

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICALI, B.C.



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
DE BAJA CALIFORNIA

INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DE
PERSONALIDAD EN FARMACODEPENDIENTES

TRABAJO TERMINAL PARA OBTENER DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

SERGIO R. JUÁREZ RODRIGUEZ.

MEXICALI, B.C.

NOVIEMBRE DEL 1999

ASESOR:
MARCO ANTONIO BOLADO
PSIQUIATRA

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES:

A ELLOS LES DEBO LO QUE AHORA SOY.

A MI ESPOSA E HIJOS:

POR TODO ESTE TIEMPO QUE DEJE DE VERLOS

A MIS COMPAÑEROS:

QUE SIN ELLOS N O HUBIERA SIDO POSIBLE
REALIZAR MI TRABAJO.

A. CRUZ, M.A. BOLADO.

A MIS MAESTROS:

POR SU SABIDURÍA Y PACIENCIA QUE
COMPARTIERON CONMIGO ESPECIALMENTE:
C. HERRERA, C. ÁLVAREZ Y A. CONTRERAS (+),
q.e.p.d.

**INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DE
PERSONALIDAD EN
FARMACODEPENDIENTES**

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	8
MARCO TEÓRICO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36
HIPÓTESIS	36
OBJETIVOS	37
METODOLOGÍA	38
MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	43
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	49
DISCUSIÓN	51
PROPUESTAS	53
ANEXOS	54
BIBLIOGRAFÍA	59

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias capaces de producir dependencia constituye un importante problema de salud pública a nivel internacional en América Latina en particular, incluyendo a México.

Son muy notables los efectos sobre la economía, la estabilidad social y el orden público.

Los consumidores de sustancias adictivas son portadores de otros trastornos psiquiátricos, lo cual significa un reto diagnóstico y de tratamiento el identificar las actividades clínicas involucradas en el fenómeno de las adicciones. (3)

Difícilmente se puede encontrar al trastorno farmacodependencia solo, es decir sin ninguna entidad psiquiátrica añadida, particularmente el trastorno de la personalidad, siguiendo previamente al trastorno para venir a reforzar la conducta adictiva del sujeto.

La adecuada estructuración del carácter desde la etapa de la infancia, es obstaculizada, por diversos factores como serían los biológicos, sociales y psicológicos. Un defecto en uno o todos estos factores es suficiente para que el paciente estructure una personalidad mal conformada, esta mala conformación viene a dificultar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente farmacodependiente.

Son varias las esferas que se debe atender en el tratamiento del enfermo adicto, es prudente analizar al paciente de forma integral, y necesario investigar que existe detrás del dolor.

En la mayoría de los casos no se atiende la esfera de la comorbilidad y lo grave es que el terapeuta no se percate de esta entidad dual. Comportándose este mismo como reforzador más de la enfermedad.

El objeto de este trabajo es presentar evidencia solida de la frecuente existencias de la comorbilidad psiquiátrica, en farmacodependientes, muy particularmente los trastornos de la personalidad, que fungen como un limitante en alcanzar la rehabilitación del sujeto adicto, luego entonces pasando por desapercibido por los profesionales de la salud mental, lo que vendría a provocar incapacidad profesional para el abordaje ideal del trastorno gestándose aquí la nula credibilidad por la sociedad en general, de que el citado trastorno pueda ser tratado efectivamente por profesionales de la Psique.

JUSTIFICACIÓN

El término “comorbilidad” se refiere a la presencia de dos o más enfermedades – condiciones médicas o psiquiátricas, incluyendo el alcohol y otros trastornos por uso de droga en la misma persona. (1)

El interés en la comorbilidad recae en el hecho en que entenderla conducirá al desarrollo de mejores modelos etiológicos de prevención y de tratamiento para los trastornos relacionados con sustancias (farmacodependencia) y los trastornos psiquiátricos asociados particularmente en este trabajo los trastornos de personalidad.

Las encuestas epidemiológicas que evalúan la presencia de trastornos psiquiátricos añadidos al trastorno relacionado con sustancias, han permitido estimar la frecuente presencia de esta entidad dual. Donde se han identificado a través de lo que se llama significancia estadística que la presencia de un trastorno incrementa el riesgo de un segundo trastorno, cuyo riesgo disminuye si el primero está ausente. (2)

Es importante señalar que el destacar un trastorno psiquiátrico comorbido podría evitar un número importante de complicaciones a nivel individual, familiar y social, encaminando al paciente a una auténtica rehabilitación, por lo que recomendaría que los todos servicios de atención psiquiátrica, establezcan normas de diagnósticos que permitan la identificación de esta asociación, que aparte de obstaculizar la rehabilitación funciona como reforzador de la conducta adictiva

MARCO TEÓRICO

El uso de la terminología en el abuso de sustancias es tan complejo como el problema en sí mismo y varía constantemente aun entre los profesionales de la misma área.

Es por estos que es muy importante unificar criterios en cuanto al nombre que perciben las sustancias que afectan a las funciones cerebrales.

La cuarta edición del manual de los trastornos mentales estadísticos (DSM-IV), eliminan el término “sustancias psicoactivas” refiriéndose a ello como “sustancias”. (4)

Una de las reacciones del término “psicoactivo” que es con su utilización se corre el riesgo de limitarse únicamente a aquellas sustancias que tienen como efecto primario la alteración del funcionamiento cerebral por ejemplo la Cocaína.

El concepto de sustancias psicoactivas no incluye los conceptos capaces de interferir en la actividad cerebral normal como los disolventes orgánicos, que pueden ingerirse voluntariamente en forma accidental. Tampoco es posible diferenciarlas sustancias ilegales de las legales, ya que algunas de estas se obtienen a menudo de forma legal y se utilizan sin prescripción médica y es preferible hablar de sustancias que de drogas, ya que este último término implica una manipulación química y muchas de las sustancias de las que se abusa se obtienen de forma natural por ejemplo: Opio, o no están pensadas para el consumo humano como los pegamentos.

Estudios realizados por Crowley Et al (1974), Rouncesville (1982). Helzer y Pryzbeck (1988), demostraron la prevalencia de diagnósticos Psiquiátricos en consumidores de sustancias.

Regier, Et al (1990), observó en una investigación de alcohólicos que estos presentaron de dos a tres veces más trastornos mentales que en un grupo control de no alcohólicos de la misma comunidad.

Christie (1988) señaló que adultos jóvenes con cuadros depresivos o ansiosos, tienen el doble de riesgo de presentar algún tipo de consumo de sustancias.

Diversas investigaciones con alcohólicos, registran altos índices de depresión y abuso de otras sustancias (Winskur, Et al, 1970; Shuekit, 1986; Winskur, 1979; Johnson. Et al 1983).

Rouncesville (1982), en otros estudios encontró la relación entre el abuso del alcohol y depresión; personalidad antisocial y consumidores de opiáceos.

Así mismo se ha establecido correlación entre la depresión mayor y la adicción a la cocaína, alcohol y trastorno de pánico, adicción a diversas sustancias y esquizofrenia, trastorno de personalidad y abuso esporádico a diversas sustancias (E. Busto Et al 1995; Araujo L Et al 1996; Duncan Et al 1995; Pickens W, 1995).

Lehman A. F y Cols. (19889), al estudiar 435 pacientes que ingresaron a hospitales psiquiátricos en Ohio, EE. UU, encontraron que más de la mitad los pacientes con trastornos psiquiátricos severos presentaron trastornos por abuso de sustancias, y que la mitad de esos

pacientes presento síndromes psiquiátricos secundarios al abuso de sustancias.

En este sentido se abre una amplia gama de diagnósticos médicos psiquiátricos, desde los causados por la intoxicación aguda, la abstinencia o los efectos duraderos de la sustancia, hasta la asociación de trastornos de personalidad, depresión, ansiedad, conducta y otros.

En un estudio por obtener la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en pacientes usuarios de sustancias en el año de 1997 se captaron 373 sujetos de la consulta externa de los Centros de integración juvenil de diversas partes de la República Mexicana, se encontró que 253 sujetos que a más del uso de sustancias presentaban algún tipo de trastorno. Esto representa el 68% de comorbilidad en esta muestra y deja a 120 sujetos (32%) con diagnóstico de uso de sustancias únicamente.

En los casos con otros diagnósticos, la mayor frecuencia corresponde a los trastornos de personalidad con 109 sujetos (29%); el 21% (80 sujetos) presento trastornos psiquiátricos y el 16% (61 sujetos) que presentan uno o mas diagnósticos incluidos en una o más categorías clínicas.

Se observo que más frecuente que hallazgo de comorbilidad entre los poliusuarios y que los trastornos de personalidad representa la patología más frecuente.

Los trastornos de la personalidad antisocial y por dependencia tuvieron una frecuencia elevada que alcanzaron el 15% y el 14.6% respectivamente.

En general fue notoria la alta prevalencia de trastornos de personalidad el 56.7% de la muestra de esta representado por: personalidad

antisocial, personalidad dependiente, pasivo agresiva de evitación, no especificada y personalidad limite.

De acuerdo a la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV define a la enfermedad como el conjunto de síntomas cognoscitivo, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

Existiendo un patrón de repetida auto administración que al menudeo lleva la tolerancia, la abstinencia y una ingestión compulsiva de la sustancia. (17)

Los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-IV es la aspiración de un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos. Expresado por 2 o más de los ítems siguientes en algún momento dado de un periodo continuado de 12 meses:

1) Tolerancia definida por cualquiera de los ítems:

Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

El efecto de las mismas cantidades de las sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.

2) Abstinencia definida por cualquiera de los ítems:

Síndrome de abstinencia característico para la sustancia:

Se toma la misma sustancia o una muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que clínicamente se pretendía

4) Existe un deseo persistente de esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia por ejemplo visitar o varios médicos o desplazarse largas distancias; en el consumo de la sustancia por ejemplo fumar pitillo tras otro o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7) Se continua tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia por ejemplo consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuar ingestas de alcohol a pesar de que empeora una ulcera.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Presencia de un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un periodo de doce meses: (17)

1)- Consumo recurrente de sustancias que dan lugar al incumplimiento de obligación n el trabajo la escuela o en casa por ejemplo ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionado con el consumo de sustancias descuido de los niños o de las obligaciones de la casa.

2)- Consumo recurrente de la sustancia en sustancias en las que hacerlo es físicamente peligroso por ejemplo conducir un automóvil o accionar una maquina bajo los efectos de la sustancia.

3)- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia por ejemplo arrestos por comportamiento escandalosos debido a la sustancia.

4)- Consumo continuado de las sustancias. A pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia por ejemplo discusiones con la esposa acerca de la intoxicación o violencia física.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS GENERALES PARA UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

De acuerdo al DMS-1V los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir. Relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.

Los rasgos de la personalidad solo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. (18)

La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se adapta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas:

Cognoscitiva, afectiva de la actividad interpersonal o del control de los mismos (criterio A).

Este patrón persistente es flexible y se entiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (criterio B).

Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio C).

El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir con su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (criterio D).

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

Y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia por ejemplo drogas, medicación o la exposición de un toxico ni una enfermedad medica por ejemplo traumatismo craneal (criterio F).

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

La característica esencial del trastorno es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continua en la edad adulta (16)

Este trastorno también se ha llamado psicopatía. Sociópata o trastorno disocial de la personalidad

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

A)- un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de quince años, como lo indican tres o más de los siguientes ítems:

1.- El patrón de comportamiento antisocial persiste hasta la edad adulta no logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica actos que son motivo de detención.

2.- Deshonestidad indica por mentir repetidamente utilizar un alias estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer

3.- Impulsividad i incapacidad para planificar el futuro

4.- Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas o agresiones.

5.- Despreocupación imprudente por seguridad o la de los demás

6.- Irresponsabilidad persistente indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de las obligaciones económicas.

7.- Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado maltratado o robado a otros.

B).- El sujeto tiene al menos 18 años.

C.-Existen pruebas de al menos un trastorno de social que inicia antes de los 15 años de edad

D).- El comportamiento antisocial no parece exclusivamente el trascurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

A.- Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican 4 o más de los siguientes puntos: (19)

- 1) Sospecha sin base suficiente, que los demás se van a provechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
- 2) Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
- 3) Resistencia a confiar de los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizado en su contra.
- 4) En las observaciones o hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
- 5) Alberga rencores durante mucho tiempo por ejemplo no olvida los insultos injurias o depresión.
- 6) Perciben ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y hasta dispuesto a reaccionar con ira o contra atacar.

7) Sospecha repetida injustificadamente con su cónyuge o su pareja le es infiel.

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

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD.

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes ítems: (20)

- 1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
- 2) Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas por ejemplo es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas.
- 3) Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades no atribuible a necesidades económicas evidentes.
- 4) Excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores no atribuible a la identificación con la cultura o la religión.

Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.

Es rancio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que estos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás: el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.

Muestra rigidez y obstinación.

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

A- Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes puntos. (21)

- 1) Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de la familia.
- 2) Escoge casi siempre actividades solitarias.
- 3) Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
- 4) Disfruta con pocas o ninguna actividad.
- 5) No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
- 6) Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
- 7) Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

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

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD

A- Un patrón general de déficit sociales o interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco o más de los siguientes puntos: (22)

- 1) Ideas de referencia excluidas las ideas de referencia.
- 2) Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales por ejemplo: superstición, creer en la clarividencia, telepatía o sexto sentido, en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas.
- 3) Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
- 4) Pensamiento y lenguaje raros por ejemplo: vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado o estereotipado.
- 5) Susplicacia o idealización paranoide.

6) Afectividad inapropiada o restringida.

7) Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.

8) Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.

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

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

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos.

Como lo indican cinco o más de los siguientes ítems. (23)

No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de atención

La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.

3). Muestra una excepción emocional superficial y rápidamente cambiante.

4). Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre si mismo

5). Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.

6). Muestra auto dramatización teatralidad y exagerada expresión emocional

7). Es sugestionable, por ejemplo fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.

8). Considera sus relaciones más intimas de lo que son realidad

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

Un patrón general de grandiosidad en la imaginación o en el comportamiento. Una necesidad de admiración o de falta de empatía, que empieza al principio de la edad adulta y que se dan diversos contextos como lo indican cinco o más de los siguientes ítems: (24)

- 1) Tiene un grandioso sentido de auto importancia por ejemplo: los logros y capacidades, espera se reconocido como superior, sin unos logros proporcionados.
- 2) Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
- 3) Cree que es “especial” y único y que solo puede ser comprendido por, o solo puede relacionarse con otras personas o instituciones que son especiales o de altos status.
- 4) Exige una admiración excesiva.
- 5) Es muy pretencioso por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.

- 6) Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
- 7) Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
- 8) Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás lo envidian a él.
- 9) Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias.

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACION

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza el principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican 4 o más de los siguientes ítems: (25).

- 1) Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
- 2) Es reacio a implicarse con la gente si no estás seguro de que va a agradar.
- 3) Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
- 4) Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
- 5) Está inhibido en más situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
- 6) Se ve así mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
- 7) Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Una dependencia general y exclusiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación que empiezan al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco más de los siguientes ítems: (26)

- 1) Tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
- 2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
- 3) Tiene dificultades para expresar el desarrollo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación.
- 4) Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía.
- 5) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

- 6) Se siente incomodo o desamparado cuando esta solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
- 7) Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y apoyo que necesita.
- 8) Está preocupado de forma no realista por miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD

Un patrón general de la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco más de los siguientes ítems: (07)

- 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de ideación y devaluación.
- 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de si mismo acusada y persistentemente inestable.
- 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo por ejemplo: gastos, sexo, abuso de sustancias, condición temeraria, ataques de comida.
- 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

- 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo por ejemplo: episodios de intensa distrofia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días.
- 7) Sentimientos crónicos de vacío.
- 8) Ira inapropiada o intensa o dificultades para controlar la ira por ejemplo muestras frecuentes de mal genio, enfado contaste, peleas físicas recurrentes.
- 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

ETIOLOGIA

La fármacodependencia tiene una etiología multifactorial motivo por el cual es compleja de entender.

Los factores que intervienen en su presentación son individuales, los familiares, los sociales y los medioambientales a los que la mayoría de los especialistas consideran como predisponentes o favorecedores del problema. (5)

Si a esto se le agrega las diversas sustancias involucradas, las modalidades de las vías de administración, la interacción entre cada tipo de droga, el individuo que las consume y el medio ambiente, se hace necesario que el abordaje se haga por un equipo interdisciplinario, de manera integral, involucrando a la comunidad, tanto para las acciones preventivas, de detección oportuna, terapéuticas y de rehabilitación.

Los factores individuales, psicológicos y orgánicos incluyen las características de la personalidad, la ansiedad, el aburrimiento, la depresión, como otras psicopatologías, así como la tendencia o predisposición de algunos organismos a desarrollar dependencia: además junto con la curiosidad innata en el individuo, esta la intención de buscar sensaciones placenteras o de evitar algunas displácenteras y posteriormente la capacidad de aprendizaje para evitar los síntomas por la supresión de las drogas.

El papel de la familia es esencial en la etiología de la fármacodependencia, pues la psicodinamia de esta determina desde la primera infancia el tipo de vida del individuo y es el primer sistema de educación y fuente de valores para la persona, de modo que en ella recae la responsabilidad de mantener una cohesión para favorecer el desarrollo humano.

Hoy se piensa que el fenómeno de la fármacodependencia, el aprendizaje y por lo tanto el ambiente, juegan un papel muy importante en la auto administración de las sustancias: sin embargo es mejor comprendido si se toma en cuenta que las causas que determinan en las personas el fenómeno de la drogadicción son multifactoriales.

La tendencia a polarizar en algunos de los motivos todo el peso de la responsabilidad de este problema, a obscurecido la posible estrategia para combatirla; con frecuencia se enfatiza más en los síntomas que en las causas.

Existe la aceptación general de que son diversos los factores que influyen en el uso indebido de las drogas y que su interacción determina la complejidad de este problema multiaxial.

El ambiente, simboliza las influencias culturales que rodean al individuo, incluyendo las que se refieren a los patrones de consumo de drogas, como son la situación económicas, el grupo social en el que se busca satisfacer la necesidad de pertenencia, la aceptabilidad y la disponibilidad de la droga, así como los valores que prevalecen en el medio en que se desenvuelve, por lo que la fármacodependencia es un fenómeno cambiante con el tiempo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno de personalidad es frecuente encontrarlo como entidad psiquiátrica comórbida en los pacientes usuarios de sustancias complicando el pronóstico y tratamiento de estos mismos.

HIPOTESIS

H1: Es frecuente la presencia del trastorno de personalidad en pacientes usuarios de sustancias.

H2: El trastorno de personalidad antisocial es mayormente diagnosticado en los pacientes usuarios de sustancias.

OBJETIVO GENERAL:

Demostrar la frecuencia de los trastornos de personalidad como afección psiquiátrica subclínica de los pacientes usuarios de sustancias para así instalar modelos específicos de tratamiento integrado, encaminando de esta forma al paciente hacia la recuperación mejorando el pronóstico a corto, mediano y largo plazo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.- A través de la entrevista clínica, la realización de pruebas psicológicas, la observación y fuente de información a familiares de primer orden; se detectara si existe algún trastorno de personalidad comórbida psiquiátrica.

2.- Se identificaran los diversos trastornos de personalidad a través de la técnica anteriormente mencionada con la finalidad de tratar íntegramente al paciente.

3.- Se identificaran la incidencia del trastorno de personalidad en los pacientes usuarios de sustancias.

METODOLOGIA

UNIVERSO DE TRABAJO

Se seleccionaron treinta pacientes, veinte de ellos: que acudieron al instituto de Salud Mental ISESALUD MEXICALI BAJA CALIFORNIA, especialmente al servicio de desintoxicación y los otros 10 se encuentran internados en el Centro de Rehabilitación para enfermos adictos San Luís Río Colorado Sonora, los pacientes tienen que ser exclusivamente usuarios de sustancias adictivas; se les practico historia clínica psiquiátrica completa, exploración físico neurológica, evaluación psicológica integral que incluye la entrevista psicológica, los test psicológicos; inventario multifasico de la personalidad de Minnesota (MMPI) y el test de casa-árbol-figura humana (HTP). Se tomaran en cuenta para la realización del diagnostico los criterios del manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSMIV/APA).

SLECCION DE POBLACION

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Sexo indistinto
- 2.-Pacientes de entre 18 y 55 años
- 3.- Pacientes adictos a cualquier sustancia adictiva.
- 4.-Pacientes que se encuentren en abstinencia de la sustancia de cuando menos 30 días.
- 5.- pacientes que acepten por convicción personal ser sujetos a estudios.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Menores de 18 años y mayores de 55 años
- 2.- Estado psicótico agudo o retraso mental
- 3.- Síndrome de abstinencia y/o intoxicación aguda
- 4.- Pacientes que no deseen ser sujetos de estudio

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1.- Alteración por distorsión de la Historia Clínica Psiquiátrica.
- 2.-Sujeto que se arrepienta de ser estudiado.

DESCRIPCION DEL TIPO DE ESTUDIO Y DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA SU REALIZACION.

1.- **ENTREVISTA CLINICA:** Se utilizara la entrevista con el propósito de obtener información como el componente principal de la evaluación. Clínicamente precede, acompaña y sigue el tratamiento, en términos más simples la entrevista no es nada más que una conversación que tiene un propósito o una meta.

2.- **OBSERVACION:** Este procedimiento va conjuntamente con la entrevista clínica. Consiste en observar el comportamiento de las demás personas como el aspecto más fundamental de la evaluación interpersonal todos basamos muchísimos de nuestro juicios personales sociales de la evaluación informal cuya parte principal depende de la apariencia y de las acciones de los demás registrando en una hoja de anotaciones la gran gama de conductas observadas como movimientos corporales, lenguaje, actitudes, atención, concentración, efectos y apariencia física.

3.- **PRUEBAS PSICOLOGICAS:** A) inventario multifasico de la personalidad de Minnesota (MMPI). Es una prueba objetiva que consta de 566 frases afirmativas alguna de ellas repetidas que incluyen una gran variedad de temas: actitudes sexuales. Sociales, religiosas y políticas: preguntas sobre evaluación, ocupación y familia: síntomas psicossomático, desordenes neurológicos y trastornos motores: estados obsesivos y compulsivos, ilusiones, alucinaciones, fobias y tendencias sadomasoquistas.

En este test se describen dos escalas: la escala de validez y escala clínica.

El primer interés del examinador debe orientarse a la revisión de las llamadas escalas de validez (escalas L, F, K) estas escalas representan escalas sobre el descuido, la comprensión, el fingimiento y las actitudes que adopta el examinando al contestar el inventario.

La escala "L" evalúa el grado de franqueza del examinado durante la aplicación, intención de causar buena impresión y de negar faltas, ingenuidad psicológica, convencionalismo, rapidez y sobre valoración de uno mismo.

También características neuróticas, falta de comprensión de diferentes problemas de somatización.

La escala "f" evalúa la validez total del instrumento.

La escala "k" evalúa a los de alta puntuación como emprendedoras, ingeniosas, dinámicas, enérgicas, racionales, con mucha iniciativa y versátiles. En cambio, una baja puntuación caracteriza a sujetos desconfiados, inhibidos, superficiales, sumisos, con personalidad desorganizada y con un concepto muy pobre de sí mismo.

ESCALAS CLINICAS: 1A 1-Hs: es la escala de hipocondriasis, la 2-D la escala de depresión, la 3-Hi la escala de histeria, la 4-Dp la escala de desviación psicoática, la 5-Mf la escala de masculino-femenino, la 6-Pa la escala paranoia, 7-Pt la escala de psicastenia u obsesivo-compulsivo, la 8-

Es la escala de Esquizofrenia, la 9-Ma la escala de hipomanía, la 0-Is la escala de introversión social.

B) Test de la casa, árbol y persona (HTP). Estas pruebas permiten observar la visión que el sujeto tienen de sí mismo: de su ambiente de las cosas que para él son importantes; cosas que enfatiza o rechaza.

Esto es posible porque los tres dibujos están fuertemente matizados por experiencias emocionales, desde época muy temprana, hasta el momento en que el sujeto se encuentra. Siempre el mismo orden, casa, casa, árbol, persona.

METODOS DE OBTENCION DE INFORMACION Y ANALISIS DE LOS DATOS

A través de dos recursos humanos un psicólogo y un médico residente de psiquiatría, se identifican treinta pacientes; veinte de ellos que ingresaron al instituto de salud mental DIF Mexicali B. Cfa. Del 01 de enero de 1999 al 31 de noviembre del mismo año, los otros diez se captaron del centro de rehabilitación para enfermos fármacodependientes San Luís Sonora.

En el mismo intervalo se realizo lo siguiente, historia clínica psiquiátrica, la observación y los test Psicológicos: inventario multifasico de la personalidad de Minnesota (MMPI) y el test casa-árbol-persona (HTP).

Se encontró en el test MMPI que nueve pacientes invalidaron esta prueba; esto significa que obtuvieron puntaje en la escala F de T 70-80, sugiriendo un psicograma de una personalidad con mal funcionamiento del ego, falta de interés, falta de cooperación, mala interpretación del material leído.

Sugiere problemas poco usuales y sentimientos propios de psicosis o neurosis severa

Pensamiento inusual o marcadamente inconventional, puede presentarse en personalidades rebeldes, solitarias, antisociales de tipo esquizoide y autodevaluacion.

Otros siete pacientes obtuvieron puntaje en la escala clínica 8(Es) esquizofrenia en la puntuación T 74- observándose a este nivel un psicograma caracterizando a una personalidad con mentalidad esquizoide:

inusuales, acéntricos, pero pueden mantener adaptación social y vocacional, siempre y cuando el perfil en su totalidad no sea muy elevado.

Se encuentran también socialmente introvertidos, es decir, se relacionan muy pobremente y tienden a evitar la realidad o las presiones de la realidad y presentan impulsos inaceptables buscando realización en sus familias. No saben que es lo que esperan de ellos. Aun en las relaciones interpersonales más sencillas.

En cinco pacientes se observo mayor puntaje en la escala clínica 9 (Ma) manía en el puntaje T 70-85 al presentarse la elevación de este nivel existe la posibilidad de que se trate de una desadaptación hiperactiva con agitación marcada, irritabilidad y agresividad irracional ante la mas mínima frustración Las personas con esta elevación son inquietas, impulsivas, establecen relaciones personales caracterizadas por la superficialidad en forma rápida son entusiastas, temporales, de empresas y propósitos efímeros.

En cuatro pacientes se observo mayor puntuación en la escala clínica 7(Pt) psicastenia en la puntuación T85-a este nivel se presenta un cuadro caracterizado por meditación, temores, posibilidad de obsesiones, compulsiones o fobias, sentimientos de culpa, ansiedad y tensión que imposibilita la vida rutinaria.

Constante repetición de problemas y soluciones posibles. Exagerado uso de intelectualización, aislamiento y racionalización.

La escala parece reflejar la estructura de personalidad básica de estos pacientes. Ansiedad, fobias, baja confianza en ellos mismos poca estimación de sí mismos. Excesiva sensibilidad, temperamentales, ineficiencia general.

Tres pacientes presentaron mayor puntaje en la escala clínica 4(Dp) desviación psicopática en el puntaje T70-79 a este nivel se encuentran individuos rebeldes, resentidos e inconformes, son personas con tolerancia a la frustración limitada, insatisfechas e inadaptadas a la sociedad, además se observan impulsivas sus relaciones interpersonales. Son superficiales y tienen conflictos en el grupo social.

Dos pacientes presentaron mayor puntaje en la escala 2(D) depresión en puntaje T 70-79 y T 80 este grupo está formado por pacientes con niveles de depresión clínicamente significativos, por su importancia, se preocupan por minuciosidad.

Los pacientes psiquiátricos caen dentro de esta posibilidad. La molestia expresada por esta elevación ofrece la motivación necesaria para sugerir un pronóstico favorable. Si no se observan signos de depresión a esta altura de la escala o arriba de este nivel debe evaluarse al paciente en búsqueda de rasgos suicidas.

Se encuentran pacientes con depresión severa. Preocupación extrema y pesimismo, se caracterizan por conducta indecisa y aislamiento, anorexia e insomnio, sentimientos de inadecuación y depresión y las elevaciones superiores presentan cuadros de apatía extrema y reacciones psicomotoras lentas.

ESTRUCTURA GENERAL DE LA PERSONALIDAD

Se encontró que en 16 usuarios de sustancias predomina una personalidad inaccesible y defensiva por su oposicionismo e inconformidad, donde el control de su fuerza Yoica es débil por lo que existen sensaciones de inminente rompimiento de las defensas inhibiéndolo constantemente, es infantil, inseguro e inmaduro por lo tanto muy dependiente.

No se compromete pues su narcisismo y egocentrismo se lo impiden tornándose rígido y desconfiado, esto pudiera ser debido a que sufrió experiencias traumáticas desde edad temprana y busca protegerse. Como rasgo predominante se encuentra la compulsión.

Existen muchos deseos de adaptarse pues la insatisfacción del ambiente provoca sentimientos de presión y encierro así como gran frustración, razón por la que tienen sentimientos de inadecuación reflejando inadaptación y que además rechaza los aspectos convencionales del medio. Son pacientes que sienten falta de afecto en el hogar y un rechazo de este y de su propia vida es por ello que no mejora la situación en la familia. Viven en constante sentimiento de culpa ocasionando sentimientos de inferioridad, sus expectativas carecen de ambición y esperanza.

Son pacientes desconfiados debido a la hipersensibilidad que tienen a la crítica social aunque existen fuertes preocupaciones por las relaciones interpersonales, su contacto es superficial pues hay falta de satisfacción

genuina en las relaciones con los demás. Por lo tanto se infiere un marcado sentimiento de inadecuación social.

Tiende a ser agresivo, impulsivo y hostil.

Hay preocupaciones y dificultades con la motivación sexual relacionados por su inmadurez psicosexual o bien por sentimientos e inadecuación sexual. Pues la necesidad de demostrar virilidad se pueden captar significativos rasgos de tendencias homosexuales.

Es emocionalmente hábil y se caracteriza por su afecto inapropiado

**EN ESTA INTREGRACION DE AMBAS PRUEBAS
PSICOLOGICAS SE ENTRARON LOS MECANISMOS DE
DEFENSA SIGUIENTES:**

Regresión

Oralidad

Fantasía

Evasión

Represión

**ASI COMO LOS RASGOS PATOLOGICOS PREDOMINANTES
SIGUIENTES:**

Tendencias Esquizoides

Paranoia

Ansiedad

Condición Psicosomática

Tendencias Depresivas

Tendencias Obsesivo-Compulsivas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos en este estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

La presencia de trastornos psiquiátricos en sujetos usuarios de sustancias tienen una elevada frecuencia. En el estudio de treinta casos se obtuvo 80% de comorbilidad, esto habla de una relación importante entre el consumo de sustancias adictivas y la prevalencia de trastorno psiquiátrico

La gama de trastornos psiquiátricos coexistentes en el uso de sustancias es muy amplia e incluye trastornos de patologías muy diversas.

Con base en el DMS 1V, los diagnósticos más frecuentes son los familiar, escolar, laboral, o social, esto hace ver el efecto nocivo del consumo de sustancias adictivas en el desarrollo del individuo.

Los trastornos de personalidad que fue el objetivo a determinar en este estudio en 16 pacientes (53%) con predominancia del trastorno antisocial de la personalidad en 07 casos (43%) siguiéndole el trastorno evitativo con 05 casos (31%) y en tercer lugar el trastorno dependiente de la personalidad en 04 casos (25%).

El punto anterior hace ver el elevado riesgo que existe en los usuarios de sustancias de presentar alteraciones duales que repercuten tanto en la evolución del problema como sobre el tratamiento de cada caso

En suma de todos los puntos tratados, obliga al planteamiento de la necesidad de mejoras en los programas de diagnósticos y tratamiento, que considere un enfoque integral para abordaje del problema de la fármacodependencia

DISCUSION

En investigaciones previas a este estudio se observa una alta incidencia de comorbilidad psiquiátrica con predominancia significativa de los trastornos de personalidad, apareciendo el trastorno de la personalidad antisocial y el trastorno de la personalidad por dependencia como de mayor prevalencia, esto explica el elevado índice de deserción de los propios pacientes al abandonar el tratamiento, obscureciendo luego entonces el pronóstico del mismo.

Gran mayoría de los profesionistas de la psique manifiestan aversión ante el paciente adicto, dejándose llevar básicamente por las conductas antisociales y por ende se limita únicamente a la labor de la desintoxicación dando aquí por terminada su actuación.

Difícilmente el profesionista de la psique investiga que hay detrás del dolor, que trastorno psiquiátrico subclínico yace al lado de enfermo adicto. Informes estadísticos en trabajos de investigación realizados en diversas partes del mundo ponen en evidencia la existencia de un trastorno psiquiátrico adicional en usuarios de sustancias.

Así como las sociedades actuales se ven asoladas por el terrible mal de la fármacodependencia, repuntando a este como un fenómeno ubicuo y preocupante a nivel mundial, realiza esfuerzos para su comprensión y prevención; los profesionistas de la psique deberán también aunar esfuerzos conjuntos para el control integral de este trastorno.

Los sociólogos identifican al trastorno como un fenómeno social, como aquella que ha dañado el organismo y la mente del enfermo que a través de su trascendencia y la interacción social invade y se propaga a otros individuos, haciendo énfasis en su tratamiento sobre el rompimiento de la trama:

Agente exterior, refiriéndose a la sustancia: medio facilitador, refiriéndose al medio sociocultural, y la importancia para el psicoterapeuta, el ser humano cuya estructura del carácter lo hace vulnerable a causa de crisis vitales o psicológicas.

Este estudio demuestra resultados que solo 6 casos de los treinta pacientes investigados presentaron fármacodependencia pura, pero en el análisis de su personalidad se encontraron serios conflictos psicológicos de la estructuración y desarrollo de su personalidad, aunque no reunieron criterios clínicos para un diagnóstico psiquiátrico se encontró una vulnerabilidad psicológica para continuar y reforzar la conducta adictiva.

Los otros veinticuatro casos que presentaron positividad para un trastorno psiquiátrico dual integra el ejemplo clásico de que existen alteraciones en la personalidad que los sociólogos mencionan en su trama donde le tocaría a los psicoterapeutas profundizar en este punto. Creando con esto varias alternativas de tratamiento para el adicto.

PROPUESTAS

1.- Identificar en el paciente usuario de sustancias, trastornos psiquiátricos adyacentes que vendría a complicar el diagnóstico correcto, pronóstico y tratamiento integral del mismo.

2.- Establecer en los Centros de Salud Mental un equipo multidisciplinario integrados por un psicólogo, un psiquiatra, y un trabajador social, operando en forma coordinada, para la atención ideal del paciente fármacodependiente, en donde estos ayudarían a establecer el diagnóstico, a enriquecer el tratamiento y mejorar el pronóstico del mismo.

3.- Establecer modelos terapéuticos específicos en cada caso en particular.

4.- Captar grupos homogéneos para integrarlos a un programa psicoterapéutico.

5.- Identificar en el paciente con trastorno de personalidad, los factores de riesgo para el inicio en el consumo de sustancias.

6.- Educar y concientizar al profesional de la salud mental acerca de la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos en el usuario de sustancias.

ANEXOS

DEFINICION DE TERMINOS

DEPENDENCIA PSICOLOGICA: Es la necesidad emocional compulsiva de un individuo de usar una sustancia para sentirse bien, aunque fisiológicamente no le sea necesario y su ausencia no desencadena el síndrome de abstinencia.

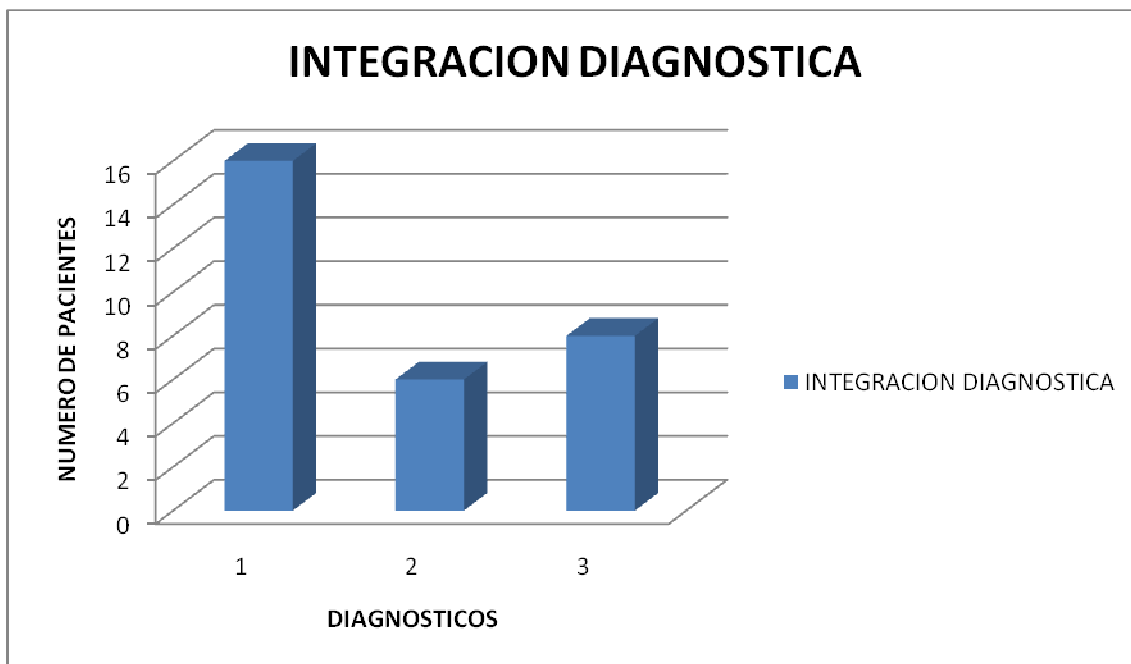
DEPENDENCIA FISICA: Es el estado de adaptación biológica de un organismo que necesita la presencia de una sustancia para seguir funcionando normalmente y su supresión desencadena el síndrome de abstinencia. (6).

SINDROME DE ABSTINENCIA: Es el conjunto de manifestaciones clínicas fisiológicas y psicológicas como molestias que sufre el individuo que ha desarrollado dependencia física a una sustancia cuando la suspende bruscamente.

TOLERANCIA: Es la capacidad que tiene el organismo de adaptarse a los efectos de las sustancias lo que implica la necesidad de aumentarla dosis para obtener resultados de igual magnitud esto es lo que hace que el adicto utilice “sobredosis” no tanto por error o intención sino por necesidad, lo cual puede llevarlo a la intoxicación y frecuentemente a la muerte.

COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN ADICCIONES: Se entiende como la presencia simultánea de trastornos mentales en el abuso de sustancias en la misma persona.

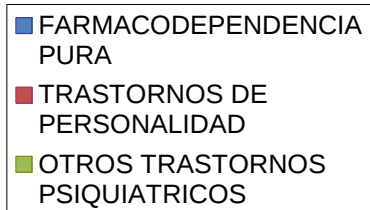
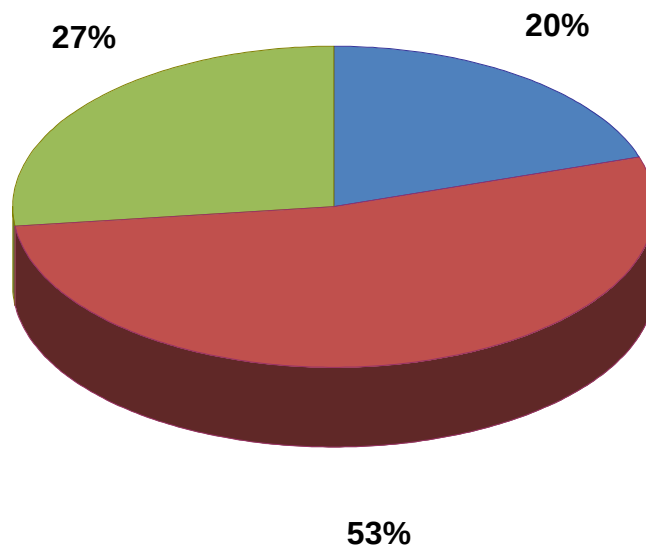
FARMACODEPENDENCIA: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como el estado psicofísico causado por interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificación del comportamiento y por estas reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

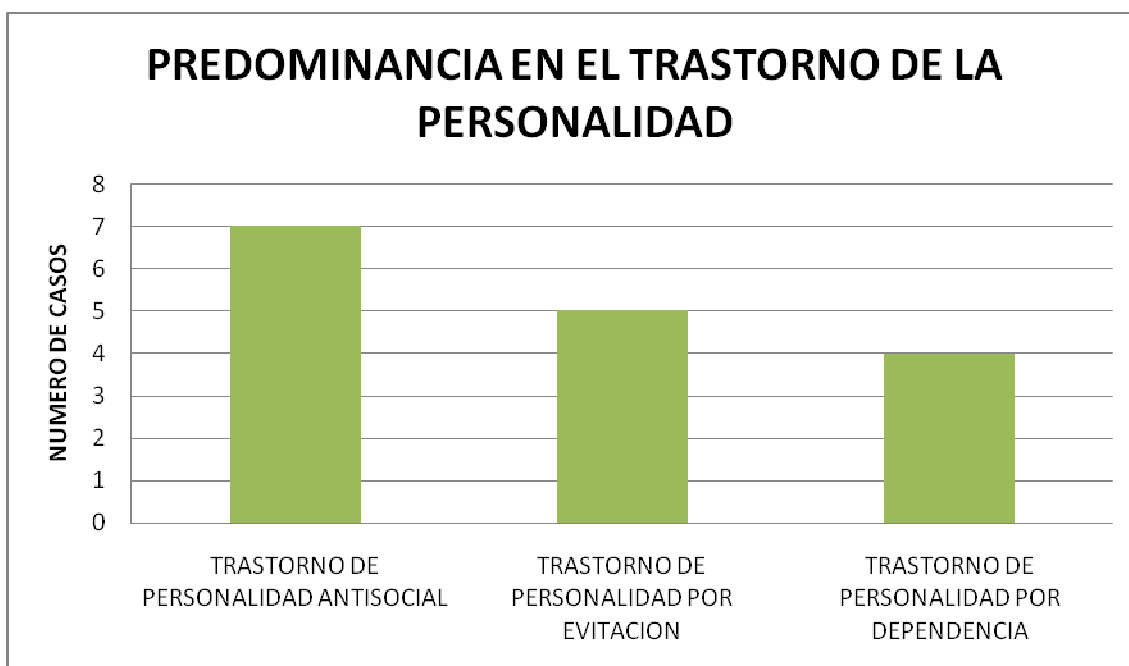


EN LA ABSCISA SE REFIERE LOS TRASTORNOS DE
PERSONALIDAD COMO DIAGNÓSTICOS ADYACENTES EN LOS
TREINTA CASOS REALIZADOS.

1. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD ENCONTRADOS
2. CANTIDAD DE CASOS DE FARMACODEPENDENCIA PURA
3. OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

INTEGRACION DIAGNOSTICA





BIBLIOGRAFIA

1. DIAZ MARTINEZ LEONILA. (1998). TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN CONTINUA. Asociación Psiquiátrica Mexicana: 43.
2. SOLIS ROJAS LUIS. (1998). COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN FARMACODEPENDENCIA Y ALCOHOL PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN CONTINUA EN PSIQUIATRÍA. Asociación Psiquiátrica Mexicana: 27.
3. GUIZA CRUZ VÍCTOR MANUEL. (1996). COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN 373 CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. REFLEXIONES EN TORNO A LAS ADICCIONES: 75.
4. RODRÍGUEZ VERDUGO MARÍA SOLEDAD. (1996). ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN CONTINUA. Asociación Psiquiátrica Mexicana: 40.
5. RIQUELME GARCÍA EDUARDO. (1998). COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN 373 CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. Reflexiones en torno a las adicciones: 83
6. DE LA FUENTE RAMÍREZ JUAN RAMÓN. (1995). PROGRAMA CONTRA LA FARMACODEPENDENCIA CONADIC: 20.
7. MILLION THEODORE Y COLS. (1995). TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. Manual Diagnostico y de Estadísticas DSM-IV: 908.
8. C. DE CASARINO ETHEL. (1996). FACTORES PSICOLÓGICOS TEMPRANOS EN LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD DEL ADICTO. Drogadicción: 71
9. ALCARAZ VÍCTOR M., COLOTA VICTOR A., LATIS VICTOR G. (1995). APLICACIONES DE LA FARMACOLOGÍA CONDUCTAL A LOS PROBLEMAS DE LOS ADICTOS A LAS DROGAS. Drogas y conductas: 81.
10. VEGA FUENTE ARMANDO (1994). MARCO JURÍDICO DE LAS ADICCIONES. Las Adicciones: Un problema social: 156.

11. MORENO BREAR R., ROJAS CORRALES GILBERT, RAHOLA J. (1999). INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE METADONA CON PSICOFÁRMACOS. Actas Españolas de Psiquiatría: 133
12. OCHOA MANGADO E. (1999) LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL O DROGAS. Actas Españolas de Psiquiatría: 69.
13. LINO DÍAZ, BARRIGA SALGADO. (1998). EL ESTIGMA SOCIAL Y PSICOLOGICO COMO OBSTACULO PARA LA REINTEGRACION. Reflexión en torno a las adicciones: 19.
14. PASCUAL BLANCO YOLANDA. (1998). ASPECTOS PSICODINAMICOS DE LA ADICCIÓN A LAS SUSTANCIAS PSICOLÓGICAS. Reflexiones en cuanto a las adicciones: 33.
15. MUSACCHIO DE ZAN AMELIA. (1996). DEPENDENCIA Y OBJETO TOTALITARIO. Drogadicción: 61
16. ROGER BLASHFIELD. (1995). TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD. Manual diagnostico y Estadístico de los Trastorno Mentales: 908.
17. SHUCKIT MARC ALAN. (1995). TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 181.
18. LARRY SEEVER. (1995). CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: 649.
19. GUNDERSON JOHN M.A ROBERT. (1995). TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD. Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos Mentales: 650.
20. STEVER LARRY. (1995). TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: 685.
21. BLASHFIELD ROGER. (1995). TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: 654.
22. JEAN FLESTER SUSAN. (1995). TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: 657.

23. PFOHL BRUCE. (1995). TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: 671.
24. SHEA TRACIE. (1995). TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 674.
25. SLEVER LARRY. (1995). TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN. Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos Mentales: 678.
26. A WIDIGER THOMAS. (1995). TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: 682.