

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de ciencias de la salud
Escuela de medicina

Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar
ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período
Noviembre 2021- Mayo 2022



Trabajo de grado presentado por Marla Michelle Pelletier Navarro y Nicole
Alejandra Mendoza Matos para optar por el título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional, 2022

Índice

Agradecimientos y dedicatoria

Resumen

Abstract

I. Introducción	9
I.1 Antecedentes	11
I.1.1 Internacionales	11
I.1.2 Nacionales	13
I.2 Justificación	15
II. Planteamiento del problema	16
III. Objetivos	17
III.1 General	17
III.2 Específico	17
IV. Marco Teórico	18
IV.1.1 Definición	19
IV.1.2 Etiología	25
IV.1.3 Epidemiología	26
IV.1.4 Neurobiología de la patología dual	27
IV.1.5 Cuadro clínico	32
IV.1.6 Diagnóstico	36
IV.1.6.1 Diagnóstico diferencial	42
IV.1.7 Factores de riesgo	51
IV.1.8 Tratamiento	51
IV.1.9 Pronóstico y evolución	55
IV.1.10 Prevención	56
V. Operacionalización de las variables	57
VI. Material y método	60
VI.1 Tipo de estudio	60

VI.2 Área de estudio	61
VI.3 Universo	62
VI.4 Muestra	62
VI.5 Criterios	62
VI.5.1 De inclusión	62
VI.5.2 De exclusión	62
VI.6 Instrumento de recolección de datos	62
VI.7 Procedimiento	63
VI.8 Tabulación	63
VI.9 Análisis	63
VI.10 Aspecto éticos	63
VII. Resultados	64
VIII. Discusión	79
IX. Conclusiones	83
X. Recomendaciones	84
XI. Referencias bibliográficas	85
XI. Anexos	90
XII. Cronograma	90
XIII. Consentimiento informado	91
XIV. Instrumento de recolección de datos	92
XV. Costos y recursos	95
XVI. Evaluación	96

Agradecimientos y dedicatoria

A Dios por haberme dado la vida, por ser el inspirador y darme fuerzas para continuar con este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados y por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres: José A. Mendoza y Anyelina Matos por ser ese motor de inspiración, por su amor, trabajo y sacrificio de todos estos años, por su apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultades y de debilidad, por confiar y creer en mí para así lograr mi sueño. Porque gracias a ustedes su niña hoy sube un escalón más.

A la memoria de mi abuela Abdia Ventura por ser la musa principal de estudiar esta carrera, porque a pesar de la distancia se que siempre estás ahí en cada paso que doy, brindándome tu apoyo y fortaleza para continuar y se que estas orgullosa de verme llegar hasta aquí.

A mi hermana Alexandra Mendoza Matos por siempre estar presente y acompañándome en el momento que más la necesite escuchando mis alegría y tristeza a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mis abuelos Dulce Lidia Ferreras y Jose Antonio Mendoza que junto a mis padres me han educado y dado grandes lecciones de esfuerzo y dedicación y que siempre están ahí con los mejores consejos y un abrazo cada vez que lo necesite.

A mi madrina Bienvenida Robles por su apoyo y por acompañarme durante todo este arduo camino y por demostrarme la gran fe que tiene en mi.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

A mis amigas especiales que son como mi hermanas Ghilda Montes de Oca, Lisa Costa, Nathaly Carrasco, Adelin Mota que con ustedes he compartido las

experiencias más grandes de mi vida desde el inicio y han extendido su mano en mis momentos difíciles y por su amor brindado cada día.

A mis amigos de la universidad Henry Melo, Liza Tatis, Audry Peña, Karla Alcantara, Angeliana Arias, Mayorit Belen, Ginaira Puello, Stephanie Alonso, Zayeyri Gutierrez porque con ellos compartí años inolvidables que me dejaron mucha alegría.

A mi compañera de tesis Marla M. Pelletier Navarro que a lo largo de esta trayectoria es considerada mi amiga ya que tuvimos una conexión inigualable, siendo una persona dedicada, responsable, puntual y entregada en todo lo que hace, siendo así la mejor compañera de tesis que puede existir y logrando así culminar con éxito nuestro trabajo, dándonos así la mayor satisfacción.

De igual forma, agradezco a la Dra. Anya Alcantara y Dra. Edelmira Espailat que gracias a sus consejos y correcciones hoy pudimos culminar este trabajo. A los docentes que han sido parte de esta trayectoria gracias por sus conocimientos que me motivaron a desarrollarme como persona.

El éxito es la suma de los pequeños esfuerzos que se realizan día a día y la vida es un viaje continuo de trabajo y sueños cumplidos, y esta tesis es parte de ese sueño.

Nicole Alejandra Mendoza Matos

Agradezco a Dios por darme la bendición de poder cumplir con esta meta, y lo más importante haberme otorgado una familia maravillosa, la cual ha sido mi mayor impulso para llegar hasta aquí; un pilar para mí, fue mi abuelo Dr. Bolívar Pelletier, quien siempre creyó en mí, resultando uno de mis más grandes ejemplos de entrega y dedicación a esta profesión; a mis padres Rodolfo Pelletier y Doris Navarro, por su apoyo y seguimiento constante en este camino, quienes no me dejaron desfallecer ante las adversidades; a mis hermanas, quienes me acompañan y colaboran en mi caminar.

A mis profesores, quienes a través de sus enseñanzas despertaron en mí esa curiosidad y amor por la Medicina; en especial a la Dra. Anya Alcántara y la Dra. Edelmira Espailat, mis asesoras, quienes fueron parte de mi proceso de formación, permitiendo convertirme en una profesional apasionada por mi carrera.

Gracias a mis compañeros y amigos, futuros colegas, con los que he aprendido y compartido vivencias inolvidables; muy especialmente a Karla Palmero y Saly Mateo, hermanas más que amigas, con las que he recorrido este camino desde el inicio y comparto lo que fuera nuestro sueño, hoy hecho realidad. Mi compañera de tesis Nicole Mendoza por ser mi cómplice en esta investigación. Tu que has sido mi mano derecha durante este proceso, gracias por el apoyo y el esfuerzo que compartimos día a día para lograr nuestra meta. Sin dejar de mencionar a quienes recorrieron este camino conmigo: Daniella Inoa, Audry Peña, Ginaira Cuello, Liza Tatis y Angeliana Arias.

Finalmente agradezco a quien lee este apartado y más de mi tesis, por permitir a mis experiencias, investigación y conocimiento, incurrir dentro de su repertorio de información mental.

Marla Michelle Pelletier Navarro

Resumen

Introducción: La coexistencia de un trastorno mental y uno adictivo en una misma persona se conoce como patología dual. ⁽¹⁾ En la práctica clínica, cuando el trastorno bipolar se complica con un TUS (Trastorno por uso de sustancias), el pronóstico se ve enormemente comprometido en todos los sentidos: clínico, funcional y terapéutico.

Objetivo: Determinar el diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022.

Método: Un estudio de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, de recolección prospectiva de datos.

Resultados: Se evaluaron 57 pacientes demostrando que el sexo masculino correspondió a un 79 por ciento y el sexo femenino un 20 por ciento; El 40 por ciento de la población corresponde a adultos jóvenes entre 18 a 28 años; Las sustancias de mayor porcentaje de consumo fueron: Alcohol (87%), Marihuana (85%) y Tabaco (82%); El trastorno del estado de ánimo bipolar tipo 1 fue el más frecuente con un 68 por ciento; El 100 por ciento de los pacientes estudiados son policonsumidores.

Conclusión: En este estudio se confirma que la mayor la población estudiada tenía alteraciones comunes que fueron representados con mayor porcentaje como lo son: sexo, edad temprana de consumo de sustancia, deserción escolar, disfunción familiar, mayor número de hospitalizaciones y más de 2 combinaciones de sustancias, consumo de marihuana y alcohol en sus combinaciones.

Palabras claves: Patología dual, Trastorno bipolar, Sustancias psicoactivas.

Abstract

Introduction: The coexistence of a mental disorder and an addictive one in the same person is known as dual pathology. ⁽¹⁾ In clinical practice, when bipolar disorder is complicated by a SUD (Substance Use Disorder), the prognosis is greatly compromised in all senses: clinical, functional and therapeutic.

Objective: To determine the dual diagnosis in patients with bipolar mood disorders admitted to the Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello in the period November 2021- May 2022.

Method: An observational, descriptive, cross-sectional, prospective data collection study.

Results: 57 patients were evaluated showing that the male sex corresponded to 79% percent and the female sex to 20%; 40% of the population corresponded to young adults between 18 and 28 years of age; The substances with the highest percentage of consumption were: Alcohol (87%), Marijuana (85%) and Tobacco (82%); Bipolar mood disorder type 1 was the most frequent with 68%; 100% of the patients studied were poly-consumers.

Conclusion: This study confirms that the majority of the studied population had common alterations that were represented with higher percentages such as: sex, early age of substance use, school dropout, family dysfunction, higher number of hospitalizations and more than 2 combinations of substances, marijuana and alcohol use in their combinations.

Key words: Dual pathology, Bipolar disorder, Psychoactive substances.

I. Introducción

La coexistencia de un trastorno mental y uno adictivo en una misma persona se conoce como patología dual.⁽¹⁾ Este concepto de patología dual se tiene cada vez más en cuenta en recursos tanto de atención a drogodependencias como de salud mental. Existe una tendencia a unificar estas dos redes creando una atención más específica e individualizada. Cabe subrayar que tanto la accesibilidad cada vez mayor a las sustancias tóxicas como una mayor manipulación de las mismas, con la que se consiguen más efectos con menos cantidad, inciden en la aparición y/o aumento de enfermedades mentales. Así, la atención tanto hospitalaria como en entidades sociales cambia a marchas forzadas dando paso a la creación de recursos especializados y a la necesidad de una formación continuada por parte de los profesionales.⁽²⁾

El manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V) define al trastorno bipolar inducido por sustancias o medicamentos como una alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, con o sin estado de ánimo depresivo, o disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.⁽³⁾ Se explica cómo comorbilidad el uso de sustancias en el trastorno bipolar tipo I y tipo II.

En la práctica clínica, cuando el trastorno bipolar se complica con un TUS (Trastorno por uso de sustancias), el pronóstico se ve enormemente comprometido en todos los sentidos: clínico, funcional y terapéutico. Estos pacientes requieren tratamiento intensivo, idealmente en un mismo dispositivo donde puedan ser tratados de forma integral por el mismo equipo terapéutico. Con frecuencia requieren hospitalizaciones más prolongadas, estancias en comunidades terapéuticas o una mayor frecuencia de visitas ambulatorias.⁽⁴⁾

Los estudios epidemiológicos internacionales y nacionales determinan que un 70% de estos pacientes con trastorno por uso de sustancias presentan de forma simultánea o secuencial otro trastorno mental, la patología dual.⁽⁵⁾

En la etiología de las adicciones, como en otros trastornos mentales, intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos y medioambientales; son enfermedades que cuando se desarrollan se encuentran dentro de la nosología de

la salud mental, reconocida en las dos grandes clasificaciones de las enfermedades mentales, la de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y la de los Estados Unidos (DSM-5), y en proporción mayoritaria asociadas a otros trastornos psiquiátricos, lo que se denomina patología dual, siendo racional su integración, como servicio especializado con abordaje multidisciplinar, en el área de la salud mental.⁽⁵⁾

Los conocimientos actuales demuestran que las personas consumidoras de sustancias con comorbilidad psiquiátrica presentan un mayor número de admisiones en servicios de urgencias, mayores tasas de hospitalizaciones psiquiátricas y una mayor prevalencia de suicidio que aquellas sin trastornos mentales comórbidos. El consumo de sustancias es más común en personas con psicosis, en particular la esquizofrenia y el trastorno bipolar, que en la población general. Entre las personas con psicosis, los que también son consumidores de sustancias tienen un mayor riesgo de recaída y de ingreso hospitalario y una mayor mortalidad. En parte, esto es debido a que las sustancias utilizadas pueden exacerbar la psicosis o interferir con el tratamiento farmacológico o psicológico.⁽⁶⁾

I.1 Antecedentes

I.1.1 Internacionales

Matsumoto T. en Japón en el año 2016 realizó un estudio donde su objetivo fue examinar los cambios en los antecedentes psicosociales y las características clínicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos asociados con nuevas sustancias psicoactivas (NPS). En donde se compararon las características clínicas de los pacientes con trastornos relacionados con el NPS utilizando datos de las Encuestas de hospitales psiquiátricos nacionales sobre trastornos psiquiátricos relacionados con las drogas realizadas. Los pacientes con NPS se compararon con un grupo de control que incluía pacientes con trastornos relacionados con la metanfetamina, utilizando datos del mismo período. En los pacientes con NPS, se observaron cambios en las siguientes tres áreas: una disminución en el número de pacientes empleados, un aumento en la proporción de pacientes diagnosticados con síndrome de dependencia y una disminución en la proporción de pacientes diagnosticados con trastorno psicótico. Este estudio sugiere que el número de pacientes que dependen de nuevas sustancias psicoactivas y los que presentan disfunción social aumentó entre 2012 y 2014. Es necesario centrar las medidas futuras contra la dependencia de las nuevas sustancias psicoactivas: no solo en detener el suministro de drogas, sino también en reducir su demanda.⁽⁷⁾

Ordóñez Mancheno, José Marcelo en Cuenca en 2017, realizaron un estudio con el propósito de determinar la prevalencia de patología dual y factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados, en personas con trastornos por consumo de sustancias. Fue un estudio transversal, que aplicó la entrevista diagnóstica estructurada MINI y el cuestionario del Eje IV del DSM IV-TR a 133 pacientes con trastorno por consumo de sustancias entre abril a diciembre del 2016. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado. La prevalencia es del 50 al 75% en internamiento, y en la población general del 15 al 80%. El índice de patología dual es alto, los trastornos más frecuentes son de ansiedad, del humor y antisocial de personalidad. Los factores de riesgo más asociados fueron los problemas laborales, económicos y del grupo primario de apoyo.⁽⁸⁾

En Palma de Mallorca, España en 2017, Francisco Arias y Nestor Szerman realizaron un estudio sobre los trastornos bipolar y trastornos por uso de sustancia (TUS). Fue un estudio de carácter prospectivo. La muestra procede de pacientes en tratamiento en las redes públicas de salud mental y de tratamiento para las

adicciones de la Comunidad de Madrid. Los sujetos fueron evaluados con la entrevista Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para el diagnóstico de los trastornos mentales y con la escala Personality Disorder Questionnaire (PDQ) para el diagnóstico de los trastornos de personalidad. De los 837 pacientes incluidos, 174 tenían un diagnóstico a lo largo de la vida de trastorno bipolar, 83 con trastorno bipolar tipo I y 91 del tipo II. La mayoría de ellos tenían algún diagnóstico de TUS. En la red de salud mental, de los 208 participantes, 21 tenían un diagnóstico de trastorno bipolar, de estos el 13 (61.9%) tenían un diagnóstico de TUS y se consideraron duales, mientras que en el resto de los pacientes de salud mental el 33.2% tenían un diagnóstico comórbido de TUS ($p = 0.03$). En los centros de drogas, de los 629 pacientes valorados, un 24.3% ($n = 153$) tenían un diagnóstico de trastorno bipolar. El subgrupo de pacientes con trastorno bipolar tenía mayor prevalencia de adicción al alcohol y a la cocaína que el resto de los pacientes. Además, la edad de inicio en el consumo de alcohol era más precoz entre los adictos bipolares que entre los adictos no bipolares. Los bipolares duales era un subgrupo con mayor comorbilidad con trastornos de personalidad, otros trastornos mentales como trastornos de ansiedad y mayor riesgo de suicidio. Estos datos apoyan que el alcohol principalmente y la cocaína son las drogas más relacionadas con la presencia de un trastorno bipolar, pero al ser un estudio transversal no se pueden extraer conclusiones etiológicas. ⁽⁹⁾

Un estudio realizado por Zamora-Rodríguez en el 2018 en España. con el propósito de establecer una relación entre el consumo de sustancias y el TB, en cuanto a una mayor dificultad diagnóstica, un peor pronóstico y cambios en la prescripción farmacológica. Fue un estudio de carácter retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por 394 sujetos que a lo largo de veinte años fueron hospitalizados con un diagnóstico de TB en la unidad de agudos de Psiquiatría de un hospital general (10,6% del total de 3704 pacientes ingresados) Por lo que el estudio es de carácter retrospectivo. Las historias clínicas fueron analizadas para obtener datos demográficos, clínicos y relativos al grupo familiar de los sujetos. De ellos 165 (51,7%) presentaban antecedentes personales de consumo de sustancias (abuso/dependencia). Este fue más frecuente en hombres (79,7% vs. 34,2%), en menores de 65 años (58,4% vs. 16,7%) y en el TB tipo I respecto al II (55% vs. 35%). Los pacientes consumidores de sustancias presentaban una edad de inicio de la enfermedad más precoz así como más dificultades diagnósticas.

Respecto al tratamiento, recibieron el alta más estabilizadores del estado de ánimo y más antipsicóticos, así como dosis más elevadas de la mayoría de ellos. ⁽¹⁰⁾

Carlos Ibáñez, Jorge Cáceresa, Roberto Brucher y Daniel Seijas en 2020 en Santiago de Chile realizaron un estudio retrospectivo descriptivo de casos y controles. Los datos se obtuvieron de los informes de alta de los ingresos hospitalarios en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Hospital Universitario de Badajoz, con el objetivo de determinar la comorbilidad entre el trastorno del estado de ánimo (TA) y trastorno por uso de sustancia (TUS), así como su pronóstico y como dificulta el tratamiento de la misma. Se analizaron 3704 historias clínicas arrojando una media de edad de la muestra de 46.0 años, con un 59.9% de mujeres. Encontramos un 51.7% de pacientes que tenían algún diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (TUS) a lo largo de la vida (abuso/dependencia). En cuanto al sexo, encontramos un 79.7% de hombres con TUS frente a un 34.2% de mujeres ($p < 0.001$). Por edad, del grupo de menores de 65 años encontramos un 58.3% y del grupo de más de 65 años un 16.7% ($p < 0.001$). Si los separamos por diagnósticos encontramos mayor frecuencia de consumo en el TBP tipo I y en el esquizoafectivo. Del mismo modo, los pacientes con TUS suelen tener cuadros anímicos que muchas veces son sub diagnosticados. Se debe sospechar de consumo de sustancias si: hay antecedentes familiares de abuso de sustancias, trastornos médicos asociados al uso de sustancias o problemas relacionales, laborales y legales como consecuencia del consumo.⁽¹¹⁾

I.1.2 Nacionales

Un estudio realizado por Castellanos Y, Ricardo J. en 2015 con el objetivo de determinar 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. Se recolectó información en 184 pacientes admitidos en Centros de Atención y Rehabilitación de la Región Norte de la República Dominicana que cumplieron con los requisitos de esta investigación a través de la Mini Encuesta Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Las patologías más frecuentes encontradas en orden de frecuencia fueron: Dependencia de Sustancias (No Alcohol) 80.4%, Trastorno Antisocial de la Personalidad 57.1%, Episodio

Depresivo Mayor 51.6%, Crisis de Angustia o Ansiedad 41.8%. Además, se encontró que la cocaína fue la droga más utilizada por la población investigada con un porcentaje de 74.5%, siguiéndole en segundo lugar la marihuana en 66.8%, crack 50.0% y otros tipos de drogas 12.0%. La misma concluye que 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. ⁽¹²⁾

En la universidad Iberoamericana (UNIBE) Mones, L, Alcántara, L en 2017, realizaron un estudio retrospectivo que llevó como título Incidencia de psicosis en pacientes con historial de uso de sustancias que asisten a psychiatric and psychotherapy associates (PPA) en Santo Domingo entre abril 2014 y abril 2016, fue realizado en una población de 4,000 pacientes que asistieron a consulta en el PPA. Con el objetivo de determinar la frecuencia del cuadro psicótico en pacientes con historia de uso de sustancias psicoactivas. La muestra estuvo conformada por 677 pacientes, y los datos se obtuvieron a través de los expedientes clínicos. Un 26.78% de consumidores fueron jóvenes en edad de 20 a 29 años. 51% de estos consumían alcohol y el 29% consumía Cannabis. Solo el 21% de ellos fueron diagnosticados con depresión. Esto representó que la enfermedad más común en las personas con uso de sustancias estudiadas fue el Trastorno de ánimo. Concluyen en “la existencia de una relación de riesgo entre el consumo de sustancias y el padecimiento de algún trastorno de salud mental”. En base a esta premisa se resalta entonces la importancia del estudio de patología dual en la nación por el aumento en la presentación de casos. ⁽¹³⁾

I.2 Justificación

El consumo de sustancias psicoactivas en la República Dominicana ha aumentado. ⁽¹⁴⁾ En el año 1975 existían aproximadamente 30,000 consumidores de sustancias psicoactivas y ya para el año 2016 estas cifras habían aumentado a 300,000 (considerando que este dato solo toma en cuenta a los jóvenes entre 12 y 15 años de edad). ⁽¹⁴⁾ Como bien se sabe, el uso de sustancia está fuertemente asociado a trastornos psiquiátricos y se estima que alrededor de la mitad de los drogodependientes actuales presentarán un trastorno mental en el próximo decenio. ⁽¹⁵⁾

Debido a que los trastornos psicóticos y el consumo de sustancias psicoactivas representan un ejemplo clásico y común de patología dual, y que en la República Dominicana ambas patologías están acrecentando. Es de suma importancia que los profesionales en la salud, tengamos conocimiento de las estadísticas y la influencia que tienen estas en la sociedad, para así poder brindar un buen servicio.

Adicional a las razones de importancias clínicas se encuentran las de origen bibliográfico, donde en la actualidad (según las bases de datos consultadas y la búsqueda de información en las diferentes instituciones documentales del país) se encuentran pocos estudios bajo este enfoque, por lo que esta investigación pasaría a ser uno de los documentos pilares de referencia en un problema tan crucial como la patología dual y sus consecuencias biopsicosociales.

II. Planteamiento del problema

La patología dual se define como la presencia de un trastorno adictivo y un trastorno mental a lo largo de la vida.⁽¹⁶⁾ A nivel mundial esta comorbilidad modifica la presentación clínica, el curso evolutivo, y repercute en el abordaje terapéutico al existir menos evidencia científica sobre el tratamiento más adecuado, además de relacionarse con una menor adherencia al tratamiento, un mayor uso de servicios sanitarios y mayor discapacidad funcional.

Existen distintas explicaciones para justificar dicha prevalencia a nivel mundial, como la hipótesis de la automedicación, factores de vulnerabilidad común o el consumo de sustancia como factor de riesgo. Según un informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (UNODC), se estima que en 2010, unas 230 millones de personas en el mundo (estimación que va desde 153 a 300 millones) consumieron alguna droga ilícita en el año previo. Esto representa alrededor del 5% (entre 3,4% y 6,6%) de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad.⁽¹⁷⁾

Tanto en latinoamérica como en países en vías de desarrollo, los pacientes parecen consumir más en la fase de manía en posible relación con la búsqueda de placer y las conductas desinhibidas e impulsivas propias de la manía. La mayor impulsividad se considera característica de los trastornos bipolares.⁽¹⁰⁾

En países como República Dominicana la prevalencia de esta patología es debido a la alta tasa de sustancias psicoactivas en el mercado ilegal que se facilita en niveles sociodemográficos bajos, influyendo así a una alta cifra de diagnóstico de patología dual.⁽¹⁷⁾

Por los que nos hemos planteado la siguiente interrogante: Cuáles son las características del diagnóstico dual en pacientes con trastorno del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022.

III. Objetivos

III.1 General

Determinar el diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022

III.2 Específico

1. Determinar las características sociodemográficas
2. Establecer los antecedentes patológicos personales
3. Identificar las sustancias psicoactivas utilizadas por los pacientes
4. Establecer la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas
5. Determinar el tipo de trastorno bipolar presentado en estos pacientes
6. Establecer cuáles pacientes son policonsumidores o no
7. Identificar la vía de administración de las sustancias psicoactivas
8. Establecer la edad de la primera crisis del trastorno de ánimo bipolar
9. Identificar el manejo farmacológico utilizado en estos pacientes

IV. Marco Teórico

IV.1 Historia

La atención a la salud mental experimentó un punto de inflexión cuando se produjo un cambio de visión de las personas que padecían un trastorno mental. Un cambio que pasó de la institucionalización, la marginación y la posterior privación de derechos a una visión inclusiva, humana y que respetaba los derechos de las personas afectadas de un trastorno mental. El consumo de sustancias conlleva importantes repercusiones en el paciente psiquiátrico: provoca menor adherencia al tratamiento e incremento en la morbimortalidad, riesgo de comportamientos agresivos, mayor uso de los servicios de salud y costes sanitarios.⁽¹⁸⁾

En el siglo XIX el consumo de sustancias psicoactivas como el opio, el tabaco y el alcohol se convirtió en un problema global debido a que surgieron problemas sociales relacionados con la adicción, convirtiéndolo en un factor de riesgo para el orden social. A partir de este tiempo datan los primeros estudios que relacionan el uso de sustancias psicoactivas como factor de riesgo para la salud.⁽¹⁹⁾ En el año 1880 Freud empezó a usar la cocaína para tratar la neurastenia, dando a conocer que la cocaína era beneficiosa para el tratamiento de la depresión, el alcoholismo, los trastornos digestivos e incluso el asma, sin embargo, después de un periodo de tiempo de práctica con un colega aceptó los efectos negativos del uso de esta sustancia debido a que su compañero desarrolló paranoia, delirios y pérdida de autocontrol.⁽²⁰⁾

El uso del término patología dual data desde el año 1970 y se refería a aquellos pacientes que presentaban un trastorno adictivo y mental. Estudios epidemiológicos señalan que un 70% de los pacientes que presentan trastornos por uso de sustancia a su vez presentan otro trastorno mental.⁽²¹⁾ Algunos estudios han demostrado que los principales factores que están asociados al consumo de sustancias psicoactivas son: presencia de síntomas depresivos, abandono escolar, consumo en familia, la disponibilidad de la sustancia en el entorno, uso de sustancias como el alcohol y el tabaco y la influencia por parte del grupo de pares.⁽²²⁾

IV.1.1 Definición

Patología dual

El término patología dual es utilizado para definir dos patologías padecidas al mismo tiempo por una persona. Así pues, padecen patología dual las personas que presentan un trastorno por uso de sustancias y otro tipo de patología mental al mismo tiempo.⁽²³⁾

En cuanto a los trastornos mentales, por un lado, podemos hablar de personas que no padecían ningún trastorno o no habían sido diagnosticadas y, como consecuencia del consumo de drogas, lo han desarrollado; y, por otro lado, de personas que ya habían sido diagnosticadas de alguna enfermedad mental y, al desarrollar una adicción, ya sea por padecer dicho trastorno o no, han necesitado un nuevo diagnóstico en salud mental dado que han desarrollado otro trastorno distinto al que tienen o han potenciado el que ya padecían previamente.⁽²³⁾

Debido a esta frecuente asociación entre los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales, se ha popularizado el uso de términos como diagnóstico dual, trastorno dual, abusadores químicos mentalmente enfermos, trastorno comórbido, cooccurring disorders.⁽²⁴⁾

Tipos de patología dual

1. Tipo 1: Trastorno Psiquiátrico Primario

El trastorno mental se inicia claramente antes que el consumo regular de la sustancia. El uso de la sustancia puede haber sido previo al comienzo del trastorno mental, pero no cumple criterios para uso nocivo o dependencia.

2. Tipo 2: Trastorno Primario por Consumo de Sustancias

El trastorno por uso de sustancias existe claramente antes que el comienzo del trastorno mental. Las manifestaciones clínicas del trastorno mental están presentes sólo durante las fases activas del abuso de sustancias o dentro de las cuatro primeras semanas de abstinencia.

3. Tipo 3: Trastornos Duales Primarios. Para los cuales pueden darse las siguientes variedades:

a) Ambos trastornos están presentes, pero nunca coinciden en comienzo y en curso.

b) Ambos trastornos son crónicos y severos con comienzos distintos y cursos sobrepuestos.

c) El trastorno mental se inicia claramente antes que el trastorno por uso de sustancias, pero ambos tienen cursos independientes, tales que ninguno parece afectar consistentemente el curso del otro.

d) El trastorno por consumo de sustancias se inicia claramente antes que el trastorno mental, pero ambos tienen cursos independientes, por lo que ninguno parece afectar consistentemente el curso del otro. ⁽²⁵⁾

Sustancias psicoactivas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las sustancias psicoactivas como aquellas sustancias que cuando son ingeridas o administradas en el sistema de alguien, afecta los procesos mentales como la cognición, percepción, memoria, atención, lenguaje y pensamiento. ⁽²⁶⁾ Este término abarca tanto sustancias legales como ilegales, y como tienen las facultades de afectar el sistema nervioso central existen diferentes organizaciones a nivel mundial que se encargan del control de las mismas como (United Nations Office on Drugs and Crime, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), entre otras). ⁽²⁷⁾

Dependencia física y adicciones

La adicción y la dependencia son conceptos diferentes. La adicción es una enfermedad del cerebro en el cual la persona presenta una motivación muy elevada para obtener y usar una droga a pesar de conocer sus consecuencias negativas, la adicción también es conocida como dependencia psicológica. La dependencia por su parte se refiere a un estado de adaptación a la sustancia en el cual se precisa la administración de esta para que el cuerpo pueda conservar su función normal. ⁽²⁸⁾ El síndrome de abstinencia por su parte es la única prueba

real que nos indica que la persona presenta una dependencia ya que al retirar de manera súbita el consumo de la sustancia se presentan signos y síntomas que generalmente son opuestos a los efectos de la sustancia. ⁽²⁹⁾

Trastorno del estado de ánimo Bipolar

El trastorno bipolar es una enfermedad mental crónica que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo (animostato). Se presenta en forma de episodios recurrentes que van desde la manía o hipomanía (alegría, exaltación o euforia), hasta la depresión (tristeza, inhibición e ideas de muerte). Estas variaciones anímicas influyen de forma significativa en los aspectos sociales, familiares, académicos o laborales de la persona que tiene la enfermedad. ⁽³⁰⁾

Se puede clasificar como tipo I y tipo II

Tipo I

Se caracteriza por la presencia de un episodio maníaco o de un episodio mixto (maníaco y depresivo). Se puede subdividir:

- Según el tipo de episodio actual: maníaco, hipomaníaco, depresivo y mixto.
- Por la intensidad y grado de remisión: leve, moderado, grave sin psicosis, grave con rasgos psicóticos, remisión parcial o total.
- Según la evolución reciente: se caracteriza por una sucesión rápida de ciclos.

Tipo II

Presenta episodios hipomaníacos y episodios de depresión mayor. Los criterios sintomáticos por un episodio hipomaníaco son los mismos que los de un episodio maníaco, aunque en la hipomanía sólo se requiere una duración mínima de 4 días. ⁽³¹⁾

Trastorno bipolar inducido por sustancias

El manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V) define al trastorno bipolar inducido por sustancias o medicamentos como una alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, con o sin estado de ánimo depresivo, o disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.⁽³⁾

Trastorno relacionado con el alcohol

El alcohol es una sustancia poderosa que causa cambios tanto agudos como crónicos en prácticamente todos los sistemas neuroquímicos. Además, el abuso de alcohol puede provocar síntomas psicológicos temporales importantes, que incluyen depresión, ansiedad y psicosis. El consumo a largo plazo de cantidades crecientes de alcohol puede producir tolerancia, así como una intensa adaptación del organismo, de modo que la interrupción de su consumo puede precipitar un síndrome de abstinencia, habitualmente marcado por el insomnio, la evidencia de hiperactividad del sistema nervioso autónomo y sensaciones de ansiedad.⁽³²⁾

Se cree que los pacientes con trastorno bipolar I se encuentran en riesgo de desarrollar un trastorno relacionado con el alcohol, y que pueden emplearlo para automedicarse durante los episodios maníacos. Algunos estudios han demostrado que los individuos con diagnóstico de trastorno relacionado con el alcohol y trastorno depresivo presentan concentraciones de metabolitos de dopamina (ácido homovanílico) y GABA en el líquido cefalorraquídeo (LCR).⁽³²⁾

Trastorno relacionado con la cafeína

Esta afecta a varios sistemas neurobiológicos y fisiológicos, y produce efectos psicológicos significativos. No se asocia con ninguna enfermedad que constituya una amenaza para la vida, pero su consumo puede ocasionar síntomas y trastornos psiquiátricos. El consumo de cafeína se asocia con cinco trastornos: el trastorno por consumo de cafeína, la intoxicación por cafeína, la abstinencia de cafeína, el trastorno de ansiedad inducido por la cafeína y el trastorno del sueño inducido por la cafeína.⁽³²⁾

Trastornos relacionados con el cannabis

El cannabis es la droga ilegal cuyo consumo está más extendido en todo el mundo. Es además la cuarta droga psicoactiva consumida con mayor frecuencia entre los adultos de Estados Unidos, después de la cafeína, el alcohol y la nicotina.

El DSM-5 incluye el diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis. Las personas que consumen cannabis a diario durante semanas o meses es más probable que se hagan dependientes. El riesgo de dependencia se sitúa en 1 de cada 10 consumidores, y aumenta cuanto menor es la edad en el primer consumo, la frecuencia de consumo y su duración en el tiempo.

El DSM-5 incluye la categoría de trastornos relacionados con cannabis no especificados para los trastornos que no pueden considerarse un trastorno por consumo de cannabis, intoxicación por cannabis, delirium por intoxicación con cannabis, abstinencia de cannabis, trastornos psicóticos inducidos por cannabis o trastornos de ansiedad inducidos por cannabis. La intoxicación por cannabis puede asociarse con síntomas depresivos, aunque estos pueden indicar el consumo a largo plazo. La hipomanía, sin embargo, es un síntoma frecuente en la intoxicación por cannabis.⁽³³⁾

Trastorno relacionado con alucinógenos

Los alucinógenos, por definición, son estupefacientes. El consumo de drogas alucinógenas está asociado con ataques de pánico, trastornos perceptivos persistentes por alucinógenos (flashbacks), psicosis, delirios y trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Estos productos sintéticos son fáciles de fabricar y de distribuir, son baratos y mucho más potentes que sus equivalentes botánicos. Esto allanó el camino al abuso de los alucinógenos sintéticos y al desarrollo de varios trastornos psiquiátricos asociados.

Los alucinógenos son sustancias naturales y sintéticas denominadas psicodélicas o psicomiméticas porque, además de inducir alucinaciones, producen una pérdida de contacto con la realidad y una experiencia de expansión y potenciación de la conciencia. Algunos de estos son: Anfetaminas, éxtasis y LSD.⁽³³⁾

Trastornos relacionados con la cocaína

Como sucede con otros trastornos relacionados con sustancias, los relacionados con la cocaína se acompañan a menudo de otros trastornos psiquiátricos. La aparición de trastornos del estado de ánimo y relacionados con el alcohol suele seguir al inicio de los trastornos relacionados con la cocaína. En la mayoría de los estudios de comorbilidad en pacientes con trastornos relacionados con la cocaína se ha demostrado que el trastorno de depresión mayor, el trastorno bipolar II, el trastorno ciclotímico, los trastornos de ansiedad y el trastorno de la personalidad antisocial son los diagnósticos psiquiátricos que se asocian con más frecuencia asociados.

La principal acción farmacodinámica de la cocaína relacionada con sus efectos conductuales es el bloqueo competitivo de la recaptación de dopamina por el transportador de la dopamina. Este bloqueo aumenta la concentración de dopamina en la hendidura sináptica y produce un aumento de la activación, tanto de los receptores dopaminérgicos de tipo 1 (D1) como de los de tipo 2 (D2). La cocaína también bloquea la recaptación de noradrenalina y serotonina.⁽³³⁾

Trastornos relacionados con opiáceos

Los opiáceos se utilizan para fines analgésicos y otros objetivos médicos, un mal uso continuado de opiáceos puede ser el causante de síndromes de abuso y dependencia, y provocar alteraciones del estado de ánimo, el comportamiento y los procesos cognitivos que pueden parecer idénticas a las de otros trastornos psiquiátricos. En las últimas décadas se han producido avances significativos en el tratamiento y el conocimiento de la dependencia de los opiáceos, y cada vez se acepta más que se trata a menudo de un trastorno crónico, con recaídas susceptibles de intervención y tratamiento médicos.

Aproximadamente el 90% de los individuos con dependencia de opiáceos presenta un trastorno psiquiátrico adicional. Los más frecuentes son el trastorno de depresión mayor, los trastornos por consumo de alcohol, el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos de ansiedad. Aproximadamente el 15% de los individuos con dependencia de opiáceos intenta suicidarse por lo menos una vez.⁽³³⁾

Trastorno relacionado con el tabaco

La nicotina es el componente psicoactivo del tabaco, que actúa sobre el SNC como agonista de los receptores acetil colinérgicos del subtipo nicotínico. Alrededor del 25% de la nicotina inhalada al fumar alcanza el torrente sanguíneo, a través del cual llega al cerebro en 15 s. Su semivida es de unas 2 h. Se cree que ejerce sus efectos de refuerzo positivo y sus propiedades adictivas activando la vía dopaminérgica, que se proyecta desde el área tegmental ventral a la corteza cerebral y al sistema límbico. Además de activar este sistema de recompensa dopaminérgico, aumenta las concentraciones de noradrenalina y adrenalina circulantes, así como la liberación de vasopresina, β -endorfina, corticotropina (ACTH) y cortisol. Se cree que estas hormonas contribuyen a los efectos estimulantes básicos de la nicotina sobre el SNC.

Los psiquiatras deben estar particularmente concienciados e informados sobre la dependencia de la nicotina por la elevada proporción de pacientes psiquiátricos que fuman. Lo hacen aproximadamente el 50% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, el 70% de los ambulatorios con trastorno bipolar I, casi el 90% de los ambulatorios con esquizofrenia y el 70% de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias. Además, los datos indican que los pacientes con trastornos depresivos o de ansiedad tienen menos éxitos en sus intentos de abandonar el tabaquismo en comparación con otros individuos. El alto porcentaje de pacientes con esquizofrenia y fumadores se ha atribuido a la capacidad de la nicotina para reducir su extraordinaria sensibilidad a los estímulos sensoriales externos y aumentar su concentración. En este sentido, estos pacientes se autocontrolan para mitigar el estrés.⁽³³⁾

IV.1.2 Etiología

El consumo de sustancias y las enfermedades psiquiátricas se interrelacionan entre sí, generando alteraciones en ambos sentidos. Como ejemplos, el uso de drogas puede ayudar a disminuir la sintomatología del trastorno psiquiátrico así como los efectos secundarios de la medicación. Igualmente, ambas patologías pueden producir cambios biológicos que influyen en la evolución de la enfermedad.⁽²⁵⁾

Se plantean tres hipótesis sobre el desarrollo de la patología dual, basándose en el orden de aparición de los trastornos y la influencia existente entre ellos.

1. La adicción a las drogas es un trastorno primario e induce la aparición de un trastorno mental, principalmente en aquellos casos donde hay una vulnerabilidad previa.
2. Teoría de automedicación: las sustancias se usan para paliar los síntomas psiquiátricos existentes. La elección de la droga no es un proceso al azar, sino que se basa en los efectos que tiene para aliviar los síntomas.
3. La aparición de ambos trastornos se produce como consecuencia de compartir los mismos factores de riesgo (estrés, rasgos de personalidad, factores medioambientales).
4. Incrementar el placer: corresponde a un modelo etiológico hedonista, basado en la búsqueda de placer y que justificaría las características reforzadoras de la sustancia.
5. Hábito o costumbre: propio de sustancias con un extenso consumo, como el alcohol, el tabaco e, incluso, el cannabis. Las costumbres sociales y la presión de los iguales incrementarían el riesgo de consumo. ⁽²⁵⁾

IV.1.3 Epidemiología

Una encuesta realizada en EEUU por la National Survey on Drug Use and Health (NSDUM) muestra que en 2006 había más de 27 millones de hombres mayores de 18 años con patología dual. ⁽³²⁾

La prevalencia de vida de la patología dual para población general se calcula en un 3%-4%, lo cual es una cifra bastante elevada y que se incrementa de manera significativa cuando se hace la misma estimación para la población diagnosticada con trastornos mentales. Se estima que la tercera parte de las personas que son diagnosticadas con un trastorno mental, van a presentar en algún momento de su evolución clínica un trastorno asociado por uso de sustancias psicoactivas, ya sea uso nocivo o dependencia duplicando la probabilidad de ocurrencia que se observa en la población sin diagnóstico de trastorno mental (Regier y cols, 1990). Entre el 40% y el 60% de los enfermos mentales que reciben tratamiento tienen asociado un trastorno por abuso o dependencia de sustancias. ⁽³²⁾

Por otra parte, más del 50% de las personas usuarias de sustancias psicoactivas, presentan manifestaciones clínicas suficientes para cumplir con los criterios de diagnóstico de trastorno mental de algún tipo. Ahora bien, estas manifestaciones clínicas no necesariamente corresponden a un trastorno mental independiente y pudieran ser el resultado del uso de sustancias (Regier y cols., 1990; Ross y cols., 1988). Si miramos la situación tomando como referencia la población en tratamiento para trastornos por uso de sustancias (uso nocivo o dependencia), encontramos que entre el 50% y el 60% de los pacientes tratados, tienen asociado otro trastorno mental. La alta frecuencia de esta combinación muestra como la patología dual, lejos de ser un patrón atípico de la población clínica de los servicios de tratamiento de problemas de drogas o de salud mental, apunta a convertirse en el perfil característico más frecuente en los usuarios de estos servicios. ⁽³²⁾

Un último aspecto que debe ser resaltado, en relación a la epidemiología de la patología dual, es el hecho de que se observa mayor prevalencia entre las mujeres adictas a sustancias. Este hallazgo ha sido replicado en las distintas macroencuestas realizadas hasta la fecha. Como ejemplos, el Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) registró una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica del 44% entre los varones y del 65% en las mujeres drogodependientes. Una década más tarde –años 90-, la National Comorbidity Survey (NCS) ofreció resultados similares aunque algo más elevados, con un 57% de hombres con patología dual entre los adictos a sustancias y un 72% de las mujeres. Estos resultados orientan, por otra parte, hacia una evidente tendencia al alza de las prevalencias de patología dual en los últimos años. ⁽²⁵⁾

IV.1.4 Neurobiología de la patología dual

Se sugiere que existe un pequeño subconjunto de sitios y mecanismos en donde podrían traslaparse o interactuar los efectos de las sustancias psicoactivas y la neurobiología de algunos trastornos mentales, y que podría resultar en el alto grado de comorbilidad entre ambos trastornos. Dependiendo del enfoque y del nivel biológico del que se esté hablando, la adicción se puede definir como un trastorno en el cerebro, el aprendizaje, la memoria, la maduración neuronal, la neuroplasticidad, la regulación homeostática, y la compulsión. ⁽³³⁾

Sin embargo cualquier sustancia adictiva, aunque con distinta ruta de administración, biotransformación y blanco neuroquímico, tiene mecanismos no específicos, similares comorbilidad entre los diferentes trastornos adictivos y la alta frecuencia de intercambio de una sustancia a otra durante la adicción así como en la implicación de los niveles de dopamina del núcleo accumbens como factor relacionado con el circuito de recompensa en la mayoría de las sustancias de abuso y la activación del factor liberador de corticotropina (CRF) y el eje hipotálamo hipofisario-adrenal (HPA) durante el uso y el abuso.⁽³³⁾

De otro lado, tras varias décadas de investigaciones dedicadas a las bases biológicas de las enfermedades mentales, se han logrado considerables progresos en el conocimiento del funcionamiento del cerebro y se han podido proponer hipótesis respecto a la fisiopatología de dichas enfermedades. Tales observaciones se refieren sobre todo a tres grandes sistemas de neurotransmisores cerebrales: el dopaminérgico, y noradrenérgico y el serotoninérgico, donde las principales estructuras cerebrales que parecen estar implicadas son el córtex prefrontal, hipocampo, amígdala, tálamo y el cuerpo estriado, aunque también se ha referenciado el sistema endocanabinoide relacionado con la actividad dopaminérgica en el caso de la esquizofrenia y otros trastornos mentales.⁽³³⁾

Con respecto a la depresión se han descrito los substratos neurobiológicos involucrados, como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, además de cambios en el metabolismo y en el tamaño neuronal y de la densidad glial. También se han implicado otros neurotransmisores, como el ácido-amino- γ -butírico (GABA) y el glutamato y su papel en la citotoxicidad neuronal. La evidencia neurobiológica sugiere varios puntos en común en la neurobiología de la sintomatología de la depresión y la farmacodependencia. En individuos con depresión se han observado alteraciones en la neurotransmisión de serotonina, norepinefrina, acetilcolina, dopamina, GABA, factor liberador de corticotropina (CRF), neuropéptido Y (NPY) y somatostatina.⁽³³⁾

Los estudios preclínicos apuntan a que en esta comorbilidad están implicados varias vías de neurotransmisores y circuitos cerebrales cuya desregulación es el responsable de la aparición de la Patología Dual, siendo especialmente importante la vía dopaminérgica del sistema mesocorticolímbico, la cual se sabe está relacionada con el refuerzo en el ciclo de la adicción, lo cual concuerda con la presentación clínica crónica de la Patología Dual, consistente en episodios de recaídas y periodos de recuperación, en donde la exacerbación se puede asociar

con factores ambientales o sociales desestabilizantes, estrés y reexposición a la sustancia adictiva endocannabinoide, y colinérgico-nicotínico estén implicados tanto en las enfermedades mentales como en los trastornos adictivos.⁽³³⁾

Sistema dopaminérgico

La dopamina es una catecolamina que cumple funciones de neurotransmisor en el sistema nervioso central mediante su acción en los receptores de dopamina D1, D2, D3, D4 y D5, y es sintetizado principalmente en las neuronas del área tegmental ventral (ATV) y la sustancia nigra a nivel del tronco encefálico, cuyas proyecciones se extienden hacia diferentes partes del sistema nervioso. Dicho neurotransmisor tiene un rol central en el efecto de recompensa de las sustancias de abuso, especialmente las sustancias que producen liberación de dopamina en el núcleo accumbens como la anfetamina, la cocaína y la nicotina. De los cinco subtipos de receptores mencionados, el receptor D3 ubicado principalmente en las áreas subcorticales del circuito cerebral de recompensa, ha demostrado que tiene la mayor afinidad por la dopamina, siendo más sensible a las concentraciones basales. Estudios en animales y seres humanos reportan la activación de este receptor en la adicción a cocaína y a la metanfetamina apoyando la estrecha relación entre este receptor y los fenómenos relacionados con la adicción.⁽³³⁾

Existen considerables evidencias de que una actividad incrementada del sistema mesolímbico dopaminérgico está crucialmente implicada en la mediación de los efectos gratificantes de casi todas las sustancias psicoactivas, y posiblemente en la avidez de la droga. Se ha demostrado que la administración de la mayoría de las sustancias psicoactivas, como cocaína, anfetamina, nicotina y opioides, incrementa los niveles de dopamina en el núcleo accumbens.⁽³³⁾

Aunque la noradrenalina y la serotonina son las aminas biógenas asociadas con mayor frecuencia a la fisiopatología de la depresión, también se ha propuesto la participación de la dopamina en ese proceso, debido a que su actividad se encuentra disminuida en la depresión y aumentada en la manía.⁽³⁴⁾

Sistema glutamatérgico

El glutamato es un neurotransmisor aminoácido excitatorio que aparece en todo el cerebro. El glutamato actúa en cuatro subtipos receptores: N-metil-D-aspartato (NMDA), AMPA, kainato, y receptores metabotrópicos. El glutamato desempeña un papel esencial en el hipocampo. Además, se piensa que las rutas de glutamato desempeñan un papel sumamente relevante para modular las respuestas neuronales a muchas otras sustancias psicoactivas.⁽³³⁾

El glutamato, ha sido implicado además en múltiples comportamientos asociados a la adicción y la recaída en el consumo, debido a que interactúa de forma estrecha con el sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, y es capaz de inducir cambios en la neuroplasticidad asociados a disfunción prefrontal con el consumo crónico de sustancias psicoactivas, que resulta en alteración del control inhibitorio e incapacidad para modificar conductas maladaptativas.⁽³³⁾

Sistema opioides endógenas

Entre los neuropéptidos más estudiados se encuentran los opioides endógenos. Se han identificado tres tipos: endorfinas, encefalinas y dinorfinas. Las neuronas que contienen opioides endógenos se encuentran en diferentes regiones cerebrales como el hipotálamo, diencéfalo, protuberancia, hipocampo y cerebro medio. Los opioides endógenos se les ha implicado en la respuesta al estrés, en la analgesia y en la patogénesis de conductas adictivas.⁽³³⁾

El sistema opioide endógeno se ha relacionado principalmente con el consumo y la búsqueda compulsiva de sustancias como los opiáceos y el alcohol, debido también en parte a su interacción estrecha con el sistema dopaminérgico. Las β -endorfinas liberadas tras la ingesta de alcohol, al igual que los opiáceos, estimulan los receptores μ , los cuales a su vez producen la liberación de dopamina en el sistema cerebral de recompensa, reforzando su efecto adictivo.⁽³³⁾

Sistema GABA

El ácido γ -aminobutírico (GABA) es el neurotransmisor inhibitorio más abundante en el encéfalo. Las neuronas gabaérgicas se distribuyen de forma extensa en córtex, sistema límbico y en la región troncoencefálica. El receptor GABA_A es un receptor inhibitorio sobre el que actúan las benzodiazepinas, los barbitúricos, el alcohol y otros fármacos con acción sedante. El receptor GABA_B también ejerce una acción inhibitoria a nivel presináptico. En los trastornos del estado de ánimo

y los trastornos ansiosos se han implicado a los neurotransmisores glutamato (excitatorio) y GABA (inhibidor).⁽³³⁾

El consumo de alcohol a corto plazo incrementa la función del receptor GABA_A y disminuye la del receptor glutamatérgico, el consumo prolongado tiene el efecto contrario es decir, reducción en la función GABAérgica por muerte neuronal en el giro dentado hipocampal, disminución de la expresión de la subunidad alfa-1 del receptor GABA_A en hipocampo y área tegmental ventral, y aumento de la actividad excitatoria glutamatérgica en el núcleo central de la amígdala.⁽³³⁾

Sistema endocannabinoide

Los endocannabinoides y sus receptores, denominados CB, constituyen el sistema endocannabinoide. Hasta la fecha se han identificado dos tipos de receptores cannabinoides, los CB1 y los CB2. Se diferencian en el modo de transmitir la señal y en su distribución en los diferentes tejidos. La activación de los receptores cannabinoides da lugar a una inhibición de la adenilciclasa, lo que impide la conversión del ATP a AMP cíclico (AMPC).⁽³³⁾

Los receptores cannabinoides CB1 son los GPCR más abundantes y extensamente distribuidos del cerebro. La activación de los receptores CB1 da lugar a los típicos efectos sobre la circulación y la psique conocidos tras el consumo de cannabis, mientras que la de los CB2 no los produce. Los CB1 se encuentran principalmente en las neuronas del cerebro, la médula espinal y el sistema nervioso periférico, aunque también están presentes en ciertos órganos y tejidos periféricos, como glándulas endocrinas, glándulas salivales, leucocitos, bazo, corazón y en determinadas zonas de los aparatos reproductor, urinario y gastrointestinal.⁽³³⁾

Hay muchos receptores CB1 en las terminaciones de los nervios, tanto centrales como periféricos, e inhiben la liberación de otros neurotransmisores. De ésta manera, la activación de los receptores CB1 protege al sistema nervioso contra la sobre-activación o la sobre-inhibición provocada por los neurotransmisores. Los receptores CB1 se hallan en abundancia en las regiones del cerebro como los ganglios basales, cerebelo, hipocampo, corteza cerebral y sustancia gris periacueductal, mientras que su presencia en el tronco cerebral es baja, lo que

puede explicar la falta de adversidades agudas relacionadas con el consumo de cannabis.⁽³³⁾

Desde el descubrimiento del sistema endocannabinoide endógeno, hay cada vez más evidencia de que contribuyen a la fisiopatología de diferentes trastornos mentales como la esquizofrenia, el autismo, la depresión mayor, el TEPT, el trastorno afectivo bipolar (TAB), y el trastorno de ansiedad, y es capaz de mediar síntomas y comportamientos maladaptativos en respuesta a la exposición a sustancias con potencial adictivo.⁽³³⁾

Sistema colinérgico- nicotínico

En este sistema, el neurotransmisor mediador es la acetilcolina y el substrato neurobiológico se sitúa en el núcleo basal de Meynert con proyecciones al córtex y sistema límbico, y en el sistema reticular cuyos axones se extienden hasta el córtex, sistema límbico, hipotálamo y tálamo, esenciales de receptores colinérgicos: muscarínicos y nicotínicos. Los receptores de acetilcolina se han relacionado con la dependencia de la nicotina, pero también parecen contribuir a los efectos de la cocaína y de las anfetaminas.⁽³³⁾

En los trastornos mentales se ha reportado también disminución en la expresión de receptores nicotínicos . En sujetos con TDAH, se demostró la relación entre la alteración de los procesos de refuerzo mediados por dopamina y el aumento de la vulnerabilidad al uso y dependencia al tabaco por hallazgos que sugieren hiperactivación de áreas cerebrales dopaminérgicas.⁽³³⁾

El sistema colinérgico septo-hipocampal se ha relacionado además con el control de la ansiedad y la depresión y a la nicotina se le han atribuido también efectos ansiolíticos al actuar directamente sobre el hipocampo.⁽³³⁾

IV.1.5 Cuadro clínico

Signos y síntomas correspondientes al trastorno bipolar tipo I

Episodio maniaco:

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).⁽³⁴⁾

Episodios Hipomaniacos:

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).⁽³⁴⁾

Episodio de depresión mayor

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 o 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 en el aumento del 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 enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo 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.⁽³⁴⁾

Signos y síntomas correspondientes al trastorno bipolar tipo II

Episodio hipomaníaco.

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).⁽³⁴⁾

Episodio de depresión mayor

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 o 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 del 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 enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la 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 autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo 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.⁽³⁴⁾

V.1.6 Diagnóstico

Trastorno bipolar tipo I

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios 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 anormalmente 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 mencionados en el cuadro clínico, (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual.

C. La alteración del estado de 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 electroconvulsiva) 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.

Nota: Los Criterios A–D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.⁽³⁵⁾

Episodio hipomaniaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente 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 mencionados en el cuadro clínico, (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo.

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).

Nota: Un episodio hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio hipomaniaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaniaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Nota: Los criterios A–F constituyen un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaniacos son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.⁽³⁵⁾

Episodio de depresión mayor

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

Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica

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.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.⁽³⁵⁾

Trastorno bipolar tipo II

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaniaco 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 anormalmente 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.

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).

Nota: Un episodio hipomaníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni indican necesariamente una diátesis bipolar.⁽³⁵⁾

Episodio de depresión mayor.

A. Cinco (o más) de los síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos

uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a una afección médica.

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.

Nota: Los Criterios A–C anteriores constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso descritas en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser incomprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.⁽³⁵⁾

Trastorno bipolar II.

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A–F en “Episodio maníaco” más adelante) al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A–C en “Episodio de depresión mayor” antes citados).

B. Nunca ha habido un episodio maníaco.

C. La aparición del episodio(s) hipomaníaco(s) y de depresión mayor no se explica 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.

D. Los síntomas de depresión o de incertidumbre causados por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.⁽³⁵⁾

Trastorno Bipolar y otros trastornos inducidos por sustancias/ medicamentos

Criterios diagnósticos para trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos:

Una alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, con o sin estado de ánimo deprimido, o disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de:

1. Síntomas 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 ya mencionados.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno bipolar o un trastorno relacionado no inducido por sustancias/medicamentos.

La evidencia de un trastorno bipolar independiente puede 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 intoxicación grave; o existen otras pruebas de la existencia de un trastorno bipolar o un trastorno relacionado 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. ⁽³⁵⁾

IV.1.6.1 Diagnóstico diferencial

Trastornos de la personalidad:

Los trastornos de personalidad son un conjunto de alteraciones psiquiátricas caracterizadas por presentar un patrón o modelo permanente e inflexible de experiencias y comportamientos que se aparta de lo que se considera normal en la cultura de la persona que lo padece, afectando de esta manera la forma de percibir el mundo que lo rodea, las relaciones interpersonales y el control de los impulsos, es una enfermedad multifactorial muy frecuente la cual debe de ser tratada bajo un modelo multidisciplinario.

Los criterios de esta patología según el DSM V son:

A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas.
2. Afectividad.
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

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

Es importante señalar que este tipo de patología se divide en 3 grupos, con criterios diagnósticos diferentes.

Trastorno de la personalidad grupo A:

Trastorno de la personalidad paranoide:

A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienzan 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. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

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

Trastorno de la personalidad esquizoide:

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.

Trastorno de la personalidad esquizotípica:

A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, 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. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
4. Pensamientos y discursos extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, reelaborado o estereotipado).
5. Susplicacia o ideas paranoides.
6. Afecto inapropiado o limitado.
7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.

9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

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.

Trastornos de la personalidad grupo B:

Trastorno de la personalidad antisocial:

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años, 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.

Trastorno de la personalidad límite:

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.

Trastorno de la personalidad histriónica:

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 plena 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.

Trastorno de la personalidad narcisista:

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 comprenderlo 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. Explora 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.

Trastornos de la personalidad grupo C:

Trastorno de la personalidad evasiva:

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.

Trastorno de la personalidad dependiente:

1. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
2. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
3. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
4. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

Trastorno de la personalidad dependiente:

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.
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.

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva:

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.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica.

Otros trastornos de la personalidad:

A. Alteración persistente de la personalidad que constituye un cambio respecto al anterior patrón característico de la personalidad del individuo.

Nota: En los niños, la alteración implica una desviación notable del desarrollo normal o un cambio significativo de los patrones de comportamiento habitual del niño, que dura al menos un año.

B. Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido otro trastorno mental debido a otra afección médica).

D. La alteración no se produce exclusivamente en el curso de un síndrome confusional

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Especificar si:

Tipo lábil: Si la característica predominante es la labilidad afectiva.

Tipo desinhibido: Si la característica predominante es un control insuficiente de los impulsos como se pone de manifiesto por las indiscreciones sexuales, etc.

Tipo agresivo: Si la característica predominante en el comportamiento agresivo.

Tipo apático: Si la característica predominante es la apatía e indiferencia intensa.

Tipo paranoide: Si la característica predominante es la suspicacia o las ideas paranoides.

Otro tipo: Si la presentación no se caracteriza por ninguno de los subtipos anteriores

Tipo combinado: Si en el cuadro clínico predomina más de una característica.

Tipo no especificado. ⁽³⁵⁾

IV.1.7 Factores de riesgo

- Relaciones conflictivas dificultan el proceso rehabilitador. La sobrecarga familiar genera cansancio y desgasta las relaciones.
- Sobreprotección, no permite que la persona asuma su propia responsabilidad.
- Falta de información y formación en salud mental y adicciones.

IV.1.8 Tratamiento

Trastorno bipolar

El tratamiento farmacológico de los trastornos bipolares se divide en una fase aguda y una de mantenimiento. El principal abordaje de la enfermedad ha sido el litio y su mayor potencia con la administración de antidepresivos, antipsicóticos y benzodiacepinas, pero recientemente se han añadido tres anticonvulsivos eutimizantes (carbamazepina, valproato y lamotrigina), así como una serie de antipsicóticos atípicos, la mayoría de los cuales están autorizados para tratar la manía aguda, uno también como monoterapia de la depresión aguda, y tres en el tratamiento preventivo.⁽³³⁾

Hospitalización

La primera decisión (y la más crítica) que debe tomar el profesional es si debe hospitalizarse al paciente o intentarse el tratamiento ambulatorio. Son indicaciones claras de hospitalización el riesgo de suicidio u homicidio, la disminución evidente de la capacidad del paciente para obtener alimento y refugio, y la necesidad de realizar procedimientos diagnósticos. La historia de síntomas rápidamente progresivos y la ruptura del paciente con sus sistemas de apoyo habituales también aconseja la hospitalización.⁽³³⁾

El profesional puede tratar con éxito la depresión o la hipomanía leves en la consulta si puede evaluar al paciente con frecuencia. Los signos clínicos de alteración del juicio, la pérdida de peso o el insomnio deben ser mínimos, y el sistema de apoyo del paciente debe ser efectivo: ni demasiado implicado ni demasiado retirado de él. El más mínimo cambio negativo que se observe en los síntomas o en el comportamiento del paciente, o bien en la actitud de su sistema de apoyo, puede ser suficiente para justificar la hospitalización.⁽³³⁾

Los pacientes con trastornos del estado de ánimo a menudo no están dispuestos a ingresar voluntariamente en el hospital y podrían necesitar un ingreso involuntario. Estos pacientes no pueden tomar decisiones debido a su pensamiento lento, su visión del mundo (Weltanschauung) negativa y su desesperanza. Los pacientes maníacos a menudo carecen completamente de conciencia de su enfermedad, de manera que la hospitalización les parece algo absolutamente absurdo.⁽³³⁾

Tratamiento de la manía aguda

El tratamiento de la manía aguda, o de la hipomanía, normalmente es la fase más sencilla del tratamiento de los trastornos bipolares. Los fármacos pueden usarse solos o en combinación para que el paciente reduzca su estado más agudo. El mejor tratamiento de los pacientes con manía implica su hospitalización, donde es posible utilizar posologías agresivas y alcanzar una respuesta adecuada en un plazo de días o semanas. No obstante, el cumplimiento del tratamiento sigue siendo un problema, porque los pacientes con manía carecen de conciencia sobre su propia enfermedad y se niegan a tomar la medicación. Como su juicio alterado, su impulsividad y su agresividad se combinan para hacer que tanto el paciente como los demás corran peligro, muchos pacientes que se encuentran en la fase maníaca reciben medicación para protegerse a sí mismos y a los demás del daño que pueden causar.⁽³³⁾

Carbonato de litio. Se considera el prototipo de los «eutimizantes», a pesar de lo cual, y debido a que el inicio de su acción anti-maníaca puede ser lento, su uso suele complementarse en las fases más precoces del tratamiento con antipsicóticos atípicos, anticonvulsivos eutimizantes o benzodiazepinas de alta potencia. Los valores terapéuticos de litio se sitúan entre 0,6 y 1,2 mEq/l. El uso de litio en la fase aguda se ha limitado en los últimos años por su eficacia impredecible, sus efectos secundarios problemáticos y la necesidad de analíticas frecuentes.⁽³³⁾

Valproato. El uso del valproato (ácido valproico o divalproato sódico) ha superado al uso del litio en la manía aguda. A diferencia de este último, el valproato está indicado exclusivamente para la manía aguda, si bien la mayoría de los expertos coinciden en señalar que también tiene efectos profilácticos. La dosis habitual del ácido valproico es de 750-2500 mg/día, y alcanza concentraciones sanguíneas de entre 50 y 120 µg/ml. Una carga oral rápida con 15-20 mg/kg de divalproato sódico desde el día 1 de tratamiento se tolera bien y

se asocia con un inicio rápido de la respuesta. Durante el tratamiento con valproato es necesario efectuar algunos controles analíticos.⁽³³⁾

Carbamazepina y oxcarbazepina. La carbamazepina ha sido un fármaco muy utilizado en todo el mundo durante décadas como tratamiento de primera línea de la manía aguda, pero consiguió su aprobación en Estados Unidos en 2004. Las dosis habituales para tratar la manía aguda varían entre 600 y 1800 mg/día, con concentraciones sanguíneas de entre 4 y 12 µg/ml. El compuesto cetoderivado de la carbamazepina, la oxcarbazepina, posee propiedades similares frente a la manía.⁽³³⁾

Clonazepam y lorazepam. Los anticonvulsivos benzodiazepínicos de alta potencia usados en la manía aguda son el clonazepam y el lorazepam. Ambos son eficaces y se utilizan como tratamiento adyuvante de la agitación maníaca aguda, el insomnio, la agresividad y la disforia, así como la angustia. El perfil benigno de seguridad y de efectos secundarios de estos fármacos los convierte en adyuvantes ideales del litio, la carbamazepina o el valproato.⁽³³⁾

Antipsicóticos atípicos y típicos. Todos los antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol) tienen una eficacia demostrada frente a la manía y han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) norteamericana para esta indicación. Comparados con los fármacos más antiguos como el haloperidol y la clorpromazina, los antipsicóticos atípicos son menos fiables para limitar el potencial postsináptico excitador y la discinesia tardía. Si bien muchos no aumentan las concentraciones de prolactina, tienen un amplio intervalo de riesgo, desde sustancial a nulo, para el aumento de peso, con los problemas que conlleva de resistencia a la insulina, diabetes, hiperlipidemia, hipercolesterolemia y deterioro cardiovascular. No obstante, algunos pacientes requieren tratamiento de mantenimiento con medicación antipsicótica.⁽³³⁾

Tratamiento de la depresión bipolar aguda

La utilidad relativa de los antidepresivos estándar en la enfermedad bipolar en general y en los estados con ciclos rápidos y mixtos en particular, sigue siendo controvertida por su propensión a inducir ciclos, manía o hipomanía. En consecuencia, los fármacos antidepresivos se potencian utilizando eutimizantes como tratamiento de primera línea de un primer episodio o un episodio aislado de depresión bipolar. Una combinación fija de olanzapina y fluoxetina es eficaz para tratar la depresión bipolar aguda durante un período de 8 semanas sin inducir

un cambio a manía o hipomanía. Paradójicamente, muchos pacientes que son bipolares en la fase deprimida no responden al tratamiento con los antidepresivos habituales. En esos casos puede ser eficaz la lamotrigina o la ziprasidona en dosis bajas (20-80 mg/día). La TEC también puede ser útil para pacientes con depresión bipolar que no responden al litio u otros eutimizantes y sus adyuvantes, en particular en casos en los que se presenta una tendencia suicida intensa como urgencia médica.⁽³³⁾

Tratamiento de mantenimiento

La prevención de las recurrencias de los episodios del estado de ánimo es el mayor problema al que se enfrentan los profesionales. El régimen elegido no solo debe conseguir su objetivo primario, el mantenimiento de la eutimia, sino que los medicamentos no deberían producir efectos secundarios no deseados que afecten al funcionamiento. La sedación, el deterioro cognitivo, el temblor, el aumento de peso y las erupciones cutáneas son algunos de los efectos secundarios que provocan la retirada del tratamiento.⁽³³⁾

El litio, la carbamazepina y el ácido valproico, solos o en combinación, son los fármacos más utilizados en el tratamiento a largo plazo de los pacientes con trastorno bipolar. La lamotrigina tiene propiedades antidepresivas profilácticas y, posiblemente, eutimizantes. Los pacientes tratados con lamotrigina que tienen un trastorno depresivo bipolar I presentan una tasa de cambio a manía que es la misma que con placebo. La lamotrigina parece tener mejores propiedades antidepresivas agudas y profilácticas que como antimaníaco. Dado que las depresiones intercurrentes representan un problema de difícil solución durante la profilaxis, la lamotrigina tiene un papel terapéutico único. El uso de incrementos muy lentos de la dosis de lamotrigina evita el efecto secundario raro de erupción cutánea letal. La dosis de 200 mg/día parece ser la media en muchos estudios.⁽³³⁾

Durante el tratamiento a largo plazo a menudo se requiere el suplemento con hormonas tiroideas. Muchos pacientes tratados con litio desarrollan hipotiroidismo y muchos con trastorno bipolar muestran disfunción tiroidea idiopática. Debido a su semivida breve, se recomienda administrar triyodotironina (T3) (25-50 µg/día) durante los procedimientos de aumento de dosis en la fase aguda, mientras que se usa tiroxina (T4) fundamentalmente para el tratamiento de mantenimiento a largo plazo. En algunos centros se usan dosis hipermetabólicas de hormonas tiroideas. Los datos indican que se consiguen

mejoras de las fases tanto maníacas como depresivas con los procedimientos de aumento de dosis hipermetabólicas de T4. ⁽³³⁾

IV.1.9 Pronóstico y evolución

Trastorno bipolar I

La evolución natural del trastorno bipolar I es tal, que a menudo resulta útil trazar un gráfico del trastorno del paciente y actualizarlo a medida que el tratamiento progresa. El trastorno bipolar I comienza habitualmente con depresión (75% de las ocasiones en las mujeres, 67% en los varones) y es un trastorno recurrente. La mayoría de los pacientes tienen episodios tanto de depresión como de manía, aunque el 10-20% presentan exclusivamente episodios de manía. Los episodios de manía generalmente son de inicio rápido (horas o días), pero pueden evolucionar a lo largo de algunas semanas. Un episodio de manía no tratado dura unos 3 meses, y no se suspenderá el tratamiento antes de ese plazo. Entre las personas que tienen un episodio maníaco único, el 90% de ellos probablemente tendrán otro episodio. El período de tiempo entre los episodios disminuye a medida que progresa el trastorno. Sin embargo, después de más o menos cinco episodios, el intervalo interepisódico se estabiliza en unos 6-9 meses. Entre las personas con trastorno bipolar, el 5-15% tendrán cuatro episodios o más al año y se pueden clasificar como cicladores rápidos. ⁽³⁴⁾

Los pacientes con trastorno bipolar I tienen peor pronóstico que aquellos con trastorno de depresión mayor. En torno al 40-50% de los pacientes con trastorno bipolar I tienen un segundo episodio de manía en los 2 años siguientes al primero. Aunque la profilaxis con litio mejora la evolución y el pronóstico de este trastorno, probablemente solo el 50-60% de los pacientes consiguen un control significativo de sus síntomas con litio. En un estudio de seguimiento a 4 años de pacientes con trastorno bipolar I se encontró que los factores que contribuyeron al mal pronóstico fueron la mala situación laboral antes del episodio, la dependencia del alcohol, mostrar síntomas psicóticos, depresivos o depresivos interepisódicos y el sexo masculino. La corta duración de los episodios de manía, la edad avanzada en el momento del inicio, pocos pensamientos suicidas y pocos problemas psiquiátricos o médicos coexistentes predicen una mejor evolución. ⁽³⁴⁾

Los síntomas no recurren en el 7% de los pacientes con trastorno bipolar I; el 45% tienen más de un episodio y el 40% tienen un trastorno crónico. Los pacientes pueden tener entre 2 y 30 episodios de manía, aunque la media es de nueve, si bien el 40% de todos los pacientes presentan más de 10 episodios. En el seguimiento a largo plazo, el 15% de todos los pacientes con trastorno bipolar I se encuentran bien, el 45% se encuentran bien pero tienen muchas recidivas, el 30% se encuentran en remisión parcial y el 10% tienen enfermedad crónica. Un tercio de todos los casos con trastorno bipolar I presentan síntomas crónicos e indicios de un deterioro social significativo.⁽³⁴⁾

Trastorno bipolar II

La evolución y el pronóstico del trastorno bipolar II indican que el diagnóstico se mantiene estable, como se demuestra por la elevada probabilidad de que los pacientes con trastorno bipolar II reciban el mismo diagnóstico hasta 5 años más tarde. El trastorno bipolar II es una enfermedad crónica que justifica el uso de estrategias de tratamiento a largo plazo.⁽³⁴⁾

IV.1.10 Prevención

La prevención se basa en evitar cualquier factor de riesgo que pueda conducir a una adicción. Por ejemplo, evitar el consumo de cocaína ayudará a que si el paciente sufre algún trastorno mental no se combine y provoque la patología dual. Seguir el tratamiento que ordena el especialista se trata de otra medida preventiva, al igual que seguir correctamente las actividades terapéuticas y rehabilitadoras. Acertar a la hora de elegir un entorno de trabajo y de vida adecuado es otra de las medidas que pueden favorecer la prevención de la patología dual.

V. Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Femenino Masculino	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la realización del estudio	Años cumplidos	Numérico

Ocupación	Hace referencia a lo que el paciente se dedica, su empleo, actividad o profesión, que le demanda tiempo.	Trabajador independiente Barbero Limpieza Mecánico	Nominal
Procedencia	Es el origen o el principio de donde nace o deriva.	Distrito Nacional SD Norte SD Este SD Oeste Boca Chica Otras provincias	Nominal
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Primaria incompleta Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria incompleta	Nominal
Edad de inicio de consumo de sustancias	Edad al consumir sustancias psicoactivas por primera vez	Años cumplidos	Numérico
Sustancia psicoactiva	Sustancias que cuando son ingeridas o administradas en el sistema de alguien, afecta los procesos mentales como la cognición,	a. Alcohol b. Cafeína c. Tabaco d. Cocaína/Crack e. Marihuana f. Éxtasis g. Heroína	Nominal

	percepción, memoria, atención, lenguaje y pensamiento.	h. Anfetaminas i. Otros	
Frecuencia de consumo de S.P.	Acción y efecto de consumir o gastar, sean productos, bienes o servicios en un tiempo determinado.	Más de una vez al día Una vez al día Interdiario Semanal Quincenal Ocasional	Numérico
Policonsumidor	Consiste en el consumo de más de una droga, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra.	Si No	Nominal
Vía de administración	Es la ruta de entrada por el cual se introduce un fármaco al organismo para producir sus efectos o sitio donde se coloca un compuesto farmacológico, el cual ejercerá una acción local o sistémica	Oral Inhalatoria Intravenosa	Nominal
Tipos de trastorno del estado de ánimo bipolar	Es una enfermedad mental crónica que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo	Tipo 1 Tipo 2	Nominal
Edad de la	Tiempo en el que	Edad en años	Numérico

primera crisis del trastorno del estado de ánimo bipolar	ocurrió el primer cuadro del trastorno bipolar		
Tratamiento	Es el conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Acido Valproico Carbonato de litio Carbamacepina Lorazepam	Nominal
Antecedentes patológicos personales	Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud.	HTA Efecto extrapiramidal por antipsicóticos Meningitis bacteriana Diabetes Mellitus Asma	Nominal

VI. Material y método

Se realizará un estudio de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, de recolección prospectiva de datos, con el propósito de determinar el diagnóstico de patología dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en la unidad de intervención en crisis (UIC) en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022

VI.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, correlacional, transversal con técnica mixta cuantitativa y cualitativa, con recolección prospectiva de los datos a través de la historia clínica y entrevista a los pacientes.

VI.2 Área de estudio

El estudio se realizará en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC) del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello. Ubicado en la av. Nicolás de Ovando, Santo Domingo 10401.



VI.3 Universo

Todos los pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis (UIC) del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello durante el periodo de estudio.

VI.4 Muestra

Todos los pacientes que son ingresados en la unidad de intervención en crisis (UIC) con diagnóstico dual y trastorno del estado de ánimo bipolar en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello.

VI.5 Criterios

VI.5.1 De inclusión

- Pacientes ingresados con diagnóstico de patología dual en la unidad de atención de salud mental.
- Pacientes de ambos sexos.
- Rango de edad de 17 a 60 años.
- Tutores que hayan firmado el consentimiento informado del paciente.

VI.5.2 De exclusión

- Pacientes no ingresados en la unidad de intervención en crisis (UIC) del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello
- Pacientes que estuvieron ingresados en el centro antes de Noviembre del 2021 y con otro diagnóstico
- Pacientes que no tuvieron un diagnóstico definitivo de trastorno del estado de ánimo bipolar y consumo de sustancias psicoactivas.

VI.6 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizará un cuestionario, donde se incluirán las variables de interés del estudio.

El cuestionario consta de 12 preguntas con varias secciones que incluyen: datos sociodemográficos, historia de consumo de sustancia psicoactivas, antecedentes

familiares, antecedentes personales, dinámica familiar y social, adherencia al tratamiento y estadía hospitalaria.

VI.7 Procedimiento

Se someterá el anteproyecto al departamento de investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y al Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello para su revisión y aprobación. Luego de obtener los permisos correspondientes, asistiremos al hospital de 2 a 6 de la tarde de lunes a viernes para identificar los pacientes que estén ingresados en salas de internamientos con el diagnóstico de patología dual y trastorno bipolar. Se le ofrecerán a los padres y/o tutores el consentimiento informado y una vez su afirmación para participar en el estudio procederemos con el formulario de recolección de datos. La recolección de datos será llevada a cabo por las sustentantes.

VI.8 Tabulación

Los datos obtenidos serán tabulados en el programa estadístico Microsoft Excel y posteriormente ingresados en el programa Epi Info versión 7.0.

VI.9 Análisis

Los datos obtenidos serán analizados en frecuencias simples.

VI.10 Aspecto éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como al Comité de Investigación del Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos obtenidos a través de preguntas que conforman un formulario numerado (emergencia y/o sala de internamiento). Todos los informantes identificados durante esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su consentimiento.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento, manejando los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada de otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

VII. Resultados

Tabla 1. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según el sexo.

Género	Pacientes	%
Masculino	43	79.6%
Femenino	11	20.4%
Total	54	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfica no.1 De los 54 pacientes con diagnóstico dual y trastorno del estado de ánimo bipolar el 79.6 por ciento correspondió al sexo masculino y el 20.4 por ciento al sexo femenino.

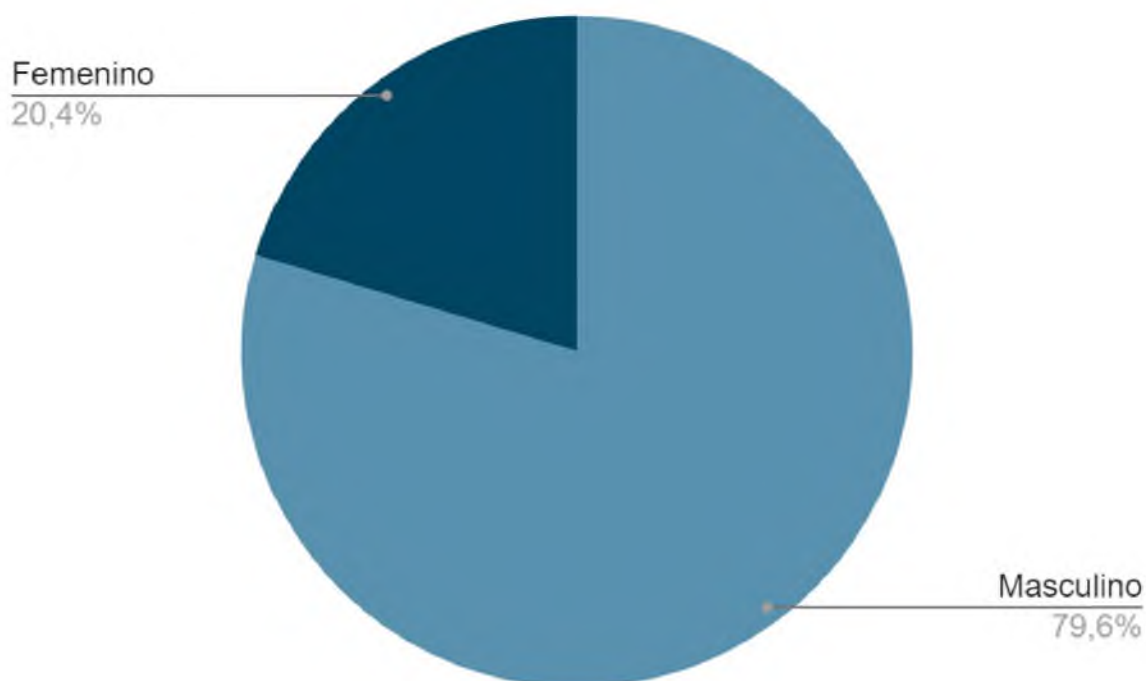


Tabla 2. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según la edad.

Edad	Pacientes	%
18-28	22	40.7%
29-38	20	37%
39-48	9	16.6%
49-58	3	5.5%
Total	54	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfica no.2 Los jóvenes entre las edades de 18 a 28 años representan la población mayor de este estudio con un 40.7 por ciento, las edades de 29 a 38 años con un 37 por ciento, de 39 a 48 años representan un 16.6 por ciento y el otro 5.5 por ciento representa las edades de 49 a 58 años.

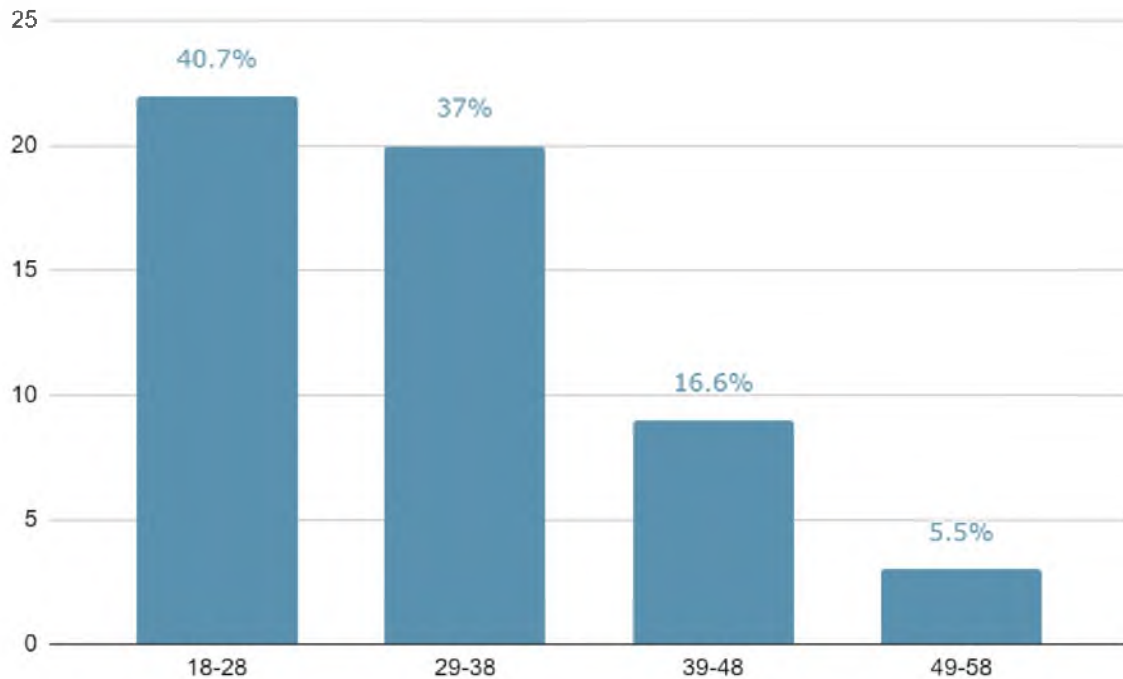


Tabla 3. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según la ocupación.

Ocupación	Pacientes	%
Desempleado	24	44.4%
Vendedor ambulante/chiripero	9	16.7%
Estudiante	6	11.1%
Otras	15	27.8%
Total	54	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.3 Se relaciona con la ocupación de los pacientes indicando que el 44.4 por ciento son desempleados, un 16.7 por ciento corresponde a vendedores ambulantes/chiriperos, el 11.1 por ciento son estudiantes y el 27.8 por ciento corresponde a otras ocupaciones como son (barbero, cocinero, enfermera, herrero y panadero).

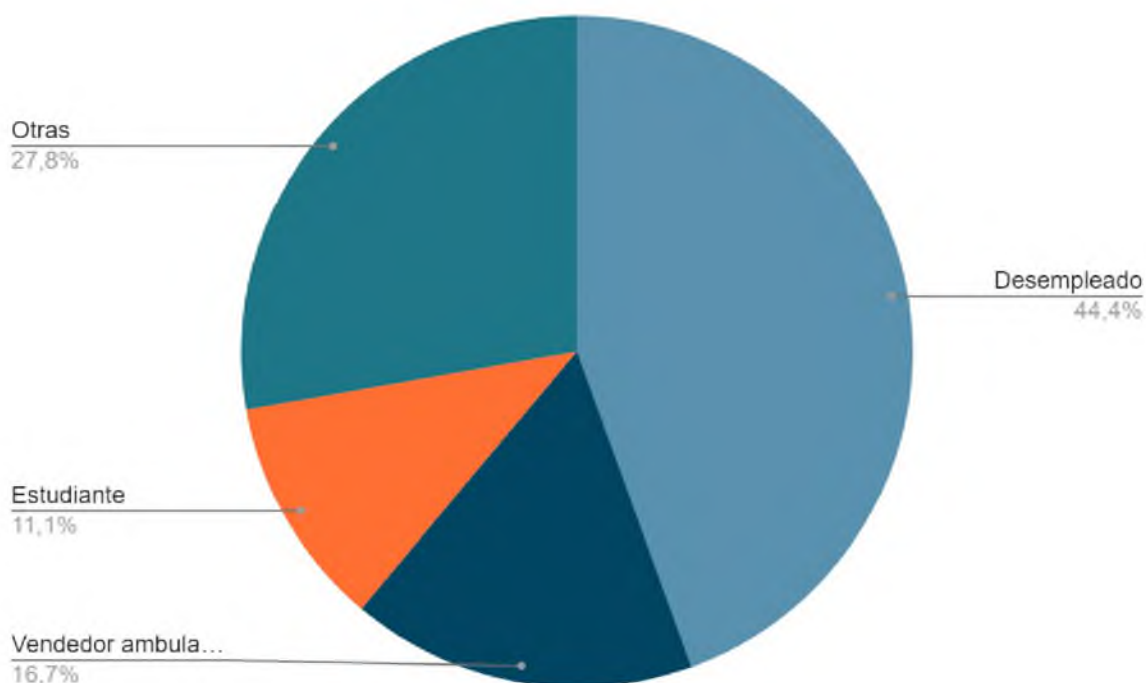


Tabla 4. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según el lugar de procedencia.

Lugar de procedencia	Pacientes	%
SD Norte	16	29.6%
SD Este	9	16.7%
SD Oeste	4	7.4%
DN	14	25.9%
Boca Chica	5	9.3%
Otras Provincias	6	11.1%
Total	54	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.4 Presenta un diagrama que corresponde a los lugares de procedencias de los pacientes, el 29.6 por ciento reside en Santo Domingo Norte (Villa Mella y Los Guaricanos), un 25.9 por ciento en el Distrito Nacional, el 16.7 por ciento en Santo Domingo Este, el 9.3 por ciento al municipio de Boca Chica, el 7.4 por ciento Santo Domingo Oeste y a otras provincias el 11.1%.

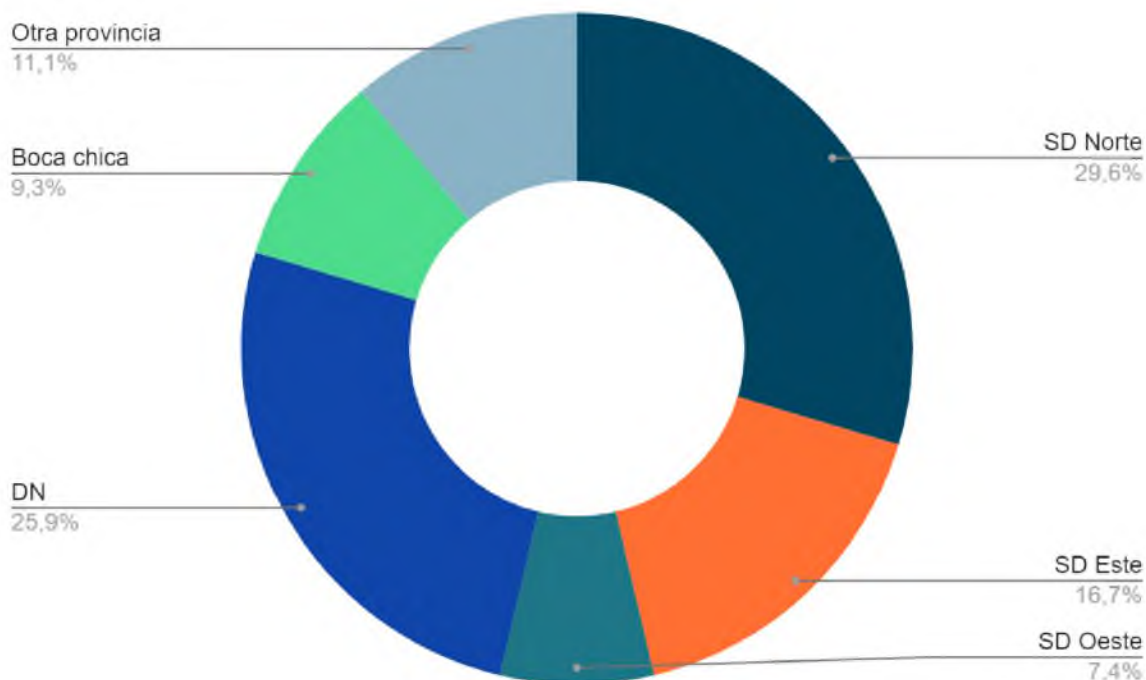


Tabla 5. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según los antecedentes escolares.

Antecedentes escolares	Pacientes	%
Primaria incompleta	8	23.5%
Secundaria incompleta	13	38.2%
Secundaria completa	5	14.7%
Universitario incompleto	8	23.5%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.5 Trata sobre los niveles de escolaridad alcanzado por los pacientes y se distribuyen con un 38.2 por ciento son de secundaria incompleta, el 23.5 por ciento continúa con primaria incompleta y universitario incompleta y el 14.7 por ciento restante son de secundaria incompleta.

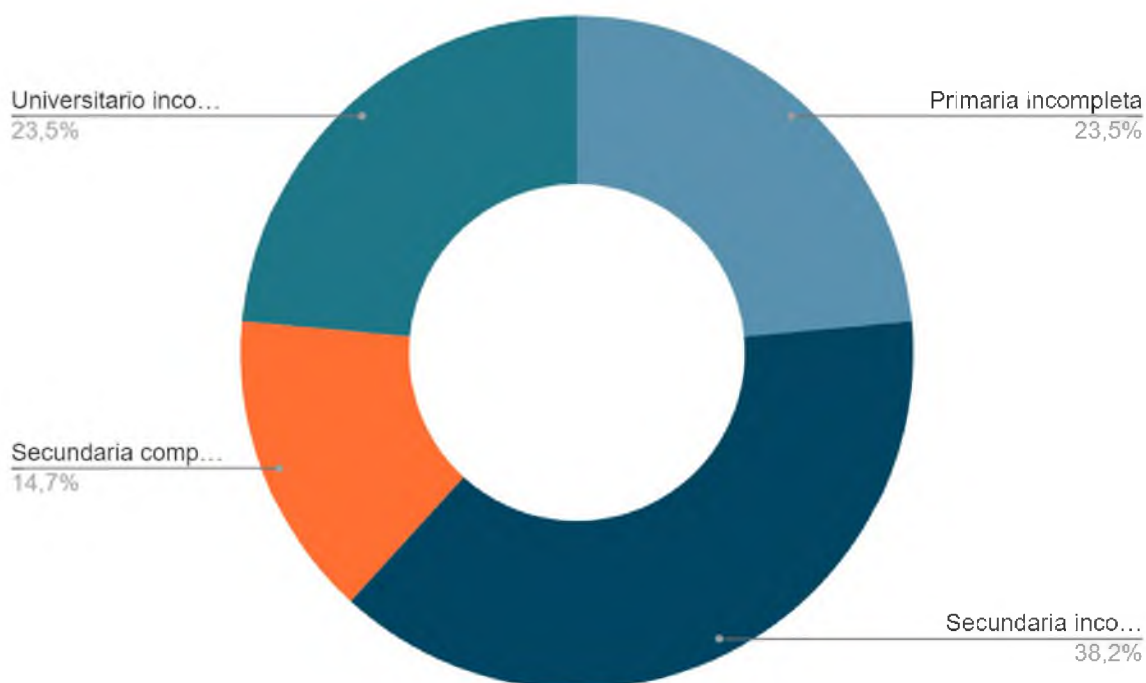


Tabla 6. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según la edad de inicio de consumo de sustancia psicoactivas.

Edad de inicio de consumo de sustancias	Pacientes	%
10-14 años	10	18.5%
15-19 años	16	29.6%
20-24 años	20	37.0%
25-30 años	5	9.2%
Total	54	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.6 Se relaciona a la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas, siendo un 37.0 por ciento los adultos jóvenes entre las edades de 20 a 24 años, el 29.6 por ciento los adolescentes entre 15 a 19 años, un 18.5 por

ciento los años comprendidos entre 10 a 14 años y un 9.2 por ciento de 25 a 30 años.

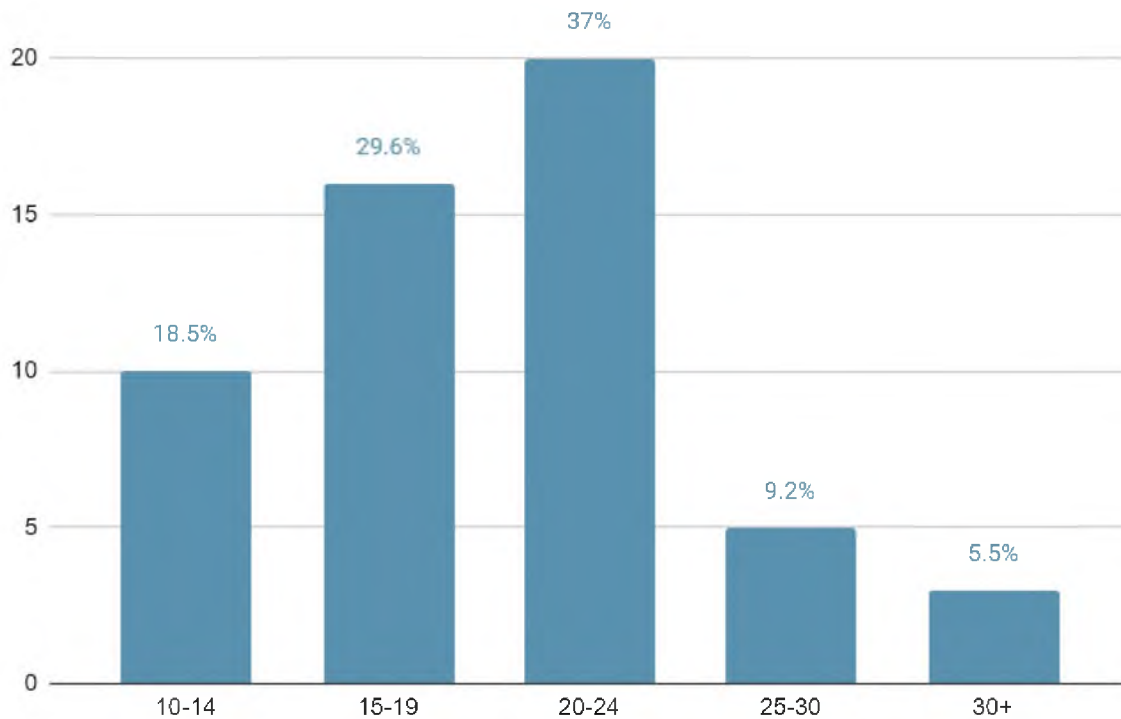


Tabla 7. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según el tipo de sustancia psicoactivas consumidas.

Tipo de sustancia	Pacientes	%
Alcohol	47	87.03%
Marihuana	46	85.18%
Tabaco	44	81.48%
Cafeína	43	79.62%
Cocaína/Crack	33	61.11%
Tisanas	24	44.44%
Benzodiacepinas	21	38.88%
Extasis	19	35.18%
Anfetaminas	1	1.85%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.7 En relación con el tipo de sustancias psicoactivas consumidas con un 87.03 por ciento es el Alcohol la preferida para consumir, seguida la Marihuana con un 85.18 por ciento, el Tabaco con un 82.48 por ciento, un 79.62 por ciento la Cafeína, otro 61.11 por ciento Cocaína/Crack, el 38.88 por ciento corresponde a las Benzodiazepinas, un 35.18 por ciento al Éxtasis y el otro 1.85 por ciento de los pacientes elige las Anfetaminas.

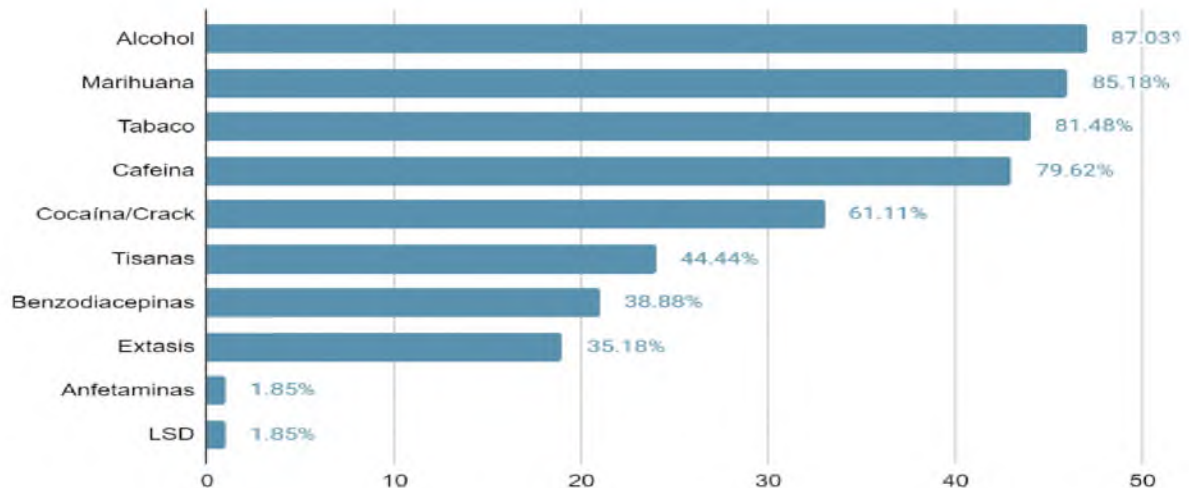


Tabla 8. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Frecuencia de consumo	Pacientes	%
Más de una vez al día	13	24.1%
Una vez al día	20	37.0%
Interdiario	0	0%
Semanal	3	5.6%
Quincenal	0	0%
Ocasional	15	27.8%
Desconocida	3	5.6%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.8 El siguiente diagrama de pastel, presenta la frecuencia de consumo de las sustancias psicoactivas, los resultados de la misma muestran que un 37.0 por ciento de los pacientes que consumen una vez al día, el 27.3 por ciento de

manera ocasional, un 24.1 por ciento más de una vez al día y el 5.6 por ciento corresponde a los consumidores que desconocían su frecuencia de consumo.

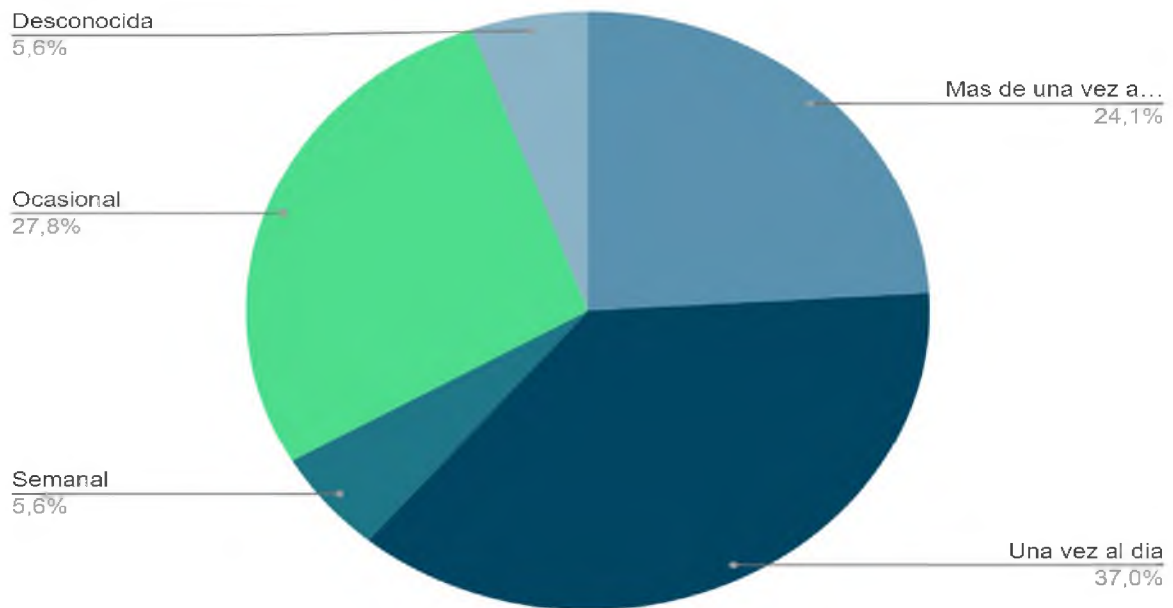


Tabla 9. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según si los pacientes son policonsumidor.

Policonsumidor	Pacientes	%
Si	54	100.0%
No	0	0%
Total	54	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.9 Muestra que el 100 por ciento de los pacientes encuestados son policonsumidores de sustancias.

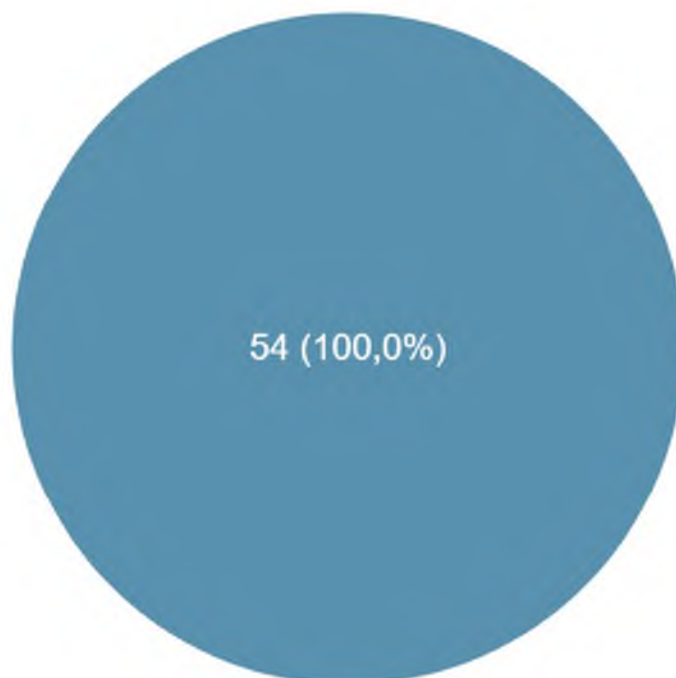


Tabla 10. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según la vía de administración de las sustancias psicoactivas.

Vía de administracion	Pacientes	%
Oral	54	100%
Inhalatoria	39	72.2%
Intravenosa	0	0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.10 Se relaciona a la vía administración de la sustancias psicoactivas donde la vía oral tiene mayor predominio y seguida de la vía inhalatoria.

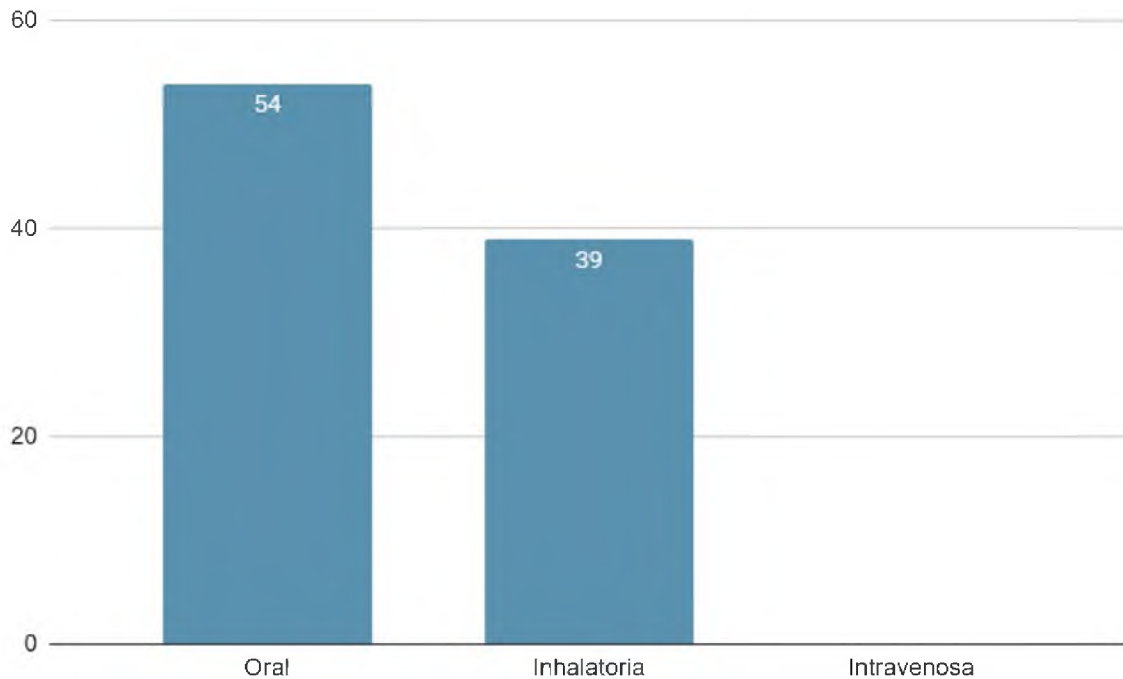


Tabla 11. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según el tipo de trastorno del estado de ánimo bipolar.

Tipo de trastorno del estado de ánimo bipolar	Pacientes	%
Tipo 1	37	68,5%
Tipo 2	17	31,5%
Total	54	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.11 Se registra el tipo de trastorno de estado de ánimo bipolar, notando así que un 68.5 por ciento de los pacientes tenían un TEA bipolar Tipo 1 y el 31.5 por ciento restante corresponden al TEA bipolar Tipo 2

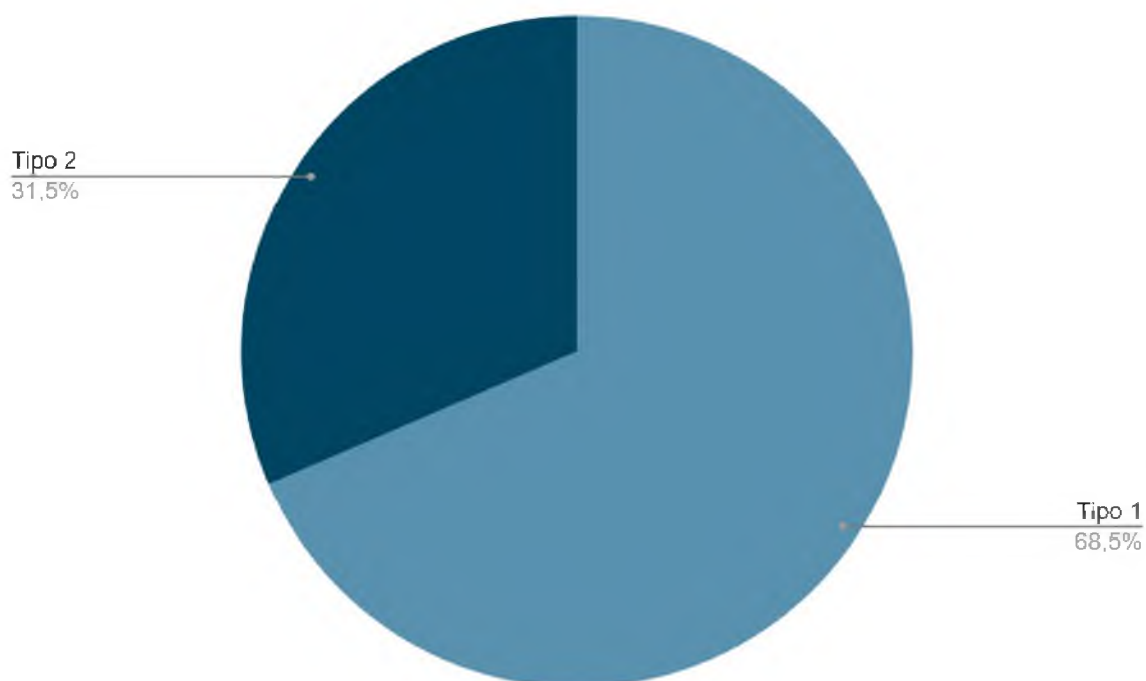


Tabla 12. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según la edad de la primera crisis del trastorno del estado de ánimo bipolar.

Edad de la primera crisis	Pacientes	%
9-18 años	6	14.2%
19-28 años	24	57.1%
29-38 años	9	21.4%
Desconocido	3	7.1%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.12 Representa la edad de la primera crisis del trastorno del estado de ánimo bipolar, los adultos jóvenes en la edades comprendida entre 19 a 28 años representan un 57.1 por ciento, el 21.4 por ciento figuran las edades de 29 a 38

años, el 14.2 por ciento de 9 a 18 años y un 7.1 por ciento desconoce la edad de inicio de la primera crisis.

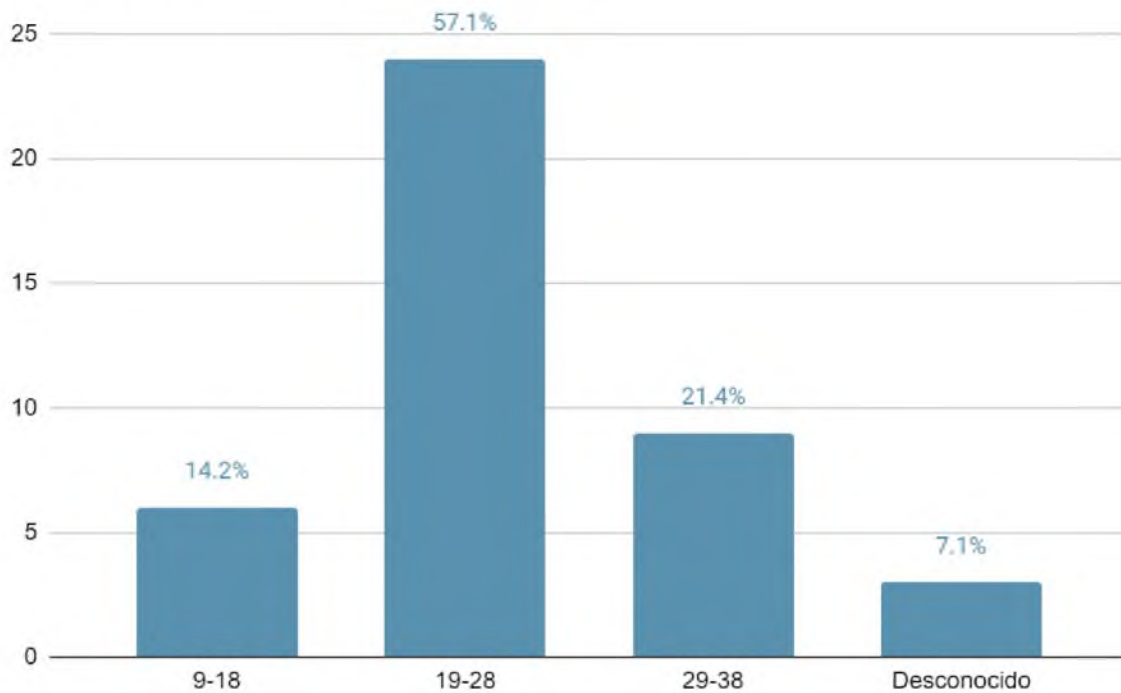


Tabla 13. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según el tratamiento.

Tratamiento	Nombre Genérico	Pacientes	%
Carbonato de litio		0	0%
Valproato	Acido Valproico	28	75.6%
Carbamacepina		1	2.7%
Clonazepam y Lorazepam		2	5.4%
Antipsicóticos Atípicos	Risperidona, Olanzapina, Quetiapina	33	89.1%
Antipsicóticos Típicos	Clorpromazina, Haloperidol, Flufenazina	11	29.7%
Difenhidramina		23	62.1%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.13 Se relaciona con el tratamiento de los pacientes donde se determinó que el 89.1 por ciento de los mismo utiliza Antipsicóticos Atípicos (Risperidona, Olanzapina, Quetiapina,.) un 75.6 por ciento Valproato (Ácido Valproico), el 62.1 por ciento utilizan Difenhidraminas, el 29.7 por ciento Antipsicóticos Típicos (Clorpromazina, Haloperidol, Flufenazina), el 5.4 por ciento utilizan Clonazepam y Lorazepam y el 2.7 por ciento restante Carbamacepina.

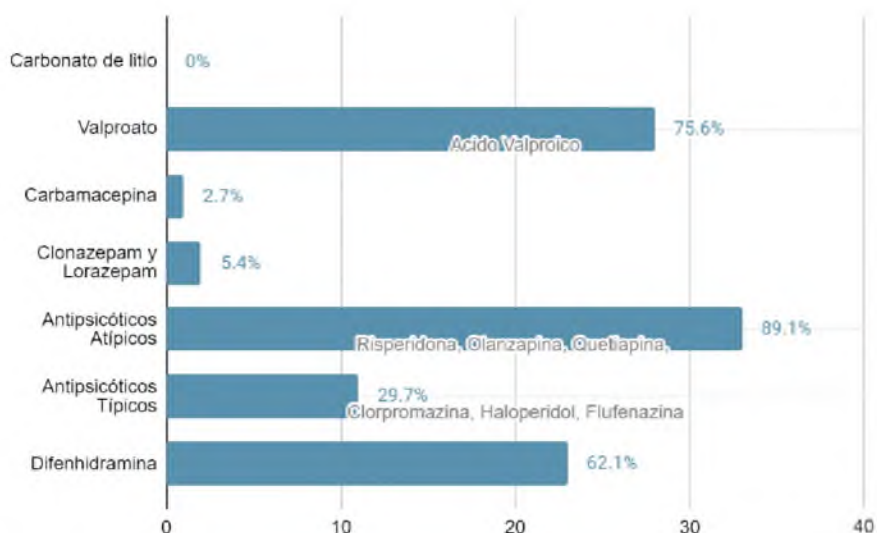


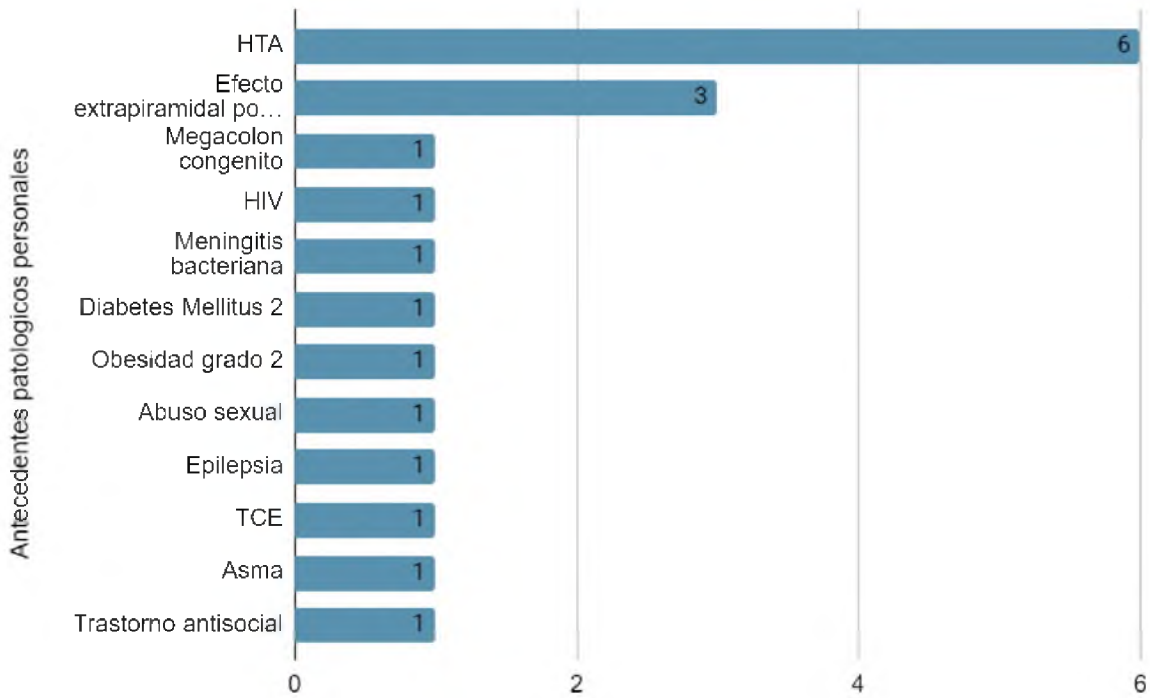
Tabla 14. Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el período Noviembre 2021- Mayo 2022, según los antecedentes patológicos personales.

Antecedentes patológicos personales	Pacientes	%
HTA	3	10.8%
Efecto Extrapiramidal Por Antipsicóticos	1	5.4%
Megacolon Congénito	1	2.7%
HIV	1	2.7%
Meningitis Bacteriana	1	2.7%
Diabetes Mellitus Tipo 2	1	2.7%
Obesidad Grado 2	1	2.7%
Epilepsia Por TCE	1	2.7%
Asma	1	2.7%

Trastorno De La personalidad	1	2.7%
------------------------------	---	------

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico no.14 Se relaciona con los antecedentes patológicos personales donde se determinó que el 10.8 por ciento padece de hipertensión arterial (HTA), un 5.4% por ciento de los paciente presentan efecto extrapiramidal por antipsicótico y con un 2.7 por ciento presentan megacolon congénito, HIV, meningitis bacteriana, diabetes mellitus tipo 2, obesidad Grado 2, Epilepsia por TCE, Asma, Trastorno de la Personalidad.



VIII. Discusión

La presente investigación identificó los factores asociados a trastorno del estado de ánimo bipolar inducido por consumo de sustancias psicoactivas, analizándolo desde un enfoque biopsicosocial que incluyen los factores personales, familiares y ambientales. Existiendo así múltiples factores asociados a dichos trastornos, y en este estudio se logró identificar que los factores sociodemográficos y familiares influyen en gran manera en el desarrollo de estos trastornos.

Una investigación realizada en España por Zamora-Rodríguez en el año 2018 establece una relación entre el consumo de sustancias y el trastorno bipolar (TB), donde fue más frecuente en hombres (79.7% vs. 34.2%), en menores de 65 años (58.4% vs. 16.7%) y en el trastorno bipolar (TB) tipo I respecto al II (55% vs. 35%). Los pacientes consumidores de sustancias presentaban una edad de inicio de la enfermedad más precoz así como más dificultades diagnósticas. Respecto al tratamiento, recibían más estabilizadores del estado de ánimo y más antipsicóticos, así como dosis más elevadas de la mayoría de ellos. ⁽¹⁰⁾

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio son similares donde se refleja una mayor proporción de pacientes que son adultos jóvenes (40%), del sexo masculino (79%) de los casos evaluados. En consecuencia, se ha dicho que la condición de ser hombre y la juventud representan factores de riesgos significativos que influyen altamente en la prevalencia de las enfermedades psicóticas inducidas por el consumo de sustancias psicoactivas.

En relación con el lugar de residencia el porcentaje mayor de los pacientes residen en Santo Domingo Norte, más específicamente en Villa Mella y Los Guaricanos. Donde existe una mayor prevalencia de ventas de drogas y violencia.⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾ Esto indica que los lugares donde hay una mayor vulnerabilidad asociada a las ventas de drogas y violencia, presentarán un mayor porcentaje de personas con trastornos psicóticos.

Las comorbilidades asociadas al consumo de sustancias se relacionan según el tipo de sustancias consumidas. Un estudio realizado en Estados Unidos García, C. G. en el año 2020 reveló que las personas con trastorno bipolar que padecen hipertensión alcanzan niveles más altos de manía, es decir, presentan un nivel de trastorno psiquiátrico más severo. Según los investigadores, el origen de esta relación podría deberse a que ambas patologías se ven incrementadas por el estrés, que ocasiona la segregación de norepinefrina, una hormona que afecta a la reacción del cerebro ante situaciones de tensión.⁽³⁶⁾ Nuestros resultados apuntan en esa dirección ya que el consumo de alcohol, tabaco y marihuana son las sustancias psicoactivas más consumidas y se asocian a patologías cardíacas en este caso la hipertensión arterial que correspondió aproximadamente a un 30 por ciento. Existiendo así otras comorbilidades como son: efecto piramidal por antipsicóticos, asma, epilepsia por Trauma Craneoencefálico, obesidad grado 2, Diabetes Mellitus tipo 2 y HIV.

En el año 2017 un estudio realizado en España, por Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Besurte, I., & Rentero, D., fueron evaluados 174 pacientes que tenían un diagnóstico a lo largo de la vida de trastorno bipolar, la mayoría de ellos tenían algún diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (TUS), en donde las drogas más asociadas con el trastorno bipolar serían la dependencia de alcohol, cocaína y cannabis. Además en el caso del alcohol, se observa que los pacientes con TB se inician en el consumo de alcohol a una edad más precoz lo que podría sugerir un papel causal para el consumo de alcohol. Tanto el consumo de alcohol como de cocaína se han considerado sustancias que pueden inducir estados afectivos patológicos, pero también son sustancias que pueden ayudar a regular a corto plazo estados emocionales negativos aunque a largo plazo producen un efecto más perjudicial, e igualmente son sustancias cuyo consumo se incrementa durante las fases maníacas por el estado de exaltación y desinhibición presente en esos episodios.⁽⁹⁾ El consumo de sustancias psicoactivas de por sí representa un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psicóticos, donde diversos artículos señalan que la marihuana constituye la sustancia psicoactiva ilegal más consumida a nivel mundial. Mientras que el alcohol y el tabaco representan las sustancias legales más consumidas.⁽⁴²⁾ En nuestro estudio se evidenció que las sustancias psicoactivas más utilizadas es el alcohol con un 87 por ciento, seguida la Marihuana con un 85 por ciento y el Tabaco con un 82 por ciento, donde observamos una relación de la psicosis a la adicción, por lo que junto a estos datos

sugiere que puede haber cierta especificidad entre distintas sustancias y distintos diagnósticos de trastornos mentales. Es importante señalar que en este estudio muchos de los pacientes iniciaron con un consumo de distintos tipos de drogas (alcohol, marihuana y tabaco).

Un artículo publicado por Víctor Villanueva en el 2017, relaciona el consumo de drogas con la deserción escolar, informando que el consumo de sustancias como el cigarrillo durante la adolescencia afecta la memoria de trabajo y la atención. Por otra parte, el consumo de alcohol y de otras drogas durante la adolescencia pueden alterar funciones psicológicas, emocionales, cognitivas y de seguimiento de normas.⁽³⁷⁾ Apoyado en este estudio el 38 por ciento los pacientes estudiados abandonaron sus estudios secundarios y un 23 por ciento no concluyeron la primaria, evidenciando así el abandono por falta de apoyo familiar o influencia social.

Tanto la drogadicción como los trastornos psicóticos deben ser considerados como enfermedades mentales y deben recibir un tratamiento multidisciplinario. Según el libro “Principios de Tratamientos para la Drogadicción” establece que el tratamiento debe abarcar las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas, sino cualquier alteración en el ámbito médico, psicosocial, vocacional y legal que pueda garantizar su rehabilitación en el entorno familiar, social y laboral. El presente estudio concluyó que los pacientes registrados fueron tratados con antipsicóticos, evidenciando así efectos extrapiramidales en la mayoría de ellos. Se considera que los antipsicóticos actúan interfiriendo la transmisión dopaminérgica cerebral, al bloquear los receptores dopaminérgicos D2, lo que explica los efectos extrapiramidales y también la hiperprolactinemia. Estos pueden modificar, asimismo, los receptores colinérgicos, α -adrenérgicos, histaminérgicos y serotoninérgicos.⁽³⁸⁾

Todas las sustancias ya sean legales (alcohol, tabaco, café) o ilegales (cannabis, cocaína, alucinógenos) tienen la capacidad de modificar el estado de conciencia, la conducta, las emociones y los pensamientos y crear conductas de dependencia o abuso. Los estudios disponibles indican que hasta un 60% de pacientes bipolares abusa o depende de alguna droga, sobre todo del alcohol. Este abuso empeora evidentemente, el curso de la enfermedad y su pronóstico. Un paciente que consume tóxicos experimentará más episodios y hospitalizaciones de los que habría tenido de no consumirlos.⁽³⁹⁾

La hipótesis asociativa de este estudio se confirma, ya que la mayor la población estudiada tenía alteraciones comunes que fueron representados con mayor porcentaje como lo son: edad temprana de consumo de sustancia, deserción escolar, disfunción familiar, mayor número de hospitalizaciones y más de 2 combinaciones de sustancias, consumo de marihuana y alcohol en sus combinaciones.

IX. Conclusiones

Luego de finalizada la investigación de nuestros 54 pacientes que representan el 100 por ciento, concluimos:

1. Un 79.6 por ciento correspondió al sexo masculino, mientras que un 20.4 por ciento para el sexo femenino.
2. El rango de edad de mayor frecuencia fue de 18 a 28 años para ambos grupos.
3. El 44.4 por ciento de la muestra total está actualmente desempleados.
4. El mayor porcentaje en cuanto a escolaridad corresponde a secundaria incompleta con un 38.2 por ciento.
5. La edad más frecuente de inicio de consumo de sustancias psicoactivas corresponde a 20-24 años.
6. Los porcentajes más altos de consumo de sustancias pertenecen al alcohol con un 87.03 por ciento, seguido de marihuana con un 85.18 por ciento y tabaco con un 81.4 por ciento.
7. El mayor porcentaje de frecuencia de consumo corresponde a una vez al día.
8. El 100 por ciento de los pacientes estudiados son policonsumidores.
9. El 68.5 por ciento están diagnosticados con trastorno bipolar tipo 1 y 31.5 por ciento tipo 2.
10. La combinación más usada para tratamiento fue: Ácido valproico, Difenhidramina y un antipsicótico atípico como Risperidona, Olanzapina o Quetiapina.

X. Recomendaciones

Recomendamos a futuras investigaciones dirigirse a medidas preventivas y consentimiento de los jóvenes sobre el consumo de sustancias como puerta de inicio a trastornos psicóticos.

Tomar en consideración un enfoque interdisciplinario en cada paciente con este diagnóstico, es decir el trabajo coordinado con el equipo médico/psiquiátrico, psicológico y grupos de apoyo para las adicciones y así valorar los posibles cambios en el comportamiento y efectos secundarios que influyen en el tratamiento y recuperación del paciente.

Desarrollar un plan de intervención individualizado en el que el paciente sea el protagonista de su intervención, acompañado de sus familiares fomentando así su colaboración y apoyo, que es fundamental para la recuperación.

Realizar una correcta anamnesis, para no desaprovechar ningún detalle que pudiera ayudar en el correcto diagnóstico, manejo y tratamiento del paciente.

XI. Referencias bibliográficas

1. Marín-Navarrete, R. and Szerman, N. Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual.2016. **Salud Ment vol.38 no.6 México nov./dic. 2015** <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.060>
2. Vidal Millares, M., Lamas Naveira, R. A., Armas Barbazán, C., & García Mahía, M. C. (2016). Patología Dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *SISO SAÚDE Nº 58–59 invierno 2016 Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental-AEN*, 58-59. <http://www.agsm-aen.org/siso.php?id=10#246>
3. Sonepsyn.cl. DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales, 2014. AÑO 68, VOL 52, SUPLEMENTO Nº 1, MARZO 2014
4. Goikolea, J. M., & Vieta, E. (2016). Trastorno Bipolar y Patología Dual. *Protocolos de Intervención Patología Dual*. Published. <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/6-pdual-trans-bipolar.pdf>
5. Szerman, N. Patología dual y psicosis. [Online] Sociedad Española de Patología Dual, 2012.
6. Torrens, M., Master-Pintó, J.-I., Montanari, L., Vicente, J., Domingo-Salvany, A. (2017). Patología Dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29(1), 3–5. <https://doi.org/10.20882/adicciones.933>
7. Matsumoto T, Tachimori H, Takano A, Tanibuchi Y, Funada D, Wada K. Recent changes in the clinical features of patients with new psychoactive-substances-related disorders in Japan: Comparison of the Nationwide Mental Hospital Surveys on Drug-related Psychiatric Disorders undertaken in 2012 and 2014. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016; 70 (12):560-566.
8. Ordóñez, J. Prevalencia de patología dual y factores de riesgo en pacientes con trastornos por consumo de sustancia cuenca, abril – diciembre 2016. Doctoradp. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Maestría en Investigación de la Salud.2017.

9. Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Besurte, I., & Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, 29(3), 186–194. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289151752006>
10. Zamora-Rodríguez, F., Sánchez-Waisen-Hernández, M., Guisado-Macías, J., & Vaz-Leal, F. (2018). Uso de sustancias y curso del trastorno bipolar en una muestra de pacientes hospitalizados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(5), 183–191. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6595819>
11. Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R., & Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: Una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174–182. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.005>
12. Castellanos, Y., Ricardo, J., & Lugo, A. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos a través del MINI en pacientes consumidores de Drogas Ilícitas y/o Alcohol. *ANALES de medicina PUCMM*, 2015; volumen (5) Número 1.
13. Mones L, Alcántara L. Incidencia de psicosis en pacientes con historial de uso de sustancias que asisten a psichiaric and psychotherapy associates entre abril 2014 y abril 2016.
14. Ramírez, J. (2016, 29 octubre). Consumo de drogas se eleva RD en mil por ciento en 20 años. Periódico El Hoy. <https://hoy.com.do/consumo-drogas-se-eleva-rd-en-mil-por-ciento-en-20-anos/>
15. Sánchez-Morate Tristante, M., Miñarro-López, J., Montoya-Castilla, I., and Pérez-Marín, M. Trastorno mental y tipo de sustancia consumida: estudio piloto sobre la utilización de la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD). *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(2), pp.12-20,2017.

- 16.2020. *Apuntes sobre patología dual, Propuestas de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA*. [online] Available at: <<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>> [Accessed 28 October 2021].
17. Informe del Uso de Drogas en las Américas 2011 (Washington, D.C.: OEA/CICAD Observatorio Interamericano de Drogas, 2011): http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/DrugUse_in_Americas_2011_en.pdf
18. Vidal, M., Lamas, R. A., Armas, C., de Usabel, P., & Garcia, M. C. (2016). AGSM - AEN. <http://www.agsm-aen.org/isis.php?id=10#246>. <http://www.agsm-aen.org/isis.php?id=10#246>
19. López-Muñoz F., González E., Serrano M.D., Antequera R., Alamo C. Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I). *Cuad. med. Forense*, 2011, 17(1): 21-33.
20. Rojas, C. Los escritos de Freud sobre la cocaína (1884-1887): sujeto, objeto y contexto. *Revista de psicología (Santiago)*.2018
21. Szerman, N. (2019). Protocolos de intervención patología dual. [Online] *Patología Dual.es*. Available at: <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/0-intro-pdual-dr-szerman.pdf>
22. Espinosa Soto K, Hernández Carrillo M, Cassiani C, Cubides Munevar Á, Martínez Cardona M. Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2016; 45(1):2-7.
23. González Méndez, Gemma (2020). Patología dual. Definición, historia y recursos. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 81-96
24. Rojas Bernal, Luz Angela; Castaño Pérez, Guillermo Alonso *NEUROBIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA DUAL* Salud y drogas, vol. 17, núm. 2, 2017, pp. 101-114 Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, Españ

25. Bello, L. A. (2016). EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES ETIOLÓGICOS Y MODELOS ASISTENCIALES EN PATOLOGÍA DUAL. EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES ETIOLÓGICOS Y MODELOS ASISTENCIALES EN PATOLOGÍA DUAL, Dpto. Medicina Clínica Área de Psiquiatría (universitas Miguel Angel).
<http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2016/02/PMD-Patolog%C3%ADa-Dual-Epidemiolog%C3%ADa-factores-etiol%C3%B3gicos-y-modelos-asistenciales.pdf>
26. [Odc.gov.co](http://www.odc.gov.co). Sustancias psicoactivas. 2019 disponible en:
<http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>.
27. Mitchell, C. OPS/OMS | Buscan mejorar la respuesta al problema de las drogas desde una perspectiva de salud pública. [Online] Pan American Health Organization / World Health Organization. 2019 Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14113:paho-oas-renew-agreement-to-cooperate-on-a-public-health-response-to-the-drug-problem-in-the-americas&Itemid=135&lang=es
28. Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. Eds. Goodman & Gilman: Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica, McGraw-Hill; 13e NY
29. O'Brien, C. Trastornos del uso de drogas y adicción | Goodman & Gilman: Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica, 13e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical. [Online]
[Accessmedicina.mhmedical.com](https://www.accessmedicina.com), 2019.
30. Martínez, A. I., Vieta, E., Hidalgo, D., & Comes, M. (2018, 20 marzo). ¿Qué es el Trastorno Bipolar? Clínic Barcelona.
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-bipolar/definicion>
31. Veleiro Tenreiro, M. J. (s. f.). Trastorno del estado de ánimo. Iaria. Recuperado 15 de agosto de 2021, de

<https://www.laria.com/docs/sections/saludMental/trastornosEstadoAnimo/TrastornosEstadoAnimo.pdf>

32. ROCKVILLE, M.D. (2006) National Survey on Drug Use and Health: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <http://www.agsm-aen.org/siso.php?id=10#246>
33. Rojas Bernal, Luz Angela; Castaño Pérez, Guillermo Alonso. NEUROBIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA DUAL. Salud y drogas, vol. 17, núm. 2, 2017, pp. 101-114. Instituto de Investigación de Drogodependencias. Alicante, España
34. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2015). Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría (Decimoprimer ed., Vol. 10). Wolters Kluwer.
35. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a. ed)
36. Garcia, C. G. (2017). *Prevalencia y estudio casos-contróles: factores de riesgo cardiovascular y trastorno mental grave en atención primaria*. Dialnet. Recuperado 19 de mayo de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=154936>
37. Villanueva V. Bajo rendimiento académico y consumo de drogas en la adolescencia | VIU. Universidadviu.com. 2017.
38. Morillas Fernández, M. L., Simao Aiex, L., & Pineda Tenor, D. (2018). Fármacos antipsicóticos. *Medicina Familiar Andal*, 9(1), 48–52. https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v19n1_09_reparaFarmacos.pdf
39. S. (2018, 6 enero). *¿Es la marihuana buena o mala para el paciente bipolar?* sochitab. <https://www.sochitab.cl/post/es-la-marihuana-buena-o-mala-para-el-paciente-bipolar>
40. Bastardo D., Carmen Genao M., Manual para la prevención del uso indebido de Drogas en la Comunidad., Hogar Crea dominicano, 2001, 21-23

41. Bastardo D., Carmen Genao M., Manual para la prevención del uso indebido de
42. Barreto Bedoya P, Perez Prada M, Roa Robayo G, López A, Rubiano Díaz G. Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá. 2015;2(1):31

XI. Anexos

XII. Cronograma

Actividades	Tiempo
--------------------	---------------

Selección del tema	2021	Marzo
Búsqueda de referencias		Abril- Junio
Elaboración del anteproyecto		Julio-Agosto
Sometimiento y aprobación		Octubre- Noviembre
Ejecución de la recolección de datos	2022	Noviembre 2021- Mayo 2022
Tabulación y análisis de la información		Mayo
Redacción del informe		Mayo
Revisión del informe		Junio
Encuadernación		Julio
Presentación		Julio

XIII. Consentimiento informado

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Escuela de Medicina

**Diagnóstico dual en pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar
ingresados en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello en el
período Noviembre 2021- Mayo 2022**

Propósito: Usted ha sido invitado/a a participar en esta investigación que tiene el fin de identificar la patología dual en pacientes con trastorno del estado de ánimo bipolar, en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello.

Procedimiento. Si usted acepta participar será parte de un estudio para recolectar información sobre la patología dual en pacientes con trastorno bipolar. Toda información recolectada se mantendrá de manera confidencial y los resultados serán expuestos en su posteridad.

Alternativas. Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede elegir o no ser partícipe del estudio al rechazar que se le realice el cuestionario.

Confidencialidad. La identidad del participante se mantendrá en completa privacidad, ya que las informaciones recolectadas serán reemplazadas por un número de identificación. Tales datos serán procesados de manera confidencial por los responsables del estudio con el fin de que los mismos puedan ser publicados.

Costo. Este estudio no tiene ningún costo para usted. Tampoco se ofrecerá algún bono o beneficio material.

Este estudio está llevado a cabo por Marla Pelletier (correo electrónico: marlapelle28@gmail.com) y Nicole Mendoza (correo electrónico: nicole.2497.nm@gmail.com). Ante cualquier inconveniente o pregunta que usted necesite que se le responda puede también dirigirse a la Dra. Anya Alcantara (correo electrónico: aa9820@unphu.edu.do).

Acepto estar de acuerdo con participar en este estudio y que sus datos sean
publicados en su posteridad.

Fecha _____ Firma _____

XIV. Instrumento de recolección de datos

República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de ciencias de la salud

Escuela de medicina

Encuesta para los pacientes admitidos en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello con trastornos del estado de ánimo bipolar por consumo de sustancias psicoactivas.

Formulario No.

Fecha:

1. Datos Sociodemográficos:

- a) **Género**
- b) **Edad**
- c) **Ocupación**
- d) **Lugar de procedencia**

2. Escolaridad:

3. Historia de consumo de sustancias

a) **Tipo de S. P. consumida al inicio:**

- I. Alcohol**
- II. Cocaína/ Crack**
- III. Tabaco**
- IV. Marihuana**
- V. Éxtasis**
- VI. Heroína**
- VII. Anfetaminas**

b) **Combinaciones de S. P. más frecuentes:**

- I. Alcohol**
- II. Cocaína/ Crack**
- III. Tabaco**
- IV. Marihuana**
- V. Éxtasis**
- VI. Heroína**
- VII. Anfetaminas**

4. Es policonsumidor:

- a) si**
- b) no**

5. Tipo de estado de ánimo bipolar:

- a) Tipo 1**
- b) Tipo 2**

6. Número de hospitalizaciones:

7. Frecuencia de consumo:

- a) Más de una vez al día**
- b) Una vez al día**
- c) Interdiario**
- d) Semanal**
- e) Quincenal**
- f) Ocasional**
- g) Desconocido**

8. Vía de administración de las S.P.

- a) Oral**
- b) Intravenosa**
- c) Inhalatoria**

9. Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas:

10. Edad al tener la primera crisis de patología dual:

11. Combinación de tratamiento más frecuente:

- a) Carbonato de litio
- b) Valproato
- c) Carbamazepina
- d) Clonazepam y lorazepam
- e) Antipsicóticos atípicos/ típicos

12. Historia de salud pasada/Antecedentes personales:

XV. Costos y recursos

1. Humanos
2 sustentantes 2 asesores (Metodológico y clínico) Personal médico calificado Personas que participaron en el estudio

2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	3 resma	80.00	240.00
Papel Mistique	3 resma	180.00	540.00
Bolígrafo	2 unidades	15.00	30.00
Computador Hardware: Intel core i5 4GB RAM 1TB H.D			
Impresora HP Ink Tank wireless 415			
Scanner: HP 415			
Software: Microsoft Windows 11 Microsoft Office 13 Google Documents online			
Presentación: Sony SVGA VPL- SC2 Digital data projector	2 unidades	300.00	600.00
Calculadoras			
3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
4. Económicos			
Papelería (copias)	600 copias	2.00	1200.00
Encuadernación	6 informes	500.00	3000.00
Alimentación			1200.00
Transporte			5000.00
Inscripción del anteproyecto			
Inscripción de la tesis	2 unidades	16500.00	33000.00
Imprevistos			3000.00
Total			\$47,810.00

XVI. Evaluación

Sustentantes

Nicole Alejandra Mendoza Matos

Marla Michelle Pelletier Navarro

Asesores:

Dra. Edelmira Espaillat

(Metodológico)

Dra. Anya Alcantara

(Clínico)

Jurados:

Autoridades:

Dra. Claudia Scharf

(Directora de Escuela de Medicina)

Dr. William Duke

(Decano Facultad Ciencias de la Salud)

Fecha: _____

Calificación: _____