

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina

**Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la  
Unidad de Psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril  
2016 - abril 2018.**



Trabajo de grado presentado por:  
Elba Altagracia Guzmán Moquete

Para optar por el título de:  
**DOCTOR EN MEDICINA**

Santo Domingo, D. N.  
2018

<b>CONTENIDO</b>	
Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	1
I.2. Justificación	3
II. Planteamiento del problema	4
III. Objetivos	5
III.1. General	5
III.2. Específicos	5
IV. Marco teórico	6
IV.1. Comorbilidades psiquiátricas	6
IV.1.1. Definición	6
IV.1.2. Etiología	7
IV.1.3. Enfermedades psiquiátricas	8
IV.1.3.1 Trastornos psicóticos	8
IV.1.3.2. Trastornos relacionados con sustancias	28
IV.1.3.3. Trastorno del estado de animo	30
IV.4. Trastornos de personalidad	51
V. Operacionalización de las variables	71
VI. Material y métodos	73
VI.1. Tipo de estudio	73
VI.2. Área de estudio	73
VI.3. Universo	73
VI.4. Población y muestra	74
VI.5. Criterios	74
VI.5.1. De inclusión	74
VI.5.2. De exclusión	74

VI.6. Instrumento de recolección de los datos	74
VI.7. Procedimiento	75
VI.8. Tabulación y análisis	75
VI.9. Consideraciones éticas	75
VII. Resultados	76
VIII. Discusión.	87
IX. Conclusiones.	88
X. Recomendaciones.	89
XI. Referencias	90
XII. Anexos	94
XII.1. Cronograma	94
XII.2. Instrumento de recolección de datos	95
XII.3. Costos y recursos	98
XII.4. Evaluación	99

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer principalmente a Jehová Dios, por la vida la salud y por permitir que llegara a esta etapa final.

Quiero expresar mi más sentido agradecimiento a mi Alma Mater, la **Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)**, por darme la oportunidad y formarme en doctora en medicina. Fuiste mi mejor elección.

A la **Escuela de Medicina y Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud: Ivelisse, Dorca**, en especial a **Ángela** por motivarme, mantenerse al tanto con mi estatus estudiantil y brindarme todo su apoyo. **Francis Cáceres**, sabes que no tengo palabras para agradecerte tanto afecto, cariño, y disposición para conmigo, no me conformo con decirles gracias, más bien los quiero.

**Claridania Rodríguez**, mi asesor metodológico, gracias por brindarme su tiempo y conocimientos para poder elaborar este trabajo de investigación.

A la **Dra. Jeannette Báez**, por escucharme y entender mi situación y sobre todo aceptar mi petición y dedicar su tiempo durante las primeras etapas de esta investigación. Cada una de sus correcciones logró que esta investigación tomara forma poco a poco.

Debo de agradecer de manera especial a la **Dra. Katia Perdomo**, dado que sin ella este estudio no hubiera sido posible. Por su tiempo paciencia, conocimiento para el estudio y mi formación como Doctora. Ha sido una profesora muy especial en mi formación ya que desde inicios de psiquiatría me mostro un cariño especial y distinción, siempre pendiente a mi estatus estudiantil hasta llegar a esta etapa que era la esperada, gracias Dra. Perdomo mi más sincera expresión de gratitud.

A **Raquel** su secretaria que de una forma u otra me extendió su ayuda entregándole mis recados y contestando mis llamados.

A mi Amiga y compañera de carrera **Stephanie Pamela Beras**, iniciar nuestra amistad en anatomía con la disección de una rodilla y desde entonces hasta la fecha juntas contando con tu apoyo y amistad incondicional, a ti debo esta tesis por tu persistencia, colaboración y larga dedicación, no tengo palabras que demuestren mi gratitud hacia a ti, solo espero que a medida que pase el tiempo nuestra amistad se fortalezca cada día más. Gracias amiga, hermana y comadre.

A los demás compañeros **Eileen Báez, Deyaniza Marte, Fernando Soto, Frank García**, gracias por brindarme su amistad por protegernos uno con otros y ayudarnos mutuamente para llegar a la meta.

A mi hija **Meredith Mikaela**, no llegaste en el mejor momento, pero fuiste el motivo principal para llegar a la meta, Te amo.

A mi Hermana, **Aida Guzmán** gracias por hacerte presente en los momentos de dificultad.

Agradecimientos póstumos a mi segunda madre, no todos tienen el privilegio de tener una madre sin embargo Dios me premio con dos, **Republica Teresa Jourdain (Tía Pupa)** sé que físicamente no estás, pero estas celebrando este logro porque en mi corazón estas presente, gracias por darme amor, cariño apoyo y comprensión, a mi Padre **Alfredo Antonio Guzmán**, se que desde el cielo estas disfrutando este logro, y sé que cuando nos volvamos a encontrar me llamaras con orgullo Doctora, gracias por hacerte presente en momentos difíciles y por siempre darme aliento y motivarme para llegar a donde hoy estoy.

Por último y no menos importante, **Miguel López** mi esposo, por siempre estar presente, darme apoyo brindarme amor y comprensión.

**Elba Altagracia Guzmán Moquete**

## **DEDICATORIAS**

A la autora de mis días mi madre **Elba Arelis Moquete Jourdain**, eres todo para mí y esto no había sido posible sin ti, tu esfuerzo incansable tus horas extra de trabajo para poder cubrir los gastos universitarios, tu perseverancia y sobre todo tu entrega y dedicación al cuidado de mi hija para que yo pudiera seguir los estudios. Gracias por brindarme una carrera para mi futuro. Lo mejor de esto es que apostaste a mí y nunca desmayaste y aquí estamos las dos culminando esta etapa. Por ti me graduó de Doctora en Medicina.

Te amo madre mía, gracias infinitas, esto es para ti.

**Elba Altagracia Guzmán Moquete**

## **RESUMEN.**

Se ejecutó un estudio observacional, descriptivo y transversal para evidenciar las comorbilidades psiquiátricas en pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, durante un periodo de un año. De 518 pacientes ingresados a la unidad de intervención de Crisis de Salud Mental, un 23.0 por ciento presentaron comorbilidades psiquiátricas. De los pacientes que correspondieron al sexo femenino, el 21.7 por ciento tenían de 16-25 años; de los pacientes que correspondieron al sexo masculino, el 33.3 por ciento tenían de 16-25 años. El 55.0 por ciento de los pacientes tenían de 15-25 años. El 58.3 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo masculino. El 95.0 por ciento de los pacientes estaban solteros. El 89.0 por ciento de los pacientes procedían de Santo Domingo. El 28.0 por ciento de los pacientes presentaron como diagnóstico trastorno psicótico inducido por sustancia. El 57.0 por ciento de las pacientes presentaron como comorbilidades intento suicida. El 25.0 por ciento de los pacientes presentaron en antecedentes de trastornos mentales, trastorno de estado de ánimo. El 100.0 por ciento de las pacientes no tenían historia familiar. El 27.0 por ciento de los pacientes presentaron como factores sociales y ambientales falta de apoyo social/familiar.

**Palabras claves:** comorbilidades psiquiátricas, trastorno psicótico inducido por sustancia, trastornos mentales.

## **ABSTRACT.**

An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out to demonstrate the psychiatric comorbidities in patients admitted to the psychiatric unit of the Dr. Vinicio Calventi General Hospital, for a period of one year. Of 518 patients admitted to the Mental Health Crisis intervention unit, 23.0 percent had psychiatric comorbidities. Of the patients who corresponded to the female sex, 21.7 percent were 16-25 years old; Of the patients who corresponded to the male sex, 33.3 percent were 16-25 years old. 55.0 percent of patients were 15-25 years old. 58.3 percent of the patients corresponded to the male sex. 95.0 percent of the patients were single. 89.0 percent of the patients came from Santo Domingo. 28.0 percent of the patients presented a substance-induced psychotic disorder as a diagnosis. 57.0 percent of the patients presented as suicide attempt comorbidities. 25.0 percent of patients had a history of mental disorders, mood disorder. 100.0 percent of the patients had no family history. 27.0 percent of the patients presented as social and environmental factors lack of social / family support.

**Key words:** psychiatric comorbidities, psychotic disorder induced by substance, mental disorders.



## I. INTRODUCCIÓN

La salud mental durante muchos años ha sido discriminada. Ya que esta no es la simple ausencia de trastornos mentales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como: un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.<sup>1</sup>

Desde hace tiempo el término comorbilidad se utiliza para hacer referencia a todo trastorno adicional en pacientes con una enfermedad ya diagnosticada.<sup>2</sup> En los últimos años han proliferado las investigaciones en las que la comorbilidades psiquiátricas se han convertido en centro de atención de los investigadores que intentan establecer criterios diagnósticos operativo, estrategias asistenciales adecuadas y, por supuesto, también datos epidemiológicos como la incidencia, prevalencia y factores de riesgo comunes en estos casos.<sup>2,3</sup>

Cuando un individuo desarrolla la presencia de dos patologías psiquiátricas como es el alcoholismo, y otro trastorno psiquiátrico esto se reconoce como comorbilidad psiquiátrica o patología dual.<sup>4</sup> Debido a las distintas investigaciones durante el paso de los años los clínicos reconocen la relación etiológica entre una patología y otra. Aunque esta no sea totalmente claro, pero se reconoce la intervención de factores genéticos, neurobiológicos y medioambientales que contribuyen al desarrollo de dichos trastornos mentales.

### I.1 Antecedentes

En los últimos años han proliferado las investigaciones en las que la comorbilidad psiquiátrica se han convertido en centro de atención y que intentan establecer criterios diagnósticos operativos, estrategias asistenciales adecuadas y, por supuesto, también datos epidemiológicos como la incidencia, prevalencia y factores de riesgo comunes en estos casos.<sup>2</sup>

Rodrigo Marín-Navarrete y colaboradores en el 2013 en México realizaron el estudio La Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención

de las Adicciones. El propósito de dicho estudio fue estimar la prevalencia de comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en una muestra de participantes de sexo masculino adscritos a los Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA).<sup>5</sup> Los resultados mostraron que 75.72% cumplía con criterios diagnósticos para algún trastorno psiquiátrico comórbido, siendo los más prevalentes los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, seguidos por los trastornos de ansiedad, la ansiedad por separación, los trastornos afectivos, los trastornos por control de impulsos y con menor frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria.<sup>5</sup> En la mayoría de los casos (83.59%), los trastornos psiquiátricos comórbidos precedieron a los trastornos adictivos.

En la Universidad de Rovira i Virgili, Reus en Tarragona, España, Enric Aragone`s y colaboradores elaboraron el estudio de la Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. Con propósito en determinar los otros trastornos mentales comunes en pacientes con depresión mayor y analizar sus relaciones de comorbilidad.<sup>6</sup> Los resultados demostraron el 45,7 de los pacientes con depresión mayor coexistía un trastorno mental más, dos en el 19,9% y tres trastornos mentales más en el 8,3%.<sup>6</sup> El trastorno de ansiedad generalizada estaba presente en el 55,2% de los deprimidos, el trastorno de pánico en el 33,8% ,la distimia en el 15,7 % y el trastorno de somatización en el 6,6% .<sup>6</sup>

En la Pontificia Universidad Católica Madre Maestra en la República Dominicana (2015), elaborado por Y. Castellanos, J. Ricardo, D. Rodríguez, Jo Hernández y Jo. Zouain. realizaron el estudio sobre la Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos a través de la Mini Encuesta neuropsiquiatría internacional en pacientes consumidores de Drogas Ilícitas y/o Alcohol. El propósito de dicho estudio demostrar la prevalencia de trastornos psiquiátricos a través del MINI en pacientes consumidores de drogas ilícitas y/o alcohol, admitidos en centros de atención para adictos al alcohol y sustancias ilícitas en la Región Norte de la República Dominicana. Sus resultados La prevalencia de Trastornos Psiquiátricos según el Tipo de Trastorno fue: un 73.9% para los Trastornos de Ansiedad, 71.7% Trastornos del Estado de Ánimo, 1.6% Trastornos Alimenticios, 91.8% Dependencia de Sustancias y un 78.3% Otros

Trastornos. La Patología Dual se presentó en un 99.4% del número total de la población, que fueron 184 pacientes entrevistados.

## I.2. Justificación

Esta tesis se propone investigar las comorbilidades de los pacientes psiquiátricos ingresados en la unidad de intervención crítica (UIC). ¿A tal fin parte de la pregunta, Cuales son las comorbilidades más frecuentes en dichos pacientes del Hospital General Dr. Vinicio Calventi? Con el propósito de responder a esta pregunta, revisaremos, en primer lugar, los expedientes pacientes ingresado para concluir con los debates actuales y presentar una cifra que pueda responder nuestra incógnita. El análisis de estos datos es de suma importancia para poder poner en perspectiva la situación en la Republica Dominicana con respectos a las enfermedades mentales que cursan con mayor comorbilidad. Ya que la salud mental es un problema social que afecta a una gran cantidad de personas y no tiene distinción social.

El presente trabajo permitirá mostrar las enfermedades más frecuentes que cursan con otras en enfermedades de la salud mental. En cual una es diagnosticada de manera primaria y la siguiente de manera secundaria debido que fue desencadenada por la primera. Pensamos que mediante los análisis detallados de los récords de dichos pacientes se podrá establecer cuál es la enfermedad primaria y secundaria con mayor afectación en dicha población.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las comorbilidades en pacientes psiquiátricos ha sido un tema controversial en el área de salud mental, debido a que estas dos entidades pueden llevar a un mayor deterioro de dicho individuo, es por lo que nos referimos a ello en este estudio.

En el estudio *Psychiatric care of patients with depression and comorbid substance use disorders*. Elaborado por J Clin Psychiatry en el 2000 se encontró una significativa articulación consistente en que: los síntomas entre los diagnósticos se superponen, incrementando la vulnerabilidad individual al tener ambos trastornos, el efecto de un trastorno sobre el curso de otro o por un intento de automedicarse ante las manifestaciones clínicas de un trastorno psiquiátrico.<sup>9</sup>

Debido a la gran controversia nos hemos formulado la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en los pacientes ingresado en la unidad de psiquiatría del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, durante el periodo abril 2016 - abril 2018?

### **III. OBJETIVOS**

#### III.1. General

Determinar las comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018.

#### III.2. Específicos

1. Describir las características socio demográficas de los pacientes ingresados a la unidad de intervención crítica (UIC) del Hospital General Vinicio Calventi.
2. Identificar los factores precipitantes para dar ingreso a pacientes con comorbilidad en la UIC del Hospital General Vinicio Calventi.
3. Identificar el uso y el abuso de las sustancias en los pacientes ingresados al departamento de UIC de dicho hospital.

## IV. MARCO TEÓRICO

### IV.1. Comorbilidades psiquiátricas

#### IV.1.1. Definición

Una de las primeras referencias sobre las comorbilidades fue la que estableció el epidemiólogo de la Universidad de Yale, Alvan Feinstein, en la publicación del *Journal Of Chronic Disease* en 1970. El objetivo de este término fue utilizarlo en estudios clínicos para indicar patologías coexistentes.<sup>10</sup>

La OMS define la comorbilidad psiquiátrica como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.<sup>11</sup> La concurrencia en un mismo individuo de trastorno psiquiátrico con otro ya sea por adición a sustancias o el alcohol es también conocido como patología dual.

En 1984 Boyd la definió como el riesgo relativo de una persona con una enfermedad de recibir el diagnóstico de otra enfermedad.<sup>11</sup> Pero en 1990, Burke dio una definición tipo metodológico donde explica, la presencia de más de una enfermedad específica en una persona durante un periodo de tiempo definido.<sup>12,13</sup>

Alrededor del concepto de comorbilidad Van Praag hace los siguientes planteamientos:<sup>12,14</sup>

- Puede enfocarse como el acumulo aparente de varios trastornos psiquiátricos en un solo individuo.
- El orden de aparición de los trastornos, cuáles son primarios y cuáles derivados.
- La mayoría de los síntomas psiquiátricos van de la mano de una personalidad patológica.
- La multitud de trastornos o síndromes psicopatológicos en un paciente individual pueden reflejar varias manifestaciones de una sola anomalía biológica, lo que llevaría a la búsqueda de marcadores y eventualmente hacia un modelo multicausal de disfunciones biológicas subyacentes en el trastorno psiquiátrico.

#### IV.1.2. Etiología

Para poder determinar la etiología de las comorbilidades psiquiátricas es saber cuál fue primero. En algunos estudios actuales donde hablan sobre las relaciones causales entre los trastornos psiquiátricos y los inducidos por sustancias, alcohol u otros trastornos psiquiátricos no son concluyentes. Ya que los síntomas de los trastornos mentales y los anteriormente mencionado interactúan y se condicionan mutuamente. Estos estudios explican que hay un trastorno psiquiátrico de base antes que se presente los trastornos inducido por el consumo de sustancias. Además, los pacientes con una comorbilidad de otro trastorno psiquiátrico sobre agregado sus síntomas se sobrepone uno con el otro. Estos individuos con un trastorno psiquiátrico como diagnostico primario tienen un aumento de susceptibilidad al consumo de sustancia o desarrollar otro trastorno psiquiátrico secundario. No obstante, el trastorno psiquiátrico puede verse agravado por el consumo de sustancias, ya sean drogas o alcohol.

Se puede hablar de diferentes causas de las comorbilidades psiquiátricas y porque algunos pacientes son más susceptibles que otros.<sup>15</sup>

- Factores genéticos: Cuando en ambos trastornos mentales se da la superposición de factores genéticos comunes que pueden hacer que una persona sea susceptible tanto al alcoholismo como a otros trastornos mentales o que tenga mayor riesgo para un segundo trastorno una vez que aparezca el primero.
- Factores ambientales; Pueden desencadenar factores como el estrés, el trauma en la infancia o la exposición temprana ambos trastornos.
- Mecanismos de neurotransmisión: Distintos sistemas del cerebro, como el sistema dopaminérgico mesolímbico (relacionado con la adicción e implicado en la esquizofrenia), el sistema serotoninérgico (implicado en la etiología de la depresión y en el trastorno por uso de alcohol) o el sistema GABAérgico (implicado en ansiedad y en la adicción a las BZD y al alcohol) pueden verse afectados.

### IV.1.3. Enfermedades psiquiátricas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social no solo en ausencia de enfermedad mental. De igual manera, esta misma entidad define la enfermedad mental o Trastorno mental como un tipo de alteración emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, motivación, cognición, conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc.<sup>13</sup> Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

#### IV.1.3.1 Trastornos psicóticos

Marconi en 1970 propuso una definición de psicosis en base a lo que él llamó su “Teoría Estructural de las Psicosis.” Para Marconi, la psicosis es una “mutación insólita y productiva de la conciencia de realidad”.<sup>17</sup> Se conoce la conciencia de realidad como el modo en que los seres humanos dan cuenta de lo que consideran real. Esta tiene un origen cultural por lo que varía de una cultura a otra, pero necesita un cerebro con todas sus funciones, un cerebro integrado a un cuerpo.

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales que causan ideas y percepciones anormales. Los individuos con psicosis pierden el contacto con lo que es la realidad. Dos de los síntomas principales son los delirios y las alucinaciones. Los Delirios se definen como falsas creencias, tales como las ideas de que alguien está en su contra o que tiene insectos caminando por sus cuerpos que no están. Mientras las alucinaciones son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe. El alcohol, ciertos medicamentos, tumores cerebrales, infecciones del cerebro y un ataque cerebrovascular pueden causar psicosis.

En la quinta edición *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) donde explica los distintos trastornos psicóticos se titula “Trastorno del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos.”<sup>17</sup>

#### Principales síntomas

##### 1. Alucinaciones



2. Delirios
3. Distorsión de pensamientos

#### Tipos de trastornos psicóticos

1. Esquizofrenia: paranoide, hebefrenica, catatónica, indiferenciado
2. Trastornos delirantes
3. Trastorno psicótico breve
4. Trastorno esquizofreniforme
5. Trastorno psicótico compartido
6. Trastorno esquizoafectivo
7. Trastorno psicótico inducido por sustancias
8. Trastorno psicótico debido a enfermedad medica

#### Esquizofrenia

La Organización Mundial de la Salud explica que es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo. Esta se caracteriza por una distorsión del pensamiento, percepciones, emociones, lenguajes, conciencia de sí mismo y la conducta. En todas partes del mundo esta es considerada una discapacidad debido a que puede afectar su desempeño educativo y laboral. Las personas que sufren de una esquizofrenia tienden sufrir de estigmatización, discriminación y violencia de sus derechos humanos.

Debido a que la esquizofrenia es un trastorno psicótico grave sus manifestaciones son una mezcla de signos y síntomas. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio.<sup>15</sup> Este trastorno tiene ningún síntoma que se puede considerar patognomónico de la esquizofrenia. No todos los síntomas anteriormente mencionados están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.<sup>18</sup>

## Clasificación de síntomas de la esquizofrenia

Los síntomas de la esquizofrenia se pueden dividir de cuatro maneras. Ya sea en positivos, negativos, cognitivos y afectivos.

Tabla 1: Síntomas de la esquizofrenia

Síntomas Positivos	Síntomas Negativos	Síntomas Cognitivos	Síntomas Afectivos
Alucinaciones	Afecto aplanado	Problema con la memoria	Hostilidad
Delirios	Pobreza efectiva	Problema con la concentración	Conducta autolesiva
Trastorno de Conducta	Alogia	Problema de atención	Impulsividad
	Abulia	Trastorno de los pensamientos	Deprimido
	Anhedonia	Problemas establecer prioridades	Tensión, Irritabilidad
	Aislamiento social		Preocupación

Adaptado de la Guía práctica para el tratamiento de la esquizofrenia en centro de salud mental.<sup>18</sup>

## Curso de la esquizofrenia

La esquizofrenia tiene de inicio durante la adolescencia e incluso la infancia- o al inicio de la edad adulta. Esta presenta una afectación similar a ambos sexos. Pero tiene una aparición más frecuente en el sexo masculino, la edad de inicio más frecuente en durante la tercera década de la vida. Mientras en el sexo femenino tiende a presentarse durante el fin de la tercera década y comienzo de la cuarta década de la vida. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial.<sup>18</sup>

Este tipo de enfermedad habitualmente es de tipo crónico, puede caracterizarse por tres fases: (1) fase aguda (2) fase de estabilización (3) fase estable. Estas se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas.

#### Primer episodio

La aparición del primer episodio puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de sujetos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por el desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas. Síntomas como el retraimiento social, pérdida de intereses en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y cuidado personal, enfado e irritabilidad. Siguiendo con síntomas característico de la fase activa que define el trastorno como esquizofrenia. También puede darse un periodo prodrómico antes de presentar una recidiva. Este periodo puede durar entre varios días y unas semanas y en ocasiones puede persistir durante varios meses.

#### Fase Aguda

Durante esta fase los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser más intensos.<sup>19</sup>

#### Fase de estabilización

Durante esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más después del inicio de un episodio agudo.<sup>18,19</sup>

#### Fase estable

Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio.<sup>20</sup>

## Subtipos de la esquizofrenia<sup>21</sup>

Los subtipos de la esquizofrenia están definidos por las sintomatologías que presentan los pacientes durante su evaluación. Su diagnóstico está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o su ingreso más reciente, y, por tanto, puede cambiar con el tiempo. La elección del subtipo se apoya en el siguiente algoritmo: se asigna el tipo catatónico siempre y cuando haya síntomas catatónicos acusados (independientemente de la presencia de otros síntomas); se asigna el tipo desorganizado siempre que predomine un comportamiento y lenguaje desorganizados, y que sea patente una afectividad aplanada o inapropiada (a menos que aparezca en el tipo catatónico); se asigna el tipo paranoide en caso de que predomine una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes (a menos que se den en el tipo catatónico o el desorganizado). El tipo indiferenciado es una categoría residual que describe cuadros en los que predominan síntomas de la fase activa que no cumplen los criterios para los tipos catatónico, desorganizado o paranoide. El tipo residual es para aquellos cuadros en los que hay manifestaciones continuas de la alteración, sin que se cumplan ya los criterios para la fase activa.<sup>22</sup>

1. Esquizofrenia catatónica: se caracteriza por las graves alteraciones psicomotoras que presenta el paciente. Estas alteraciones patológicas no siempre son las mismas, aunque las principales son la inmovilidad y la rigidez cética, en las que la persona mantiene los músculos tensos de manera que parece una figura de cera (de ahí el nombre del síntoma), la incapacidad de hablar y la adopción de posturas extrañas estando de pie o en el suelo.
2. Esquizofrenia paranoide: Tipo más frecuente. Los síntomas tienden a ser más psíquicos que motores; de hecho, las personas con esta clase de esquizofrenia no tienen fallos en la capacidad motora o del habla. Entre estas señales de alteración en las funciones psíquicas se encuentra la *manía persecutoria*, es decir, la creencia de que otras personas tienen quiere hacernos daño en el presente o en un futuro.
3. Esquizofrenia Simple: Las personas que presentaban este tipo de esquizofrenia presentaban muchas formas de inhibición, aplanamiento

afectivo, poca comunicación verbal y no verbal, etc. A diferencia del resto de tipos de esquizofrenia que veremos aquí, este no aparecía en el DSM-IV, sino que ha sido una categoría propuesta por la OMS.

4. Esquizofrenia Residual: Esta categoría era usada como un tipo de esquizofrenia que se da cuando en el pasado ha habido un brote de esquizofrenia, pero en el presente los síntomas positivos son muy moderados y de baja intensidad, mientras que lo que más llama la atención son los "restos" de síntomas negativos que han quedado. Así pues, para entender este tipo de esquizofrenia es muy importante tener en cuenta el factor tiempo y realizar comparaciones entre el antes y el después.
5. Esquizofrenia desorganizada: En este tipo de esquizofrenia, más que existir comportamientos que en sí mismos son signo de patología (como por ejemplo la adopción de una postura totalmente rígida), la enfermedad se expresa a través del modo en el que se organizan y se suceden las acciones de la persona. Es decir, que su característica principal es el modo desordenado en el que van apareciendo las acciones, en comparación con el resto. Su conducta es caótica y no está organizada alrededor de temas que se mantienen en el tiempo, es decir que no se construye una narrativa más o menos coherente que dé pie a la manía persecutoria o las alucinaciones que se tienen, por ejemplo. La persona muestra desorganización en sus estados emocionales, en lo que dice y/o en su forma de moverse.
6. Esquizofrenia indiferenciada: Esta es una categoría "cajón de sastre" para poder clasificar aquellos casos que no encajan en los criterios diagnósticos del resto de tipos de esquizofrenia. Por ello, no se puede considerar un tipo de esquizofrenia consistente.

#### Criterios diagnósticos de la esquizofrenia<sup>23</sup>

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): (1) ideas delirantes (2) alucinaciones (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia) (4) comportamiento catatónico o

gravemente desorganizado (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

#### Trastornos Psicóticos breves

Es una alteración psicótica que dura más de 1 día y que remite antes de 1 mes.<sup>50</sup> La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., un alucinógeno) o a enfermedad médica (p. ej., hematoma subdural).<sup>19</sup>

#### Especificaciones:<sup>22</sup>

Para el trastorno psicótico breve pueden utilizarse las siguientes especificaciones en base a la presencia o ausencia de factores estresantes precipitantes:

Con desencadenantes Graves: Se asigna esta especificación si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural. El o los acontecimientos precipitantes pueden ser de cualquier estrés importante, como la pérdida de un ser querido o el trauma psicológico de un combate. Algunas veces es clínicamente difícil determinar si un estrés específico fue un precipitante o una consecuencia de la enfermedad. En estos casos, la decisión dependerá de factores relacionados como la relación temporal entre el estrés y el inicio de los síntomas, de la información adicional acerca del nivel de actividad previo al estrés facilitada por el

cónyuge o algún allegado y de la historia de respuestas similares a los acontecimientos estresantes en el pasado.

Sin desencadenantes Graves: Esta especificación se asigna si los síntomas psicóticos no parecen ser una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

De inicio en el posparto: Esta especificación se asigna si el inicio de los síntomas psicóticos se produce en las primeras 4 semanas del posparto.

Criterios diagnósticos del tratamiento psicótico leve DSM V

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

- A. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.
- B. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

### Trastornos Delirantes

El trastorno delirante es una entidad caracterizado por el delirio como síntoma único o más relevante, con ideas delirantes no extrañas pero persistentes, en ausencia de otros síntomas característicos de la esquizofrenia, de los trastornos del estado de ánimo y de otros trastornos orgánicos.<sup>24</sup> Generalmente, la edad de inicio del trastorno delirante es a mediados de la edad adulta o algo después, pero puede aparecer a una edad más temprana. El tipo persecutorio es el subtipo más frecuente. El curso es muy variable. El trastorno suele ser crónico, especialmente en el tipo persecutorio, aunque a menudo se producen oscilaciones en cuanto a la intensidad



de las creencias delirantes. En otros casos puede haber largos períodos de remisión, seguidos de recaídas.

#### Criterios diagnósticos del Trastorno Delirante según DSM-V<sup>24</sup>

- A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.
- B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.
- C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
- D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

#### Tipos de trastornos delirantes

- Erotomaniaco: El tema central de este tipo de delirio es que otra persona está enamorada del individuo. La idea delirante suele referirse a un amor romántico idealizado y a una unión espiritual, más que a la atracción sexual. La mayoría de los sujetos de este subtipo en las muestras de población clínicas son mujeres, y la mayoría de los sujetos de este subtipo en las muestras de población forenses son varones. Algunos sujetos con este subtipo, especialmente varones, se ven envueltos en problemas legales a causa de sus intentos por conseguir el objeto de su idea delirante o de sus intentos por «rescatarle» de algún peligro imaginario.<sup>24</sup>

- Grandiosidad: Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es la convicción de tener algún extraordinario (aunque no reconocido) talento o intuición, o de haber hecho un descubrimiento importante.
- Celotípico: el tema central de la idea delirante es que el cónyuge o amante es infiel. Esta creencia aparece sin ningún motivo y se basa en inferencias erróneas que se apoyan en pequeñas «pruebas» (p. ej., ropas desarregladas o manchas en las sábanas), que son guardadas y utilizadas para justificar la idea delirante. El sujeto con esta idea delirante suele discutir con el cónyuge o amante e intenta intervenir en la infidelidad imaginada.
- Persecutorio: la creencia del sujeto de que está siendo objeto de una conspiración, es engañado, espiado, seguido, envenenado o drogado, calumniado maliciosamente, perseguido u obstruido en la consecución de sus metas a largo plazo.
- Somático: se refiere a funciones o sensaciones corporales. Las ideas delirantes somáticas pueden presentarse de diversas formas. Las más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina; que tiene una infestación por insectos en o dentro de la piel; que tiene un parásito interno; que algunas partes del cuerpo tienen evidentes malformaciones o son feas (en contra de lo observable), o que hay partes del cuerpo (p. ej., el intestino grueso) que no funcionan.<sup>20</sup>
- Mixto: no hay ningún tema delirante que predomine.
- No específico: cuando la creencia delirante dominante no puede ser determinada con claridad o cuando no está descrita en los tipos específicos.

### Trastorno esquizofreniforme

Este trastorno se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (p. ej., la alteración dura 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional. Para este trastorno se pueden utilizar dos especificaciones para indicar la presencia o ausencia de características asociada a un mejor pronóstico.

Las características de buen pronóstico se emplean si se dan por lo menos dos de las siguientes características: inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual, confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico, buena actividad social y laboral premórbida y ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivo. Pero esos pacientes con característica sin buen pronóstico se emplean si no se dan dos o más de las características anteriores.

Del trastorno esquizofreniforme se dispone poca información del curso de la enfermedad. Aproximadamente un tercio de los individuos con un diagnóstico inicial del trastorno esquizofreniforme se recuperan dentro de los 6 meses y reciben un diagnóstico final de trastorno esquizofreniforme. Mientras el restante de los pacientes evoluciona a un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

#### Criterios diagnósticos del Trastorno Esquizofreniforme<sup>24</sup>

Las características esenciales del trastorno esquizofreniforme son idénticas a las de la esquizofrenia (Criterio A) con la excepción de las dos diferencias siguientes: la duración total de la enfermedad (incluidas la fase prodrómica, activa y residual) es de al menos 1 mes, pero de menos de 6 meses (Criterio B) y no se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral durante alguna parte de la enfermedad (aunque puede haberlo). La duración exigida para el trastorno esquizofreniforme es intermedia entre la del trastorno psicótico breve (en el que los síntomas duran al menos 1 día, pero menos de 1 mes) y la esquizofrenia (en la que los síntomas se prolongan durante al menos 6 meses). El diagnóstico del trastorno esquizofreniforme se establece de dos maneras. En la primera se aplica el diagnóstico sin otro calificativo cuando el episodio de enfermedad ha durado entre 1 y 6 meses el sujeto está ya recuperado. En el segundo caso el diagnóstico se aplica cuando un sujeto presenta síntomas, sin que hayan transcurrido los 6 meses que se requieren para el diagnóstico de esquizofrenia. En este caso, el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme debe calificarse de «provisional», ya que no hay seguridad de que el sujeto vaya a recuperarse de la alteración dentro del período de 6 meses. Si la

alteración persiste más allá de los 6 meses, debe cambiarse el diagnóstico por el de esquizofrenia.<sup>20</sup>

### Trastorno psicótico compartido

El trastorno psicótico compartido es una alteración que se desarrolla en un individuo que se encuentra influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar. Las personas con este tipo de trastorno pueden presentar síntomas similares a los que se observan en el trastorno delirante. Pero su alteración tiene un etiología y curso característico. Las ideas delirantes aparecen en el contexto de una relación estrecha con otra persona, son idénticas a las de esta otra persona y se atenúan o desaparecen cuando el sujeto con el trastorno psicótico compartido es separado de la otra persona con el trastorno psicótico primario.

Este trastorno es raro en el marco clínico, aunque se ha señalado que algunos casos pasan desapercibidos. Algunos datos sugieren que el trastorno psicótico compartido es algo más frecuente en las mujeres. Si no se interviene, el curso acostumbra a ser crónico, porque este trastorno es más frecuente que se presente en relaciones prolongadas y resistentes al cambio. Con la separación del caso primario, las creencias delirantes de los sujetos van desapareciendo, unas veces con rapidez y otras más lentamente.<sup>21</sup>

### Criterios diagnósticos del trastorno compartido<sup>22</sup>

La característica esencial del trastorno psicótico compartido (folie à deux) consiste en una idea delirante que se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otra persona (que suele denominarse «inductor» o «caso primario») que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes (Criterio A). El sujeto pasa a compartir las creencias delirantes del caso primario en parte o en su totalidad (Criterio B). La idea delirante no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) ni de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., anfetamina) o a una enfermedad médica (p. ej., tumor cerebral) (Criterio C). Probablemente, el diagnóstico más frecuente del caso primario es esquizofrenia,

aunque otros posibles diagnósticos son un trastorno delirante o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. El contenido de las creencias delirantes compartidas dependerá del diagnóstico del caso primario y puede incluir creencias delirantes relativamente extrañas (p. ej., que una potencia extranjera hostil está introduciendo radiaciones en casa del sujeto, lo que le produce indigestión y diarrea), ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo (p. ej., que el caso primario va a recibir próximamente un contrato de 2 millones de dólares para hacer una película, lo que va a permitir que la familia se compre una casa mucho mayor y con piscina), a las ideas delirantes no extrañas características del trastorno delirante (p. ej., el FBI ha intervenido el teléfono y sigue a los familiares cuando salen de casa).

Usualmente, el caso primario de dicho trastorno es el dominante en la relación y, gradualmente, impone el sistema delirante a la segunda persona, más pasiva e inicialmente sana. Con frecuencia, los sujetos que llegan a compartir las creencias delirantes son familiares o el cónyuge y han vivido durante largo tiempo con el caso primario, algunas veces en un relativo aislamiento social. Si la relación con el caso primario es interrumpida, las creencias delirantes del otro sujeto suelen disminuir o incluso llegan a desaparecer.

### Trastorno esquizoafectivo

Se define al trastorno esquizoafectivo como una alteración en la que se presentan simultáneamente en episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y es precedida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.

El trastorno esquizoafectivo tiene dos subtipos en base al componente afectivo el tipo bipolar y el depresivo. El tipo bipolar se aplica si forman parte del cuadro un episodio maniaco o un episodio mixto. El tipo depresivo es aplicable si únicamente forman parte del cuadro episodios depresivos mayores.

Las personas con el trastorno pueden tener pobre actividad laboral, un retraimiento social acusado, dificultades para el cuidado de sí mismo y un aumento del riesgo de suicidio. Para estos los síntomas residuales y negativos son de menor gravedad y cronicidad que los aparecen en la esquizofrenia. La edad típica de

comienzo del trastorno esquizoafectivo probablemente sea el inicio de la edad adulta, aunque este trastorno puede aparecer en cualquier momento desde la adolescencia hasta etapas avanzadas de la vida. El pronóstico del trastorno esquizoafectivo es algo mejor que el de la esquizofrenia, pero considerablemente peor que el de los trastornos del estado de ánimo.<sup>24</sup>

#### Criterios diagnósticos del trastorno esquizoafectivo

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

#### Trastorno psicótico debido a enfermedad medica

Este tipo de trastorno psicótico es debido a que sus síntomas psicóticos están producidos por consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica. Este presenta dos subtipos:

1. Con ideas delirantes: predominan ideas delirantes
2. Con alucinaciones: predominan las alucinaciones

#### Enfermedades medicas asociadas

Son una gama de distintas enfermedades medicas que pueden causar síntomas psicóticos:

- Enfermedades neurológicas: Neoplasias, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Huntington, epilepsia, lesión del nervio auditivo, sordera,

migraña infecciones del sistema nervioso central. Las enfermedades neurológicas que más se asocian con ideas delirantes son las que afectan las estructuras subcorticales o del lóbulo temporal.

- Enfermedades endocrinas: Hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hipofunción suprarrenal
- Enfermedades metabólicas: hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia
- Alteración del equilibrio hidroelectrolítico
- Enfermedades hepáticas o renales
- Trastornos autoinmunes con afectación del sistema nervioso central: Lupus

Criterios diagnósticos del trastorno psicótico debido a enfermedad medica<sup>24</sup>

A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Trastorno psicótico inducido por sustancias<sup>22</sup>

La característica esencial del trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes, que se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, medicamento o exposición a un tóxico) No se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto es consciente de que son provocadas por una sustancia, ya que éstas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación de si hay o no alteraciones perceptivas. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. No se establece el diagnóstico si los síntomas psicóticos sólo aparecen en el transcurso de un delirium. El trastorno psicótico inducido por sustancias se distingue de un trastorno psicótico primario teniendo en cuenta el inicio, el curso y otros factores. En cuanto a las drogas de abuso, tiene que haber pruebas de intoxicación o abstinencia en la historia clínica, la

exploración física o los hallazgos de laboratorio. Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias sólo se producen en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos psicóticos primarios pueden preceder el inicio del consumo de la sustancia o pueden producirse tras largos períodos de abstinencia.

Pueden emplearse los siguientes subtipos para indicar el síntoma predominante en el cuadro.

Si hay ideas delirantes y alucinaciones, se debe codificar lo que predomine:

- Con ideas delirantes: Este subtipo se emplea si predominan las ideas delirantes.
- Con alucinaciones: Este subtipo se emplea si predominan las alucinaciones.

El contexto en el que se hayan iniciado los síntomas psicóticos puede indicarse utilizando las especificaciones siguientes: De inicio durante la intoxicación: Se debe usar esta especificación si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y si los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia. Se debe usar esta especificación si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y si los síntomas aparecen durante o poco después del síndrome de abstinencia.

Sustancias específicas:

Los trastornos psicóticos pueden presentarse en asociación con la intoxicación por las siguientes clases de sustancias: Alcohol, Alucinógenos (Anfetaminas, Cannabis Cocaína, Fenciclidina) inhalados opiáceos (meperidina) sedantes hipnóticos y ansiolíticos. Los trastornos psicóticos pueden presentarse en asociación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancia alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Diagnostico diferencial:

Únicamente se debe realizar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o de abstinencia de sustancias cuando los síntomas psicóticos sean excesivos en relación



con los habitualmente asociados a los síndromes de intoxicación o abstinencia, y cuando los síntomas sean de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias <sup>22</sup>

A. Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de (1) o (2):

(1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias

(2) el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

- De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación
- De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

## Diagnostico

Para poder llegar a un diagnóstico de un trastorno psicótico se debe descartar otros trastornos de salud mental y determinar que los síntomas no se deben al abuso de sustancias, medicamentos o afecciones. Para esto se debe seguir los siguientes pasos:<sup>21</sup>

- Exploración física. Se puede realizar para descartar otros problemas que podrían estar causando los síntomas y para detectar cualquier complicación relacionada.
- Análisis y pruebas de detección. Pueden incluirse pruebas que permitan descartar afecciones con síntomas similares, y para detectar el consumo de alcohol y drogas. El médico también puede indicarte estudios por imágenes, como una resonancia magnética o una tomografía computada.
- Evaluación psiquiátrica. Un médico o profesional en salud mental controla el estado mental por medio de la observación de la apariencia y el comportamiento, y la indagación sobre pensamientos, estados de ánimo, delirios, alucinaciones, consumo de sustancias y posibilidad de violencia o suicidio. También se conversa sobre los antecedentes personales y familiares.
- Criterios de diagnóstico para la esquizofrenia. El médico o profesional en salud mental puede aplicar los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la *American Psychiatric Association* (Asociación Estadounidense de Psiquiatría).

## Tratamiento

Este tipo de trastorno requiere tratamiento de por vida, incluso hasta cuando los síntomas desaparecen. El tratamiento medicamentoso y la terapia psicosocial pueden ayudar a controlar dicha enfermedad.

## Medicamentos

Los medicamentos son las bases del tratamiento de los trastornos psicóticos. Los antipsicóticos son los que se recetan con más frecuencia. Estos medicamentos controlan los síntomas al actuar sobre la dopamina, un neurotransmisor cerebral.

Los antipsicóticos de primera generación incluyen los siguientes:

- Clorpromazina
- Flufenazina
- Haloperidol
- Perfenazina

Los antipsicóticos de primera generación tienen efectos secundarios frecuentes y potencialmente significativos, entre ellos, la posibilidad de desarrollar un trastorno del movimiento (discinesia tardía), que puede o no ser reversible.

Los antipsicóticos de segunda generación incluyen los siguientes:

Estos medicamentos nuevos de segunda generación suelen preferirse porque tienen menor riesgo de efectos secundarios graves que los antipsicóticos de primera generación.

- Aripiprazol
- Asenapina
- Brexpiprazol
- Cariprazina
- Clozapina
- Iloperidol
- Lurasidona
- Olanzapina
- Paliperidona
- Quetiapina
- Risperidona
- Ziprasidona

Intervenciones psicosociales

Ya cuando los síntomas y síntomas desaparecen se debe seguir con el tratamiento medicamentoso, pero de igual manera, las intervenciones psicológicas y sociales son muy importantes. Las terapias como terapia individual, entrenamiento

de habilidades sociales, terapia familiar y rehabilitación vocacional y empleo con apoyo.

#### IV.1.3.2. Trastornos relacionados con sustancias

Los trastornos por consumo de sustancias asocian síntomas cognitivos, somáticos y comportamentales que se dan a pesar de las consecuencias negativas que supone el consumo en aspectos cruciales de la vida de los sujetos.<sup>16</sup> En estudios anteriores han demostrado evidencia científica de los cambios neurofisiológicos que acontecen en el cerebro del adicto que se manifiestan a través de su conducta compulsiva, en la que además confluyen factores psicosociales. Aunque en la mayoría de las personas la decisión inicial de consumir drogas es voluntaria, con el tiempo se desarrollan cambios en los circuitos cerebrales que persisten tras la desintoxicación y que se mantienen, sobre todo, en los pacientes con trastornos graves.<sup>16</sup> Esto hace a los trastornos adictivos una enfermedad cerebral crónica.<sup>16,25</sup>

#### Etiopatogenia

En la actualidad, es desconocido el mecanismo por el que un consumo controlado pasa a ser compulsivo. La vía mesolimbocortical comienza en el área tegmental ventral, donde predominan las neuronas dopaminérgicas que emiten sus prolongaciones al núcleo accumbens (NA), estriado, tubérculo olfatorio, septum lateral e hipocampo, mientras que a nivel cortical lo hacen a la corteza prefrontal lateral, la orbitofrontal, la cingulada anterior y la entorrinal. La liberación de dopamina de dichas neuronas sirve para modular la actividad neuronal glutamatérgica (excitatoria) y gabaérgica (inhibitoria) y se realiza de dos maneras: una fásica, muy breve, y otra tónica mantenida que asegura niveles constantes de dopamina disponible.<sup>16</sup> Esta última se ve sometida a la regulación glutamatérgica y frena la liberación fásica de dopamina ante estímulos no relevantes.<sup>15,16</sup>

Cuando una persona se encuentra en proceso adictivo, donde no se incluyen comportamientos relacionados con sustancias, se encuentra un daño en la interacción de tres sistemas funcionales neurobiológicos:

1. Sistema de motivación-recompensa

2. Regulación del afecto
3. Inhibición de comportamental

La administración de una droga de abuso induce un incremento de los niveles de dopamina intersinápticos a nivel del NA, estructura cerebral implicada en la señalización de estímulos de recompensa, aversivos, nuevos o inesperados, así como en la consolidación de la memoria, en la predicción de la recompensa o en la conducción de comportamientos motivados.<sup>23</sup> Por su parte, la amígdala es una región clave en la asociación de sucesos relevantes desde un punto de vista motivacional con estímulos neutros, que se convierten así en potentes predictores de dichos sucesos.<sup>23</sup>

#### Criterios diagnósticos

Para diagnosticar un trastorno de consumo de sustancias el DSM-5 plantea un conjunto de criterios:<sup>12,16</sup>

A. Un modelo problemático de consumo de sustancia X que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta, al menos, por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume sustancia X con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sustancia X.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir sustancia X, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansia o un poderoso deseo o necesidad de consumir sustancia X.
5. Consumo recurrente de sustancia X que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (por ejemplo, ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo de sustancia X; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas; desatención de los niños o del hogar).
6. Consumo continuado de sustancia X a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus

efectos (por ejemplo, discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).

7. El consumo de sustancia X provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de sustancia X en situaciones en las que es físicamente peligroso (por ejemplo, cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por la sustancia X).
9. Se continúa con el consumo de la sustancia X, a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por la misma.
10. Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes: a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de sustancia X para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia X.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes: a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de sustancia X. b. Se consume sustancia X (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. Especificar sustancia X en particular. Leve: presencia de 2-3 síntomas. Moderado: presencia de 4-5 síntomas. Grave: presencia de 6 o más síntomas.

#### IV.1.3.3. Trastorno del estado de ánimo

Estos tipos de trastornos tienen que ver principalmente con la alteración de humor. Este tipo de trastorno se encuentra dividido en trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastorno de ánimo debido a enfermedad médica y los trastornos de estado de ánimo inducido por sustancias.

Dentro de los trastornos depresivos se divide en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Mientras en los trastornos bipolares se encuentra el trastorno bipolar tipo 1, trastorno bipolar tipo II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado. Estos últimos, implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos,

normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.<sup>26</sup>

En la última publicación "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*" (DSM) divide su antigua clasificación de los trastornos del estado de ánimo en dos, trastornos depresivos y trastornos bipolares.

Características de los distintos trastornos de estado de ánimo.<sup>20,24</sup>

- El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores. Por ejemplo, presentar al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión.
- El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.
- El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los

trastornos bipolares específicos definidos (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

- El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

### Trastornos depresivos

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo como es la tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. Aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental común que afecta a personas de todas las edades y condiciones sociales y de todos los países. La depresión provoca angustia mental y puede afectar a la capacidad de las personas para llevar a cabo incluso las tareas cotidianas más simples, lo que tiene en ocasiones efectos nefastos sobre las relaciones con los familiares y los amigos.<sup>26</sup> La OMS dice que la depresión es el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor en mujeres.

De acuerdo a los últimos informes oficiales de la OMS, República Dominicana se encuentra entre los 10 países de Latinoamérica con más alta prevalencia de la depresión: 4.7%

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios



viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social.

La depresión puede tener su inicio a cualquier edad, pero tiene una mayor prevalencia se encuentre entre los 15 y 45 años de edad. Por esto produce un gran impacto en la educación, productividad, funcionamiento y las relaciones personales.

La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos.<sup>27,28</sup>

### Factores de riesgos

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.<sup>29</sup> Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.

### Trastorno Depresivo Mayor

Los individuos que presentan un trastorno depresivo mayor tienden a manifestar un humor deprimido, pérdida de interés y la capacidad. A su cuadro clínico se le puede agregar anhedonia, pérdida de energía en 97% de los casos, trastorno del sueño en 80% de los casos, trastorno de apetito, sexuales, síntomas cognitivos y quejas somáticas.

### Síntomas y trastornos asociados

Los individuos 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).<sup>32,33</sup> Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del

trastorno de angustia. 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. 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.<sup>31</sup> 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>31</sup> El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor.

La duración del trastorno si no recibe tratamiento puede durar de 6 a 13 meses. Los individuos que si reciben tratamiento duran 3 meses. Pero si estos se retiran de los medicamentos antes de los tres meses puede haber una reaparición de los síntomas. Aproximadamente, tras un periodo de 20 años la media de episodios sufridos es de 5 a 6 veces.

#### Criterios diagnósticos de la Depresión Mayor del DSM-V<sup>32</sup>

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

#### Diagnóstico de la depresión

El diagnóstico de la depresión puede ser un poco complicado debido a que hay que establecer si un paciente ha mejorado y cuánto. Pero el trastorno depresivo puede enmascarse en otra patología. Por ende, la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (*Hamilton depression rating scale* (HDRS)) es una escala, hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes

diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.<sup>33</sup> Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 *ítems*<sup>33,34</sup>, posteriormente se realizó una versión reducida con 17<sup>35</sup>, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.<sup>36</sup> Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.<sup>33,37</sup>

Cada pregunta tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. El total de la puntuación están entre el rango de 0 a 52 y se recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Tabla 2: Escala de Hamilton para la Depresión

<b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b>	
• Ausente	0
• Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
• Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
• Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
• Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4

<b>Ansiedad psíquica</b>	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b>	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
	3
	4
<b>Síntomas somáticos generales</b>	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1
	2
<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
<b>Hipocondría</b>	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
<b>Pérdida de peso</b>	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
<b>Introspección (insight)</b>	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
	2
- No se da cuenta que está enfermo	3

<b>Sentimientos de culpa</b>	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
<b>Suicidio</b>	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearia estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
<b>Insomnio precoz</b>	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
<b>Insomnio intermedio</b>	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
<b>Insomnio tardío</b>	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
<b>Trabajo y actividades</b>	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligeramente retrasado en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
<b>Agitación psicomotora</b>	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

*Development of a rating scale for primary depressive illness*

## Tratamiento

El tratamiento principal son los medicamentos, la terapia conversacional o una combinación de ambos. Con el paso del tiempo las investigaciones sugieren que estos tratamientos pueden normalizar los cambios cerebrales asociados con la depresión.

Se pueden realizar distintos tipos de terapias como son las terapia cognitivo-conductual, terapia de comportamiento y psicoterapia. Los medicamentos útiles para tratar este tipo de trastorno son los inhibidores selectivos de la captación de serotonina (ISRS), antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos. En otros casos se puede utilizar la terapia electro convulsiva.

## Trastorno Depresivo Persistente (Distímico)

Por definición la distimia es un trastorno afectivo crónico que persiste por lo menos dos años en adultos y un año en adolescentes y niños. Generalmente antes de los 21 años se puede observar trastornos de conducta, déficit de atención e hiperactividad y algunos síntomas vegetativos. Es importante distinguir tempranamente la distimia de otros tipos de depresión, a fin de brindar un tratamiento oportuno que atenúe el impacto continuo de síntomas caracterizados por pobre conciencia del estado de ánimo, pensamiento negativo, baja autoestima y anergia, lo que deteriora progresivamente la calidad de vida.<sup>39</sup>

La etiología, al igual que el trastorno depresivo mayor, es compleja y multifactorial, dados los distintos mecanismos biológicos, psicológicos y sociales involucrados. Se encuentran varias hipótesis que tratan de explicar la etiología de la distimia; destacan la hipótesis genética que incluye además factores ambientales y la hipótesis aminérgica, que apunta a una deficiencia de serotonina, noradrenalina y dopamina en el sistema nervioso central. Debe destacarse que el trastorno depresivo mayor y la distimia tienen síntomas en común, comparten un deterioro funcional importante y bases biológicas comunes, incluidas la predisposición genética y la calidad de la respuesta a los antidepresivos.

El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo durante días, la mayor parte del día y dos o más de los siguientes síntomas: a) pérdida o

aumento de apetito; b) insomnio o hipersomnias; c) falta de energía o fatiga; d) baja autoestima; e) pobre concentración; f) dificultad para concentrarse o para tomar decisiones, y g) sentimientos de desesperanza.<sup>39,40</sup>

#### Criterios de Diagnóstico del Trastorno depresivo persistente (Distimia) del DSM-V

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnias.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.



F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

#### Tratamiento

El tratamiento del trastorno depresivo persistente es bien similiar al de trastorno depresivo mayor. Este tratamiento involucra medicamentos antidepresivos y con psicoterapia.

#### Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento

Se considera como sustancia cualquier droga medicamento o tratamiento somático para la depresión o bien la exposición a algún tóxico. La alteración que provoca la sustancia puede ir desde un estado de ánimo depresivo hasta un estado de ánimo expansivo o irritable, dependiendo de la sustancia y sobre todo del contexto en el que se den tales síntomas.<sup>41</sup>

Este diagnóstico no debe confundirse con el de una intoxicación por sustancias o bien por una abstinencia a sustancias, ya que el diagnóstico del estado de ánimo inducido por sustancias conlleva que los síntomas sean excesivos en comparación con los de una intoxicación o una abstinencia a alguna sustancia. El clínico debe ver que tienen la gravedad suficiente como para considerarlos un trastorno aparte.

Criterios de diagnóstico del Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento.<sup>42</sup>

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional. E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

## Otro trastorno depresivo no especificado<sup>22</sup>

En este acápite predominan los síntomas característicos de trastorno depresivos que causan deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero estos no cumplen con los criterios de ningún trastorno depresivo. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

## Trastorno Bipolar

Anteriormente el trastorno bipolar solía llamarse el trastorno maniaco depresivo. Como sugiere estos individuos sufren de severos cambios del estado del ánimo. Estos cambios pueden durar varias semanas o meses. Estos cambios se pueden describir como bajadas o depresiones que se explican como sentimiento de depresión intensa y desesperanza; subidas o manías caracterizados por sentimientos de felicidad extrema y desesperanza; episodios mixtos, en el cual presentan sentimiento de depresión y al mismo tiempo tener la inquietud y el exceso de actividad de la fase maniaca.

Este tipo de trastorno suele presentarse en uno de cada 100 adultos. Usualmente comienzan durante o después de la adolescencia. Es muy poco común que se manifieste después de los 40 años.

Todavía no se conocen las causas por el cual se desarrolla el trastorno bipolar. Pero estos tienden a tener mayor predisposición genética debido a que tiene aparición en determinadas familias. Otra teoría es que pueda ocurrir un trauma físico en el área del sistema cerebral que controla el estado de ánimo.

## Episodio Hipomaniaco:

Tabla 3: Síntomas del episodio hipomaniaco

Cambios Emocionales	Cambios de pensamiento	Cambios físicos	Cambios en el comportamiento
Sentimiento de depresión que no desaparece	Incapaz de pensar positivamente	Pérdida de apetito y peso	Dificultad de empezar o acabar tareas
Ganas de llorar sin ningún motivo	No poder tomar decisiones simples	Somnolencia	Llorar mucho
Perdida de Interés	Dificultad para concentrarse	Despertar más temprano que lo normal	Evitar compañía
Incapaz de disfrutar la vida		Siempre agotado	
Inquietud y nerviosismo		Estreñimiento	
Pérdida de confianza en sí mismo		Perdida de interés en relaciones intimas	
Ideas suicidas			

Adaptada de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.<sup>38</sup>

## Episodio Maniaca:

En esta fase el individuo presenta un sentimiento extremo de bienestar, energía y optimismo. Puede ser tan intensa que afecte a tu manera de pensar y de juzgar. Puedes creer cosas extrañas de ti mismo, tomar malas decisiones y comportarte de manera vergonzosa, dañina y a veces peligrosa.

Tabla 4: Síntomas de episodios Maníacos

Cambios emocionales	Cambios en el pensamiento	Cambios físicos	Cambios en comportamiento
Muy feliz y excitable	Lleno de ideas nuevas y emocionantes	Sentirse lleno de energía	Planes grandiosos y poco realistas
Irritable hace otros que no compartan su sentimiento	Pasar de idea a otra muy rápidamente	Incapaz de dormir	Muy activo, movimiento rápido de un lado a otro
Sentirse más importante que lo normal	Escuchar voces	Mayor en relaciones íntimas	Hablar con rapidez

Adaptada de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.<sup>38</sup>

#### Tipos de trastorno bipolares

1. Bipolar I: Ha habido al menos una “subida” o fase maníaca que ha durado más de una semana. Algunas personas con Bipolar I tendrán solamente fases maníacas, aunque la mayoría tendrá también periodos de depresión.
2. Bipolar II: Si se tiene más de una fase depresiva severa pero solamente fases maníacas moderadas (llamadas hipomaníacas).
3. Ciclación rápida: Si se tienen más de cuatro fases en un periodo de doce meses. Afecta a 1 en cada 10 personas con trastorno bipolar y puede ocurrir con los tipos I y II.
4. Ciclotimia: Los cambios del estado de ánimo no son tan intensos como en el trastorno bipolar completo, pero pueden durar más. La ciclotimia puede convertirse en trastorno bipolar completo.

#### Criterios de diagnóstico del DSM V de Trastorno bipolar tipo 1<sup>42</sup>

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

Episodio maníaco.

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica. Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electro convulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio hipomaníaco.

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juegas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

#### Trastorno bipolar tipo II

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaníaco actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado:

##### Episodio hipomaníaco.

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).



3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
  4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
  5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
  6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
  7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

## Tratamientos

Los tipos y las dosis de medicamentos que se recetan dependen de tus síntomas en particular. Ya sea que padezcas el trastorno bipolar I o II, los medicamentos pueden incluir los siguientes:<sup>43</sup>

- Estabilizadores del estado de ánimo: litio, ácido valproico, divalproato de sodio, carbamazepina y lamotrigina

- Antipsicóticos estabilizadores del estado de ánimo: Si los síntomas de la depresión o manía continúan a pesar del tratamiento con otros medicamentos, puede ser de gran ayuda agregar un antipsicótico como olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona, lurasidona o asenapina.
- Combinación de antipsicóticos y antidepresivos

## Ciclotimia

### Criterios diagnósticos del DSM V de la Ciclotimia

A. Durante dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes) han existido numerosos períodos con síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaniaco y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.

B. Durante el período de dos años citado anteriormente (un año en niños y adolescentes), los períodos hipomaniacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.

C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaniaco.

D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

#### Tratamiento

El tratamiento de la ciclotimia es básicamente igual que al del trastorno bipolar. Se utilizan El litio y el ácido valproico pueden estabilizar el estado de ánimo de la persona.

#### IV.1.3.4. Trastornos de personalidad

La personalidad se puede definir por el conjunto de características y/o patrones, que definen a una entidad. Características como son los sentimientos, pensamientos, actitudes y conductas de cada persona, la cual lo individualiza. Esta personalidad puede ser condicionada por la biología, pero se va modificando con el tiempo y experiencias vividas por la relación del individuo y su medio ambiente.

No obstante, los trastornos de personalidad se describen al total inverso a los que se considera una personalidad a la norma. Pacientes con afecciones de trastornos psiquiátricos presentan un grupo de alteraciones en las cuales los comportamientos, pensamientos prolongados, emociones de esta persona son diferentes a las expectativas de su cultura. Causando problemas en relación con su medio ambiente, ya sea, en sus relaciones interpersonales y/o trabajo.

El DSM-V define el trastorno de personalidad como un patrón permanente de experiencias internas y de comportamiento que se aparta cuidadosamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene un inicio en su adolescencia o edad adulta temprana, es estable en el tiempo, y da lugar a malestar o deterioro. Para poder diagnosticar este tiene que manifestar dos o más ámbitos ya sean cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y/o control de impulso.

Se encuentra varios tipos de trastornos de personalidad descrito que se encuentran dividido en tres subgrupos A, B y C.

1. Grupo A: Paranoide, esquizoide y esquizotípico
2. Grupo B: Límitrofe, narcisista, antisocial e histriónico.
3. Grupo C: Por evitación, dependiente u obsesivo-convulsivo

## Prevalencia

Los trastornos de personalidad tienen una larga historia en la literatura, pero no en el ámbito científico. La prevalencia en el trastorno de personalidad es de 10%, pero en el transcurso de la vida tiene una probabilidad de 30 a 40 por ciento. Los factores genéticos contribuyen alrededor de un 40 a 50 por ciento sobre la variación en el desarrollo de dicho trastorno.<sup>44</sup>

## Criterios de diagnóstico de todos los trastornos de personalidad según el DSM-V.<sup>22</sup>

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 siguientes:

1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y los acontecimientos)

2. afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)

3. actividad interpersonal

4. A. control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Cada grupo del cual los trastornos de personalidad se encuentran dividido tienen unas características específicas.

## Grupo A

Personalidades que suelen ser consideradas como raras o excéntricas.

Trastorno paranoide de la personalidad: Estos demuestran un patrón de desconfianza hacia los demás. De forma que sus intenciones de estos son interpretadas como maliciosos.

Criterios de diagnóstico del trastorno paranoide de la personalidad DSM V.<sup>22</sup>

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar
- Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios
- Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra
- En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
- Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
- Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar
- Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

## Síntomas y tratamiento

- Preocupación porque los demás tienen motivos ocultos
- Expectativa de que serán explotados por otros
- Incapacidad para trabajar junto con otros
- Aislamiento social
- Desapego
- Hostilidad

Estos tipos de pacientes muy rara vez buscan terapia. Debido a que tienen una pobre o nula concepción de la enfermedad. Si logran solicitar tratamiento es por los síntomas comórbidos, problemas legales, de pareja o de empleo. Este tipo de trastorno es difícil de tratar y debido a los síntomas del mismo, el pronóstico no es muy favorable.<sup>16</sup> Se utilizan antipsicóticos, siendo preferibles dosis bajas de atípicos.

Tabla 5: Síntomas y tratamiento del trastorno paranoide de la personalidad

Síntomas	Estrategias Farmacológicas
Paranoide	Dosis baja de antipsicótico, preferentemente olanzapina o risperidona.
Rasgos obsesivos, disforia, ansiedad social e irritabilidad.	Antidepresivos especialmente serotoninérgicos o clorimipramina.

Adaptado del Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.<sup>22</sup>

## Trastorno Esquizoide de la personalidad

Estos pacientes que sufren de un trastorno esquizoide desarrollan un comportamiento insensible, perceptiva de conciencia disminuida. De tal manera, son poco perceptivos socialmente. Estos tienden a solo llevar a cabo las actividades para su trabajo u obligaciones familiares.

Criterios diagnósticos del trastorno esquizoide según el DSM-V<sup>22</sup>

A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
2. Casi siempre elige actividades solitarias.
3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Tabla 5: Síntomas y tratamientos de trastorno esquizoide de la personalidad

Síntomas	Estrategia farmacológica
Ansiedad, Insomnio	Benzodiacepina
Alteraciones anímicas	Antidepresivos especialmente serotoninérgicos
Aislamiento social e hipersensibilidad al rechazo	IMAO, antipsicóticos atípicos.

Adaptado del Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.<sup>22</sup>

## Trastorno Esquizotípico de la personalidad

Trastorno Esquizotípico de la Personalidad presenta un patrón de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Esto se puede describir como una forma atenuada de la esquizofrenia. Presentan creencias extrañas y pensamiento mágico, ilusiones recurrentes, ideas de referencia. El comportamiento y la apariencia son excéntricos y tienen una prevalencia es menor 1%.

Estos presentan una incidencia familiar con una prevalencia en familiares del primer grado con esquizofrenia. Donde estadísticamente el 10 por ciento comenten suicidio.

### Diagnósticos DSM-V del Trastorno Esquizotípico de la Personalidad <sup>22,25</sup>

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

- (1) ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
- (2) creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
- (3) experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales (4) pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado o estereotipado)
- (5) suspicacia o ideación paranoide
- (6) afectividad inapropiada o restringida
- (7) comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar
- (8) falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado



(9) ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno del espectro autista.

## Síntomas y tratamiento

Tabla 6: Síntomas y tratamiento para trastorno esquizotípico de la personalidad

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Ideas de referencia, alteraciones del pensamiento, paranoia	Antipsicóticos
Rasgos obsesivos-compulsivos, ansiedad social	Antidepresivos serotoninérgicos, clorimipramina, IMAO
Síntomas deficitarios ej.: retraimiento social	Antipsicóticos atípicos, ISRS

Adaptado del Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.<sup>22</sup>

## Grupo B

### Trastorno Antisocial de la personalidad (TAP)

El TAP es una condición psiquiátrica que causa un patrón en curso de manipular a otras personas y violar sus derechos.<sup>45</sup> La personalidad antisocial, no moral, personalidad psicopática o sociopatía, carece de lealtad e incumbencia para sus semejantes, ignora los códigos sociales, los valores y actúan en respuesta a sus propios deseos e impulsos.<sup>46</sup> A estos individuos los castigos no los conmueven y la experiencia del acontecimiento nada les enseña. Ellos tienden a disipar la ansiedad por medio de acciones inmediatas e impulsivas sin retraso entre estímulo y respuesta. En su vida adulta expresan una pobre ajuste marital, malos antecedentes de trabajo, arrestos repetidos, mitomanía, promiscuidad sexual, vagancia y

aislamiento social. Pero en los pacientes del sexo femenino estos atributos se le agrega la prostitución, enfermedades venéreas e interacción ilegítima.

Las personas antisociales no son individuos que no han sido capaces de aprender las reglas de la sociedad, estos pueden ser brillantes. Algunas de estas personas tienen una gran atracción social, por lo cual desarrollan durante su vida práctica el arte de la astucia, la estafa y el chantaje.

Para poder lograr un diagnóstico la persona debe haber tenido un comportamiento durante su infancia que encuadre dentro del diagnóstico de trastorno de conducta psicópata.

Durante el tiempo y los estudios de investigación no han podido encontrar por qué el desarrollo de este trastorno de la personalidad. Se cree que puede haber un factor genético y/o maltrato infantil que contribuyen al desarrollo. De igual manera, los individuos de padres antisociales y/o alcohólicos tienden a tener un mayor riesgo de desarrollar la condición.

Este tipo de personalidad ha sido denominada por Millon, personalidad agresiva por considerar que el término antisocial incluye una connotación valorativa y que algunas características de personalidad similares se encuentran también en individuos que no atentan abiertamente contra lo uso y convenciones sociales.<sup>46,47</sup>

Criterios de diagnóstico del trastorno de personalidad antisocial según el DSM-V<sup>22</sup>

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.

2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.

3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.

4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.

5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.

6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.

7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

B. El individuo tiene como mínimo 18 años.

C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.

D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

#### Síntomas y tratamiento

La terapia farmacológica para estos individuos se ha utilizado con el fin de que ellos sean más manejables en la psicoterapia, sin embargo, los resultados son ambiguos y en todo caso temporales, nunca son efectivos al largo plazo.<sup>19</sup>

Tabla 7: Síntomas y tratamiento del trastorno antisocial de la personalidad

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Déficit atención/hiperactividad	Psicoestimulantes, bupropion
Hipomanía, impulsividad	Sales de litio, carbamazepina, ácido valproico, betabloqueantes
Irritabilidad, episodios de cólera	Antipsicóticos, antidepresivos, serotoninérgicos, benzodiazepinas.

Fuente: Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.<sup>22</sup>

Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Estos individuos que presentan un trastorno límite de la personalidad constan de un patrón de inestabilidad en sus relaciones interpersonales, autoimagen y la afectividad. De igual manera, presentan una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

El trastorno límite de la personalidad es el más frecuente de los trastornos de la personalidad. Presenta una prevalencia del 2% en la población general. Presentando una afectación a nivel ambulatorio de 10% de los pacientes, 20% de los pacientes ingresados y el 30-60% de los pacientes diagnosticado con un trastorno de la personalidad. Este trastorno tiende afectar mayormente a las mujeres con una relación 3:1. Con Mayor incidencia entre las edades de 19-34 años de vida.

Es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento que varían entre individuos y entre los distintos momentos de evolución de un mismo paciente.<sup>48</sup>

Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible.<sup>48</sup> La GPC del NICE (2009) describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego. Dichos apartados se recogen a continuación de forma resumida.<sup>48,49</sup>

En la clínica de estos pacientes se sitúan en la frontera entre la neurosis y la psicosis. Presentan una inestabilidad extrema que afecta el estado de ánimo, comportamiento, relaciones de objeto y su autoimagen. Presentan sentimientos crónicos de vacío y conllevan actos impulsivos. Pueden incluso llegar a la automutilación e intento suicidas manipuladores.<sup>50</sup>

## Criterios diagnósticos del DSM -V en el trastorno límite de la personalidad<sup>22</sup>

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7. Sensación crónica de vacío.

8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves

## Tratamiento

El manejo del tratamiento para el trastorno límite de la personalidad es manejado similar a los demás trastornos de personalidad. Esto dependiendo de los síntomas que presente el paciente.

Tabla 8: Síntomas y tratamiento del trastorno límite de la personalidad

Síntomas	Estrategia farmacológica
Cambios en el estado de ánimo, labilidad afectiva, síntomas hipomaniacos, impulsividad	Estabilizantes de EA, como las sales de litio, ácido valproico, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina o verapamilo
Depresión, irritabilidad, hostilidad, miedos obsesivos, ansiedad, autoagresiones	Antidepresivos serotoninérgicos, bupropion, IMAO
Paranoia, pensamientos irracionales, leve desorganización del pensamiento	Antipsicóticos a dosis bajas, preferentemente atípicos
Cuadros de ansiedad	Ansiolíticos a dosis bajas

Fuente: Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.<sup>22</sup>

### Trastorno Histriónico de la Personalidad

Este tipo de trastorno presenta emoción generalizada y excesiva con un comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón comienza al principio de la edad adulta. Este trastorno como características principales tienen que ser siempre estar en el centro de atención. Estos son individuos seductores, llamativas a las horas de vestir, teatrales. Consideran las relaciones con cualquier persona como muy íntimas, y se sienten decepcionados y defraudados muy fácilmente.

Se presentan cuatro características clínicas para el trastorno histriónico de la personalidad.

1. Comportamiento observable dramático: caprichosas, excitación con facilidad y son poco tolerantes a las frustraciones, la dilación y el desengaño.
2. Comportamiento interpersonal: el objetivo principal de este individuo es la afectividad y la atención.
3. Estilo cognitivo (frívolo): evitan el pensamiento introspectivo, son sugestionable. Carecen de identidad independiente de los demás.
4. Autoimagen (gregaria): se auto perciben como personas sociables,

amigable y conformistas. Se consideran estimulantes y encantadores, tienden a negar las señales de agitación interna, debilidad, depresión u hostilidad.

#### Criterios diagnósticos del DSM-V del Trastorno histriónico de la personalidad<sup>22</sup>

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
6. Muestra auto dramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

#### Tratamiento

Tabla 9: Síntomas y tratamiento del trastorno histriónico de la personalidad

Síntomas	Estrategia farmacológica
Cambios de estado de ánimo, labilidad afectiva, estado de ánimo depresivo, quejas somáticas.	Antidepresivos serotoninérgicos.
Desrealización, ilusiones	Antipsicóticos serotoninérgicos

Fuente: Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.<sup>22</sup>

## Trastorno Narcisista de la personalidad

Estos individuos presentan un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta. Son sujetos que poseen un grandioso sentido de auto importancia, se consideran especiales y por lo tanto esperan recibir un trato especial, se creen con derecho a todo.<sup>24</sup> Estas personas no son muy tolerante a la crítica, debido a que se consideran perfectos, son ambiciosos para conseguir fama, están preocupados por fantasías de éxito ilimitados, poder, belleza o amor imaginaria.

## Criterios de diagnóstico del DSM-V Trastorno Narcisista de la personalidad<sup>22</sup>

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.



## Tratamiento

Tabla 10: Síntomas y tratamiento del trastorno narcisista de la personalidad

Síntomas	Estrategia farmacológica
Hipomanía	Estabilizadores de la EA
Depresión	Antidepresivos serotoninérgicos

Fuente: Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.<sup>22</sup>

## Grupo C

### Trastorno de personalidad por evitación

Los trastornos por evitación se caracterizan por temer y evitar las interacciones sociales-incluso las interacciones con las personas que son bien conocidas. Presentan un patrón estable de timidez extrema, sentimientos de inadecuación y sensibilidad al rechazo.

Los individuos que padecen de este trastorno pueden padecer de varias características como la hipersensibilidad, autocrítica, supuestos subyacentes sobre las relaciones (piensan que no pueden gustarle a nadie), suspicacia ante las posibles reacciones negativas de los demás, exclusión de los datos positivos, evitación cognitiva, conductual y emocional, culpabilización por sentir ansiedad, excusas y racionalizaciones, fantasía de la realización de deseos, tendencia continua a la procrastinación y deseo de aceptación.

Se describe sucintamente la perspectiva dimensional del TPE en términos del Modelo de Cinco Factores de Mc.Rae y Costa (1992), que presenta al trastorno en un perfil hipotético: <sup>51</sup>

1] Alto Neuroticismo. Afectos crónicos negativos, que incluyen ansiedad, temores, tensión, irritabilidad, angustia, desesperanza, vergüenza, dificultad en la inhibición de impulsos, creencias irracionales, expectativas irreales, etc.

2] Baja Extraversión. Aislamiento social, separación interpersonal, ausencia de soportes de red, afecto aplanado, falta de alegría por la vida, rechazo a asumir roles de liderazgo aun estando calificado, inhibición social y vergüenza. Los

síndromes más comúnmente asociados con TPE son la agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada, distimia, trastorno depresivo mayor, hipocondriasis, trastorno conversivo, trastorno disociativo y esquizofrenia.

3] Alta Apertura a la Experiencia. Preocupación con fantasías y ensueños diurnos, ausencia de practicidad, pensamiento excéntrico, identidad difusa y objetivos cambiantes, susceptibilidad a las pesadillas o estados alterados de conciencia, rebelión social y disconformidad que puede interferir con su progreso social o vocacional.

4] Cordialidad. Credibilidad indiscriminada de los otros, excesivo candor o generosidad en detrimento de su interés propio, poca habilidad para enfrentar a otros y pelear, se toman ventajas de él fácilmente.

5] Escrupulosidad. Sobre exigencia, adicción al trabajo con exclusión de la familia, lo social o los intereses personales, compulsividad que incluye excesiva prolijidad, limpieza y atención al detalle, autodisciplina rígida e inhabilidad para el relax y la espontaneidad, excesivamente escrupuloso en el comportamiento.

#### Criterios diagnósticos del DSM-V del Trastorno de personalidad de Evitación<sup>22</sup>

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.

2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.

3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.

4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.

5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.

6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.

7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

## Tratamiento

Tabla 11: Síntomas y tratamientos de trastorno de personalidad de evitación

Síntomas	Estrategia farmacológica
Hiperactividad del sistema nervioso autónomo	Betabloqueantes. Ej. Propanolol
Ansiedad sintomática	Benzodiacepina
Componente ansiofóbico con inhibición conductual.	ISRS con perfil activador. Ej. Fluoxetina o citalopram

Fuente: Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.<sup>22</sup>

## Trastorno de personalidad de dependencia

Estas personas tienen una necesidad general y excesiva de que se ocupen de ellos, lo cual ocasionan un comportamiento de sumisión, adhesión y temores de separación. Este tipo de trastorno comienza al principio de la edad adulta. Desarrollan una dependencia patológica con una incapacidad de tomar decisiones propias. Estos presentan una necesidad de seguridad e incapaz de estar solo. Por esto tienden a tolerar el abuso.

El trastorno de personalidad dependiente generalmente comienza en la infancia y sus causas se desconocen. Es uno de los trastornos de la personalidad más frecuentes y es igualmente común en hombres y mujeres.

## Criterios diagnósticos del DSM-V Trastorno de personalidad dependiente<sup>22</sup>

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que

comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.

2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.

3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (No incluir los miedos realistas de castigo.)

4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).

5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.

6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.

7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.

8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

## Tratamiento

Tabla 12: Síntomas y tratamiento del trastorno de personalidad dependiente.

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Crisis de angustia o elevada ansiedad de separación	Imipramina, ISRS
Alteraciones conductuales o cambios afectivos relevantes	Carbamacepina

Fuente: Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.<sup>22</sup>

## Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Estos pacientes presentan una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensa de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficacia. Para muchos, el TOC comienza durante la niñez o adolescencia. La mayoría de las personas son diagnosticadas alrededor de los 19 años de edad. Los síntomas del TOC pueden aparecer y desaparecer y mejorar o empeorar en diferentes momentos.<sup>52</sup>

Ellos tienden a presentar síntomas como pensamientos o imágenes repetidas sobre muchas cosas diferentes, como miedo a gérmenes, la suciedad o intrusos; violencia; herir a seres queridos; actos sexuales; conflictos con creencias religiosas; o higiene personal excesiva.<sup>26</sup> Estos realizan los mismos rituales una y otra vez, así como lavarse las manos, abrir y cerrar las puertas, contar, guardar artículos innecesarios, o repetir los mismos pasos una y otra vez. También tiene pensamientos y comportamientos indeseados que no pueden controlar. Estos no obtienen placer de tales comportamientos o rituales, pero siente un alivio de la ansiedad que estos pensamientos causan. Estas personas pasan por lo menos una hora al día con estos pensamientos, los que le produce una angustia e interfieren con sus vidas cotidianas.

### Criterios para el diagnóstico del Trastorno obsesivo compulsivo del DSM-V<sup>22</sup>

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.

2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).

3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).

4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).

5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles, aunque no tengan un valor sentimental.

6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras. 8. Muestra rigidez y obstinación.

## Tratamiento

Tabla 13: Síntomas y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo

Síntomas	Estrategia Farmacológica
Síntomas obsesivos	ISRS (Fluvoxamina) o Clomipramina.
Ansiedad	Benzodiacepina
Alteraciones cognitivas	Carbamazepina

Fuente: Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.<sup>22</sup>

## V. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>Variables</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérico
<b>Sexo</b>	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Femenino Masculino	Nominal
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Casado Divorciado Separado Unión libre Soltero	Nominal
<b>Procedencia</b>	Lugar de donde viene el paciente.	Santo Domingo, región norte, región sur, región este.	Nominal
<b>Ocupación</b>	Empleo, facultad y oficio que tiene o ejerce.	Ama de casa Estudiante Profesional, etc.	Nominal
<b>Comorbilidades de enfermedades mentales</b>	Presencia de uno o más trastornos además del trastorno primario.	Trast. Bipolar Depresión Esquizofrenia, etc	Nominal
<b>Psicofármacos</b>	Medicamentos empleados para el uso de enfermedades mentales.	Antidepresivos Litio	Nominal

<b>Intento suicida</b>	Es la autoagresión no consumado para terminar la vida.	Si No	Nominal
<b>Factores precipitantes</b>	Elemento que causa o que contribuye a la producción de una enfermedad.	Conflictos matrimoniales Problemas familiares Situación socioeconómica Enfermedad mental Desconocido	Nominal
<b>Factores de riesgo</b>	Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad que sufrir una enfermedad.	Antecedentes de trastornos mentales, Historia familiar, Factores sociales y ambientales	Nominal
<b>Uso o abusos de sustancias</b>	Uso excesivo de sustancias con el fin de experimentar resultados que alteran la mente y el estado de ánimo.	Alcohol Drogas ilícitas	Nominal



## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### VI.1. Tipo de estudio

Se ejecutó un estudio observacional, descriptivo y transversal para evidenciar las comorbilidades psiquiátricas en pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, durante un periodo de un año. (Ver anexo XII.1. Cronograma)

### VI.2. Área de estudio

Esta investigación se realizó en el departamento de psiquiatría del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Está delimitado al norte, la carretera Hato Nuevo; al sur, la calle Sánchez; al oeste calle Napoleón Bonaparte; al este está la continuación de la carretera Hato Nuevo.



Mapa Cartográfico



Vista Aérea

### VI.3. Universo

El universo de esta investigación estuvo conformado por todos los expedientes de pacientes que fueron ingresados a la unidad de intervención de Crisis (UIC) de Salud Mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi en el periodo abril 2016 hasta abril 2018.

#### VI.4. Población y muestra

La muestra estuvo conformada por los expedientes de los pacientes ingresados a la UIC con comorbilidad psiquiátrica agregada a su diagnóstico primario.

#### VI.5. Criterios

##### VI.5.1. De inclusión

- Todos los expedientes completos de pacientes que fueron ingresados UIC del Hospital General Dr. Vinicio Calventi en el periodo comprendido desde abril 2016 hasta abril 2018.
- No se discriminará por edad ni sexo.

##### VI.5.2. De exclusión

- Todo expediente que no estuvieron debidamente completos o que no presente el formulario de su consulta con historia médica, diagnóstico y tratamiento, o que no se encuentren en los archivos.
- Todo expediente con solo un diagnóstico psiquiátrico.

#### VI.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos de la información se desarrolló un formulario por la sustentante con la ayuda de sus asesores. (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de los datos). Éste incluyó datos referentes a:

- Variables sociodemográficas
- Factores de riesgo: antecedentes de trastornos mentales, historia familiar, factores sociales y ambientales
- Factores precipitantes: conflictos matrimoniales, problemas familiares, situación socioeconómica
- Diagnóstico primario y secundario

#### VI.7. Procedimiento

Se hizo una recolección de datos de los récords adquiridos del departamento de psiquiatría, en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi, y se evaluó los casos de los pacientes con diagnósticos secundarios de enfermedades psiquiátricas.

#### VI.8. Tabulación y análisis

Los datos obtenidos una vez completados todas las encuestas, fueron sometidos a revisión, procesamiento y análisis estadísticos y se utilizó Microsoft Excel para la realización de las gráficas.

#### VI.9. Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki<sup>53</sup> y las pautas del Consejo de Organización Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).<sup>54</sup>

Todas las informaciones y datos que se obtuvieron durante esta investigación fue manejada con suma discreción por los investigadores, ya que se les asignó un número de caso por paciente en cada formulario. La identidad de los pacientes participantes fue protegida en todo momento, manejando los datos que pudieron identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada.

Finalmente, toda la información incluida en el texto de la presente tesis tomada de otros autores, fueron justificada por su llamada correspondiente.

## VII. RESULTADOS

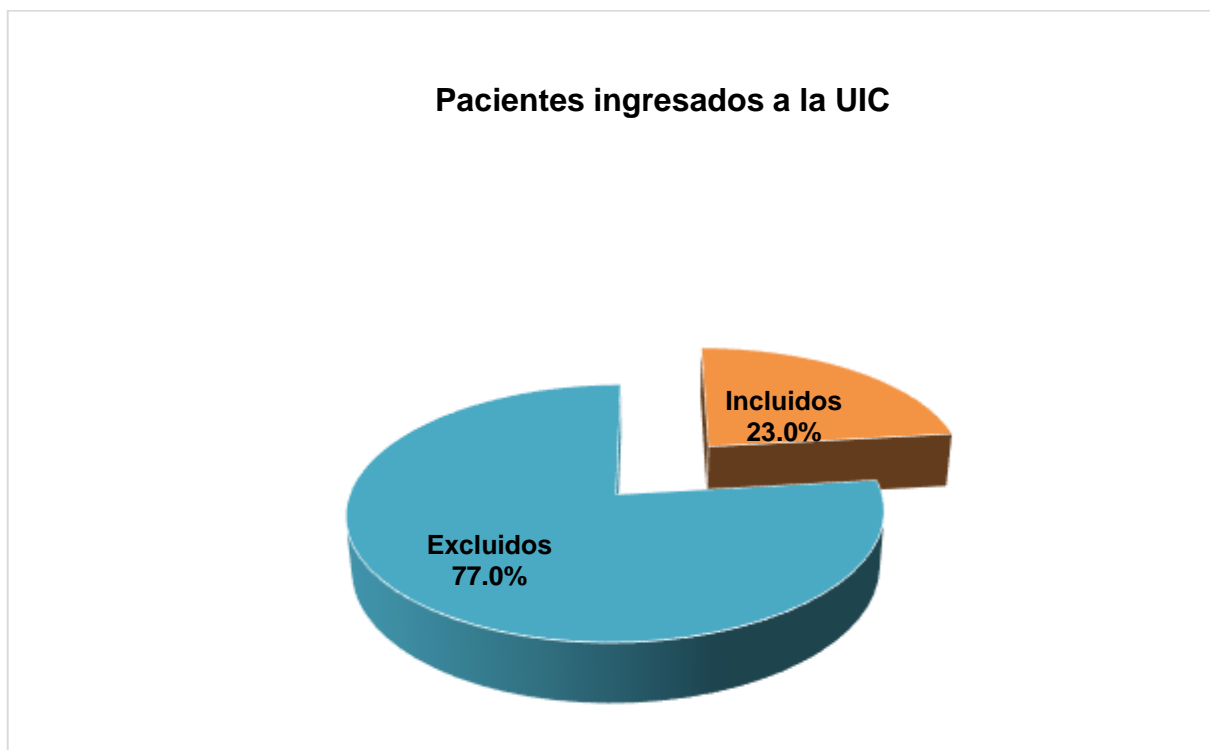
Cuadro 1. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según pacientes incluidos.

Pacientes	Frecuencia	%
Incluidos	120	23.0
Excluidos	398	77.0
Total	518	100.0

Fuente: Directa.

De 518 pacientes ingresados a la unidad de intervención de Crisis de Salud Mental, un 23.0 por ciento presentaron comorbilidades psiquiátricas.

Gráfico 1. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según pacientes incluidos.



Fuente: cuadro 1.

Cuadro 2. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Relación edad y sexo.

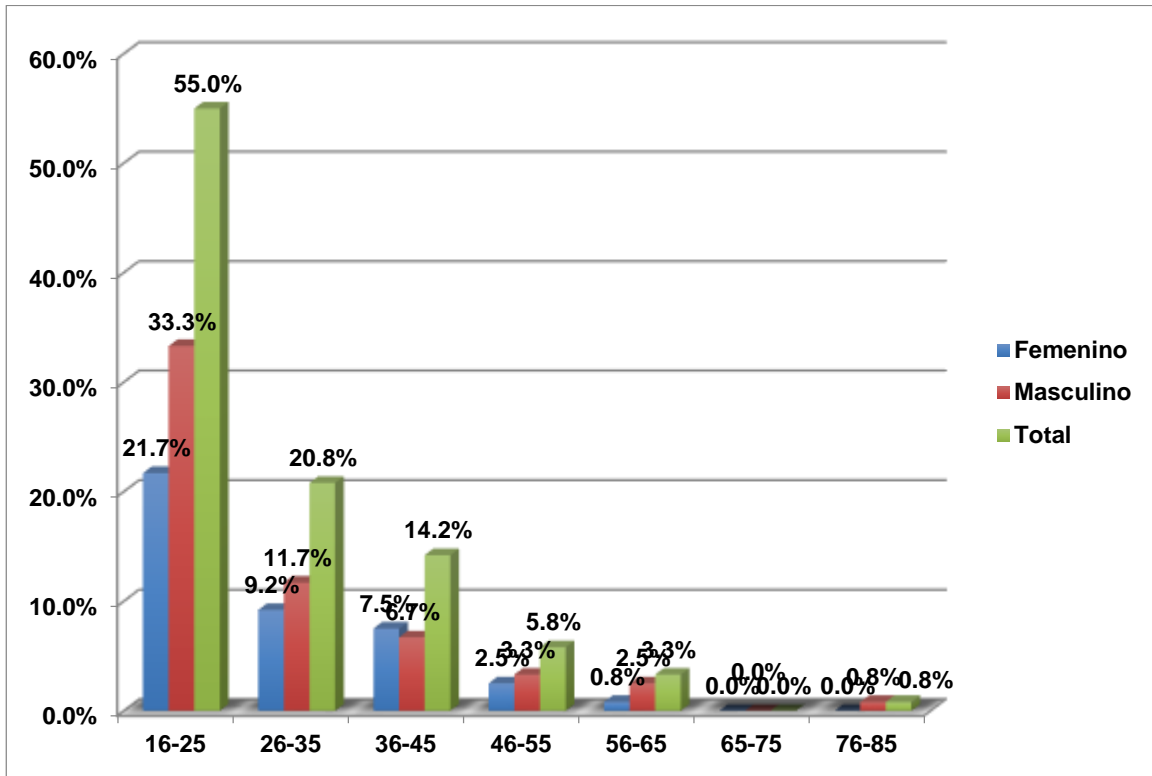
Edades	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
16-25	26	21.7	40	33.3	66	55.0
26-35	11	9.2	14	11.7	25	20.8
36-45	9	7.5	8	6.7	17	14.2
46-55	3	2.5	4	3.3	7	5.8
56-65	1	0.8	3	2.5	4	3.3
65-75	0	0.0	0	0.0	0	0.0
76-85	0	0.0	1	0.8	1	0.8
Total	50	41.7	70	58.3	120	100.0

Fuente: Directa.

De los pacientes que correspondieron al sexo femenino, el 21.7 por ciento tenían de 16-25 años; de los pacientes que correspondieron al sexo masculino, el 33.3 por ciento tenían de 16-25 años.

El 55.0 por ciento de los pacientes tenían de 15-25 años.

Gráfico 2. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Relación edad y sexo.



Fuente: cuadro 2.

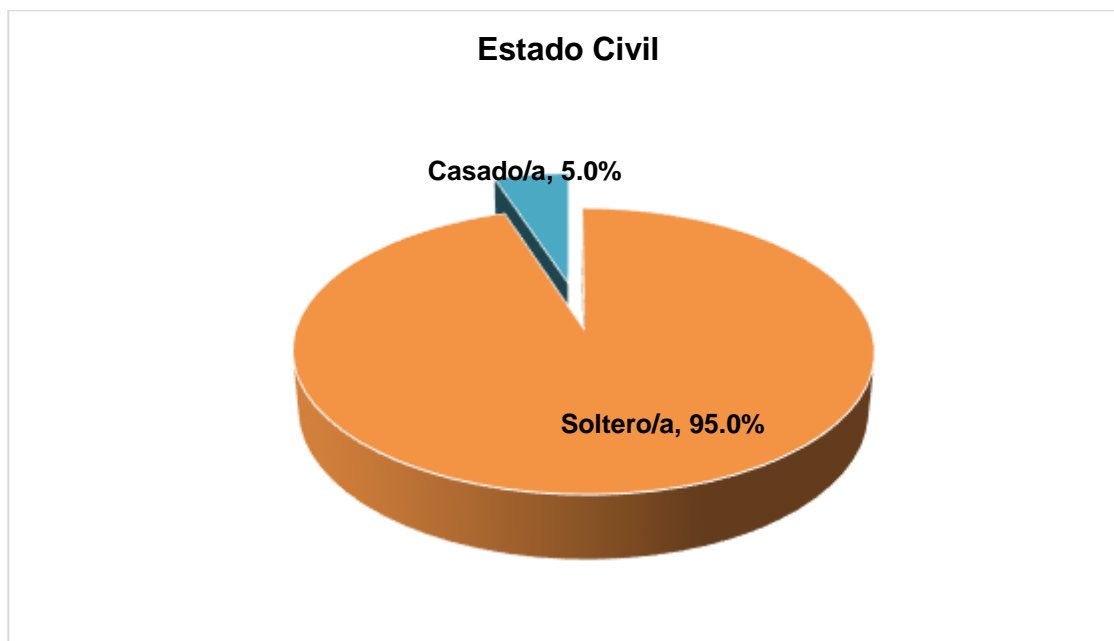
Cuadro 3. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero/a	114	95.0
Casado/a	6	5.0
Total	120	100.0

Fuente: Directa.

El 95.0 por ciento de los pacientes estaban solteros y el 5.0 por ciento casados.

Gráfico 3. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según estado civil.



Fuente: cuadro 3.

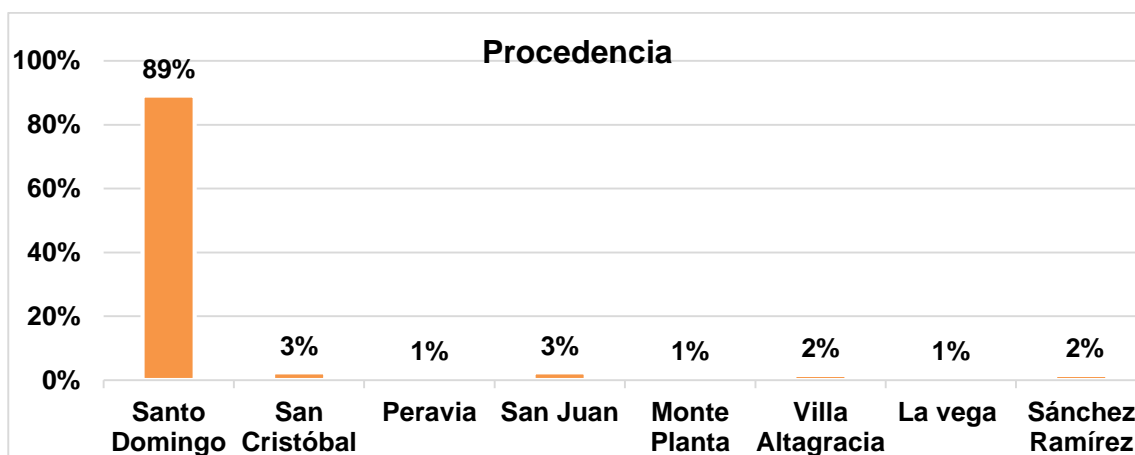
Cuadro 4. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Santo Domingo	107	89.0
San Cristóbal	3	3.0
Peravia	1	1.0
San Juan	3	3.0
Monte Plata	1	1.0
Villa Altagracia	2	2.0
La vega	1	1.0
Sánchez Ramírez	2	2.0
Total	120	100.0

Fuente: Directa.

El 89.0 por ciento de los pacientes procedían de Santo Domingo, el 3.0 por ciento San Cristóbal y San Juan, el 2.0 por ciento Villa Altagracia y Sánchez Ramírez, el 1.0 por ciento Peravia, Monte Plata y La Vega.

Gráfico 4. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según procedencia.



Fuente: cuadro 4.



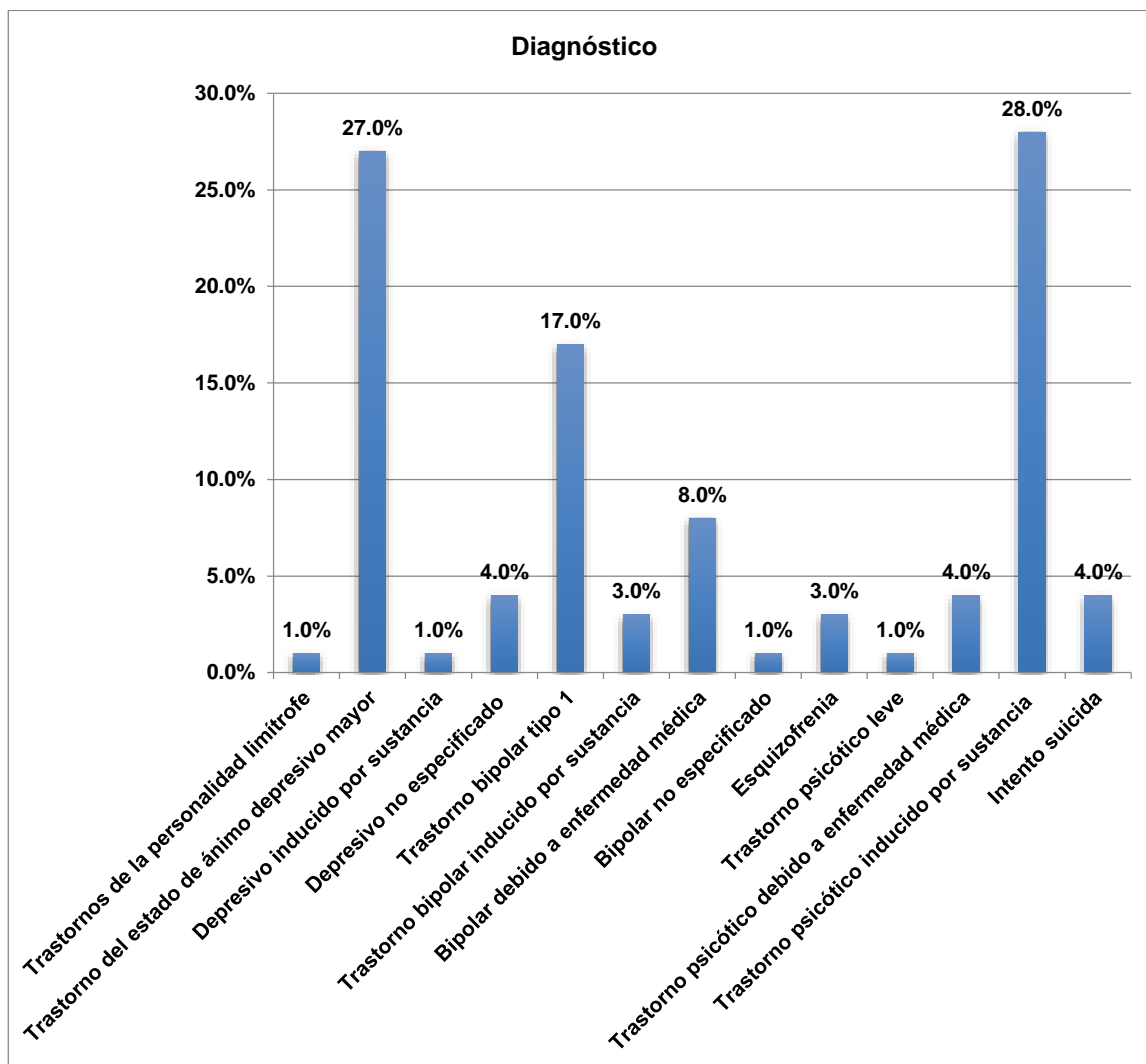
Cuadro 5. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según diagnóstico.

Diagnóstico	Frecuencia	%
Trastornos de la personalidad limítrofe	1	1.0
Trastorno del estado de ánimo depresivo mayor	32	27.0
Depresivo inducido por sustancia	1	1.0
Depresivo no especificado	5	4.0
Trastorno bipolar tipo 1	20	17.0
Trastorno bipolar inducido por sustancia	3	3.0
Bipolar debido a enfermedad médica	9	8.0
Bipolar no especificado	1	1.0
Esquizofrenia	4	3.0
Trastorno psicótico leve	1	1.0
Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	5	4.0
Trastorno psicótico inducido por sustancia	33	28.0
Intento suicida	5	4.0
Total	120	100.0

Fuente: Directa.

El 28.0 por ciento de los pacientes presentaron como diagnóstico trastorno psicótico inducido por sustancia, el 27.0 por ciento trastorno del estado de ánimo depresivo mayor, el 17.0 por ciento trastorno bipolar tipo 1, el 8.0 por ciento bipolar debido a enfermedad medica, el 4.0 por ciento depresivo no especificado, trastorno psicótico debido a enfermedad medica y intenso suicida, el 3.0 por ciento esquizofrenia y trastorno bipolar inducido por sustancia, el 1.0 por ciento trastornos de la personalidad limítrofe, depresivo inducido por sustancia, bipolar no especificado y trastorno psicótico leve.

Gráfico 5. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según diagnóstico.



Fuente: cuadro 5.

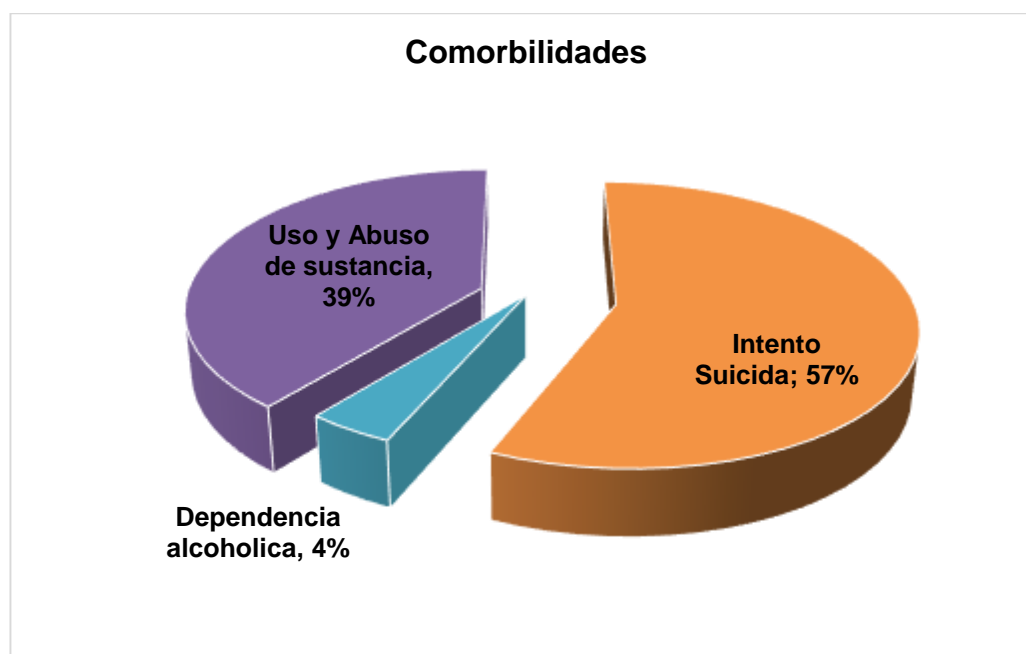
Cuadro 6. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según comorbilidades.

Comorbilidades	Frecuencia	%
Intento suicida	68	57.0
Dependencia alcohólica	5	4.0
Uso y abuso de sustancia	47	39.0
Total	120	100.0

Fuente: Directa.

El 57.0 por ciento de las pacientes presentaron como comorbilidades intento suicida, el 39.0 por ciento uso y abuso de sustancia y el 4.0 por ciento dependencia alcohólica.

Gráfico 6. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según comorbilidades.



Fuente: cuadro 6.

Cuadro 7. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según antecedentes de trastornos mentales.

Antecedentes de trastornos mentales	Frecuencia	%
Negados	79	66.0
Trastorno de estado de animo	30	25.0
Trastorno de la personalidad	2	2.0
Esquizofrenia	3	3.0
Discapacidad intelectual	6	5.0
Total	120	100.0

Fuente: Directa.

El 25.0 por ciento de los pacientes presentaron en antecedentes de trastornos mentales, trastorno de estado de ánimo, el 5.0 por ciento discapacidad intelectual, el 3.0 por ciento esquizofrenia, el 2.0 por ciento trastorno de la personalidad y el 66.0 por ciento negados.

Gráfico 7. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según antecedentes de trastornos mentales.



Fuente: cuadro 7.

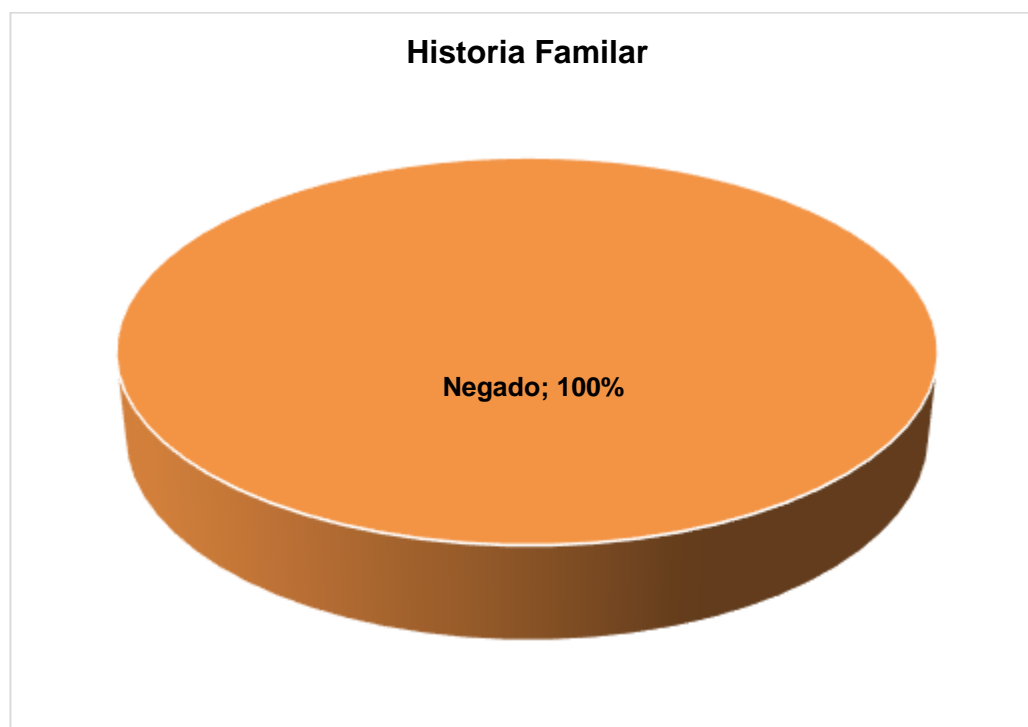
Cuadro 8. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según historia familiar.

Historia Familiar	Frecuencia	%
Negado	120	100.0
Total	120	100.0

Fuente: Directa.

El 100.0 por ciento de las pacientes no tenían historia familiar.

Gráfico 8. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según historia familiar.



Fuente: cuadro 8.

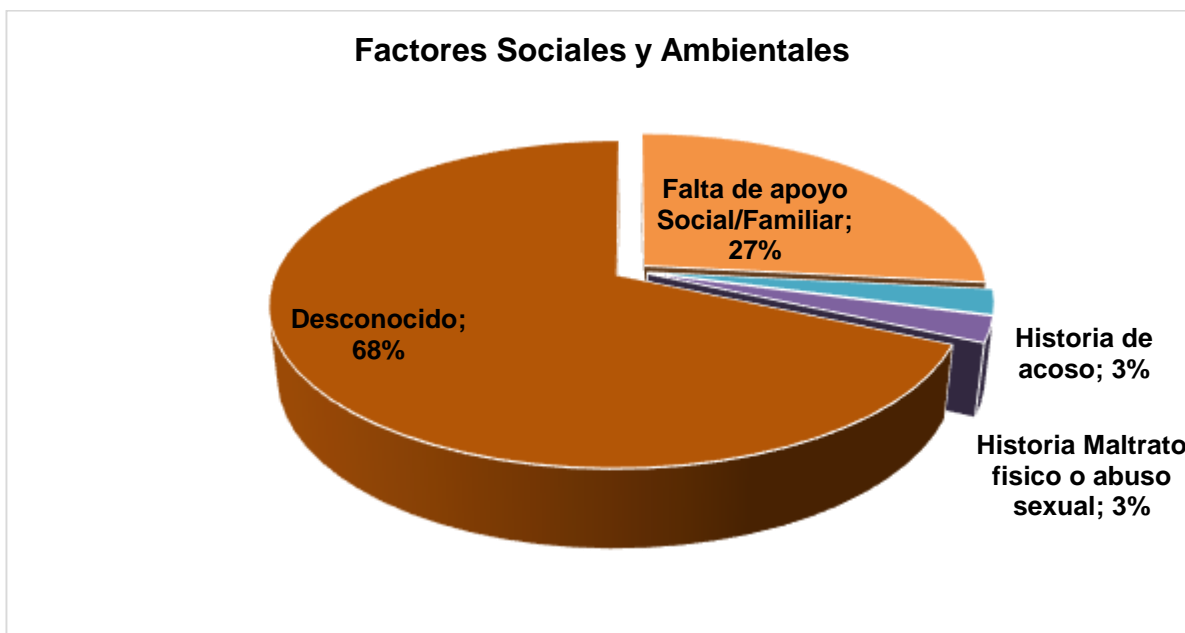
Cuadro 9. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según factores sociales y ambientales.

Factores sociales y ambientales	Frecuencia	%
Falta de apoyo Social/Familiar	32	27.0
Historia de acoso	3	3.0
Historia maltrato físico o abuso sexual	3	3.0
Desconocido	82	68.0
Total	120	100.0

Fuente: Directa.

El 27.0 por ciento de los pacientes presentaron como factores sociales y ambientales falta de apoyo social/familiar, el 3.0 por ciento historia de acoso y historia maltrato físico o abuso sexual y el 68.0 por ciento desconocido.

Gráfico 9. Comorbilidades psiquiátricas más frecuente en pacientes ingresados a la unidad de psiquiatría en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi desde abril 2016 - abril 2018. Según factores sociales y ambientales.



Fuente: cuadro 9.

## VIII. DISCUSIÓN.

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios sobre comorbilidades psiquiátricas.

El 55.0 por ciento de los pacientes tenían de 15-25 años; en un estudio realizado por Rodrigo Marín Navarrete y colaboradores, en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua, México, en el año 2013, tenían de 20-29 años con un 36.7 por ciento.

El 58.3 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo masculino; en un estudio realizado por Juan Bernardo Zuluaga Valencia y colaboradores, en la Universidad de Manizales, Colombia, en el año 2017, el 80.0 por ciento predominó en el sexo masculino.

El 95.0 por ciento de los pacientes estaban solteros; corroborando con un estudio realizado por Rodrigo Marín Navarrete y colaboradores, en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua, México, en el año 2013, donde el 56.1 por ciento son solteros.

El 28.0 por ciento de los pacientes presentaron como diagnóstico trastorno psicótico inducido por sustancia; en un estudio realizado por Rodrigo Marín Navarrete y colaboradores, en el Centros Residenciales de Ayuda-Mutua, México en el año 2013, en la mayoría de los casos el 83.6 por ciento, los trastornos psiquiátricos presentaron como diagnóstico a los trastornos adictivos.

El 57.0 por ciento de las pacientes presentaron como comorbilidades intento suicida; corroborando con un estudio realizado por Pablo Martínez y colaboradores, en el Hospital Clínico Universidad de Chile, en el año 2017, un 37.1 por ciento presentó riesgo suicida.

El 25.0 por ciento de los pacientes presentaron en antecedentes de trastornos mentales, trastorno de estado de ánimo; en un estudio realizado por Y. Castellanos y colaboradores, en la Pontificia Universidad Católica Madre Maestra, República Dominicana, en el año 2015, presentaron como antecedentes un 73.9 por ciento para los trastornos de ansiedad, 71.7 por ciento trastornos del estado de ánimo.

## **IX. CONCLUSIONES.**

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. De 518 pacientes ingresados a la unidad de intervención de Crisis de Salud Mental, un 23.0 por ciento presentaron comorbilidades psiquiátricas.
2. De los pacientes que correspondieron al sexo femenino, el 21.7 por ciento tenían de 16-25 años; de los pacientes que correspondieron al sexo masculino, el 33.3 por ciento tenían de 16-25 años. El 55.0 por ciento de los pacientes tenían de 15-25 años. El 58.3 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo masculino.
3. El 95.0 por ciento de los pacientes estaban solteros.
4. El 89.0 por ciento de los pacientes procedían de Santo Domingo.
5. El 28.0 por ciento de los pacientes presentaron como diagnóstico trastorno psicótico inducido por sustancia.
6. El 57.0 por ciento de las pacientes presentaron como comorbilidades intento suicida.
7. El 25.0 por ciento de los pacientes presentaron en antecedentes de trastornos mentales, trastorno de estado de ánimo.
8. El 100.0 por ciento de las pacientes no tenían historia familiar.
9. El 27.0 por ciento de los pacientes presentaron como factores sociales y ambientales falta de apoyo social/familiar.



## **X. RECOMENDACIONES.**

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar lo siguiente:

1. Establecer programas institucionales de atención a las familias de los pacientes psiquiátricos ingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Santa Rosita".
2. Promover investigaciones nacionales sobre el perfil estructural y dinámico de la familia hondureña.
3. Establecer políticas nacionales de Educación Familiar y atención.
4. Desarrollar prioritariamente la salud mental en el Plan Nacional de Salud.
5. Hacer saber a través de los medios de comunicación, la realidad nacional psiquiátrica a fin de concientizar previamente a quienes estarán involucrados en todo lo concerniente a salud mental.
6. Organizar un Plan de Acción conjunta de Educación Familiar con el Ministerio de Educación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, medios de comunicación, etc., para analizar, elaborar y ejecutar el mismo.
7. Elaborar una escala práctica tomando en cuenta estos factores que desde la evaluación inicial valore el riesgo de presentar conducta suicida en pacientes depresivos.
8. Elaborar un registro más fidedigno de los de los pacientes depresivos con conducta suicida.
9. Concientizar al personal para realizar el reporte adecuado de pacientes depresivos con conducta suicida.

## XI. REFERENCIAS

1. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/) 10/01/2018 4:45 pm
2. Gili, Margarita. Ferrer, Victoria. Roca, Miguel. Bernardo, Miguel. Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*. 2000. Vol. 12, nº 1, pp. 131-135
3. Gili M, Ferrer V, Roca M, Bernardo, M. (1998) Diferencias de género en un estudio epidemiológico de salud mental en población general en la isla de formentera. *Actas Luso-españolas de Neurología y psiquiatría* 26 (2), 90-96.
4. Vega Austudillo, Pablo. Evidencia y herramientas para abordar al paciente con trastornos relacionados con el alcohol. Pg. 3
5. Marin-Navarrete, Rodrigo. Borges, Guilherme. Hernandez, Angelica E. Alvarado, Ricardo. Ayala-Ledesma, Marcos. Fernandez-Mondragon, Jose. Medina-Mora, Maria E. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental* 2013;36:471-479
6. Castellanos Y, Ricardo J, Rodríguez D, Lugo Ao , Hernández Jo y Zouain Jo. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos a través del MINI en pacientes consumidores de Drogas Ilícitas y/o Alcohol. *Anales de Medicina PUCMM*. Volumen 5, Número 1, Año 2015
7. Bolotner N., Horcajadas F., Astudillo P., Pérez B., Villamor I., Morant C. et al. Estudio Piloto Sobre la Prevalencia de Patología Dual en Pacientes en Tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*. 2011; 23(3): 249-255.
8. Lastra S et al. Patología Dual. *Infonova*. 2009; 15.
9. <http://www.cij.gob.mx/NuestrosServicios/Comorbilidad.html> 10/01/2018 8:01 pm
10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880735/> 02/12/2017 10:15pm
11. Torres Larrañaga, Jose Luis. Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. revista *LiberAddictus*. Pg,1
12. Sanchez, Ricardo, Calvo, Jose M, Nieto R, Karen. Patrones de comorbilidad en pacientes psiquiatricos ambulatorios. revista colombiana de psiquiatría /vol. xxx / nº 1 / 2001. Pg 3
13. <https://avifes.org/enfermedad-mental/> 13/12/2017 5:05 am

14. Van Praag HM: Comorbidity (psycho) analyzed. Br J Psychiatry 1996;168(suppl. 30), 129-134.
15. Goodman A. Neurobiology of addiction. An integrative review. BiochemPharmacol. 2008;75(1):266-322
16. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Masson. S.A. 2014. Pg 290, 259,308,309
17. Perez, Juan M. Graber, Marta. Trastornos psicóticos. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Universidad de Chile
18. Martín García-Sancho, Julio C. Guía practica para el tratamiento de la esquizofrenia en centro de salud mental. junio 2009
19. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39(1-2):1-30.
20. Martín García-Sancho, Julio C. Guía practica para el tratamiento de la esquizofrenia en centro de salud mental. junio 2009
21. <https://psicologiaymente.net/clinica/tipos-de-esquizofrenia> 20/12/2017 11:11pm
22. <https://psicologiaymente.net/clinica/tipos-de-esquizofrenia> 21/12/2017 9:01 am
23. <http://www.eutimia.com/trmentales/esquizofrenia.htm> 21/12/2017 10:00 am
24. Salavert, Jose. Berrospi, Montserrat. Miralles, Maria L. Dueñas, Maria. San Molina, Luis. El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2003;30(6):304-313
25. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Masson. S.A. 2014. Pg 290, 259,308,309
26. <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/es/>
27. <http://acento.com.do/2017/actualidad/8447643-unfpa-rd-invertir-salud-mental-jovenes-reducir-incidencia-depresion-suicidios/> 21/9/50017 10:46am
28. Guías practica clinica del SNS. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Edición: año 2008 Pg. 23
29. Scottish Intercollegiate guidelines Network S. Forming Guidelines Recommendation. En: SIGN 50: A guideline developers' handbook: Scottish Intercollegiate guidelines Network; 2001.

30. Martínez-Sahuquillo M, Echevarría MC. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. «Método RAND/UCLA» Rehabilitación (Madr) 2001;35(6):388-392
31. Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C. Depresión. Guías clínicas. Fisterra. 2003. citado 1 octubre 2007. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/depresion.asp>
32. Manual de Psiquiatría Kaplan. Sinopsis de Psiquiatría. Edición 2000.
33. <http://www.altillo.com/medicina/monografias/depresion.asp> 21/9/2017 1:17 pm
34. <http://meiga.info/Escalas/Depresion-Escala-Hamilton.pdf> 27/9/2017 2:02 PM.
35. Hamilton, M., A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960(23): p. 56-62.
36. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol 1967(6): p. 278-296.
37. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14): p.324-334.
38. Bobes, J.B., A; Luque, A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin, 2003. 120(18): p. 693-700.
39. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. [http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion\\_diagnostico.html](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html) 27/9/2017 2:29 pm
40. American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. Pg. 104-105
41. Miriam E. Jiménez-Maldonado<sup>a,b</sup>, Geisa B. Gallardo-Moreno<sup>b,c</sup>, Teresita Villaseñor-Cabrera<sup>a,b,\*</sup> y Andrés A. González-Garrido<sup>a,c</sup>. La distimia en el contexto clínico. *Revista colombiana de Psiquiatría* 2013;42(2):212-218
42. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado*. México: Masson; 2002.

43. <http://www.biopsicologia.net/es/nivel-4-patolog%C3%ADas/1.5.6.2.-trastorno-de-%C3%A1nimo-inducido-por-sustancias> 10/10/2017 1:54 pm
44. <http://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bipolar-disorder/expert-answers/bipolar-treatment/faq-20058042> 10/10/2017 4:19 pm
45. Perez, Juan M. Graber, Marta. Trastornos psicóticos. Departamento de psiquiatría y salud mental. Universidad de Chile. 2008. Pg 1
46. Guia practica para el tratamiento de la esquizofrenia en centro de salud mental. Junio 2009. Pg 11
47. Peralta V, Cuesta MJ. The nosology of psychotic disorders: A comparison among competing classification systems. Schizophr Bull 2003; 39: 413-25.
48. <https://psicologiaymente.net/clinica/tipos-de-esquizofrenia> 31/01/2018 4:03
49. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/drc-20354449> 31/01/2018 4:12pm
50. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: treatment and management. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
51. <https://www.trastornolimite.com/tp/trastorno-narcisista-de-la-personalidad> 17/9/2017 2:52 pm
52. Nicenboim, Eduardo. Trastorno de personalidad evitativo: Actualizacion. Volumen 6 Suplemento 5 Julio 2006. PG 7-8
53. Manzini JL. Declaracion de Hilsinki: Principios éticos para la investigación medica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000;VI(2): 321
54. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO).

## XII. ANEXOS

### XII.1. Cronograma

Actividades	Fecha
Selección del tema	Mayo 2017
Solicitud de aprobación	Mayo 2017
Proceso de coordinación y selección de los formularios a incluir en el estudio	Mayo 2017
Búsqueda de bibliográfica	Junio 2017
Elaboración del marco teórico	Junio 2017
Elaboración del ante-proyecto	Enero 2018
Presentación del anteproyecto	Marzo 2018
Tabulación de datos	Mayo 2018
Redacción del informe	Junio 2018
Revisión el informe (preliminar)	Julio 2018
Presentación preliminar a los asesores	Julio 2018
Presentación al jurado	Agosto 2018
Entrega final a la universidad	Agosto 2018

XII.2. Instrumento de recolección de información.

COMORBILIDADES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES INGRESADOS A LA UNIDAD PSIQUIATRICA EN EL HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI DESDE ABRIL 2016 HASTA ABRIL 2017.

Fecha: \_\_\_\_\_ Formulario #: \_\_\_\_\_

Datos personales:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

Factores de riesgos

- Antecedentes de trastornos mentales:

Mencionar: \_\_\_\_\_

- Historia familiar: \_\_\_\_\_

- Factores sociales y ambientales

- Falta de apoyo social/familiar
- Historia de acoso
- Historia de maltrato físico o abuso sexual

Factores precipitantes

- Conflictos matrimoniales,

especificar: \_\_\_\_\_

- Problemas familiares
- Situación socioeconómica
- Desconocido

Diagnostico primario:

I. Trastornos de la personalidad:

Grupo A: Paranoide

Esquizoide

Esquizotípico

Grupo B: Limítrofe

Narcisista

Antisocial

Histriónico

Grupo C: Por evitación

Dependiente

Obsesivo-Compulsivo

II. Trastorno del estado de animo

Trastorno Depresivo:

Mayor:

Distímico:

No especificado

Trastorno bipolar:

Tipo 1:

Tipo 2:

Ciclotimia:

No especificado

Trastorno inducido por sustancias



III. Trastornos relacionados a sustancias:

Tipo de sustancia: \_\_\_\_\_

Diagnostico secundario:

I. Trastornos psicóticos

Esquizofrenia:

Trastorno psicótico leve:

Trastorno delirante:

Trastorno psicótico debido a enf. Medica:

Trastorno psicótico inducido por sustancia:

## XII.3. Costos y recursos

### XII.3.1. Humanos

- 1 sustentante
- 2 asesores (metodológico y clínico)
- Pacientes que participaron en el estudio

XII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Computador Hardware: Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP			
XII.3.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XII.3.4. Económicos			
Papelería			
Impresión	1,200 copias	15.00	18,000.00
Copias de Formularios	100 copias	1.00	100.00
Encuadernación	10 informes	300.00	3,000.00
Transporte			2,000.00
Anteproyecto	1 sustentante	13,500.00	13,500.00
Presentación	1 sustentante	15,000.00	15,000.00
Imprevistos		10,000.00	10,000.00
			<b>Total: \$61,600.00</b>

XII.4. Evaluación

Sustentante:

---

Elba Altagracia Guzmán Moquete

Asesores:

---

Dra. Katia Perdomo (Clínica)	Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)
---------------------------------	---

Jurados:

---

---

Autoridades:

---

Dr. Eduardo García Director Escuela de Medicina	Dr. William Duke Decano de la Facultad de la Ciencias de la Salud
--	---

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_\_\_\_