

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DUAL EN LA UNIDAD FUNCIONAL DEL
HOSPITAL SANTA CLARA DE BOGOTA, COLOMBIA

MONICA ALEJANDRA BOTERO GRAJALES

CLARA FRANCO RAMIREZ

SANDRA LOSSA RODRIGUEZ

LAURA ANDREA TORREZ ORTIZ

UNIVERSIDAD LUIS AMIGO

ESPECIALIZACION EN ADICCIONES

UNIVERSIDAD LUIS AMIGO
ESPECIALIZACION EN ADICCIONES

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DUAL EN LA UNIDAD FUNCIONAL DEL
HOSPITAL SANTA CLARA DE BOGOTA, COLOMBIA

PROYECTO DE GRADO

TUTORA: OLENA KLIMENKO

MONICA ALEJANDRA BOTERO GRAJALES

CLARA FRANCO RAMIREZ

SANDRA LOSSA RODRIGUEZ

LAURA ANDREA TORREZ ORTIZ

UNIVERSIDAD LUIS AMIGO

BOGOTA –COLOMBIA

2016

Contenido

Problema de Investigación	5
Objetivos	7
General	7
Específicos.....	7
Antecedentes	8
Justificación.....	11
Marco Teórico	13
2. Epidemiología.....	13
3. Diagnóstico.....	14
4. Neurobiología de la patología dual	15
5. Principales trastornos mentales presentes en la patología dual.....	16
Metodología.....	22
Diseño:.....	22
Muestra:	22
Materiales y Métodos:	23
Recolección de Datos.....	24
Acceso a la muestra.....	24
Aplicación de instrumento	24
Dificultades y limitaciones	24
Resultados	26
Características de la muestra.....	26
Discusión.....	30
Bibliografía	32

Anexos	36
Anexo 1:.....	36
Anexo 2.....	37
Anexo 3.....	38
Anexo 4.....	39
Anexo 5.....	40
Anexo 6.....	43
Anexo 7.....	49

Problema de Investigación

Según la real academia de la lengua española, una adicción es la “Dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico” (Real Academia Española, 2016). Desde el principio de los tiempos, es de conocimiento dentro del área de la salud de la existencia de las adicciones y de cómo con el pasar del tiempo ha ido creciendo la prevalencia a pasos agigantados.

En una encuesta de salud mental realizada en Colombia en el año 2015, podemos evidenciar como con el pasar de los años en el país ha habido un incremento significativo de la prevalencia del consumo de sustancias, principalmente de alcohol y cigarrillo, encontrando también un aumento de consumo de las sustancias ilícitas. (Ministerio de salud y protección social, 2015)

Realizando una comparación de los estudios realizados a nivel nacional con los estudios en América Latina, la literatura nos muestra que las mismas características de la evolución del consumo que se presentan en Colombia, se presentan en todos los países de América Latina e incluso en otros países a nivel mundial. (Comisión asesora para las políticas de drogas en Colombia, 2013).

Debido a lo anterior, y a que se considera el consumo de sustancias como un problema de salud pública a nivel mundial, se han realizado múltiples estudios enfocados a conocer los factores determinantes y asociados al consumo, encontrando una relación importante entre las adicciones y otras patologías psiquiátricas asociadas. (Becoña Iglesias, 2001).

Tanto es así, que muchos enfoques plantean diferentes enfermedades como son la esquizofrenia y la ansiedad como factores predisponentes para la adicción, mediante el uso de sustancias psicoactivas como método de

automedicación para los síntomas característicos de estas enfermedades. (Mariani, Khantzian, & Levin, 2014).

Con base en lo descrito anteriormente se propone un abordaje cuantitativo que por medio de la revisión de historias clínicas, permita profundizar en los diagnósticos realizados a los pacientes en la unidad prestadora de servicios de salud Santa Clara de Bogotá y responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál sería la prevalencia de patología dual en los pacientes que ingresan a la unidad funcional de alta complejidad del hospital Santa Clara, de Bogotá en el año 2015”, para que de esta forma se conozcan la prevalencia de este evento y así probablemente fomentar medidas integrales de atención a pacientes con patología dual?

Objetivos

General

Determinar la prevalencia de patología dual en pacientes que ingresaron a la unidad prestadora de servicios de salud Santa Clara de Bogotá, durante el año 2015.

Específicos

- ✓ Analizar variables sociodemográficas entre los pacientes con diagnóstico de patología dual.
- ✓ Identificar las sustancias más usadas en pacientes con patología dual.
- ✓ Establecer los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con consumo de sustancias.

Antecedentes

Se realizó una revisión de la literatura en busca de estudios de prevalencia en patología dual, en donde se evidencia una existencia predominante de estudios de patologías psiquiátricas por separado, a continuación, les traemos los estudios más llamativos.

Revisamos estudios en Estados Unidos para buscar prevalencia de patología dual en trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias psicoactivas, donde se encontró que aproximadamente el 50% de los pacientes con esquizofrenia y trastorno de la personalidad presentará dificultad en el consumo de sustancias alguna vez en su vida, lo que conlleva a problemas de mayor severidad derivados de la falta de atención tanto desde la perspectiva clínica como social. En el estudio también se evidencia que del 34% de los pacientes que reciben atención psiquiátrica, solo el 12% recibe tratamiento integral para patología dual. (Navara ET, 2005) . Lo que a priori constituye un reto estratégico o de intervención frente al nivel terapéutico, profesional y en el direccionamiento que se le da a la salud. En cuanto a los trastornos de ansiedad, se realizó una revisión sobre el estudio de abuso de alcohol en estados unidos y se realizó la asociación con los trastornos del afecto principalmente el trastorno de ansiedad con resultados que prueban que la comorbilidad del trastorno de ansiedad en pacientes con alcoholismo es superior que en pacientes que no tienen consumo de sustancias. (Alegria, y otros, 2011)

Vemos que existe un incremento en el número de personas con patología dual que acuden por ayuda a los diferentes centros de salud mental, en donde presentan dificultades en la adherencia a la medicación generando complicaciones a nivel de interrelaciones y empeorando el pronóstico, es allí donde se prioriza la atención psicosocial y farmacológica específica dirigida según el caso. (Social., 2004)

En el Hospital 12 de octubre de Madrid en el año 2013, se realizó un estudio de prevalencia de patología dual, especialmente del paciente psicótico, en donde se encontró que el 15% de los pacientes con consumo de sustancias presentaban síntomas psicóticos. Lo anterior es llamativo debido a que comprueba no solamente el consumo de sustancias como automedicación del paciente psicótico, sino también la psicosis como efecto secundario del consumo de sustancias. (Arias, Szerman, Vega, Mesias, & Basurte, 2015)

No son muchos los estudios que existen de patología dual específicamente hablando de las adicciones no químicas, sin embargo, encontramos que en el año 2006 se realizó un estudio en Madrid España sobre la prevalencia de trastorno de la personalidad en pacientes con ludopatía en donde se encontró que hasta un 40% de los pacientes cursaban con patología dual sin estar recibiendo tratamiento para ambos trastornos. (Fernandez Montalvo & Echeburúa, 2006)

Uno de los estudios que por el tamaño de la muestra que es más de 20.000 pacientes, aporta información significativa sobre múltiples patologías incluyendo la patología dual es el estudio ECA (*Epidemiological Catchment Area del National Institute of Mental Health*), Incluso existe un apartado específico para el consumo de alcohol, en el que los resultados aportaron que del 22% de pacientes con consumo de sustancias el 13% eran por consumo de alcohol, lo que demuestra una alta prevalencia de alcoholismo en la población de estados unidos, por otro lado en éste estudio se realizan análisis sociodemográficos importantes, por ejemplo, nos da información acerca del consumo de sustancias en personas privadas de la libertad. (Regier, y otros, 1990).

Un estudio realizado en Inglaterra en el 2003, en dos centros de tratamiento para personas con problemas por consumo de sustancias, les aplicaron instrumentos en busca de trastornos psiquiátricos en donde se encontró que la mayoría padecían un trastorno psiquiátrico concomitante principalmente

trastornos de la personalidad, segundo, trastornos afectivos y por ultimo trastornos psiquiátricos. (Weber, y otros, 2003)

En cuanto a las sustancias asociadas a los trastornos se realizó un estudio en busca de prevalencia de patología dual en donde se trató de caracterizar que ocurría primero, aunque no se pudo establecer cual patología fue primero, se lograron resultados sobre los factores de riesgo en donde se obtuvo como resultado que ambas situaciones tanto el consumo de sustancias como el trastorno psiquiátrico aumentaban el riesgo de sufrir otra patología asociada y que el consumo de sustancias ilícitas aumentaba notablemente el riesgo de padecer un trastorno mental. El artículo realiza una anotación importante sobre el diagnóstico comorbido de trastorno mental en pacientes con consumo de sustancias, principalmente en aquellos pacientes que se encuentran en periodo de abstinencia debido a la capacidad de simular los síntomas. (Brady & Sinha, 2005)

Para concluir después de analizar algunos estudios sobre prevalencia de patología dual, se evidencia la necesidad de conocer la prevalencia específica de cada centro de atención, para garantizar el desarrollo de estrategias terapéuticas farmacológicas y psicológicas integrales.

Justificación

“La patología dual es la denominación aplicada, en el campo de la salud mental para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental” (Sociedad Española de Patología Dual, 2016)

Cuando nos referimos a enfermedad mental y trastornos asociados a consumo estamos hablando de la patología dual, el interés de esta investigación está enfocado a identificar el número de pacientes que llegan a tratamiento por voluntad propia en el año 2015, teniendo en cuenta que son escasos los procesos de rehabilitación integral para esta población.

Esta investigación tiene por objeto realizar una revisión sistematizada de las historias clínicas de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Santa Clara específicamente en la Unidad de Salud Mental quien cuenta con un CAD (Centro de atención en Drogadicción de alta complejidad), para evidenciar la prevalencia de la patología dual con el fin de conocer cuáles son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes que se encuentran en tratamiento y rehabilitación terapéutica.

Existe la necesidad de realizar este estudio porque no se encuentran datos donde se identifiquen cuantos pacientes con patología dual que se encuentran en tratamiento terapéutico, por lo tanto la investigación contribuye a detectar información comprendida en el año 2015, específicamente en pacientes con patología dual, dicha investigación podrían influir en la mejora en los procesos de intervención ya que el farmacodependiente no siempre tiene la intervención psiquiátrica pertinente para obtener mayores resultados en su proceso terapéutico.

Es importante investigar si la población en tratamiento y rehabilitación presenta un trastorno psiquiátrico a consumo de SPA y de esta forma encontrar la prevalencia de patología dual, para fomentar medidas integrales.

Marco Teórico

Se entiende por patología dual la presencia de un trastorno por consumo de sustancias asociado al menos a un trastorno mental en el mismo paciente. (Szerman, y otros, 2013), por lo tanto, para realizar “diagnóstico” de patología dual es necesario que al paciente le hayan realizado con anterioridad un diagnóstico de consumo de sustancias además de un diagnóstico de un trastorno psiquiátrico. El término nace en los años noventa, debido a la necesidad de dar un nombre al creciente conjunto de signos y síntomas que se presentaban en los pacientes con estos trastornos concomitantes, aunque en la actualidad no haya sido incluido en el manual diagnóstico de trastorno mental, quinta edición de la asociación americana de psiquiatría.

1. Comorbilidad

En las poblaciones consumidoras de sustancias el término ‘comorbilidad’ implica la coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias con trastornos del estado de ánimo o de personalidad o una combinación de los mismos. A partir de esto se sugirió que el término más adecuado es “Diagnóstico dual”. (Flynn, Craddock, Luckey, Hubbard, & Dunteman, n.d.)

2. Epidemiología

En estados unidos, se han realizado diferentes estudios buscando la epidemiología y comorbilidades del consumo de sustancias en donde se ha encontrado evidencia de que aproximadamente la mitad de las personas con trastornos mentales tenían como comorbilidad el consumo de alguna sustancia; y encontraron un aumento del riesgo hasta de 4.5% en personas con trastorno mental para iniciar el consumo de sustancias. (Organización Mundial de la Salud, 2004). Razón por la cual es un tema de interés y es necesario continuar estudiando la prevalencia del trastorno y mejorando las características de un tratamiento integral.

3. Diagnóstico

Para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se puede remitir al Anexo 1, en el que se encuentra la clasificación diagnóstica de la asociación americana de psiquiatría, quinta edición. Y para el diagnóstico de enfermedad mental es necesario que sea realizado por un médico psiquiatra según las categorías y diagnósticos descritos en el mismo manual de clasificación (DSM).

Sin embargo, se han evidenciado muchas dificultades en el diagnóstico de la patología dual como tal, debido a que no se encuentra descrita como patología dual en ninguno de los sistemas diagnósticos, ni el DSM, ni el CIE-10 haciendo que con frecuencia sea una entidad clínica subdiagnosticada; Dentro de las dificultades diagnósticas principales, podemos encontrar:

- 3.1. La identificación del trastorno. Es claro que la mayoría de las sustancias que generan dependencia tienen efectos importantes a nivel del sistema nervioso central, desde cambios en la producción de neurotransmisores hasta cambios crónicos en el funcionamiento cerebral (Organización Mundial de la Salud, 2004), por lo tanto producen síntomas neuropsiquiátricos que pueden simular o solapar un trastorno psiquiátrico específico, haciendo que sea difícil para el médico, el psiquiatra o cualquier personal de salud que se enfrente a estos pacientes la diferenciación entre cuales síntomas pertenecen al consumo y cuales síntomas podrían estar relacionados con un trastorno mental subyacente (Torrens Mèlich, 2008).
- 3.2. El concepto de adicción como enfermedad mental. Hasta hace algunas décadas el consumo de sustancias no era catalogado como una enfermedad, previamente el consumo estaba relacionado con una problemática social principalmente. Este retraso en la clasificación y en la aparición de la patología dual como entidad clínica ha generado también un retraso en el

diagnóstico y tratamiento de éstos pacientes. Es importante resaltar que incluso en la actualidad existe personal del área de la salud que considera el problema de las adicciones como un trastorno más de motivación y de fuerza de voluntad como es el caso del neurocientífico Marc Lewis, en su libro "The Biology of Desire: Why addiction is not a disease". (Lewis, 2015)

4. Neurobiología de la patología dual

Existen múltiples teorías que tratan de explicar cuál, es la razón para el aumento de riesgo de padecer patología dual, entre ellas se pueden encontrar.

- 4.1. Teoría de la automedicación: Está teoría parte de la existencia de una alteración biológica que puede ser debido a una alteración genética o a característica adquirida que genera sensaciones displacenteras en las diferentes personas, generando una disminución en la calidad de vida. Así mismo en las personas con patología psiquiátrica previa, los pacientes presentan múltiples síntomas que generan dificultades en los procesos adaptativos. En la hipótesis planteada se dice que el paciente utiliza los diferentes efectos producidos por las diferentes sustancias como mecanismo para controlar los signos y síntomas de la enfermedad de base o de la alteración biológica existente. (Casas, 2016), (Arendt, y otros, 2007).

Podemos encontrar una relación frecuente como automedicación entre el consumo de marihuana y alcohol y la esquizofrenia en donde los pacientes refieren hasta en un 47% que el consumo se presenta no por la presencia específica de una adicción, sino como mecanismo adaptativo para control de los síntomas base de la enfermedad. (Tamayo, 1998)

- 4.2. Teoría de la vulnerabilidad genética: Se han realizado diferentes estudios, en busca de un gen que explique el fenómeno de las adicciones, sin encontrar uno causante hasta el momento; lo que dio como resultado pensar en la posibilidad de una etiología multifactorial (genética y ambiental) la teoría se enfocó en la presencia de una vulnerabilidad genética en donde los genes causan una sensibilidad a ciertos factores del ambiente que favorecen el desarrollo de las adicciones, en el caso de la patología dual la teoría plantea que una persona con trastorno mental ya tiene una alteración genética y esto favorece el desarrollo de una adicción, es decir que existe una base neurobiológica común a ambas enfermedades. (Ibáñez Cuadrado, 2008).
- 4.3. Teoría de la causa de la enfermedad mental: Lo que se plantea en ésta teoría es a las diferentes sustancias como encargadas de precipitar la enfermedad mental, no solo por la capacidad que tienen algunas sustancias psicoactivas de crear síntomas psiquiátricos, sino, por los diferentes cambios neurobiológicos que produce el consumo de sustancias. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

5. Principales trastornos mentales presentes en la patología dual

Existen muchas relaciones entre sustancias y enfermedad mental dentro de las cuales podemos encontrar, por ejemplo, la marihuana no solo como sustancia productora de síntomas psicóticos, sino como precipitante de la esquizofrenia. (Arias Horcajadas, 2007).

5.1 Esquizofrenia

Existen dos visiones históricas de ésta enfermedad, por un lado, Emil Kraepelin fue la primera persona que propuso la definición integral de la esquizofrenia, él la describió y nombró como demencia precoz y puso de

relieve el inicio temprano de la enfermedad y el curso crónico deteriorante, basándose principalmente en la desorganización que genera la enfermedad y el mal pronóstico de la misma. Y por otro lado Eugen Bleuler quien sugirió el término de esquizofrenia y describió cuatro grupos de síntomas principales que acompañaban la enfermedad: asociaciones, efectividad, autismo y ambivalencia. (American Psychiatric Association, 2014) (de Redacción, 1996).

La esquizofrenia plantea dos grupos de síntomas principales, positivos y negativos. Dentro de los síntomas positivos encontramos las alucinaciones, las ideas delirantes, los trastornos del pensamiento y de la autopercepción; y dentro de los síntomas negativos encontramos la anhedonia, el aplanamiento afectivo y el aislamiento. (Marza, 2013). El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición tiene unos criterios diagnósticos específicos para la esquizofrenia y se pueden observar en el anexo 7.

5.2. Trastorno Esquizoafectivo:

Este trastorno se caracteriza por encontrarse en el límite entre la esquizofrenia y los trastornos del afecto, por tener un aislamiento social en menor grado comparado con la esquizofrenia y por ser un diagnóstico controvertido por la subjetividad de la psiquiatría. (Lozada & Pedraza, 2004). Dentro de los síntomas que podemos encontrar se encuentran los síntomas positivos de la esquizofrenia: Alucinaciones, ideas delirantes, etc., sin embargo, encontramos síntomas afectivos importantes como lo son estados de manía o de depresión (American Psychiatric Association, 2014). El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición tiene unos criterios diagnósticos específicos para el trastorno esquizoafectivo y se pueden observar en el anexo 2.

5.3. Trastorno Delirante:

El trastorno delirante, es un trastorno de tipo psicótico crónico que se caracteriza por la presencia de un delirio, normalmente en cuanto a un tema específico, de características lógicas y verosímil, es importante resaltar que el paciente en todos los ámbitos de su vida que no se encuentren relacionados con su delirio específico es completamente funcional. No presenta síntomas afectivos concomitantes, ni otros síntomas psicóticos como alucinaciones o desorganización del pensamiento. (José , y otros, 2003). El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición tiene unos criterios diagnósticos específicos para el trastorno delirante y se pueden observar en el anexo 3.

5.4. Trastornos Psicóticos Inducido por Sustancias:

Es muy importante considerar que los síntomas psicóticos de éste trastorno se deben a los efectos directos de una sustancia, solo se realiza este diagnóstico después de determinar que la etiología de las ideas delirantes o de las alucinaciones es el consumo de una sustancia. Cuando se comunica el nombre del trastorno, los clínicos deben añadir el nombre de la sustancia (p.eje., Trastorno Psicótico inducido por alcohol. Trastorno Psicótico inducido por metilfenidato, Trastorno psicótico inducido por monóxido de carbono). El tipo predominante de sintomatología psicótica se indica añadiendo con las ideas delirantes o con alucinaciones. Además, el contexto del inicio de los síntomas puede indicarse añadiendo con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia (American Psychiatric Association, 2014).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición tiene unos criterios diagnósticos específicos para el trastorno esquizoafectivo y se pueden observar en el anexo .

En cuanto a la esquizofrenia y los trastornos psicóticos dentro de la patología dual, se ha evidenciado que la presencia de ambas enfermedades, empeora el pronóstico, aumenta el tiempo y la cantidad de hospitalizaciones y la

adherencia al tratamiento. La Organización Mundial de la Salud realizó un estudio mundial de comorbilidades en donde se encontró que la esquizofrenia era la tercera enfermedad mental en cuanto a frecuencia de asociación a consumo de sustancias. (Castro, Raventós, & Michelle, 2011)

5.5. Trastornos Depresivos.

Los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de un estado de ánimo bajo al menos durante 2 semanas seguidas, y se asocia a otras alteraciones como dificultades con el sueño, la alimentación. Su gravedad depende de la presencia de ideas de muerte o ideas de suicidio. (American Psychiatric Association, 2014)

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición tiene unos criterios diagnósticos específicos para el trastorno esquizoafectivo y se pueden observar en el anexo 5.

En Bogotá se realizó un estudio de patología dual entre depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en donde se encontró que es más frecuente el consumo de sustancias en pacientes con síntomas depresivos, y que es una variable directa debido a que a mayor presencia de síntomas depresivos mayor es el consumo entre los adolescentes que participaron en el estudio (Gómez Rodríguez, Gutierrez Herrera, & Londoño, 2013).

5.6. Trastornos Bipolares

Existen diferentes tipos de categorías dentro del trastorno bipolar: el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado. El trastorno bipolar I y el episodio maníaco único, se utilizan para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de

manía. Los demás criterios son empleados para especificar la naturaleza del episodio actual (o más reciente) en los sujetos que han tenido episodios afectivos recidivantes. (American Psychiatric Association, 2014)

El diagnóstico se caracteriza por la presencia de cambios cíclicos del estado del ánimo donde se evidencia la exaltación y aumento de la actividad denominada manía o hipomanía ya sea por la disminución del estado de ánimo y descenso de la actividad también conocido como depresión, los episodios de manía comienzan de manera brusca y se prolongan durante un periodo de tiempo, ambos tipos de episodios se derivan a menudo de acontecimientos a menudo de acontecimientos que han provocado en el paciente un estrés o dificultades (traumas) psicológicos, el primer episodio puede presentarse a cualquier edad de igual manera las crisis pueden ser variables. Los principales síntomas son: Euforia, irritabilidad, grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verbosidad o hablar más de lo habitual, sensación de que el pensamiento está acelerado, desconcentración y dificultad para prestar atención, aumento de la actividad motora, aumento de la sociabilidad, búsqueda excesiva de actividades placenteras y la presencia de síntomas psicóticos (Apfelbaum & Gagliosi, 2004).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición tiene unos criterios diagnósticos específicos para el trastorno esquizoafectivo y se pueden observar en el anexo 6.

Un estudio realizado en 124 pacientes hospitalizados, sobre la prevalencia de otros trastornos psicopatológicos en pacientes con consumo de sustancias comprobó que del total de pacientes hospitalizados el 53% de los pacientes sufrían de trastornos relacionados con el estado de ánimo de los cuales 16% eran concordantes con ciclotimia y 6% con trastorno bipolar; (Weiss, Mirin, Michael, & Sollogub, 1986). La importancia de conocer la presencia de otro trastorno del eje I, está relacionado con posibles cambios de tratamiento teniendo en cuenta que el trastorno bipolar interviene en la adherencia al tratamiento, el tiempo del mismo y la necesidad de otros

medicamentos directos para el tratamiento de la adicción. (Lopez Duran & Becoña Iglesias, 2006)

6. Pronostico

El pronóstico en pacientes con patología dual se considera tórpido debido a las múltiples alteraciones de carácter psicosocial al que se enfrenta el paciente con comorbilidades y debido a las dificultades en el acceso a un tratamiento integral. Dentro de las dificultades del paciente encontramos: (Martín Navarrete & Szerma, 2015)

- Alto riesgo de suicidio
- Mala adherencia al tratamiento
- Conductas de riesgo
- Criminalidad
- Indigencia
- Consumo de múltiples sustancias.

Por otro lado, los estudios demuestran que estos pacientes, presentan dificultades a la hora de recibir un tratamiento conjunto para ambos trastornos, generando un aumento en las consultas al servicio de urgencias, haciendo que las tasas de hospitalización en estos pacientes sean mayores que en pacientes con una única patología identificada, aumento del desempleo de sufrir de enfermedades de contagio tales como la Hepatitis o el VIH. (Torrens Mèlich, 2008)

Metodología

Diseño:

Este estudio es un estudio cuantitativo, retrospectivo, con características descriptivas, que busca encontrar la prevalencia de patología dual, pero que va a realizar descripción respecto a las características sociodemográficas o cualquier fenómeno que se observe durante el estudio.

Por medio de la revisión de historias clínicas de los pacientes que ingresaron a la unidad prestadora de servicios de salud Santa Clara de Bogotá, se observará los diagnósticos hechos durante la estancia hospitalaria con el fin de ubicar los pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, más un diagnóstico de trastorno mental para configurar el diagnóstico de patología dual y así sacar la prevalencia de esta patología en esta institución.

Muestra:

Este estudio no cuenta con una muestra establecida debido a que se pretende incluir todos los pacientes que ingresaron a la unidad prestadora de servicios de salud Santa Clara ubicada en la ciudad de Bogotá durante el año 2015. Se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Paciente Ingrese a la unidad prestadora de servicios de salud Santa Clara ubicada en la ciudad de Bogotá.	Historias Clínicas incompletas o con diagnósticos no claros
	Pacientes que no sean hospitalizados en la institución

Materiales y Métodos:

Se realizará la revisión de las historias clínicas, con autorización previa de la institución prestadora de servicios de salud Santa Clara ubicada en la ciudad de Bogotá quien nos autoriza y facilita el acceso a las mismas.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para la unificación y recolección de los datos se utilizará una ficha en Excel, en donde se documentará los datos sociodemográficos y el diagnóstico de los pacientes.

Aspectos éticos del estudio.

Al no tener contacto con el paciente no se utilizará consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de los datos, no se requiere consentimiento informado para la utilización de la información, debido a que no se van a realizar publicaciones específicas de la información, es de riesgo mínimo.

Recolección de Datos

Acceso a la muestra

La muestra se caracterizó por 145 historias clínicas de los pacientes que ingresaron. Para obtener acceso a la historias clínicas fue necesario solicitar con varios días de anticipación donde no se presentó ninguna barrera de acceso por parte del archivo de la subred integrada de servicios de salud hospital santa clara, a pesar de que la universidad no tenía convenio con la institución se expuso la importancia de realizar el estudio teniendo en cuenta que unas de las estudiantes de la especialización labora en el hospital, la ubicación para realizar la exclusión de los datos fue en el área de salud mental en el ala baja donde se encuentra ubicado el CAD de alta complejidad.

Aplicación de instrumento

El instrumento seleccionado fue un documento de Excel para diligenciar los datos de los pacientes que se encontraban en la historia clínica, los datos obtenidos son: Nombre del paciente, Número de cédula, edad, género, grupo etario, diagnóstico principal, diagnóstico secundario, sustancia de mayor impacto, segunda sustancia, natural, procedente y ocupación....

Beneficios y limitaciones

Las dificultades que encontramos durante la recolección de datos fueron:

- Teniendo en cuenta los folios y el reingreso del paciente fue difícil la verificación de la estancia.
- Debido a que el centro de adicciones maneja patologías mayores no se encontraron datos de comorbilidad.

- Fue necesario organizar las historias una a una debido a la cantidad de folios que podía llegar a tener un paciente donde no se encontraba en la misma carpeta.
- Las historias se encontraron en perfecto estado donde la letra clara y legible y se pudo extraer la información requerida.
- Los datos de ingreso y la estancia correspondían a los datos del paciente.
- Se logra identificar la sustancia de mayor impacto debido a la ubicación y a la población vulnerable no se encontraron mayores consumo de heroína y drogas sintéticas.

Resultados

Características de la muestra

La muestra seleccionada consistió en 145 historias clínicas de los pacientes que ingresaron a la unidad prestadora de servicios de salud Santa Clara de Bogotá, durante el año 2015. Debido a que todos los pacientes que ingresan a la institución son ingresados con historia clínica completa no se considera que se cuenten con pérdidas en el estudio.

Las características sociodemográficas de los pacientes se muestran en la tabla 1. La edad mediana de los pacientes estudiados es de 31 años, rango entre los 18 y los 66 años.

Tabla 1. Características de la muestra

Genero	
Mujeres	29.7%
Hombres	69.0%
Transexuales	1.4%
Edad años	
Rango	18-66
Mediana	31
Grupo Etario	
Menores de 12 años	0%
Entre 12 y 25 años	24.8%
De 25 a 35 años	42.1%
De 35 a 50 años	20.7%
Mayores de 50 años	12.4%
Ocupación	
Cesante	84.1%
Lava carros	0.7%
Venta ambulante	9.0%
Prostitución	2.1%
Mesero	0.7%
Antropólogo	0.7%
Reciclaje	2.1%
Operario	0.7%
Natural	
Bogotá	99.3%

Pitalito	07%
Procedente	
Bogotá	96.6%
Cali	1.4%
Pereira	0.7%
Neiva	0.7%
Huila	0.7%

Entre los pacientes del estudio 57 pacientes (39.3%) presentan diagnóstico de patología dual (grafico 1), entre las cuales encontramos: 47 pacientes (82.5%) con esquizofrenia, 8 pacientes (14%) con trastorno afectivo bipolar fase maniaca y 2 pacientes (3.5%) con trastorno afectivo bipolar en remisión. En la tabla 2 se observa una relación de los diagnósticos según el CIE- 10 y de los trastornos mentales comorbidos encontrados dentro del estudio.

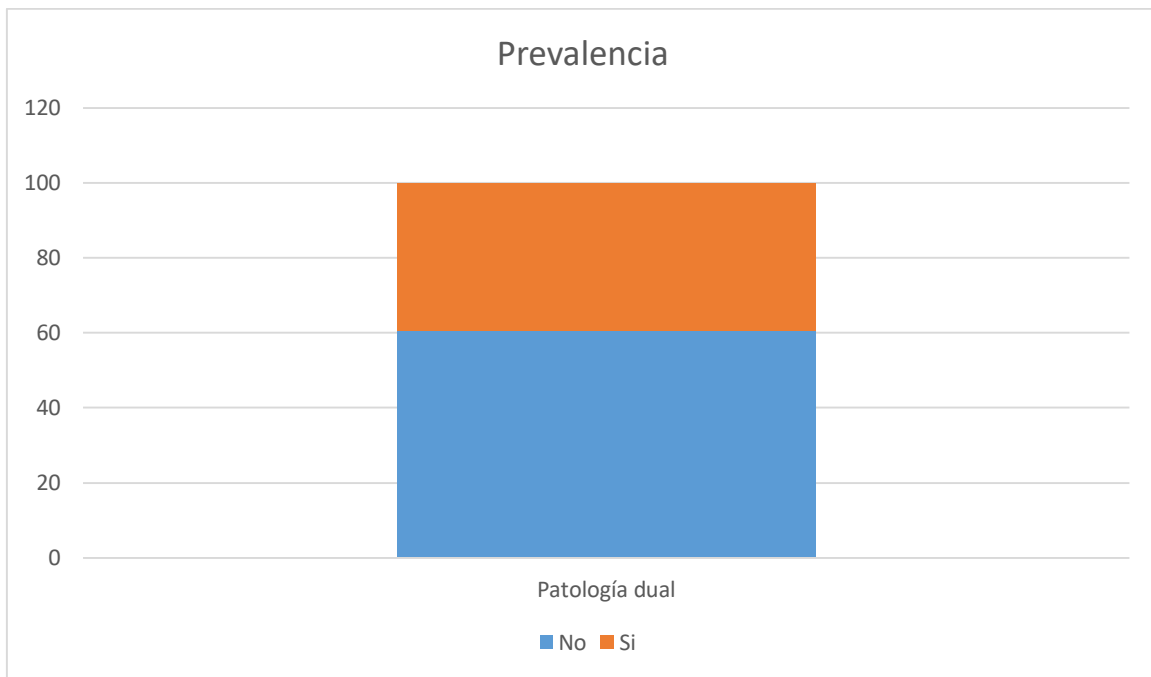
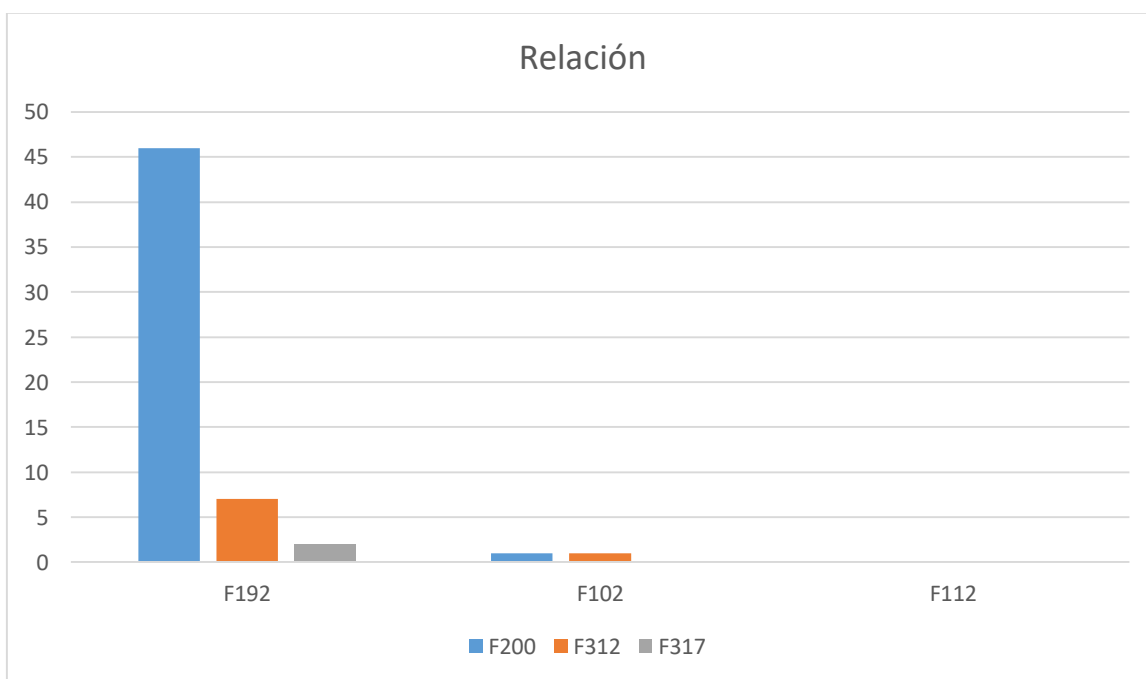


Tabla 2. Características diagnósticas.

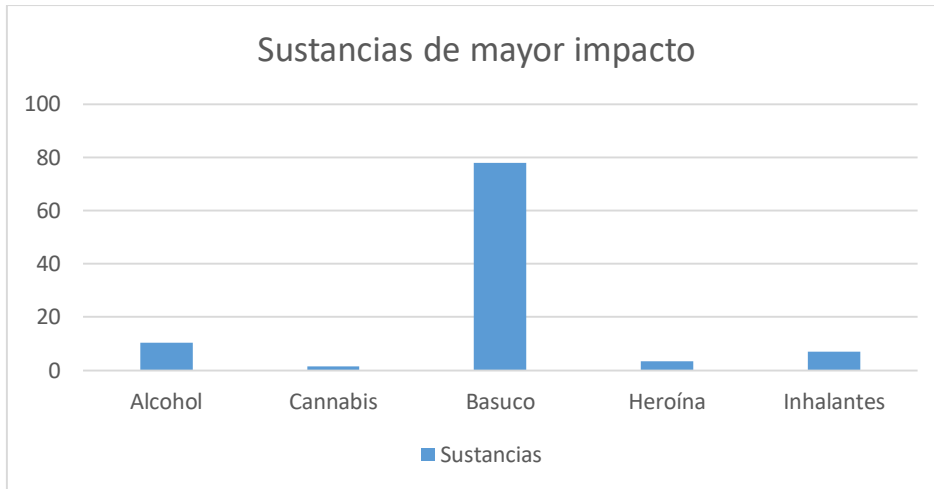
Códigos CIE-10 Trastornos adictivos	
Trastorno mental y del comportamiento por uso de alcohol, síndrome de dependencia	F102
Trastorno mental y del comportamiento por uso de opiáceos, síndrome de dependencia	F112
Trastorno mental y del comportamiento por uso de múltiples drogas y uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia	F192
Códigos CIE-10 Trastornos mentales	
Esquizofrenia paranoide	F200
Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos	F312
Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión	F317

En la gráfica 2 se evidencia según el trastorno adictivo cuales son los trastornos mentales comorbidos más frecuentes.



Entre los pacientes estudiados y según los criterios diagnósticos del CIE-10, 11 pacientes (7.6%) fueron ingresados por consumo de alcohol, un paciente (0.7%) por consumo de opiáceos y 133 pacientes (91.7%) por consumo de múltiples

sustancias. En el grafico 3 se puede observar las sustancias de mayor impacto entre los pacientes participantes en el estudio.



Se pudo observar en la recolección de datos qué de los pacientes consumidores, existen 97 pacientes (66.9%), refirieron consumir una única sustancia, sin embargo 48 pacientes (33.1%) tenían policonsumo, dentro de las sustancias encontradas están: alcohol, bazuco, cannabis e inhalantes. En la tabla 3 se puede observar la relación de las sustancias consumidas por los pacientes policonsumidores.

Tabla 3. Sustancias en policonsumidores

Sustancias	% (Número de pacientes)
Alcohol	20.8% (10)
Bazuco	2.0% (1)
Cannabis	52% (25)
Inhalantes	25% (12)

Discusión

En primer lugar, hay que señalar que los pacientes incluidos dentro del estudio eran ingresados en la unidad específica para manejo de trastornos adictivos, y en muchos casos no se realiza diagnóstico de trastornos mentales, debido a que existe una mayor capacidad de diagnóstico de patologías adictivas en las instituciones dedicadas a los trastornos mentales que en las instituciones específicas para trastornos adictivos. Además de las dificultades que implica el diagnóstico de un trastorno mental en población consumidora de sustancias.

Consideramos que la cifra obtenida de prevalencia de patología dual, es bastante baja en comparación con los estudios revisados durante la realización del presente trabajo (Torres, Posada, Barreño, & Berbesi, 2010), la razón puede deberse a lo mencionado anteriormente y a que los datos fueron recogidos a través de historias clínicas y de manera retrospectiva. Por lo tanto, hemos encontrado que el 39.3% de los pacientes presentan patología dual.

Al valorar las relaciones específicas entre los trastornos mentales y adictivos, este estudio ofrece diferentes datos interesantes, hemos encontrado que la principal sustancia de dependencia es el bazuco, y que el consumo de múltiples sustancias es el que más frecuentemente se asocia a patología mental principalmente la esquizofrenia. Así mismo, se puede observar que la sustancia más consumida por los policonsumidores es el alcohol.

Dentro de la importancia de los datos sociodemográficos, encontramos que la mayoría de los pacientes se encuentran cesantes, sería interesante para un estudio posterior conocer si la causa de la abstención de trabajar es secundaria al consumo. Se encontró también un alto consumo en las personas entre 25 y 35 años, que es

la población en edad de trabajar. Y al mismo tiempo encontramos que el consumo de sustancias es más prevalente en hombres dentro de la población estudiada.

Dentro de las limitaciones del estudio encontramos el tamaño de la muestra, con una muestra más grande puede evidenciarse mejor la prevalencia de la patología dual. También podemos señalar la ausencia de una entrevista estructurada para realizar el diagnóstico de trastornos mentales, lo que podría explicar el infradiagnóstico evidenciado en patología dual.

Bibliografía

- Marquez-Arrico, J. E., & Adan, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Instituto de Investigación en Cerebro, Cognición y Conducta (IR3C)*., 195-202.
- Alegria, A. A., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Liu, S.-m., Davies, C., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Substance Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1187–1195.
- American Psychiatric Association. (1995). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM -IV*. España: Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM 5*. Madrid: Panamericana.
- Apfelbaum, S., & Gagliesi, P. (2004). Trastorno Bipolar: guía para pacientes, familiares y allegados: consultantes, familiares y allegados. *Revista argentina de psiquiatría*, 295-302.
- Arendt, M., Rosenberg, R., Fjordback, L., Brandholdt, J., Foldager, L., Sher, L., & Munk-jorgensen, P. (2007). Testing the self-medication hypothesis of depression and aggression in cannabis-dependent subjects. *psychological medicine*, 935-945.
- Arias Horcajadas, F. (2007). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones*, 191-204.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., & Basurte, I. (2015). Psicosis y drogas. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Revista de Patología dual*, 1-7.

- Becoña Iglesias, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological Effects of Chronic Stress . *The american journal of Psychiatry*, 1483-1493.
- Casas, M. (Septiembre de 23 de 2016). Hipótesis de la automedicación en drogodependencias. *psiquiatria.com*, 11-15. Obtenido de Psiquiatria.com.
- Castro, L. J., Raventós, H. V., & M. E. (2011). Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población Latina. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 123-130.
- Comisión asesora para las políticas de drogas en Colombia. (2013). *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas*. Bogota.
- de Redacción, C. (1996). Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 565-662.
- Fernandez Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de la personalidad: Un estudio piloto en el MCMI-II. *Psicothema*, 453-458.
- Gómez Rodríguez, D. T., Gutierrez Herrera, M., & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 45-51.
- Ibáñez Cuadrado, Á. (2008). Genética de las adicciones. *Adicciones*, 103-109.
- J. S., M. B., M. M., R. D., M. T., & L. M. (2003). El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barn*.
- Lewis, M. (2015). *The Biology of Desire: Why addiction is not a disease*. Estados Unidos: Perseus Book Group.

- Lopez Duran, A., & Becoña Iglesias, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Universidad de Santiago de Compostela.*, 1-36.
- Lozada, J. R., & Pedraza, R. S. (2004). La sintomatología afectiva en el trastorno esquizoafectivo. Evaluación con un instrumento de autoreporte. Implicaciones para el diagnóstico. *Revista de neuro-psiquiatria.*, 1-12.
- Mariani, J. J., Khantzian, E. J., & Levin, F. R. (2014). The Self-Medication Hypothesis and Psychostimulant Treatment of Cocaine Dependence: An Update. *The American Journal on Addictions*, 189–193.
- Martín Navarrete, R., & Szerma, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Revista de salud mental*, 295-296.
- Marza, M. D. (2013). *Afrontando la esquizofrenia*. Madrid: Enfoque editorial S.C.
- Ministerio de salud y protección social. (2015). *Encuesta de salud mental*. Bogota: Ministerios de protección social.
- Navara ET, W. J. (2005). *A role for cannabinoid CB1 receptors in mood and anxiety disorders*. . Boston: Behav Pharmacol.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Real Academia Española. (12 de 08 de 2016). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=0k8i4DT>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Jama*, 2511-2518.
- Social., M. d. (2004). *Encuesta nacional sobre consumo SPA en jóvenes escolares 12 - 17 años*. BOGOTA: CICAD/OEA.

Sociedad Española de Patología Dual. (22 de Septiembre de 2016). *Sociedad Española de Patología Dual*. Obtenido de http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html

Szerman, N., Martinez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., . . . Casas, M. (2013). Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Addictive disorders & their treatment*, 1-10.

Tamayo, J. M. (1998). Marihuana y esquizofrenia: ¿Un diagnóstico dual inocuo y terapéutico? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-13.

Torrens Mèlich, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 315-320.

Torres, Y., Posada, J., Barreño, J., & Berbesi, D. Y. (2010). Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 14S-35S.

Weber, T., Madden, P., Charles, V., Stimon, G., Renton, A., & Tyrer, P. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British journal of Psychiatry*, 304-313.

Weiss, R., Mirin, S., Michael, J., & Sollogub, A. (1986). Psychopathology in Chronic Cocaine Abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17-29.

Anexos

Anexo 1:

Trastorno por consumo de sustancias: (American Psychiatric Association, 2014)

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

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

a. Presencia del síndrome de abstinencia.

b. Se consume la sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Anexo 2

Trastorno esquizoafectivo (American Psychiatric Association, 2014)

A. Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

B. Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad.

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

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) u otra afección médica.

Especificar sí:

Tipo bipolar: Este subtipo se aplica si un episodio maníaco forma parte de la presentación. También se pueden producir episodios depresivos mayores.

Tipo depresivo: Este subtipo sólo se aplica si episodios depresivos mayores forman parte de la presentación.

Anexo 3

Trastorno delirante (American Psychiatric Association, 2014)

A. Presencia de uno (o más) delirios de un mes o más de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación).

C. Aparte del impacto de delirio(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.

D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los períodos delirantes.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Especificar:

Tipo erotomaniaco: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo.

Tipo de grandeza: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos (no reconocidos) o de haber hecho algún descubrimiento importante.

Tipo celotípico: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio del individuo es que su cónyuge o amante le es infiel.

Tipo persecutorio: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, o que lo engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan o drogan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo.

Tipo somático: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales.

Anexo 4

Trastorno psicótico inducido por sustancias/ medicamentos (American Psychiatric Association, 2014)

A. Presencia de uno o los dos síntomas siguientes:

1. Delirios.
2. Alucinaciones.

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

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

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

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

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico sólo se puede hacer en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o de abstinencia de sustancias cuando en el cuadro clínico predominan los síntomas del Criterio A y cuando son suficientemente graves para merecer atención clínica

Anexo 5

Trastorno depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2014)

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

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

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

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

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

Nota: Los Criterios A—C 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 que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en 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.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Anexo 6

Trastorno afectivo bipolar (American Psychiatric Association, 2014)

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

Episodio maníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, 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 la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

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

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

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

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

Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia 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 1.

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.

Episodio hipomaníaco

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

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado

de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

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

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

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

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

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

Episodio de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes 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

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 hipersomnias 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.

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.

Trastorno bipolar I

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A-D en "Episodio maníaco" antes citados).

B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

Trastorno bipolar II

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaníaco (Criterios A-F en "Episodio hipomaníaco" antes citado) y al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A-C en "Episodio de depresión mayor" antes citado).

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 la incertidumbre causada 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.

Anexo 7

Esquizofrenia (American Psychiatric Association, 2014)

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento inter-personal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase

activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., *una* droga o medicamento) o a otra afección médica.

Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).