nivel de instrucción, en pacientes adictos, que acuden a los centros de rehabilitación del Cantón Loja.*
- *Identificar el tipo de adicción de las personas ingresadas, en los centros de rehabilitación del Cantón Loja.*
- *Comparar la presencia de trastornos psicopatológicos en pacientes que ingresan por primera vez y reincidentes.*



**MARCO TEÓRICO**

# **Trastornos Afectivos**

Los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Estos trastornos generalmente se acompañan con alteraciones del funcionamiento cognitivo, del sueño, del apetito, y del equilibrio interno (homeostasis). Las clasificaciones de los trastornos del afecto se basan principalmente en cómo y cuánto tiempo aparecen unos síntomas en un paciente. Son puramente descriptivas y útiles para acotar los trastornos mentales pero no se refieren al por qué de los mismos. Es decir, cuando se le diagnostica a una persona un Episodio de depresión se le dice que padece unos síntomas pero no se le está hablando de las causas de su depresión<sup>7</sup>. Dentro de los trastornos afectivos o estados del ánimo entre se encuentran los siguientes:

## **EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante<sup>7</sup>.

### ***Características descriptivas y trastornos mentales asociados.***

---

<sup>7</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia<sup>7</sup>.

En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), problemas escolares (p. ej., ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio)<sup>7</sup>.

### ***Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.***

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir su infraestimación y los errores diagnósticos. Por ejemplo, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de nervios y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o falta de equilibrio (en las culturas china y asiática), de problemas en el corazón (en las culturas del medio oriente) o de estar acongojado (entre los hopi). Estas presentaciones combinan características de los trastornos depresivos, de ansiedad y somatomorfo. Las diversas culturas también pueden diferir en la valoración de la importancia de experimentar o expresar disforia (p. ej., la irritabilidad puede provocar más preocupación que la tristeza o el aislamiento). Las experiencias propias de una cultura (p. ej., el miedo de estar hechizado o embrujado, sensaciones de calor en la cabeza o sensaciones de hormigueo debidas a gusanos u hormigas o sensaciones

---

<sup>7</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.

intensas de ser visitado por los muertos) deben ser diferenciadas de las alucinaciones o las ideas delirantes reales que pueden formar parte de un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. También es obligado que el clínico no reste importancia a un síntoma, simplemente porque es visto como algo general en una cultura. Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad) que en solitario. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. En los ancianos pueden ser especialmente acusados los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad). Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación. Los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones<sup>7</sup>.

#### ***Criterios para el episodio depresivo mayor (DSM-IV).***

- 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.*
- 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día. (según refiera el propio sujeto u observan los demás).*
- 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.*
- 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.*

---

<sup>7</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.

5. *Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).*
6. *Fatiga o pérdida de energía casi cada día.*
7. *Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).*
8. *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).*
9. *Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.*

**DIAGNÓSTICO:** *Presencia de cinco o más de los síntomas mencionados durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer<sup>7</sup>.*

### **EPISODIO MANÍACO**

Un episodio maníaco se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de estado de ánimo anormal debe durar al menos 1 semana (o menos si se requiere hospitalización). La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Si el estado de ánimo es irritable (en lugar de elevado o expansivo), debe haber al menos cuatro de los síntomas anteriores. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto, que se caracteriza por síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor, que se presentan casi cada día durante un período de al menos 1 semana. La alteración debe ser suficientemente grave como para ocasionar un importante deterioro social o laboral o para precisar hospitalización, o caracterizarse por la presencia de síntomas

---

<sup>7</sup>DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.

psicóticos. El episodio no se deberá a los efectos directos de una droga, un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión o a la exposición a un tóxico. El episodio no se deberá a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral).<sup>7</sup>

### ***Características descriptivas y trastornos mentales asociados.***

Es frecuente que los sujetos con un episodio maníaco no reconozcan que están enfermos y que se resistan a los intentos de tratamiento. Pueden viajar impulsivamente a otras ciudades, perdiendo el contacto con los familiares o los cuidadores. Pueden cambiar su vestimenta, el maquillaje o la apariencia personal hacia un estilo más llamativo o sugerente sexualmente, que resulta extraño en ellos. También pueden involucrarse en actividades que tienen una cualidad desorganizada o rara (regalar caramelos o dinero, o aconsejar a cualquier desconocido con el que se encuentren). El episodio maníaco puede acompañarse de juego patológico y comportamientos antisociales. Las consideraciones éticas pueden quedar olvidadas, incluso para personas que habitualmente son tenidas por muy responsables (p. ej., un corredor de bolsa puede comprar y vender valores de forma inapropiada y sin el conocimiento o la autorización de los clientes; un científico puede apropiarse de los hallazgos de otros). El sujeto puede estar hostil y amenazar físicamente a los demás. Algunos sujetos, en especial los que tienen síntomas psicóticos, se vuelven físicamente agresivos o suicidas. Las consecuencias adversas de un episodio maníaco (p. ej., hospitalización involuntaria, problemas legales o problemas económicos graves) a menudo son el resultado del empobrecimiento del juicio y la hiperactividad. Cuando ya han superado el episodio maníaco, la mayoría de los sujetos se sienten apenados por su comportamiento durante el episodio maníaco. Algunos sujetos refieren tener los sentidos del olfato, el oído o la visión más finos (p. ej., los colores parecen más brillantes).<sup>7</sup>

El estado de ánimo puede cambiar muy rápidamente de la ira a la depresión. Los síntomas depresivos pueden durar unos momentos, horas o más raramente días. No es raro que los síntomas depresivos y los síntomas maníacos aparezcan simultáneamente.<sup>7</sup>

### ***Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.***

---

<sup>7</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.

Las consideraciones respecto a la cultura que se sugirieron en relación con los episodios depresivos mayores también son aplicables a los episodios maníacos. Los episodios maníacos en adolescentes son más proclives a incluir síntomas psicóticos y pueden asociarse a mala comportamiento escolar, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias. Una minoría significativa de adolescentes parece tener una historia de problemas de comportamiento de larga duración que preceden al inicio del episodio maníaco franco.<sup>7</sup>

### ***Criterios para el episodio maníaco (DSM-IV).***

1. *Autoestima exagerada o grandiosidad.*
2. *Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).*
3. *Más hablador de lo habitual o verborreico.*
4. *Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.*
5. *Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).*
6. *Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.*
7. *Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).*

**DIAGNÓSTICO:** *Más de tres síntomas si el estado de ánimo es de carácter disfórico, y cuatro si es de carácter irritable<sup>7</sup>.*

---

<sup>7</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.

## **EPISODIO HIPOMANÍACO**

Un episodio hipomaníaco se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días. Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Si el estado de ánimo es irritable (en lugar de elevado o expansivo), debe haber al menos cuatro de los síntomas anteriores. Esta lista de síntomas adicionales es idéntica a la que define un episodio maníaco excepto en que no puede haber ideas delirantes y alucinaciones. El estado de ánimo durante un episodio hipomaníaco debe ser claramente distinto del estado de ánimo habitual del sujeto cuando no está deprimido y tiene que haber un cambio claro de su actividad habitual. Puesto que los cambios del estado de ánimo y de la actividad han de ser observables por otras personas, la evaluación de este criterio suele requerir la intervención de otros informadores (p. ej., los familiares). La historia obtenida de otros informadores es particularmente importante en la evaluación de los adolescentes. Contrariamente a lo que sucede en un episodio maníaco, un episodio hipomaníaco no es suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, ni está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos. En algunos sujetos el cambio de la actividad puede tomar la forma de un importante aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad. Sin embargo, en otros la hipomanía puede causar un cierto deterioro social o laboral.<sup>7</sup>

El estado de ánimo elevado en un episodio hipomaníaco se describe como eufórico, extrañamente bueno, alegre o alto. Si bien el estado de ánimo del sujeto puede inicialmente tener una cualidad contagiosa para el observador externo, los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por el entusiasmo en las interacciones sociales, interpersonales o laborales. Aunque el estado de ánimo elevado se considera el síntoma prototípico, la alteración predominante del estado de ánimo puede ser la irritabilidad o alternar la euforia y la irritabilidad. Es característico que exista una exageración de la

---

<sup>7</sup>DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.



autoestima, normalmente en un nivel de confianza en sí mismo carente de autocrítica, más que en el de una evidente grandiosidad. Muy a menudo hay un descenso de la necesidad de dormir; el sujeto se despierta más temprano de lo habitual y lleno de energía. El discurso de un sujeto con un episodio hipomaniaco suele ser algo más enérgico y más rápido de lo habitual, pero en general no es difícil de interrumpir. Puede estar repleto de chistes, equívocos, juegos de palabras y desatinos. La fuga de ideas es rara y, si se da, es de duración muy breve. Suele haber distraibilidad, como se pone de manifiesto por los cambios rápidos del discurso o la actividad en respuesta a diversos estímulos externos irrelevantes. El aumento de la actividad intencionada puede implicar la planificación o participación en múltiples actividades. Frecuentemente, estas actividades son creativas y productivas (p. ej., escribir una carta al editor, ordenar documentos). Suele haber un aumento de la sociabilidad y puede existir un aumento de la actividad sexual. Pueden presentarse actos impulsivos como compras desmesuradas, conducción temeraria e inversiones económicas poco razonables.<sup>7</sup>

### ***Síntomas dependientes de la cultura y la edad.***

Las consideraciones respecto a la cultura que se sugirieron en relación con los episodios depresivos mayores también son aplicables a los episodios hipomaniacos. En las personas más jóvenes (p. ej., adolescentes) los episodios hipomaniacos pueden ir asociados a ausencias escolares, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias<sup>7</sup>.

### ***Criterios para el episodio hipomaniaco (DSM-IV).***

1. *Autoestima exagerada o grandiosidad.*
2. *Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).*
3. *Más hablador de lo habitual o verborreico.*
4. *Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.*
5. *Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía fácilmente hacia*

---

<sup>7</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.

*estímulos externos banales o irrelevantes).*

6. *Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.*
7. *Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).*

**DIAGNÓSTICO:** *Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable).<sup>7</sup>*

## **TRASTORNO DISTÍMICO**

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., «yo siempre he sido así», «esta es mi forma de ser»), es frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador<sup>7</sup>.

A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses. Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. Si los

---

<sup>7</sup>DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.

síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor, crónico (si se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor). Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos («depresión doble») se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. Una vez que la persona vuelve a la línea de base distímica (p. ej., dejan de cumplirse los criterios para el episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos), sólo se diagnostica el trastorno distímico.<sup>7</sup>

### ***Características descriptivas y trastornos mentales asociados.***

Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son los sentimientos de incompetencia; la pérdida generalizada de interés o de placer; el aislamiento social; los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado; los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad. El trastorno distímico puede ir asociado a los trastornos de la personalidad límite, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia. Sin embargo, la valoración de las características de los trastornos de la personalidad en estos sujetos es difícil, porque los síntomas crónicos del estado de ánimo pueden contribuir a los problemas interpersonales o estar asociados a una percepción de sí mismos distorsionada<sup>7</sup>.

### ***Síntomas dependientes de la edad y el sexo.***

En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.

## ***Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico (DSM-IV).***

- 1. Pérdida o aumento de apetito.*
- 2. Insomnio o hipersomnia.*
- 3. Falta de energía o fatiga.*
- 4. Baja autoestima.*
- 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.*
- 6. Sentimientos de desesperanza.*

**DIAGNÓSTICO:** *Presencia, mientras está deprimido, de dos o más de los síntomas presentados.<sup>7</sup>*

## ***TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS.***

La planificación terapéutica se realizará sobre la base del diagnóstico, de la edad y de las características clínicas y sociofamiliares del paciente. La intervención incrementa su utilidad cuando se combinan diversos tipos de tratamiento. Una buena propuesta de modelo incluiría estrategias de intervención que incidan sobre las alteraciones afectivas, cognitivas, conductuales y biológicas, pero también en la familia y en la escuela. La hospitalización se recomienda cuando existe riesgo de suicidio o cuando existe una importante conflictividad familiar.<sup>8</sup>

### ***Terapias cognitivo-conductuales.***

Son probablemente el tipo de psicoterapia más usado. Reúnen un grupo de tratamientos, que incluyen terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en relajación, terapia racional emotiva, entrenamiento en resolución de problemas, intervenciones operantes, o intervenciones multi-componentes<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 323-400.*

<sup>8</sup> *Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. J. Royo. Psiquiatra. Hospital de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental "Natividad Zubieta". Servicio Navarro de Salud. Pamplona. Vol. 25, Suplemento 3, 2002. Pág. 97.*

El tratamiento cognitivo-conductual se basa en la premisa de que los pacientes deprimidos tienen distorsiones cognitivas en el modo en que se ven ellos mismos, ven su entorno y el futuro, y en que estas distorsiones cognitivas contribuyen a su entrante. Mayoritariamente los programas cognitivo-conductuales incluyen, por una parte el análisis cognitivos, con el reconocimiento de emociones, la relación de éstas con la conducta y la cognición y el cambio de atribuciones cognitivas negativas (aspectos de la terapia cognitiva de Beck). Por otra parte, incluyen la intervención más conductual, como el entrenamiento en habilidades sociales y la ayuda en la resolución de problemas.<sup>8</sup>

La mayoría de estudios han encontrado una tasa alta de recaídas en el seguimiento cuando se aplica como única modalidad terapéutica<sup>8</sup>.

### ***Terapia interpersonal.***

Muy en relación con el modelo de intervención anterior, la terapia interpersonal es una psicoterapia breve que fue desarrollada para su uso con pacientes adultos depresivos. Está centrada en las relaciones sociales del individuo y el estado actual de las mismas. Los principales objetivos son disminuir la sintomatología depresiva y mejorar el funcionamiento interpersonal en el contexto de las interacciones. El riesgo de recaídas parece ser bajo después de un tratamiento intensivo.<sup>8</sup>

### ***Terapia psicodinámica.***

La psicoterapia dinámica viene clínicamente explicitada, por algunos autores, según grupos de edad. Según estos autores durante la primera infancia la depresión implica a menudo disfunción familiar y psicopatología paterna o materna, por lo que el terapeuta proporcionará a los padres apoyo, asesoramiento y educación en cuanto a la crianza del niño y un asesoramiento o psicoterapia para sus propios problemas. En el niño preescolar, la terapia por el juego se considera la mejor intervención<sup>8</sup>.

En la adolescencia la aparición del pensamiento abstracto y la defensa de intelectualización desplazan la transacción psicoterapéutica desde los juegos hasta intercambios verbales y la terapia hablada, siendo igual a la psicoterapia del adulto<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> *Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia.* J. Royo. *Psiquiatra. Hospital de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental "Natividad Zubieta". Servicio Navarro de Salud. Pamplona. Vol. 25, Suplemento 3, 2002. Pág. 97.*

### ***Tratamiento farmacológico.***

La medicación antidepresiva, está indicada en casos de sintomatología depresiva severa que no ha respondido a intervenciones psicoterapéuticas. Para aquellos pacientes que requieren tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) son el fármaco de elección, aunque la presencia de comorbilidad puede determinar la elección inicial de otros fármacos<sup>8</sup>.

Dado la elevada tasa de recidivas, se recomienda la terapia de continuación para todos los pacientes durante al menos 6 meses. Los antidepresivos deben ser continuados a la misma dosis que se precisó para tratar la fase aguda del episodio depresivo. Al final de la fase de continuación, los pacientes que no requieran más tratamiento, deberán proceder a la retirada del fármaco progresivamente en el plazo de unas seis semanas. En los casos en los que el paciente deba seguir tomando tratamiento farmacológico o fase de mantenimiento (habitualmente en trastornos depresivos recurrentes), el clínico deberá considerar la duración (desde 1 año a indefinidamente).<sup>8</sup>

Estos fármacos han demostrado una buena efectividad en el tratamiento de adultos y jóvenes con depresión mayor, con un buen perfil de tolerabilidad (mínimos efectos secundarios), poca letalidad en sobredosis, y fácil administración (habitualmente una vez al día). Dado que la mejoría con estos fármacos puede alcanzarse a las 4-6 semanas, los pacientes deben ser tratados con la dosis tolerable adecuada al menos durante este plazo de tiempo. Si no se consigue respuesta positiva, se procederá al incremento de la dosis o al cambio de medicación. Los ISRS tienen una curva dosis-respuesta aplanada, es decir que la respuesta clínica máxima puede ser conseguida con dosis bajas del fármaco. Los efectos secundarios de los ISRS son similares para todo el grupo, dosis-dependientes y suelen subsistir con el tiempo. Los ISRS pueden inducir “activación conductual” en la que los pacientes pueden mostrarse impulsivos, inquietos y/o agitados. Otros efectos secundarios incluyen síntomas gastrointestinales, inquietud, diaforesis, cefaleas, acatisia, y cambios en los patrones de sueño o apetito, así como dificultades en la función sexual. **Los Antidepresivos tricíclicos**, no están recomendados actualmente como tratamiento de primera línea debido a su pobre eficacia y a la existencia de notables efectos secundarios<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> *Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. J. Royo. Psiquiatra. Hospital de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental “Natividad Zubieta”. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. Vol. 25, Suplemento 3, 2002. Pág. 97.*

## **Trastornos de Ansiedad.**

A diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante (tal como hablar en público o una primera cita amorosa), los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata. Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. En algunos casos, estas otras enfermedades necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad.<sup>9</sup>

### **TRASTORNO DE ANGUSTIA**

Es una enfermedad real que se puede tratar satisfactoriamente. Se caracteriza por ataques repentinos de terror, usualmente acompañados por latidos fuertes del corazón, transpiración, debilidad, mareos, o desfallecimiento. Durante estos ataques, las personas con trastorno de pánico pueden acalorarse o sentir frío, sentir un hormigueo en las manos o sentir las adormecidas; y experimentar náuseas, dolor en el pecho, o sensaciones asfixiantes. Los ataques de pánico usualmente producen una sensación de irrealidad, miedo a una fatalidad inminente, o miedo de perder el control<sup>10</sup>.

El miedo a los inexplicables síntomas físicos de uno mismo, es también un síntoma del trastorno de pánico. A veces, las personas que sufren ataques de pánico creen que están sufriendo un ataque cardiaco, que están enloqueciendo, o que están al borde de la muerte. No pueden predecir

---

<sup>9</sup> *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 403-419.*

<sup>10</sup> *Trastornos de Ansiedad. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Pág. 2 - 22. 2010.*

cuándo o dónde ocurrirá un ataque, y entre los episodios, muchas personas se preocupan intensamente y se aterrorizan de pensar en el próximo ataque. Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento, incluso al dormir. Usualmente, un ataque alcanza su máxima intensidad durante los primeros diez minutos, pero algunos síntomas pueden durar mucho más tiempo<sup>10</sup>.

Las vidas de algunas personas se restringen tanto que terminan evitando actividades normales, tales como ir de compras o conducir un automóvil. Aproximadamente un tercio de estas personas se limitan a vivir en sus casas o sólo pueden enfrentar una situación temida si están acompañadas por su cónyuge o una persona de confianza. Cuando la enfermedad llega hasta este punto, se llama *agorafobia* o miedo a los espacios abiertos. Con frecuencia, el trastorno de pánico viene acompañado de otros problemas graves, tales como depresión, abuso de drogas, o alcoholismo. Estas enfermedades necesitan ser tratadas por separado. Los síntomas de depresión incluyen sensación de tristeza o desesperanza, cambios en el apetito o los patrones de sueño, falta de energía, y dificultad para concentrarse. La mayoría de personas que padecen de depresión pueden tratarla efectivamente con medicamentos antidepresivos, ciertos tipos de psicoterapia, o una combinación de ambos.<sup>10</sup>

### ***Síntomas dependientes de la cultura y el sexo.***

En algunas culturas las crisis de angustia pueden caracterizarse por un intenso temor ante la brujería o la magia. El trastorno de angustia, tal como aquí viene definido, se ha observado en casi todo el mundo gracias a estudios epidemiológicos generales. Algunos grupos culturales o étnicos restringen la participación de la mujer en la vida pública, lo que debe diferenciarse de la agorafobia. El trastorno de angustia sin agorafobia se diagnostica dos veces más en mujeres que en varones, mientras que esta relación es 3 a 1 para el trastorno de angustia con agorafobia.<sup>9</sup>

### ***Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (DSM.IV).***

---

<sup>10</sup> *Trastornos de Ansiedad. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Pág. 2 - 22. 2010.*

<sup>9</sup> *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 403-419.*



1. *Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.*
2. *Sudoración.*
3. *Temblores o sacudidas.*
4. *Sensación de ahogo o falta de aliento.*
5. *Sensación de atragantarse.*
6. *Opresión o malestar torácico.*
7. *Náuseas o molestias abdominales.*
8. *Inestabilidad, mareo o desmayo.*
9. *Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).*
10. *Miedo a perder el control o volverse loco.*
11. *Miedo a morir.*
12. *Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).*
13. *Escalofríos o sofocaciones.*

**DIAGNÓSTICO:** *Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los síntomas presentados, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.*<sup>9</sup>

## **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

Los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), tienen pensamientos persistentes y perturbadores (obsesiones) y usan los rituales (compulsiones) para controlar la ansiedad producida por estos pensamientos. La mayoría de las veces, los rituales terminan controlando a esas personas. Por ejemplo, si las personas están obsesionadas con los gérmenes o la suciedad, pueden desarrollar una compulsión de lavarse las manos una y otra vez. Si desarrollan una obsesión con respecto a los intrusos, pueden trancar y volver a trancar las puertas muchas veces antes de irse a dormir. El temor a la vergüenza social puede causar que las personas con TOC se peinen el cabello compulsivamente frente a un espejo en ocasiones pueden verse “atrapadas” ante el espejo y no pueden separarse del mismo.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup>DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, MASSON S.A. © 1995. *Trastornos del estado de ánimo*. Pág. 403-419.

<sup>10</sup> *Trastornos de Ansiedad*. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Pág. 2 – 22. 2010.

Las personas sanas también tienen rituales, tales como revisar varias veces si la estufa está apagada antes de salir de la casa. La diferencia radica en que las personas con TOC realizan sus rituales a pesar de que el hacerlo interfiere con su vida diaria, y de que la repetición les resulta agobiante. Aunque la mayoría de los adultos con TOC reconocen que lo que están haciendo no tiene sentido, es posible que algunos adultos y la mayoría de niños no sean conscientes de que su comportamiento está fuera de lo común.<sup>10</sup>

Las obsesiones o compulsiones producen un malestar clínicamente significativo, suponen una pérdida de tiempo notable (ocupan más de 1 hora al día) o interfieren acusadamente con la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales o relacionales. Estas obsesiones o compulsiones pueden reemplazar comportamientos productivos y gratificantes y desestructurar enormemente la actividad global del individuo. Dado el potencial perturbador que las caracteriza, estas obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognoscitivas que requieren concentración, como son la lectura o el cálculo mental. Además, muchos individuos acaban evitando objetos o situaciones que suelen provocar obsesiones o compulsiones. Este comportamiento de evitación puede generalizarse y limitar seriamente la actividad global del individuo.<sup>9</sup>

### ***Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.***

Los comportamientos rituales acordes con el marco cultural no constituyen por sí mismos un trastorno obsesivo-compulsivo, a no ser que excedan estas normas culturales, tengan lugar en momentos o lugares considerados inapropiados por el resto de la comunidad e interfieran marcadamente en las relaciones sociales del individuo. Acontecimientos vitales importantes o pérdidas de seres queridos pueden conducir a una intensificación de los actos rituales, adquiriendo éstos la forma de obsesión a los ojos de un especialista ajeno al contexto cultural en que tienen lugar. Los trastornos

---

<sup>10</sup> *Trastornos de Ansiedad. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Pág. 2 – 22. 2010.*

<sup>9</sup> *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 403-419.*

obsesivo-compulsivos en los niños suelen presentarse de forma similar a los de los adultos. Los rituales de lavado, comprobación y puesta en orden de objetos son particularmente frecuentes en los niños. Éstos no suelen pedir ayuda, y los síntomas pueden o no ser de carácter egodistónico. La mayor parte de veces el problema es detectado por los padres, que llevan al niño a la consulta. También se han visto casos de empobrecimiento gradual del rendimiento escolar secundario a una afectación de la capacidad para concentrarse. Al igual que los adultos, los niños son más propensos a realizar los actos rituales en su casa que cuando están con compañeros, profesores o personas desconocidas. El trastorno muestra una incidencia similar en varones y mujeres.<sup>9</sup>

### ***Criterios para el diagnóstico del Trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-IV).***

#### *1. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:*

##### *a. Las obsesiones se definen por:*

- I. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.*
- II. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.*
- III. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.*
- IV. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).*

##### *b. Las compulsiones se definen por:*

- I. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.*

---

<sup>9</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 403-419.

- II. *El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.*

**DIAGNÓSTICO:** *Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días, al menos dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos.<sup>9</sup>*

### **EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)**

Se desarrolla después de una experiencia aterrizante que involucra daño físico o la amenaza de daño físico. La persona que desarrolla el TEPT puede ser aquella que fue afectada, el daño puede haberle sucedido a una persona querida, o la persona puede haber sido testigo/a de un evento traumático que le sucedió a sus seres queridos o a desconocidos. Las personas con TEPT pueden asustarse con facilidad, paralizarse a nivel emocional (especialmente en relación con personas cercanas a ellas), perder interés en las cosas que acostumbraban disfrutar, tener problemas para mostrarse afectuosas, ponerse irritables, más agresivas, o incluso violentas. Tales personas evitan situaciones que les recuerdan el incidente original y los aniversarios del incidente son con frecuencia un momento muy difícil. Los síntomas del TEPT parecen empeorar cuando el evento que los provocó fue iniciado deliberadamente por otra persona, como en el caso de un asalto o secuestro. La mayoría de personas con TEPT reviven múltiples veces el trauma en sus pensamientos durante el día y en pesadillas al dormir. Esta experiencia se llama escena retrospectiva. Las escenas retrospectivas pueden consistir de imágenes, sonidos, olores, o sensaciones, y con frecuencia son situaciones rutinarias las que las provocan, tales como un portazo o una explosión del escape de un automóvil en la calle. La persona que tiene una escena retrospectiva puede perder el contacto con la realidad y creer que el incidente traumático está volviendo a suceder.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 403-419.*

<sup>10</sup> *Trastornos de Ansiedad. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Pág. 2 - 22. 2010.*

### ***Síntomas dependientes de la cultura y la edad.***

Las personas que han emigrado recientemente de áreas con disturbios sociales y conflictos civiles importantes pueden presentar una mayor incidencia de trastorno por estrés postraumático. Estos individuos pueden mostrarse especialmente reacios a divulgar sus experiencias relativas a torturas y traumatismos debido a la vulnerabilidad de su *status* político como inmigrantes. En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas, donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños pueden presentar varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza.<sup>9</sup>

### ***Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático (DSM-IV)***

A. *La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:*

- 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.*
- 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.*

A. *El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:*

- 1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde*

---

<sup>9</sup> *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 403-419.*

*aparecen temas o aspectos característicos del trauma.*

- 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.*
- 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.*
- 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.*
- 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.*

*B. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:*

- 1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.*
- 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.*
- 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.*
- 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.*
- 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.*
- 6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).*
- 7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).*

*C. Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:*

- 1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.*
- 2. Irritabilidad o ataques de ira.*
- 3. Dificultades para concentrarse.*
- 4. Hipervigilancia.*
- 5. Respuestas exageradas de sobresalto.*

**DIAGNÓSTICO:** Es sencillo, el hecho fundamental es el antecedente, el cual es una experiencia traumática, súbita, y extraordinaria que ha puesto en peligro la vida del paciente o de sus allegados.<sup>9</sup>

### **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)**

Las personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) pasan el día llenas de preocupaciones y tensiones exageradas, incluso cuando hay poco o nada que las provoque. Tales personas esperan desastres y están demasiado preocupadas por asuntos de salud, dinero, problemas familiares, o dificultades laborales. En ocasiones, el simple pensamiento de cómo pasar el día produce ansiedad.<sup>10</sup>

El TAG se diagnostica cuando una persona se preocupa excesivamente acerca de diversos problemas de la vida diaria durante por lo menos seis meses. Las personas con TAG parecen incapaces de liberarse de sus preocupaciones, a pesar de que usualmente son conscientes de que su ansiedad es más intensa de lo que amerita la situación. No se pueden relajar, se asustan con facilidad, y tienen dificultades para concentrarse. Con frecuencia, tienen problemas para dormir o mantenerse dormidas. Los síntomas físicos que con frecuencia acompañan la ansiedad incluyen fatiga, dolores de cabeza, tensiones musculares, dolores musculares, dificultad para tragar, temblores, tics nerviosos, irritabilidad, transpiración, náuseas, mareos, necesidad de ir al baño con frecuencia, sensación de falta de aire, y repentinos acaloramientos. Cuando sus niveles de ansiedad son moderados, las personas con TAG pueden funcionar socialmente y mantener un trabajo. Aunque no evitan ciertas situaciones como resultado de su trastorno, las personas con TAG pueden tener dificultades para llevar a cabo las actividades más sencillas de la vida diaria si su ansiedad es grave<sup>10</sup>.

### ***Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.***

---

<sup>9</sup> *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 403-419.*

<sup>10</sup> *Trastornos de Ansiedad. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Pág. 2 - 22. 2010.*

Existen considerables variaciones culturales en cuanto a la expresión de la ansiedad (p. ej., en algunas culturas la ansiedad se expresa a través de síntomas predominantemente somáticos, y en otras a través de síntomas cognoscitivos). Es importante tener en cuenta el contexto cultural a la hora de evaluar el carácter excesivo de algunas preocupaciones. En los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y las preocupaciones suelen hacer referencia al rendimiento o la competencia en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando estos individuos no son evaluados por los demás. A veces la puntualidad es el tema que centra las preocupaciones excesivas. Otras veces son los fenómenos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear. Los niños que presentan el trastorno pueden mostrarse abiertamente conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por una excesiva insatisfacción a la vista de que los resultados no llegan a la perfección. Al perseguir la aprobación de los demás pueden mostrar un recelo característico; necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento o de otros aspectos que motivan su preocupación. El trastorno es ligeramente más frecuente en mujeres que en varones cuando se estudian muestras de centros asistenciales (aproximadamente el 55-60 % de los diagnósticos se efectúan en mujeres). En estudios epidemiológicos de población general la relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres.<sup>9</sup>

***Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV).***

1. *Inquietud o impaciencia.*
2. *Fatigabilidad fácil.*
3. *Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.*
4. *Irritabilidad.*
5. *Tensión muscular.*

---

<sup>9</sup> *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 403-419.*



6. *Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).*

**DIAGNÓSTICO:** *La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas anteriores (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).*

**Nota:** *En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas.<sup>9</sup>*

## **TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**

En general, los trastornos de ansiedad se tratan con medicación, tipos específicos de psicoterapia, o ambos. Los tratamientos a escoger dependen del problema y de la preferencia de la persona. Antes de comenzar un tratamiento, se debe realizar una evaluación diagnóstica cuidadosamente para determinar si los síntomas de una persona son causados por un trastorno de ansiedad o por un problema físico. Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el tipo de trastorno o la combinación de trastornos presentes deben identificarse, al igual que cualquier enfermedad coexistente, tales como depresión o abuso de sustancias. En ocasiones, el alcoholismo, la depresión, u otras enfermedades coexistentes tienen un efecto tan fuerte sobre el individuo, que el tratamiento del trastorno de ansiedad debe esperar hasta que las enfermedades coexistentes queden bajo control.<sup>9</sup>

Los medicamentos son muy efectivos para mitigar los síntomas de ansiedad. Se pueden utilizar medicamentos **Ansiolíticos** o **Antidepresivos** con efecto ansiolítico. Los Ansiolíticos Benzodiazepínicos no deberían utilizarse por períodos mayores a un mes ya que con el transcurso del tiempo pueden llegar a producir acostumbamiento (tolerancia) y a una necesidad de incrementar la dosis. Por tratarse de un trastorno de larga duración lo más recomendable para el manejo psicofarmacológico de los síntomas de ansiedad es la utilización de Antidepresivos con efecto ansiolítico asociado. Los siguientes antidepresivos se encuentran aprobados por la FDA para el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad (TA): *Escitalopram, Venlafaxina XR / LP, Duloxetina y Paroxetina*. Los Antidepresivos, a diferencia de los Ansiolíticos Benzodiazepínicos, no producen acostumbamiento, por consiguiente no existe riesgo de generar una adicción medicamentosa. De allí que es preferible utilizarlos en el tratamiento a largo plazo de la Ansiedad. Por otro lado la calidad del sueño generada por los Antidepresivos ansiolíticos es muy superior a la de los Ansiolíticos Benzodiazepínicos, ya que generan un sueño más profundo y reparado. En la actualidad existen

---

<sup>9</sup> *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 403-419.*

cada vez más medicamentos disponibles para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. De tal manera que, si un medicamento no da el resultado esperado, generalmente hay otros que se pueden utilizar. Además, se están descubriendo nuevos medicamentos para el tratamiento de los síntomas de ansiedad, como es el caso de la *Pregabalina*, un ansiolítico no benzodiazepínico<sup>10</sup>

## **Terapia del Comportamiento**

La Terapia del Comportamiento se concentra en cambiar acciones específicas y usa varias técnicas para disminuir o detener un comportamiento indeseable. Por ejemplo, una técnica entrena a los pacientes en respiración diafragmática, un ejercicio especial de respiración que consiste en respiraciones lentas, profundas, para reducir la ansiedad. Esto es necesario porque las personas que tienen ansiedad frecuentemente sufren de hiperventilación, respirando rápidamente cortas cantidades de aire que pueden provocar latidos rápidos del corazón, mareos y otros síntomas<sup>10</sup>.

## **Terapia Cognitiva**

La Terapia Cognitiva enseña a los pacientes a reaccionar en forma diferente en las situaciones y sensaciones corporales que acompañan a los síntomas de ansiedad. Sin embargo, los pacientes también aprenden a comprender la forma en que su manera de pensar contribuye a sus síntomas y cómo cambiar sus pensamientos para disminuir la posibilidad de que los síntomas ocurran<sup>10</sup>.

## **Técnicas de Relajación**

Implica el aprendizaje para relajar la musculatura ya que existe una relación directa entre la tensión muscular y la tensión psíquica. Es decir, si aprendemos a relajar nuestros músculos nuestra mente tiende a "tranquilizarse". Habitualmente se utilizan técnicas que combinan la relajación muscular con el control respiratorio (respiración profunda o diafragmática)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>o</sup> edition Text Revised (DSM-IV TR)*. American Psychiatric Association, 2000.

## TRASTORNO PSICÓTICO.

La definición más restrictiva del término *psicótico* se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto. Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (por ejemplo., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico)<sup>11</sup>.

Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Los distintos trastornos de esta sección ponen énfasis en diferentes aspectos de las varias definiciones del término *psicótico*. En la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término *psicótico* se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, *psicótico* se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, *psicótico* es equivalente a delirante<sup>11</sup>.

La **esquizofrenia** es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (por ejemplo., dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual)<sup>11</sup>.

El **trastorno esquizofreniforme** se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (por ejemplo., la alteración dura 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional<sup>11</sup>.

El **trastorno esquizoafectivo** es una alteración en la que se presentan

---

<sup>11</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 279-283.

simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo<sup>11</sup>.

El **trastorno delirante** se caracteriza por al menos 1 mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia<sup>11</sup>.

El **trastorno psicótico breve** es una alteración psicótica que dura más de 1 día y que remite antes de 1 mes<sup>11</sup>.

El **trastorno psicótico compartido** es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar<sup>11</sup>.

En el **trastorno psicótico debido a enfermedad médica** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica<sup>11</sup>.

En el **trastorno psicótico inducido por sustancias** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico<sup>11</sup>.

El **trastorno psicótico no especificado** se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos específicos definidos en esta sección, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria<sup>11</sup>.

### ***Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.***

Los clínicos que evalúan los síntomas de la psicosis en contextos socioeconómicos o culturales que son distintos del suyo propio deben tener en cuenta las diferencias culturales. Ideas que pueden parecer delirantes en una cultura (por ejemplo, brujería, sortilegios) son de uso corriente en otra. El comienzo de la esquizofrenia ocurre típicamente entre los últimos años de la segunda década de la vida y la mitad de la cuarta, siendo raro el inicio anterior a la adolescencia (aunque se han referido casos de inicio a la edad de 4 o 5 años). En los niños, las características esenciales de la enfermedad son las mismas, pero puede ser especialmente difícil realizar el diagnóstico a estas edades. Hay diferencias debidas al sexo en la presentación y el curso de la esquizofrenia. Las mujeres son más propensas a presentar un inicio tardío, síntomas afectivos más acusados y un mejor pronóstico. Los estudios realizados en hospitales sugieren una mayor tasa de esquizofrenia en varones, mientras que los estudios realizados en la población general han sugerido mayoritariamente una prevalencia igual para ambos<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 279-283.

## ***Criterios de diagnóstico de los trastornos psicóticos.***

Los criterios diagnósticos sugeridos por Menuck, Legault, Schmidt, & Remington en 1989 para estas psicosis son los siguientes:

- a. Un episodio patológico (incluyendo las fases prodrómica, activa y residual) que dura menos de seis meses.
- b. Presencia de al menos cuatro de los siguientes síntomas:
  1. incoherencia y marcada pérdida de las asociaciones.
  2. Delirios.
  3. Alucinaciones.
  4. Conducta catatónica o desorganizada.
  5. Afectividad lábil.
  6. Fácil respuesta afectiva
  7. Confusión, desorientación o perplejidad.
- c. No es posible establecer que un factor orgánico sea la causa del comienzo o mantenimiento del trastorno. (Lemos, 1995).

## ***Tratamiento para los Trastornos Psicóticos.***

El tratamiento de la esquizofrenia debería de centrarse en todas las áreas del enfermo que se ven afectadas: familiar, social y personal. En muchas ocasiones y debido al predominio del modelo biológico se entiende la esquizofrenia sólo desde el punto de vista de los síntomas que presenta y por ello el tratamiento es solo farmacológico. Sin embargo, la aceptación del trastorno, la rehabilitación social, la psicoeducación de la familia o las habilidades diarias del paciente son igual o más importantes que el tratamiento psicofarmacológico.<sup>13</sup>

### ***Tratamiento Farmacológico:***

El tratamiento psicofarmacológico se basa principalmente en el uso de neurolepticos o antipsicóticos. Estos medicamentos regulan el exceso de dopamina existente en el cerebro del paciente esquizofrénico. El correlato biológico de la esquizofrenia es la excesiva producción de este mensajero

---

<sup>12</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 285-289.

<sup>13</sup> Trastornos Psicóticos. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Pág. 26-34. 2010.

químico que es la dopamina. Las células nerviosas (neuronas) utilizan la dopamina para comunicarse entre sí. Los medicamentos antipsicóticos regulan este exceso dopaminérgico y como consecuencia hay una disminución o aplacamiento principalmente de los síntomas positivos y menos de los negativos dependiendo del caso. Por ello es frecuente combinar el uso de neurolépticos con otros medicamentos activadores motores (antidepresivos) o incluso ansiolíticos para los síntomas ansiosos<sup>13</sup>.

#### ***Tratamiento Psicológico:***

El tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos se tiene principalmente dos vertientes: el reconocimiento de síntomas prodrómicos (previos a la aparición del brote psicótico) y el reconocimiento concienzado del paciente de su trastorno<sup>13</sup>.

#### **➤ Reconocimiento de síntomas prodrómicos:**

La aparición de un brote en el trastorno psicótico no es repentina. El brote psicótico comienza presentando unos síntomas particulares de cada paciente incluso con días, semanas o incluso meses de antelación. Estos síntomas previos a la aparición de la enfermedad suelen ser: trastornos del sueño, desorganización, desconfianza extrema e ideación paranoide, falta de concentración, apatía, agresividad y ansiedad entre otros. Estos síntomas van aumentando en intensidad hasta la aparición del brote psicótico<sup>13</sup>.

Un paciente entrenado y educado en el reconocimiento de estos síntomas prodrómicos estará en disposición de pedir ayuda a su terapeuta en el momento en que aparezcan los primeros indicios del resurgimiento de la enfermedad evitando así que aparezca al brote psicótico y sus graves consecuencias<sup>13</sup>.

Existen programas psicológicos muy aplicados en otros países y de reciente aplicación en algunos centros privados e instituciones públicas españolas, que demuestran lo beneficioso que es para el paciente el reconocimiento de los síntomas prodrómicos evitando el número de ingresos forzados en centros psiquiátricos e incluso el aumento de la toma de medicación neuroléptica<sup>13</sup>.

#### **➤ Concienciación del trastorno esquizofrénico:**

El enfermo esquizofrénico no entiende que padece una enfermedad, no ve la necesidad de ayuda y no comprende que sus comportamientos no son normales. Esto, lógicamente, lleva a un rechazo del tratamiento en un altísimo porcentaje de los casos. Desde el conocimiento profundo del trastorno esquizofrénico y de la persona esquizofrénica el psicólogo crea una relación terapéutica estable que sirve como vehículo para la

---

<sup>13</sup> *Trastornos Psicóticos. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Pág. 26-34. 2010.*

psicoeducación, es decir, llegar a concienciar al paciente a través de la información actual del padecimiento de su dolencia<sup>13</sup>.

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.**

Los *rasgos de personalidad* son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales; y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. ***El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).*** También se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección. Los ítems en cada grupo de criterios para cada uno de los trastornos de la personalidad específicos son enumerados en orden de importancia diagnóstica decreciente según los datos relevantes sobre eficiencia diagnóstica (cuando existen)<sup>54</sup>.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (p. ej., trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias). El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las

---

<sup>14</sup> *Trastornos Psicóticos. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Pág. 645-649. 2010.*

características que definen un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (p. ej., los rasgos son a menudo considerados egosintónicos)<sup>14</sup>.

El **trastorno paranoide de la personalidad** es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás. El **trastorno esquizoide de la personalidad** es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional. El **trastorno esquizotípico de la personalidad** es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. El **trastorno antisocial de la personalidad** es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. El **trastorno límite de la personalidad** es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. El **trastorno histriónico de la personalidad** es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención. El **trastorno narcisista de la personalidad** es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. El **trastorno de la personalidad por evitación** es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. El **trastorno de la personalidad por dependencia** es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado. El **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.<sup>14</sup>

### ***Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.***

Los trastornos de la personalidad no se deben confundir con problemas asociados a la adaptación a una cultura diferente que se da tras la inmigración o con la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos o políticos propios de la cultura de origen del sujeto. En especial si se evalúa a alguien de una cultura diferente, resulta útil para el clínico obtener información de gente que conozca el entorno cultural del sujeto. Habría que reconocer los rasgos de un trastorno de la personalidad que aparecen en la niñez y que a menudo no persisten de la misma forma en la edad adulta. Para diagnosticar un trastorno de la personalidad en un sujeto de menos de 18 años, las características deben haber estado presentes durante al menos 1 año. La única excepción es el trastorno antisocial de la personalidad, que no se puede diagnosticar antes de los 18 años. Algunos trastornos de la personalidad (p. ej., el trastorno antisocial de la personalidad) se

---

<sup>14</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 645-649.



diagnostican más frecuentemente en varones. Otros (p. ej., los trastornos límite, histriónico y por dependencia) se diagnostican con más frecuencia en mujeres<sup>14</sup>.

### ***Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad (DSM-IV).***

1. *Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).*
2. *Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).*
3. *Actividad interpersonal.*
4. *Control de los impulsos.*

**DIAGNOSTICO:** Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más de las áreas presentadas.<sup>14</sup>

### ***Tratamiento para los Trastornos de la Personalidad.***

Aunque los tratamientos difieren de acuerdo con el tipo de trastorno de la personalidad, algunos principios generales se pueden aplicar a todos. La mayor parte de las personas con un trastorno de la personalidad no sienten la necesidad de tratamiento y, probablemente por esta razón, suelen acudir a la consulta acompañada de otra persona. Generalmente el paciente puede responder al apoyo que se le presta, pero suele mantenerse firme en cuanto a los patrones de pensamiento y de comportamiento propios de su desadaptación. Generalmente, el apoyo es más eficaz cuando intervienen en él otros pacientes o un psicoterapeuta. El terapeuta destaca repetidamente las consecuencias indeseables de la forma de pensar y de comportarse de la persona, algunas veces fija límites a este comportamiento y también repetidamente enfrenta a la persona con la realidad. Resulta útil y a menudo esencial la implicación de la familia de la persona afectada, puesto que la presión del grupo puede ser eficaz. Las terapias de grupo y familiares, vivir en grupo en residencias especializadas y la participación en clubes sociales

---

<sup>14</sup> DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995. Trastornos del estado de ánimo. Pág. 645-649.

terapéuticos o en grupos de autoayuda pueden ser útiles. Estas personas a veces tienen ansiedad y depresión, que esperan aliviar con fármacos. Sin embargo, la ansiedad y la depresión que resultan de un trastorno de la personalidad son raramente aliviadas con fármacos de modo satisfactorio y tales síntomas pueden indicar que la persona está realizando algún autoexamen saludable. Más aún, la terapia farmacológica se complica frecuentemente por el mal uso de los fármacos o por los intentos de suicidio. Si la persona padece otro trastorno psiquiátrico, como depresión mayor, fobia o trastorno por pánico, la toma de medicamentos puede resultar adecuada, aunque posiblemente producirán sólo un alivio limitado. Cambiar una personalidad requiere mucho tiempo. Ningún tratamiento a corto plazo puede curar con éxito un trastorno de la personalidad pero ciertos cambios pueden conseguirse más rápidamente que otros. La temeridad, el aislamiento social, la ausencia de autoafirmación o los exabruptos temperamentales pueden responder a la terapia de modificación de la conducta. Sin embargo, la psicoterapia a largo plazo (terapia hablada), con el objetivo de ayudar a la persona a comprender las causas de su ansiedad y a reconocer su comportamiento desadaptado, es la clave de la mayoría de los tratamientos. Algunos tipos de trastornos de personalidad, como el narcisista o el obsesivo-compulsivo, pueden tratarse mejor con el psicoanálisis. Otros, como los tipos antisocial o paranoide, raramente responden a una terapia<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> *Trastornos Mentales. Manual de Merck. Capítulo 89 (trastornos de la personalidad). Merck Sharp & Dohme de España, S.A. Madrid, España. ©2005.*

## **TRASTORNOS DUALES**

Se denomina “patología dual” a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos pacientes “duales” o con comorbilidad psiquiátrica, son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como social que los sujetos que sólo presentan un tipo de trastorno (adictivo u otra enfermedad psiquiátrica). La relación entre los trastornos psiquiátricos y los trastornos por consumo es compleja y puede variar dependiendo de cada trastorno en particular. En general, estos trastornos duales son reflejo de al menos cuatro posibilidades: 1) Las distintas combinaciones de trastornos por uso de sustancias (TUS) y otros trastornos psiquiátricos pueden representar dos o más condiciones independientes, con sus respectivos cursos clínicos y necesidades de tratamiento. Esta combinación puede ocurrir por “casualidad” o como consecuencia de compartir los mismos factores predisponentes (ej. estrés, personalidad, factores ambientales en la infancia, vulnerabilidad genéticas, alteraciones neurobiológicas). 2) El primer trastorno puede influir en el desarrollo de un segundo trastorno, de forma que éste siga un curso independiente. Así el consumo de drogas puede precipitar una predisposición a psicosis (por ejemplo, el consumo de cannabis como factor precipitante para un trastorno esquizofrénico) o causar un cambio fisiológico permanente que origine un trastorno permanente (por ejemplo, el consumo de estimulantes puede originar depresión o psicosis). Viceversa, durante la enfermedad psiquiátrica se puede desencadenar una conducta de consumo que derive en un TUS que evolucione de forma independiente (por ejemplo, el consumo de alcohol en episodios maníacos, puede derivar en un alcoholismo independiente). En este caso también ambos trastornos deberán tratarse adecuadamente y durante tanto tiempo como se requiera. 3) El consumo de sustancias puede paliar la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no es diagnosticado o tratado convenientemente. En este caso el tratamiento adecuado de la enfermedad psiquiátrica podría hacer desaparecer el TUS. 4) Algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales, como psicosis parecidas a esquizofrenia, como consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias (por ejemplo, psicosis en intoxicaciones por estimulantes) o abstinencia (por ejemplo, depresión en la abstinencia de estimulantes). A pesar de la relevancia de llevar a cabo tratamientos efectivos en los casos de patología dual, hasta la actualidad este es uno de los puntos más conflictivos y donde, como se comentará posteriormente, existe mayor reto para el futuro <sup>16</sup> .

---

<sup>16</sup>Martín-Santos R, Fonseca F, Domingo-Salvany A, Ginés JM, Imaz ML, Navinés R, et al. Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European J Psychiatry* 2006; 20:147-156.

## ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Dentro de los estudios epidemiológicos sobre patología dual es obligado destacar el *Epidemiological Catchment Area del National Institute of Mental Health (ECA)* en Estados Unidos (Regier y otros 1990). Probablemente el ECA sea el estudio que por su metodología y amplitud aporte una mayor información sobre la prevalencia de los trastornos duales. Este estudio se realizó sobre 20.291 individuos de cinco ciudades y comprendió muestras de la población general y de centros de tratamiento, incluyendo hospitales psiquiátricos, residencias asistidas, prisiones y pacientes en comunidades terapéuticas. Se utilizó una entrevista diagnóstica estructurada y se obtuvieron diversos datos demográficos, como los antecedentes de tratamiento, para efectuar así comparaciones entre la población tratada y la no tratada. Se examinó a los individuos desde la perspectiva de cada trastorno, se excluyó la sintomatología psiquiátrica inducida por sustancias y se hicieron evaluaciones de los trastornos que se presentaban el mes previo, los seis meses previos y a lo largo de toda la vida. La tasa de comorbilidad del trastorno mental asociado al trastorno por abuso de sustancias fue del 29% (es decir, que su probabilidad de padecer un trastorno por abuso de sustancias era 2,7 veces superior a la población sin trastorno mental). La tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de alcohol asociado a cualquier tipo de trastorno mental fue del 36,6%. La tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de otras sustancias asociado a trastorno mental fue del 53,1%.<sup>17</sup>

## TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DUALES

La realidad demuestra lo difícil y confuso que puede ser para un paciente con un trastorno dual de encontrar el tratamiento adecuado para él. Dicha dificultad puede provenir de su propia patología y los problemas internos que le genera (depresión, negación, alienación, etc.), pero de manera muy importante también puede derivarse de la descoordinación entre los diversos recursos asistenciales y los diferentes programas de tratamiento. Desde la toma de conciencia de la magnitud y especificidad de la problemática de los trastornos duales se han intentado desarrollar programas terapéuticos ajustados a los mismos<sup>17</sup>. Los modelos terapéuticos básicos que se han tenido en cuenta han sido los siguientes:

- 1.- TRATAMIENTO SECUENCIAL: Es el modelo históricamente más común de tratamiento de los pacientes duales. En este modelo el paciente es tratado primero en un sistema o red de tratamiento

---

<sup>17</sup> Araluce Iturbe, K. (1997): *Comorbilidad Psiquiátrica en los trastornos por uso de alcohol. Aspectos específicos de Tratamiento y Asistencia. II Jornadas Autonómicas Socidrogalcohol Andalucía, 143-150*

(Salud Mental o Drogodependencias) y posteriormente por el otro. El orden de los tratamientos puede depender de distintas variables: preferencia del clínico, magnitud de los trastornos, primacía en el tiempo y/o en la causalidad, etc. El tratamiento secuencial es doble pero no simultáneo ni integrado<sup>17</sup>.

2.- TRATAMIENTO PARALELO: Se trata del planteamiento terapéutico que implica al paciente simultáneamente en programas o recursos de tratamiento de Salud Mental y de Drogodependencias. Al igual que en la modalidad anterior, se utilizan recursos terapéuticos existentes en ambas redes por parte de los propios equipos, aunque con mayor coincidencia en el tiempo. Sin embargo el grado de coordinación entre ambos tratamientos es variable y probablemente insuficiente<sup>17</sup>.

3.- TRATAMIENTO INTEGRADO: Este modelo combina elementos o recursos terapéuticos tanto de la red de Salud Mental como de la de Drogodependencias en un programa de tratamiento unificado para pacientes con trastornos duales. Idealmente, este tipo de tratamiento se daría desde un mismo equipo que integrara a profesionales formados en los dos campos, capaces de seguir al paciente en su evolución y abordar su doble trastorno<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Araluce Iturbe, K. (1997): *Comorbilidad Psiquiátrica en los trastornos por uso de alcohol. Aspectos específicos de Tratamiento y Asistencia. II Jornadas Autonómicas Socidrogalcohol Andalucía, 143-150.*

# METODOLOGÍA

**1) Tipo de Estudio:** No experimental, descriptivo, transversal.

**2) Universo y muestra:** Incluye a todos los pacientes de los seis centros terapéuticos y de rehabilitación del Cantón Loja, que en el momento del estudio se encuentra en tratamiento por su adicción al consumo de alcohol y drogas.

### **2.1. Criterios de inclusión y exclusión.**

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <i>Pacientes con adicción al alcohol u otras drogas ingresados en los centros de rehabilitación del Cantón Loja.</i></li><li>✓ <i>Mayores de 18 años (hombres y mujeres).</i></li><li>✓ <i>Alfabetos.</i></li><li>✓ <i>Que no tengan discapacidad física o mental.</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <i>Pacientes ingresados por adicciones diferentes.</i></li><li>✓ <i>Analfabetos.</i></li><li>✓ <i>Menores de 18 años.</i></li><li>✓ <i>Discapacitados sensoriales.</i></li><li>✓ <i>Negación al estudio.</i></li></ul>

### **2.2. Definición de Variables.**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDICIÓN</b>
<b>Trastornos Psicopatológicos</b>	<i>Presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los signos más característicos son emociones dolorosas crónicas o presencia de conflictos duraderos en las relaciones sociales, familiares o de pareja.</i>	<i>Trastornos Afectivos Trastornos de la Personalidad Trastorno de Ansiedad Trastorno Psicótico</i>	<b>MINI</b>
<b>Rasgos de la Personalidad</b>	<i>Los rasgos de la personalidad son patrones de pensamiento, reacción y comportamiento que permanecen relativamente constantes y estables a lo largo del tiempo. Las personas que tienen un trastorno de la personalidad exhiben comportamientos de pensamiento y de reacción más rígidos y señales de inadaptación que suelen perturbar su vida personal, profesional y social.</i>	<i>Esquizoide Esquizotípico Histriónico Antisocial Narcisista Limite Obsesivo Compulsivo Dependencia Evitación</i>	<b>IPDE</b>
<b>Tipo de Adicción</b>	<i>Es un estado psicofísico caracterizado por el uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, a tal grado que el consumidor se encuentra periódica o permanentemente intoxicado.</i>	<i>Alcohol Drogas</i>	<b>SI / NO SI / NO</b>
<b>Reincidencia</b>	<i>El término reincidencia se utiliza generalmente para referirse a las repeticiones de conducta o adicción . Usualmente se usa en un contexto negativo, para examinar el comportamiento socialmente inaceptable y moralmente cuestionable que se repite a pesar de castigo o de formación para desalentar el comportamiento.</i>	<i>Reinsidente</i>	<b>SI/NO</b>
<b>Edad</b>	<i>Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo</i>	<i>Adolescencia Adulto joven Adulthood media Adulthood tardía</i>	<b>10 - 19 años 20 - 40 años 41 - 65 años + de 65 años</b>
<b>Sexo</b>	<i>Característica o identidad de estructura sexual, incluyendo las conductas mentales de ser hombre o mujer.</i>	<i>Hombre Mujeres</i>	<b>SI / NO SI / NO</b>
<b>Estado Civil</b>	<i>Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.</i>	<i>Casado Divorciado Viudo Unión libre</i>	<b>SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO</b>
<b>Nivel de Instrucción</b>	<i>Proceso de socialización y enculturación de las personas a través del cual se desarrollan capacidades físicas e intelectuales, habilidades, destrezas, técnicas de estudio y formas de comportamiento ordenadas con un fin social.</i>	<i>Primaria Secundaria Superior Ninguna</i>	<b>SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO</b>



**3) Área de estudio:** El presente estudio, se realizó en centros terapéuticos y rehabilitación, del Cantón Loja, que legalmente se encuentran autorizados, por el CONSEP (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas), estas son los siguientes:

- ***Sembrando vida***, ubicado en el Centro de Rehabilitación Social, en la avenida Emiliano Ortega.
- ***Salvando al Adicto***, ubicado en el barrio Peñón del Oeste, en la calle Guaranís y Aucas.
- ***Centecal***, ubicado en el barrio Punzara grande, cerca de la Universidad Nacional de Loja. Teléfono: 2545038.
- ***Despertares***, ubicado en el barrio Amable María. Teléfono: 2541787.
- ***La mano de Dios***, ubicado en el barrio La Pradera, en las calles Baganvillas 25- 98 y Gobernación Vayas.
- ***La Posada Solidaria***, ubicado en el barrio La Banda, frente al colegio de médicos Teléfono: 2541762.

#### **4) Instrumentos:**

1. ***Ficha de recolección de datos***: La ficha de recolección de datos, tiene como propósito averiguar datos sobre las principales variables como: la edad (mediante una respuesta nominal: a. Adolescencia “10 a 19 años”; b. “Adulto joven “20 a 40 años”; c. Adulthood media “41 a 65 años” y d. Adulthood tardía “más de 65 años”), sexo mediante una respuesta nominal: Masculino y Femenino), estado civil (mediante una respuesta nominal: a. Casado, b. Soltero, c. Divorciado, d. Viudo, e. Unión libre), nivel de instrucción (mediante una respuesta nominal: a. Primaria, b. Secundaria, c. Superior, d. Ninguna), la edad de inicio en el consumo (mediante una respuesta abierta), tiempo de consumo problemático (mediante una respuesta abierta) y tipo de droga que consume (mediante una respuesta nominal: a. Alcohol, b. Drogas).
2. ***MINI ( Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional)***: La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-

III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso<sup>98</sup>.

#### **ENTREVISTA:**

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no<sup>18</sup>.

#### **PRESENTACIÓN:**

- ❖ La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica<sup>18</sup>.
- ❖ Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas «**filtro**» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno<sup>18</sup>.
- ❖ Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos<sup>18</sup>.

#### **CONVENIOS:**

*Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos. Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos. Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador*

---

<sup>18</sup> Mini International Neuropsychiatric Interview. versión en Español 5.0.0/DSM-IV □ Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas. *Respuestas con una flecha encima (■)* indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente *Frases entre paréntesis ()* son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta<sup>18</sup>.

La MINI ha sido adaptada, ya que se ha eliminado ítems como, DEPENDENCIA DE ALCOHOL, DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol), ya que los pacientes, que se estudió, presentan abuso de consumo de alcohol y drogas, por ende no es necesario aplicarlas. Así mismo se eliminó ítems como ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA, ya que los pacientes con estos trastornos, presenta un problema diferente de base a la adicción a drogas y alcohol, por lo cual no entraría en los criterios de inclusión.

IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad): El IPDE es la entrevista semiestructurada utilizada en este trabajo como instrumento de evaluación de los trastornos de la personalidad, el paciente describe su conducta habitual durante los últimos 5 años. Ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y se ha traducido al español. Cuenta con versiones DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales-IV) y CIE-10 (Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades sobre los trastornos mentales y del comportamiento) y se utiliza frecuentemente en el ámbito clínico y en investigación al ser una de las entrevistas que presenta mejores propiedades psicométricas.<sup>19</sup> El cuestionario IPDE, que es una herramienta de cribaje autoadministrada, con la intención de eliminar aquellos sujetos en los que resulta poco probable que padezcan un trastorno de personalidad, pues aunque este cuestionario

---

<sup>18</sup>Mini International Neuropsychiatric Interview. versión en Español 5.0.0/DSM-IV □ Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

<sup>19</sup> Tratado de psiquiatría clínica. Escrito por Hales, R.E. Pág. 96/publicación MASSON. Barcelona (España) 2009.

genera un número considerable de falsos positivos es de esperar que produzca pocos falsos negativos en relación a la entrevista IPDE. Esto no significa que los dos instrumentos, entrevista y cuestionario, sean intercambiables, ya que el cuestionario IPDE es un instrumento de cribado que no debe ser usado para realizar diagnósticos psiquiátricos en ninguna circunstancia. Este cuestionario en la versión DSM-IV tiene 77 preguntas con dos posibles respuestas, verdadero o falso.

**5) Procedimiento:** Se llevara a cabo una entrevista inicial con cada uno de los pacientes, donde se recogerá datos sobre las principales variables como: la edad, sexo, estado civil y nivel de instrucción.

Así mismo mediante esta entrevista inicial se recogerán datos, relacionados con las características de la adicción como: la edad de inicio en el consumo, tiempo de consumo problemático y tipo de droga que consume. A continuación se realizara una segunda entrevista donde se aplicara a cada paciente, test de evaluación del estado mental y sus trastornos, estas son: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE), para constatar los rasgos de dicho trastorno.

**6) Tabulación y análisis:** Se ingresaran la base de datos en Microsoft Excel, para su análisis, posteriormente la tabulación, y presentación de resultados en tablas y graficas representativas.

# RESULTADOS

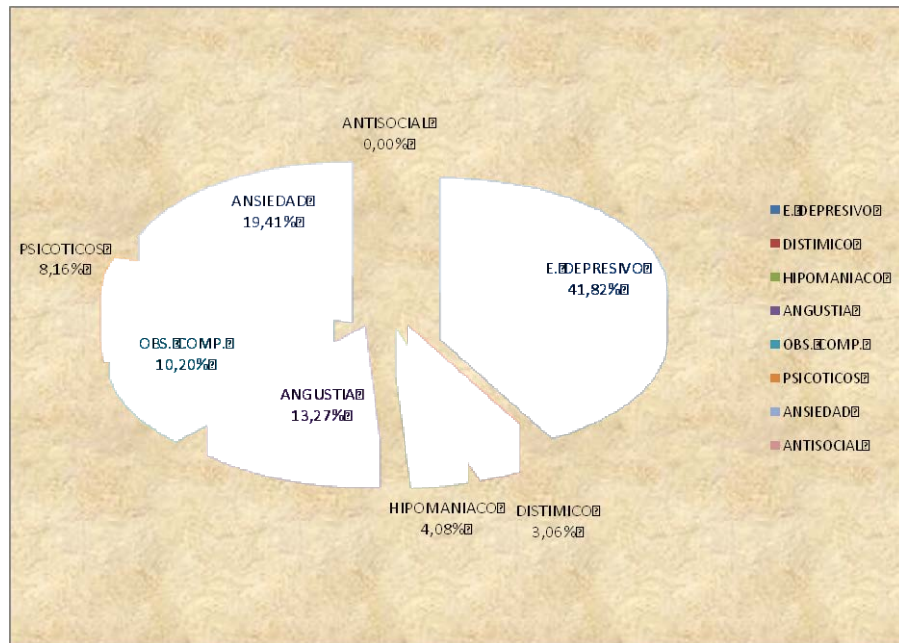
TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES ADICTOS A  
DROGAS Y ALCOHOL

*CUADRO # 1*

Trastornos	Número	Porcentaje
E. DEPRESIVO	41	41,83
DISTIMICO	3	3,06
HIPOMANIACO	4	4,08
ANGUSTIA	13	13,26
OBS. COMP.	10	10,2
PSICOTICOS	8	8,16
ANSIEDAD	19	19,4
ANTISOCIAL	0	0
TOTAL	98	100

Fuente: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).  
 Autor: Diego Jaramillo M.

GRÁFICO # 1



**Análisis:** El estudio realizado, en los seis centros incluyó un total de 98 pacientes, evidenciándose, Episodios Depresivos en 41,8%, Trastorno Distímico 3,06%, Episodio Hipomaniaco 4,08%, Trastorno de Angustia 13,26%, Trastorno Obsesivo Compulsivos 10,20%, Trastorno Psicótico 8,16% y Trastorno de Ansiedad en 19,4%.

## TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES ADICTOS A DROGAS Y ALCOHOL, EN RELACIÓN CON LA EDAD.

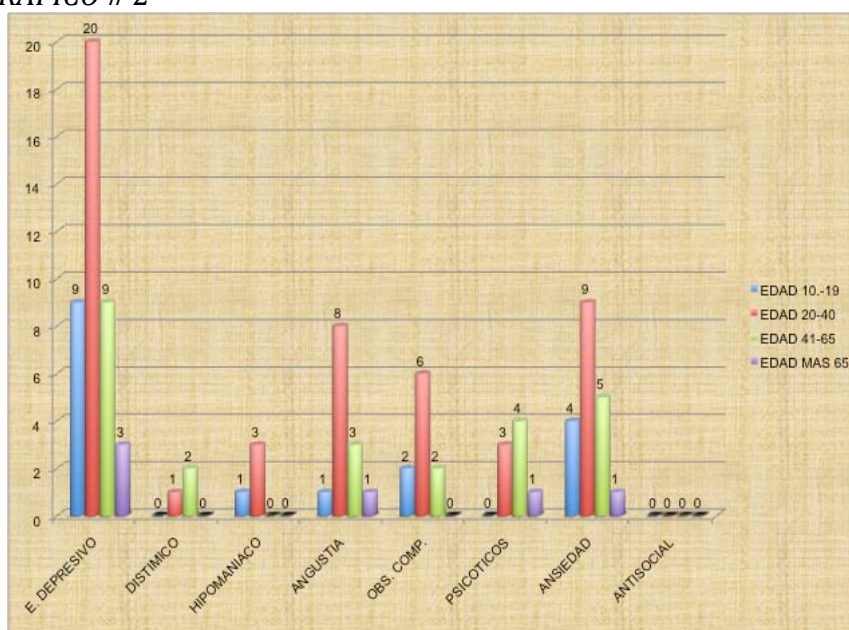
**CUADRO # 2**

TRASTORNOS	EDAD								TOTAL	
	10.-19	%	20-40	%	41-65	%	MÁS DE 65	%	#	%
E. DEPRESIVO	9	9,18	20	20,4	9	9,18	3	3,06	41	41,8
DISTIMICO	0	0	1	1,02	2	2,04	0	0	3	3,06
HIPOMANIACO	1	1,02	3	3,06	0	0	0	0	4	4,08
ANGUSTIA	1	1,02	8	8,16	3	3,06	1	1,02	13	13,26
OBS. COMP.	2	2,04	6	6,12	2	2,04	0	0	10	10,2
PSICOTICOS	0	0	3	3,06	4	4,08	1	1,02	8	8,16
ANSIEDAD	4	4,08	9	9,18	5	5,1	1	1,02	19	19,4
ANTISOCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	17	17,3	50	52	25	25,5	6	6,12	98	100

**Fuente:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.

**Autor:** Diego Jaramillo M.

**GRÁFICO # 2**



**Fuente:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.

**Autor:** Diego Jaramillo M.

**Análisis:** Respecto a la distribución de grupos etarios corresponden en un 17,3% pacientes entre la edad de 10 a 19 años, de ellos presentaron Episodio Depresivo 9,18%, Episodio Hipomaniaco 1,02%, Trastorno de Angustia 1,02%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 2,04% y Trastorno de Ansiedad 4,08%; Pacientes entre la edad de 20 a 40 años son el 52%, los mismos que presentaron, Episodio Depresivo 20,4%, Trastorno Distímico 1,02%, Episodio Hipomaniaco 3,06%, Trastorno de Angustia 8,16%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 6,12%, Trastorno Psicótico 3,06% y Trastorno de Ansiedad 9,18%; Pacientes entre la edad de 41 a 65 años son el 25,5%, de los cuales presentaron, Episodio Depresivo 9,18%, Trastorno Distímico 2,04%, Trastorno de Angustia 3,06%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 2,04%, Trastorno Psicótico 4,08% y Trastorno de Ansiedad 5,10%; Pacientes con más de 65 años son el 6,12%, los mismos que presentaron Episodio Depresivo 3,06%, Trastorno de Angustia 1,02%, Trastorno Psicótico 1,02% y Trastorno de Ansiedad 1,02%.



## TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES ADICTOS A DROGAS Y ALCOHOL, EN RELACIÓN CON EL SEXO.

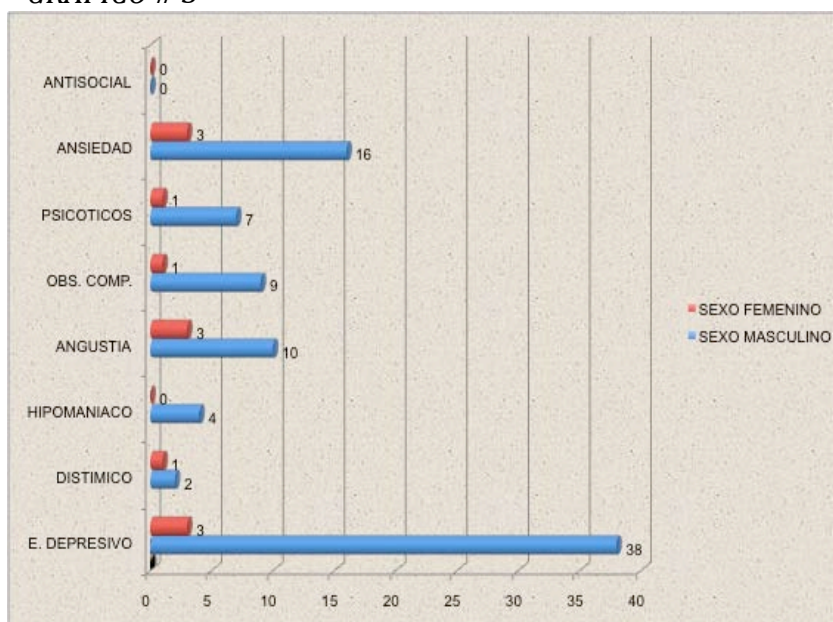
**CUADRO # 3**

TRASTORNOS	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO	%	FEMENINO	%	#	%
E. DEPRESIVO	38	38,77	3	3,06	41	41,83
DISTIMICO	2	2,04	1	1,02	3	3,06
HIPOMANIACO	4	4,08	0	0	4	4,08
ANGUSTIA	10	10,2	3	3,06	13	13,26
OBS. COMP.	9	9,18	1	1,02	10	10,2
PSICOTICOS	7	7,14	1	1,02	8	8,16
ANSIEDAD	16	16,32	3	3,06	19	19,4
ANTISOCIAL	0	0	0	0	0	0
<i>Total</i>	86	87,73	12	12,24	98	100

**Fuente:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.

**Autor:** Diego Jaramillo M.

**GRÁFICO # 3**



**Fuente:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.

**Autor:** Diego Jaramillo M.

**Análisis:** De los 98 pacientes que se estudió, el 87,7% son de sexo masculino, de ellos, el 38,7% presentaron, Episodio Depresivo, Trastorno Distímico 2,04%, Episodio Hipomaniaco 4,08%, Trastorno de Angustia 10,2%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 9,18%, Trastorno Psicótico 7,14% y Trastorno de Ansiedad el 16,32%; Pacientes de sexo femenino, son el 12,24%, las mismas que presentaron, Episodio Depresivo 3,06%, Trastorno Distímico 1,02%, Trastorno de Angustia 3,06%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 1,02%, Trastorno Psicótico 1,02% y Trastorno de Ansiedad 3,06%.



## TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES ADICTOS A DROGAS Y ALCOHOL, EN RELACIÓN CON EL ESTADO CIVIL.

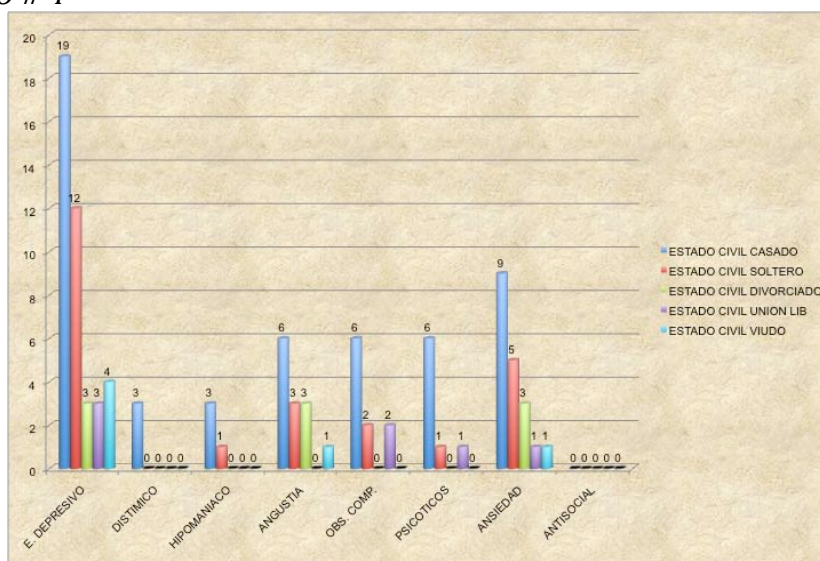
**CUADRO # 4**

TRASTORNOS	ESTADO CIVIL										TOTAL	
	CASADO	%	SOLTERO	%	DIVORCIADO	%	UNION LIB	%	VIUDO	%	#	%
E. DEPRESIVO	19	19,38	12	12,24	3	3,06	3	3,06	4	4,08	41	41,83
DISTIMICO	3	3,06	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3,06
HIPOMANIACO	3	3,06	1	1,02	0	0	0	0	0	0	4	4,08
ANGUSTIA	6	6,12	3	3,06	3	3,06	0	0	1	1,02	13	13,26
OBS. COMP.	6	6,12	2	2,04	0	0	2	2,04	0	0	10	10,2
PSICOTICOS	6	6,12	1	1,02	0	0	1	1,02	0	0	8	8,16
ANSIEDAD	9	9,18	5	5,10	3	3,06	1	1,02	1	1,02	19	19,4
ANTISOCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	52	53,04	24	24,48	9	9,18	7	7,14	6	6,12	98	100

**Fuente:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.

**Autor:** Diego Jaramillo M.

**GRÁFICO # 4**



**Fuente:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.

**Autor:** Diego Jaramillo M.

**Análisis:** La relación total del Estado Civil con los Trastornos Psicopatológicos, se demostró que el 53,04% de los pacientes son casados, de ellos, el 19,38% presentaron Episodio Depresivo, Trastorno Distímico 3,06%, Episodio Hipomaniaco 3,06%, Trastorno de Angustia 6,12%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 6,12%, Trastorno Psicótico 6,12% y Trastorno de Ansiedad 9,18%; Pacientes con estado civil soltero, son el 24,48%, de los cuales, el 12,24% presentaron Episodio Depresivo, Episodio Hipomaniaco 1,02%, Trastorno de Angustia 3,06%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 2,04%, Trastorno Psicótico 1,02% y Trastorno de Ansiedad 5,10%; El 9,18% de los pacientes son de estado civil Divorciado, los mismos que, el 3,06% presentaron Episodio Depresivo, Trastorno de Angustia 3,06% y Trastorno de Ansiedad 3,06%; Pacientes de estado civil Unión Libre son el 7,14%, de ellos, el 3,06% presentaron Episodio Depresivo, Trastorno Obsesivo Compulsivo 2,04%, Trastorno Psicótico 1,02% y Trastorno de Ansiedad 1,02%; Pacientes de estado civil Viudo son el 6,12%, de los cuales, el 4,08% presentaron Episodio Depresivo, Trastorno de Angustia 1,02% y Trastorno de Ansiedad 1,02%.

**TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES ADICTOS A DROGAS Y ALCOHOL, EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.**

**CUADRO # 5**

TRASTORNOS	INSTRUCCIÓN								TOTAL	
	PRIMARIA	%	SECUNDARIA	%	SUPERIOR	%	NINGUNA	%	#	%
E. DEPRESIVO	13	13,26	17	17,34	9	9,18	2	2,04	41	41,83
DISTÍMICO	1	1,02	0	0	2	2,04	0	0	3	3,06
HIPOMANÍACO	1	1,02	1	1,02	2	2,04	0	0	4	4,08
ANGUSTIA	3	3,06	7	7,14	2	2,04	1	1,02	13	13,26
OBS. COMP.	4	4,08	3	3,06	2	2,04	1	1,02	10	10,2
PSICÓTICOS	5	5,10	0	0	2	2,04	1	1,02	8	8,16
ANSIEDAD	5	5,10	8	8,16	3	3,06	3	3,06	19	19,4
ANTISOCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	32	32,64	36	36,72	22	22,44	8	8,16	98	100

**Fuente:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.

**Autor:** Diego Jaramillo M.

**GRÁFICO # 5**

**Fuente:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.

**Autor:** Diego Jaramillo M.

**Análisis:** Lo que respecta a nivel académico mostró el 32,6% de los pacientes con instrucción primaria de ellos, el 13,26% presentaron Episodio Depresivo, Trastorno Distímico 1,02%, Episodio Hipomaniaco 1,02%, Trastorno de Angustia 3,06%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 4,08%, Trastorno Psicótico 5,1% y Trastorno de Ansiedad 5,1%; El 36,7% tienen instrucción secundaria, de los cuales, 17,3% de los pacientes, presentaron Episodio Depresivo, Episodio Hipomaniaco 1,02%, Trastorno de Angustia 7,14%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 3,06% y Trastorno de Ansiedad 8,16%; El 22,4% tienen instrucción superior, los mismo que presentaron Episodio Depresivo en un 9,18%, Trastorno Distímico 2,04%, Episodio Hipomaniaco 2,04%, Trastorno de Angustia 2,04%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 2,04%, Trastorno Psicótico 2,04% y Trastorno de Ansiedad 3,06%; Pacientes sin instrucción son el 8,16%, de ellos, presentaron Episodio Depresivo en un 2,04%, Trastorno de Angustia 1,02%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 1,02%, Trastorno Psicótico 1,02% y Trastorno de Ansiedad el 3,06%.

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES ADICTOS A DROGAS Y ALCOHOL, EN RELACIÓN CON EL TIPO DE ADICCIÓN.

CUADRO # 6

TRASTORNOS	TIPO DE ADICCIÓN				TOTAL	
	ALCOHOL	%	DROGAS	%	#	%
E. DEPRESIVO	19	19,38	22	22,44	41	41,83
DISTIMICO	3	3,06	0	0	3	3,06
HIPOMANIACO	3	3,06	1	1,02	4	4,08
ANGUSTIA	8	8,16	5	5,10	13	13,26
OBS. COMP.	6	6,12	4	4,08	10	10,2
PSICOTICOS	4	4,08	4	4,08	8	8,16
ANSIEDAD	11	11,22	8	8,16	19	19,4
ANTISOCIAL	0	0	0	0	0	0
Total	54	55,08	44	44,88	98	100

**Fuente:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.

**Autor:** Diego Jaramillo M.

GRÁFICO # 6

**Fuente:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.

**Autor:** Diego Jaramillo M.

**Análisis:** En el estudio se encontró que el 55,08%, tienen adicción de alcohol, de ellos, el 19,38% presentaron, Episodio Depresivo, Trastorno Distímico 3,06%, Episodio Hipomaniaco 3,06%, Trastorno de Angustia 8,16%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 6,12%, Trastorno Psicótico 4,08% y Trastorno de Ansiedad 11,22%; Pacientes con adicción a drogas son el 44,88%, de los cuales, el 22,44% tienen Episodio Depresivo, Episodio Hipomaniaco 1,02%, Trastorno de Angustia 5,1%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 4,08%, Trastorno Psicótico 4,08% y Trastorno de Ansiedad 8,16%.

## TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES ADICTOS A DROGAS Y ALCOHOL, EN RELACIÓN CON LA REINCIDENCIA.

*CUADRO # 7*

TRASTORNOS	REINCIDENTES				TOTAL	
	SI	%	NO	%	#	%
E. DEPRESIVO	23	23,46	18	18,36	41	41,83
DISTIMICO	1	1,02	2	2,04	3	3,06
HIPOMANIACO	2	2,04	2	2,04	4	4,08
ANGUSTIA	5	5,10	8	8,16	13	13,26
OBS. COMP.	4	4,08	6	6,12	10	10,2
PSICOTICOS	4	4,08	4	4,08	8	8,16
ANSIEDAD	12	12,24	7	7,14	19	19,4
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>52,02</b>	<b>47</b>	<b>47,94</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

*Fuente: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.*  
*Autor: Diego Jaramillo M.*

*GRÁFICO # 7*

*Fuente: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y ficha de recolección de datos.*

*Autor: Diego Jaramillo M.*

**Análisis:** En el estudio se encontró que el 52,02% son reincidentes, de los cuales, el 23,46% tienen Episodio Depresivo, Trastorno Distímico 1,02%, Episodio Hipomaniaco 2,04%, Trastorno de Angustia 5,1%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 4,08%, Trastorno Psicótico 4,08% y Trastorno de Ansiedad 12,24%; Pacientes no Reincidentes son el 47,94%, de ellos, el 18,36% presentaron Episodio Depresivo, Trastorno Distímico 2,04%, Episodio Hipomaniaco 2,04%, Trastorno de Angustia 8,16%, Trastorno Obsesivo Compulsivo 6,12%, Trastorno Psicótico 4,08% y Trastorno de Ansiedad 7,14%.

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES ADICTOS A DROGAS Y ALCOHOL, EN RELACIÓN CON RASGOS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

CU  
AD  
RO  
# 8

TRASTORNOS	PARANOIDE		EZQUIZOIDE		EQUICO TIPICC		HISTRIONICO		ANTISOCIAL		NARCISISTA		LIMITE		OBS. COMP.		DEPENDENCIA		EUFORIC	
	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL
EDIPRESIVO	28	28,57	14	14,28	16	16,32	34	34,69	16	16,32	24	24,48	23	23,46	29	29,59	21	21,42	38	38,77
DISTIMICO	3	3,06	2	2,04	2	2,04	2	2,04	1	1,02	2	2,04	1	1,02	2	2,04	0	0	3	3,06
HIPOMANIAICO	2	2,04	1	1,02	2	2,04	2	2,04	2	2,04	2	2,04	4	4,08	2	2,04	4	4,08	2	2,04
ANGUSTIA	6	6,12	5	5,10	7	7,14	12	12,24	6	6,12	8	8,16	10	10,2	6	6,12	6	6,12	13	13,26
OBS. COMP.	7	7,14	3	3,06	8	8,16	8	8,16	5	5,10	8	8,16	6	6,12	8	8,16	7	7,14	9	9,18
PSICOTICOS	3	3,06	4	4,08	3	3,06	7	7,14	4	4,08	3	3,06	7	7,14	4	4,08	4	4,08	7	7,14
ANSIEDAD	18	18,36	4	4,08	13	13,26	14	14,28	4	4,08	15	15,3	11	11,22	10	10,2	14	14,28	17	17,34
ANTISOCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	68,35	TOTAL	33,65	TOTAL	52,02	TOTAL	80,59	TOTAL	38,76	TOTAL	63,24	TOTAL	63,24	TOTAL	52,23	TOTAL	57,12	TOTAL	90,79	TOTAL

**Fuente:**  
Entrevista  
Neuropsiqui  
átrica  
Internaciona  
l (MINI) y el  
Examen  
Internaciona  
l de los  
Trastornos  
de la  
Personalidad  
(IPDE).  
**Autor:** Diego  
Jaramillo M.

*GRÁFICO # 8*

***Fuente:*** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE).  
***Autor:*** Diego Jaramillo M.

**Análisis:** En lo referente a la relación, entre los rasgos de los trastornos de la personalidad y trastornos psicopatológicos, se encontró que, de los pacientes con Episodio Depresivo, presentaron rasgos de Evitación de la personalidad 38,7%, rasgos Histriónicos de la personalidad 34,69%, rasgos Obsesivos Compulsivos 29,59%, rasgos Paranoides 28,57%, rasgos Narcisista 24,48%, rasgos de Limite 23,46%, rasgos de Dependencia 21,42%, rasgos Esquizotípico y Antisocial con un 16,32% cada uno y rasgos de la personalidad Esquizoide 14,28%. Los pacientes con Trastorno Distímico, presentaron rasgos de la personalidad Paranoide y de Evitación 3,06% cada uno, rasgos de la personalidad Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Narcisista y Obsesivo Compulsivo 2,04% cada uno y rasgos de la personalidad Antisocial y Limite 1,02% cada uno. Los pacientes con Episodio Hipomaniaco, presentaron rasgos de la personalidad Limite y de Dependencia 4,08% cada uno, rasgos de la personalidad Paranoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Narcisista, Obsesivo Compulsivo y de Evitación 2,04% cada uno, rasgos de la personalidad Esquizoide 1,02%. Los pacientes con Trastorno de Angustia, presentaron 13,26% rasgos de la personalidad de Evitación, rasgos de la personalidad Histriónica 12,24%, rasgos de la personalidad Limite 10,2%, rasgos de la personalidad Narcisista 8,16%, rasgos de la personalidad Esquizotípico 7,14%, rasgos de la personalidad Paranoide, Antisocial, Obsesivo Compulsivo y de Dependencia 6,12%, rasgos de la personalidad Esquizoide 5,1%. Los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo presentaron, rasgos de la personalidad de Evitación 9,18%, rasgos de la personalidad Esquizotípico, Histriónico, Narcisista y Obsesivo Compulsivo 8,16% cada uno, rasgos de la personalidad Paranoide y de Dependencia 7,14% cada uno, rasgos de la personalidad Limite 6,12%, rasgos de la personalidad Antisocial 5,1%, y rasgos de la personalidad Esquizoide 3,06%. Los pacientes con Trastorno Psicótico, presentaron, el 7,14% rasgos de la personalidad Histriónico, Limite y de Evitación, cada uno, rasgos de la personalidad Esquizoide, Antisocial, Obsesivo compulsivo y de Dependencia 4,08% cada uno, rasgos de la personalidad Paranoide, Esquizotípico y Narcisista 3,06% cada uno. Los pacientes con Trastorno de Ansiedad presentaron, rasgos de la personalidad Paranoide 18,36%; rasgos de la personalidad de Evitación 17,34%, rasgos de la personalidad Narcisista 15,3%, rasgos de la personalidad Histriónico y de Dependencia 14,28% cada uno, rasgos de la personalidad Esquizotípico 13,26%, rasgos de la personalidad Limite 11,22%, rasgos de la personalidad Obsesivo Compulsivo 9,18%, y pacientes con rasgos de la personalidad Esquizoide y Antisocial 4,08% cada uno.

**CONCLUSIONES**



Luego del análisis de los resultados obtenidos, de la aplicación de MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), de la ficha de recolección de datos y el *IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad)*, puedo concluir que:

1. Se ha comprobado que es importante, el análisis de la comorbilidad de los pacientes con adicción a drogas y alcohol, ya que absolutamente todos los pacientes sometidos al estudio, presentaron Trastornos Psicopatológicos, entre los que sobresalen con mayor prevalencia, el Episodio Depresivo Mayor en un 42%, Trastorno de Ansiedad Generalizada en un 20% y Trastorno de Angustia en un 13%. Estos Trastornos Psicopatológicos se destacan debido, a que en caso de el Episodio Depresivo, se acompaña de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral, o de otras aéreas importantes de la actividad del individuo, al igual que los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, que acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor y por último los Trastornos de Angustia que se producen más por una desestructuración emocional y económica. Según las características diagnósticas de el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales del *DSM-IV*, y esto concuerda con la realidad de estos pacientes, puesto que se ve afectado principalmente su salud, situación laboral y social, por la adicción.
2. La presencia de los principales trastornos psicopatológicos, como el Episodio Depresivo, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia, que constituyen el 74% de comorbilidad, se presentan, mayoritariamente en pacientes adultos jóvenes con edades entre 20 a 40 años y en pacientes con adultez media (41 a 65 años). Esto, como es lógico, coincide, nuevamente con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales del *DSM-IV*, puesto que los pacientes con mayor vulnerabilidad a situaciones estresantes, de carácter familiar, social, laboral y emocional, se presenta a una edad, donde se comienza adquirir responsabilidades en su vida diaria, siendo más fácil que presenten problemas de adicción.
3. Se estableció que la prevalencia de los principales trastornos psicopatológicos encontrados en este estudio en relación al nivel académico, son más frecuentes en pacientes adictos con nivel de instrucción primaria y secundaria, lo que estaría relacionado al no presentar criterios formados, ni madurez suficiente, para el

enfrentamiento activo de situaciones problemáticas, sino más bien un afrontamiento interno. Es decir que no han podido utilizar, en lo aprendido en la experiencia pre-profesional, acerca de cómo cultivar la salud mental, en la adaptación, organización y el afrontamiento de las exigencias en sus vidas.

4. No hay estudios que demuestren la relación entre los Trastornos Psicopatológicos y el Estado Civil, aunque la mayoría de los pacientes adictos con Episodio Depresivo, Trastorno de Ansiedad y Trastorno de Angustia, son casados, probablemente esto se explique, por el aumento de obligaciones y responsabilidades de las personas casadas, por temas económicos, paternales, etc. Así mismo la incompatibilidad de las parejas, que llevan una vida de peleas, maltratos y desunión familiar, que son traumas dolorosos y difíciles de superar.
5. Los pacientes con adicción a drogas y alcohol, en relación con los trastornos psicopatológicos mostraron resultados similares, se encontró mayor presencia de trastornos afectivos en pacientes alcohólicos. Esto se debe, según el DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales que las alteraciones del estado de ánimo se presentan principalmente por la intoxicación y abstinencia de alcohol u otra sustancia similar, ya que el consumo excesivo de alcohol, produce deterioro de la expresión emocional, así mismo, la mayoría de los alcohólicos, refieren que beben, para mitigar o aliviar, su estado de ánimo disfórico, sin embargo el consumo crónico de alcohol y su posible abstinencia puede agravar estados de ánimo negativo.
6. Lo que respecta a la reincidencia de los pacientes con adicción a drogas y alcohol y los trastornos psicopatológicos, se demostró que más de la mitad de los pacientes ingresados en los centros terapéuticos y de rehabilitación (52%), son reincidentes, presentando una mayor comorbilidad de Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad, esto se debe probablemente a que en la mayoría de estos centros, no se contaba, con la ayuda profesional de un Psicólogo Clínico ni Psiquiatra, resultando la ineficacia del tratamiento, ya que el abuso de drogas y alcohol, alteran la estructura y la función del cerebro, lo que ocasiona cambios que persisten mucho tiempo después de haber cesado el consumo de las drogas y el alcohol. Esto explica por qué las personas que han tenido problemas de drogadicción y alcoholismo corren el riesgo de recaídas incluso después de largos periodos de abstinencia, según lo explica el

Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. Los pacientes no reincidentes, presentan mayormente Episodio Depresivo y Trastorno de Angustia.

7. Se estableció que los trastornos de Ansiedad Generalizada, Angustia y Episodio Depresivo Mayor, se presentan equitativamente en mujeres con problemas de abuso de alcohol y drogas, a diferencia de los varones que presentan mayormente Episodio Depresivo, esto debe a que nuestro medio, es una sociedad machista, puesto que la incidencia de los abusos sexuales y violencias recaen mayoritariamente sobre este género, agravado aún más con la adicción. Así mismo es importante señalar el estudio de Alonso et al., 2004 y Carrasco-Galán y Espinar-Fellmann, 2008, donde se demuestra que las mujeres son más vulnerables a desarrollar Trastorno de Ansiedad que los varones aproximadamente 2 a 3 veces más.
  
8. Por último se demostró que los pacientes con Trastornos Afectivos, presentaron principalmente rasgos de la personalidad de Evitación, Histriónico, Paranoide, Obsesivo Compulsivo y Narcisista. Por otro lado, los pacientes con Trastornos de Ansiedad, demostraron, principalmente rasgos de la personalidad Paranoide, Evitación, Dependencia, Esquizotípico, Obsesivo Compulsivo y Narcisista. Aunque no exista trabajos relevantes sobre la asociación de un Trastorno Psicopatológico y rasgos de los Trastornos de la Personalidad, es necesario identificar la presencia de los mismo, puesto que ayudará a la eficacia del tratamiento. Según estudios de Noemí Guillamón. Clínica de la Ansiedad, 2004, demuestran que los trastornos de Ansiedad se acompañan por lo general con rasgos de la personalidad de evitación, obsesivo compulsivo, límite y de dependencia. En una revisión realizada por Tyrer y col, parece existir una asociación moderada entre los trastornos afectivos y los rasgos de personalidad histriónico, narcisista, antisocial, dependiente y obsesivo-compulsivo.

**RECOMENDACIONES**

Una vez analizados los resultados y constatado la realidad, como la atención de los centros de rehabilitación de nuestro Catón, considero que se debe establecer las siguientes recomendaciones:

1. Recomiendo que es importante, que los pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas, que ingresan a centros de rehabilitación, se les realice estudios o test que permitan verificar, la presencia de trastornos psicopatológicos, aumentando así la eficacia terapéutica, puesto que se comprobó que todos los pacientes con adicción presentan comorbilidad psicopatológica.
2. Es recomendable que durante el tratamiento de los pacientes con adicción, exista la participación de familiares, servicios sociales y médicos, especialmente en pacientes que se encuentran a una edad entre 20 a 65 años, es decir a una edad donde se comienza adquirir mayor responsabilidad en la vida y por tanto, presentar problemas de carácter familiar, social, laboral y emocional, lo que puede conducir nuevamente al consumo de alcohol o drogas, ayudando así a descubrir y superar este tipo de dificultades, lo que favorecería a la prevención y tratamiento de trastornos psicopatológicos.
3. Es necesario también, la intervención terapéutica de un equipo multidisciplinario en pacientes adictos en con niveles académicos inferiores y con estado civil casado, ingresados en clínicas de rehabilitación, puesto que se demostró mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos en estos grupos de pacientes, y como se señaló anteriormente, no tienen criterios formados, ni madurez suficiente para el enfrentamiento de situaciones problemáticas, siendo más vulnerables a la presencia de comorbilidad psiquiátrica, esto en el caso de pacientes con niveles de instrucción inferiores y en el caso de pacientes adictos casados, se encuentran expuestos a mayores situaciones estresantes por obligaciones e incompatibilidad en la vida de las parejas.
4. Sugiero importante, la investigación principalmente de trastornos afectivos, en pacientes con problemas de abuso de alcohol, que ingresan a centros de rehabilitación, ya que se comprobó, tanto en el presente estudio como en la bibliografía, que la adicción con el alcohol, produce un deterioro de la expresión emocional y por lo tanto se relaciona más con los trastornos afectivos. Por otro lado en relación con el género,

recomiendo la investigación principalmente de trastornos de ansiedad, en mujeres adictas, puesto que son más vulnerables a situaciones traumáticas como maltratos, abusos sexuales y violencia.

5. Se recomienda que haya la existencia permanente, de profesionales médicos psiquiatras o psicólogos clínicos, en los centros de rehabilitación, dada la alta existencia de trastornos psicopatológicos en adictos a drogas y alcohol, puesto que se constató que carecen de la ayuda de dichos profesionales, afectando así la eficacia del tratamiento de estos pacientes y aumentando la reincidencia a la adicción.
6. Recomiendo significativo, el estudio de trastornos de los rasgos de la personalidad en pacientes adictos a drogas y alcohol ingresados, en centros de rehabilitación, ya que permitiría a médicos psiquiatras a conocer mejor los pensamientos, comportamiento y sentimientos de estos pacientes, para tener mejor criterio para tomar una opción de tratamiento. Así mismo esto es importante también, puesto que se analizó que algunos rasgos de personalidad, se relacionan más con ciertos trastornos psicopatológicos, lo que ayudaría a la prevención y orientación al diagnóstico de trastornos.
7. Una vez culminado el presente estudio se recomienda la ampliación del mismo, en niños y adolescentes, puesto que se determinó comorbilidad de trastornos mentales en pacientes mayores de edad. Existiendo varias instituciones o casas hogar donde se encuentran niños y adolescentes que padecen de abusos, maltratos, abandono, adicciones, etc. Esto es importante puesto que se favorecerá al tratamiento y prevención de alteraciones psicológicas.
8. Aconsejaría así mismo, la ampliación del estudio, el cual permita determinar, si el consumo de sustancias predispuso el trastorno psiquiátrico o si este fue previo a la adicción.
9. Recomiendo por último continuar con estudios periódicos, ya que existe muy pocos datos en el país y

ninguno en nuestra ciudad, sobre la comorbilidad de trastornos mentales en pacientes drogodependientes, aumentando así, el conocimiento científico de dichos problemas psicológicos, en los profesionales de nuestro medio y mejorando tanto acertamiento diagnóstico como el tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, MASSON S.A. © 1995. *Trastornos del estado de ánimo*.
2. *Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia*. J. Royo. *Psiquiatra. Hospital de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental "Natividad Zubieta". Servicio Navarro de Salud. Pamplona. Vol. 25, Suplemento 3, 2002*.
3. *Trastornos de Ansiedad*. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. 2010.
4. *Tratado de psiquiatría clínica. Escrito por Hales, R.E. Pág. 96/publicación MASSON. Barcelona (España) 2009*.
5. *Mini International Neuropsychiatric Interview. versión en Español 5.0.0/DSM-IV Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y*.
6. *American Psychiatric Association(1994/1995). DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona; Masson*.
7. *Tratamiento Psicológicos eficaces para la drogadicción*. Roberto Secades Villa y José Ramón Fernández Hermida. 2001.
8. *Publicación del Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. España# 15, 16. Mayo 1999*.
9. *Trastornos de la personalidad y conductas adictivas. Intervenciones Psicosociales. Actas España Psiquiatría 2001*.



10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° edition Text Revised (DSM-IV TR). American Psychiatric Association, 2000.*
  
11. *Pagina Oficial del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; <http://www.msp.gov.ec-Programa> de Salud Mental.*
  
12. *Principios de Tratamientos para la drogadicción. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Publicación # 10-4180. Impresa en Julio del 2001, revisada en Julio del 2010.*
  
13. *Martín-Santos R, Fonseca F, Domingo-Salvany A, Ginés JM, Imaz ML, Navinés R, et al. Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. European J Psychiatry 2006; 20:147-156.*
  
14. *Araluce Iturbe, K. (1997): Comorbilidad Psiquiátrica en los trastornos por uso de alcohol. Aspectos específicos de Tratamiento y Asistencia. II Jornadas Autonómicas Socidrogalcohol Andalucía, 143-150.*

**ANEXOS**

