

**PREVALENCIA Y RELACION DE ENFERMEDADES ORGANICAS Y  
NEUROLOGICAS EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DURANTE EL  
TRANSCURSO DE SU HOSPITALIZACIÓN EN LA CLÍNICA CENTRO MÉDICO  
INTEGRAL EL CABRERO (CEMIC) DURANTE EL AÑO 2016-2018**

**NORA CRISTINA AYOLA SERRANO  
BRANDON STEWART GOMEZ GARCIA  
MARIA PAULA IDARRAGA SALAZAR  
MANUELA GONZALES PATERNINA  
PEDRO ANDRES RIVERA VEGA**

**UNIVERSIDAD DEL SINU – SECCIONAL CARTAGENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**IX SEMESTRE**

**2018**

## **TABLA DE CONTENIDO**

- 1. TITULO**
- 2. INTRODUCCIÓN**
- 3. PROBLEMA**
  - A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
  - B) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**
  - C) DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**
- 4. OBJETIVOS**
  - A) OBJETIVO GENERAL**
  - B) OBJETIVO ESPECIFICO**
- 5. JUSTIFICACIÓN**
- 6. MARCO TEÓRICO**
  - A) ANTECEDENTES**
  - B) MARCO LEGAL**
  - C) MARCO TEÓRICO**
  - D) MARCO CONCEPTUAL**
  - E) HIPÓTESIS Y SISTEMA DE VARIABLES**
- 7. METODOLOGÍA**
  - A) TIPO DE INVESTIGACIÓN**
  - B) POBLACIÓN Y MUESTRA**

**C) TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

**D) TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE RESULTADOS**

**8. RESULTADOS ESPERADOS**

**9. PRESUPUESTO**

**10. CRONOGRAMA**

**TÍTULO:** Prevalencia y desarrollo de enfermedades orgánicas y neurológicas en pacientes psiquiátricos durante el transcurso de su hospitalización en la clínica Centro Médico Integral el Cabrero (CEMIC) durante el año 2016-2018.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, ha sido necesario tener un concepto claro sobre las enfermedades mentales que afectan a nuestra población, ya que erróneamente se ha tenido a lo largo del tiempo, un estigma sobre las enfermedades mentales, como aquel en el que se creía que estas eran perjudiciales, peligrosas, terribles y vergonzosas, haciendo que las personas con dichos trastornos mentales se comportaran de una manera desafiante ante el rechazo de la sociedad.

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario. Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, y resulta evidente que los mismos tengan un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida. Las enfermedades mentales abarcan una amplia variedad de trastornos, cada uno de estos se expresa de una forma clínica diferente, a ello se le suma que muchos pacientes psiquiátricos cursan con enfermedades orgánicas que pueden alterar o deteriorar su curso, es por ello que al tratar al paciente psiquiátrico se deben tener en cuenta los distintos factores que pueden agravar su situación neurológica.

El análisis de la asociación entre enfermedades psiquiátricas y no-psiquiátricas genera un ámbito de gran relevancia partiendo desde el punto de que es un ente que no ha sido evaluado con tal dedicación y amplitud como sea necesaria. Es por eso que hemos determinado el llevar a cabo un proyecto de investigación que evalúa el rango de amplitud que hay entre las enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas valorando los factores predisponentes entre cada una de estas que nos llevan a una mejoría o un empeoramiento del estado de salud de nuestros pacientes hospitalizados en la clínica centro médico integral el cabrero (CEMIC). Haciendo una evaluación rigurosa respecto a aquellas que son de mayor prevalencia y nos conllevan a un estado de salud afectado o no, a causa de esta patología presente, para así poder determinar las medidas adecuadas para tomar el curso de nuestros pacientes y poderlos llevar a un estado mejor de salud donde puedan tener una vida saludable y desenvolverse en el mundo externo sin ninguna complicación, con confianza, tranquilidad y con las habilidades necesarias para poder llevar una vida digna con principios y valores fundamentales.

Dicho proyecto se llevara a cabo en el año 2016 a primer periodo del 2018, mediante la recopilación de los documentos necesarios en la clínica centro médico integral el cabrero, donde pudimos relacionar las patologías fisiológicas presentes

y las psiquiátricas por medio de los registros de los pacientes allí hospitalizados. De esta manera podremos desarrollar con eficacia nuestro proyecto de investigación brindando un resultado útil para nuestra sociedad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la última década el mundo de la psiquiatría ha avanzado enormemente gracias a las nuevas herramientas neuroimagenológicas que han hecho surgir más interrogantes que respuestas. Uno de estos interrogantes es como las enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas se encuentran fisiológicamente relacionadas. Sin embargo, en la ciudad de Cartagena, se tiene poco conocimiento respecto al estado de salud mental de los habitantes y su relación con otras morbilidades de tipo no – psiquiátrico. El ministerio de salud a través del Dadis, ha logrado recopilar y analizar los reportes de los distintos entes involucrados en la notificación de casos de salud mental, no obstante, no hay registro de comorbilidades en pacientes psiquiátricos. Es por esto que se requiere un estudio que recopile y analice esta información en la ciudad. Es importante conocer esta asociación de enfermedades ya que impactan directamente en la calidad de vida del paciente, permite diseñar estrategias para una intervención oportuna y puede disminuir a largo plazo el costo del tratamiento de este tipo de pacientes al realizar intervenciones tempranas que eviten la cronificación de determinadas patologías.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las enfermedades que tienen mayor prevalencia y la relación que existe entre ellas en los pacientes psiquiátricos hospitalizados en la clínica Centro Médico Integral el Cabrero (CEMIC) durante el año 2016-2018?

## **DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

La recolección de los datos se lograra en la Clínica Centro Medico Integral el Cabrero que es un grupo de profesionales altamente capacitado para preservar, mantener y cuidar la salud mental las 24 horas, al servicio de todos, con sentido de pertenencia, se encuentra ubicado en la Calle Real No.42-62 Barrio el Cabrero Cartagena

Es un centro médico científico reconocido por su mística y por ser artífice de relaciones médico/paciente de excelencia, entre los que se encuentran prestigiosos psiquiatras, terapeutas familiares, médicos generales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras y en general todo el personal, además que cuentan con la más alta calidad humana, necesaria para la pronta recuperación del paciente. En el año 2014 fue reconocido por el Dadis por reportar 924 casos de eventos relacionados con la salud mental en el distrito de Bolívar.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar aquellas enfermedades que tiene más prevalencia en el estado de salud de los pacientes psiquiátricos en la Clínica centro médico integral el Cabrero (CEMIC) durante el periodo correspondido entre el año 2016 a primer periodo del 2018.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las enfermedades psiquiátricas con mayor prevalencia en pacientes hospitalizados psiquiátricos
- Identificar las enfermedades orgánicas con mayor prevalencia en pacientes hospitalizados psiquiátricos
- Analizar si la presencia de las enfermedades orgánicas empeora el curso de las enfermedades psiquiátricas
- Analizar la frecuencia de pacientes psiquiátricos que cursan con enfermedades orgánicas
- Examinar los factores de riesgo que ayudan a la formación de las enfermedades psiquiátricas
- Determinar qué tipo de enfermedades aumentan el riesgo de muerte en los pacientes psiquiátricos
- Analizar la forma en que se instaura la enfermedad y el tiempo en que aparecen los primeros síntomas durante la estancia del paciente hospitalizado psiquiátrico

## **JUSTIFICACIÓN**

Existen un gran número de factores que ayudan a el desarrollo de una enfermedad psiquiátrica, uno de los factores de riesgo que hallamos en nuestra población fue la predisposición genética. Probablemente sea este uno de los factores que aparece con mayor frecuencia para el desarrollo de patologías psiquiátricas y este sea el foco que lleve al paciente a un estado de conciencia en el que no pueda reconocerse ni el mismo.

Es cierto que este tema tiene poco soporte de investigaciones con respecto a otras patologías que ocurren de forma frecuente en pacientes normales, pero es de importancia saber que además de que el paciente está cursando con una patología que deteriora su funcionamiento neurológico también existen en su curso otras

patologías que empeoran el pronóstico de estos pacientes y su asociación con ayuda de un mal cuidado y la no utilización de un tratamiento adecuado ayudan a el desequilibrio del paciente y muchas veces ocasionan la muerte.

Debido a esta problemática, ha sido de gran importancia e interés llevar a cabo este proyecto con el fin de poder suplir los vacíos existentes sobre dicha cuestión en los conocimientos de nuestra población y por ende poder buscar una mejor solución al cuidado de estos pacientes que tienen un factor predisponente para esta problemática que se evidencia cada día con mayor frecuencia en nuestro país.

## **MARCO TEORICO**

### **MARCO LEGAL**

#### **LEY 1616 DEL 21 DE ENERO DE 2013**

"Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones"

ARTICULO 1°. OBJETO. Garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 2°. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.

ARTICULO 3°. SALUD MENTAL. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

ARTICULO 4°. GARANTIA EN SALUD MENTAL. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

## **ARTICULO 5°. DEFINICIONES.**

1. *Promoción de la salud mental.* La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

2. *Prevención Primaria del trastorno mental.* La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo. Relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

3. *Atención integral e integrada en salud mental.* La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

4. *Atención integral e integrada en salud mental.* La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

5. *Trastorno mental.* Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

6. *Discapacidad mental.* Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples 2 ocasiones



comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales.

*7. Problema psicosocial.* Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

*8. Rehabilitación psicosocial.* Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad.

## **LEY ESTATUTARIA 1751 DEL 16 DE FEBRERO DE 2015**

Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

ARTÍCULO 1. OBJETO. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

ARTÍCULO 3°. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

ARTÍCULO 6°. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- *Disponibilidad.* El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;
- *Aceptabilidad.* Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida.
- *Accesibilidad.* Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, En condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;
- *Calidad e idoneidad profesional.* Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados

desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas.

### **PRINCIPIOS:**

- *Universalidad.* Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;
- *Pro homine.* Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.
- *Equidad.* El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;
- *Continuidad.* Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;
- *Oportunidad.* La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;
- *Prevalencia de derechos.* El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política.

## MARCO TEORICO

La definición de enfermedad mental, o trastorno psiquiátrico, es difícil de delimitar, ya que la psiquiatría en sí es la rama de la medicina que se enfoca en la parte humanística y antropológica de la medicina.<sup>28, 29, 30</sup> Es por esto, que la psiquiatría además de ser una rama de la medicina, es una construcción social, brindándole propiedades distintas de acuerdo al lugar donde se practique.<sup>28, 29, 30</sup> Sin embargo, esta gira en torno a unos pilares específicos, producto de varios procesos mentales llevados a cabo por distintos autores y filósofos y avalados por la comunidad médica.<sup>30</sup>

En años recientes, con el uso de técnicas avanzadas de neuroimagen, se ha iniciado una revolución dentro del estudio de la salud mental. Se han probado incorrectas algunas hipótesis como las del Dr. Thomas Szasz quien afirmaba que las enfermedades mentales son un imaginario impuesto por la sociedad para controlar las libertades del individuo. Se sabe hoy en día gracias a los logros en la neuroanatomía funcional y la psicopatología, que las enfermedades mentales son entidades reales<sup>30</sup> y poco comprendidas, que a raíz de esto, es difícil definir las ya que moran en el limbo entre la filosofía y la ciencia.<sup>28, 29.</sup>

Abordando la definición de enfermedad mental desde tres distintas visiones podemos darle forma al concepto definiendo lo que no es. Partiendo de la idea de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solo como la ausencia de una enfermedad. Otro punto de vista, sería mirar la enfermedad como un padecimiento o presencia de un sufrimiento, sin embargo, en psiquiatría muchos pacientes no son conscientes de su estado psicológico alterado,<sup>28</sup> haciendo así esta definición incorrecta. La tercera visión, es contemplar la enfermedad como un proceso patológico, siendo esta, la visión más acertada hasta el momento.<sup>28, 29, 30.</sup>

En psiquiatría, las anomalías de las funciones psicológicas (psicopatología) son consideradas como el fundamento de la enfermedad.<sup>29</sup> Frente a la dificultad de definir la enfermedad mental, los trabajos más recientes se orientan a la noción de incapacidad causada por una perturbación de las funciones (Hope, 2001).

Los especialistas que se desempeñan en esta rama de la salud, cuentan con dos textos guías que son aceptados universalmente para la clasificación de las enfermedades mentales y así, poder distinguir y delimitar una entidad de la otra. Estos textos son el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA), y el CIE-10 que es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades publicado por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Estos textos guías contienen un sistema de clasificación basado en unos criterios diagnósticos proporcionando así, un lenguaje común y estandarizado entre el gremio.

El DSM – IV cuenta con 17 categorías distintas que engloban los distintos tipos de enfermedades mentales. La clasificación de los diferentes trastornos mentales se divide de la siguiente manera: trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia; trastornos específicos; delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos; trastornos mentales debidos a enfermedad médica; trastornos relacionados con sustancias; esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; trastornos del estado de ánimo; trastornos de ansiedad; trastornos somatomorfos; trastornos ficticios; trastornos disociativos; trastornos sexuales y de la identidad sexual; trastornos de la conducta alimentaria; trastornos del sueño; trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados; trastornos adaptativos; y trastornos de la personalidad.<sup>30</sup>

Cada categoría a su vez se subdivide como ramas de un árbol y cada vez se hace más específico el diagnostico. A continuación se mencionan las categorías, se definen y se nombran algunas patologías de cada categoría según como aparece descrito en el DSM-IV.

### **TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA:**

La mayor parte de los sujetos con estos trastornos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta, En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

**Retraso mental:** Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa.

**Trastornos del aprendizaje:** Estos trastornos se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad.

**Trastorno de las habilidades motoras:** Incluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

**Trastornos de la comunicación:** Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, e incluyen trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivoexpresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado.<sup>30</sup>

## **TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO**

Estos trastornos se caracterizan por déficit grave y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Este apartado incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado. También se incluyen en este apartado los trastornos de comportamientos perturbadores: el trastorno disocial se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez. Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos<sup>30</sup>.

## **DEFINICIÓN DE DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS**

Este grupo de trastornos son secundarios a una enfermedad médica, al consumo de una sustancia o a una combinación de estos factores.

El delirium se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo, pero se diferencian en su etiología: delirium debido a una enfermedad médica, delirium inducido por sustancias (incluyendo los efectos secundarios de los medicamentos) y delirium debido a múltiples etiologías. Además, los cuadros en los que el clínico no es capaz de determinar la etiología específica del delirium se incluyen en este apartado como delirium no especificado, La alteración se desarrolla a lo largo de un breve período de tiempo, habitualmente horas o días, y tiende a fluctuar a lo largo del día. A través de la historia, del examen físico o de las pruebas de laboratorio se demuestra que el delirium se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, de la intoxicación por o la abstinencia de sustancias, del consumo de medicamentos o de la exposición a tóxicos, o bien a una combinación de estos factores. El delirium se acompaña con frecuencia de una alteración del ciclo sueño-vigilia. Esta alteración puede incluir somnolencia diurna o agitación nocturna y dificultad para mantener el sueño. En algunos casos se presenta un cambio radical del ciclo sueño-vigilia y del ciclo noche-día. El delirium se acompaña con frecuencia de alteraciones del comportamiento psicomotor

La demencia es causada por déficit cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria y que se caracterizan por el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de la memoria) que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías (p. ej., efectos combinados de una enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer). La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto. Si el déficit cognoscitivo se presenta exclusivamente durante el delirium, no debe realizarse el diagnóstico de demencia. Sin embargo, el diagnóstico de demencia y delirium podrá establecerse si la demencia está presente a veces, en ausencia del delirium. La demencia puede estimarse etiológicamente relacionada con una enfermedad médica, con los efectos persistentes del consumo de sustancias, o con la combinación de ambos factores. Para establecer el diagnóstico de demencia se requiere que el deterioro de la memoria sea el síntoma más precoz y prominente

El trastorno amnésico se caracterizan por una alteración de la memoria que puede ser debida tanto a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica como a la acción persistente de sustancias (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o la exposición a tóxicos). Dichos trastornos comparten un cuadro clínico caracterizado por el deterioro de la memoria y se diferencian según su etiología, Los sujetos con un trastorno amnésico tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y no son capaces de recordar acontecimientos pasados o información aprendida previamente, A menudo, el trastorno amnésico viene precedido por un cuadro clínico de confusión y desorientación, y posibles problemas de atención que sugieren un delirium. Durante los estados iniciales del trastorno es frecuente la confabulación, a menudo evidenciada por la narración de acontecimientos imaginarios que persiguen llenar las lagunas mnésicas, pero tiende a desaparecer con el tiempo. Por esta razón es importante recabar información de los familiares o allegados. La amnesia profunda puede dar lugar a desorientación temporoespacial, pero es rara la desorientación autopsíquica, que es frecuente en individuos con demencia, mas no con trastorno amnésico, La edad de inicio y el curso subsiguiente de los trastornos amnésicos puede ser muy variable, y depende del proceso patológico primario que ha provocado el trastorno. La lesión traumática cerebral, el infarto y otros acontecimientos cerebrovasculares, o tipos específicos de exposición a neurotóxicos (p. ej., envenenamiento por monóxido de carbono), pueden provocar el inicio agudo del trastorno amnésico

El trastorno cognoscitivo no especificado Esta categoría se reserva para los trastornos caracterizados por disfunciones cognoscitivas probablemente debidas a un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, pero que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos especificados anteriormente, como delirium, demencia o trastorno, amnésico, y que no estarían mejor clasificados como delirium

no especificado, demencia no especificada o trastorno amnésico no especificado. Para la disfunción cognoscitiva debida a sustancia específica o desconocida<sup>30</sup>

## **TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA**

Se caracteriza por la presencia de síntomas mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.

La característica esencial del trastorno catatónico debido a enfermedad médica es la presencia de catatonía que se estima debida a efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica. La catatonía se manifiesta con algunos de los síntomas siguientes: inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares, ecolalia o ecopraxia

La característica esencial del cambio de personalidad debido a enfermedad médica es una alteración duradera de la personalidad que se considera un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica. La alteración de la personalidad representa un cambio del patrón previo de personalidad del sujeto. En los niños puede manifestarse como una desviación acusada del desarrollo normal más que como un cambio del patrón estable de personalidad<sup>30</sup>

## **TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS**

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes, El sujeto aparece intoxicado o con otros síntomas relacionados con la sustancia cuando se espera de él el cumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o en casa

La característica esencial de la intoxicación por sustancias es la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión, Los



cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos (p. ej., agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después<sup>30</sup>

## **ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). El trastorno esquizoafectivo es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo. El trastorno delirante se caracteriza por al menos 1 mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia. El trastorno psicótico breve es una alteración psicótica que dura más de 1 día y que remite antes de 1 mes. El trastorno psicótico compartido es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar. En el trastorno psicótico debido a enfermedad médica se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica. En el trastorno psicótico inducido por sustancias se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico. El trastorno psicótico no especificado se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos específicos definidos en esta sección, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria<sup>30</sup>.

## **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO**

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.



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

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria). El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico. El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado<sup>30</sup>

## **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

La crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control. La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o

embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

Este grupo está compuesto por los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades sean de mayor importancia.

El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado. La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas. La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad). El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.<sup>30</sup>

## **TRASTORNOS SOMATOMORFOS**

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia). Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados (p. ej., bajo control voluntario). Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan

el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos. La agrupación de estos trastornos en un único grupo está basada más en la utilidad (p. ej., la necesidad de excluir enfermedades médicas ocultas o etiologías inducidas por sustancias) que en las hipótesis sobre etiologías o mecanismos compartidos. Estos trastornos se observan con bastante frecuencia en los centros hospitalarios. En este capítulo se abordarán los siguientes trastornos somatoformes: El trastorno de somatización (anteriormente histeria o síndrome de Briquet) es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y dolor. El trastorno somatomorfo indiferenciado se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten al menos 6 meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización. El trastorno de conversión consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones. El trastorno por dolor consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia. La hipocondría es la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales. El trastorno dismórfico corporal es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico. En el trastorno somatomorfo no especificado se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos<sup>30</sup>.

## **TRASTORNOS DISOCIATIVOS**

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En esta sección se incluyen los siguientes trastornos: La amnesia disociativa se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. La fuga disociativa se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva. El trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple) se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. El trastorno de despersonalización se caracteriza por una sensación

persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad. El trastorno disociativo no especificado se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico<sup>30</sup>

## **TRASTORNOS FACTICIOS**

Los trastornos facticios se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo. La apreciación de que un síntoma se ha producido de manera intencionada es posible tanto por comprobación directa como por la exclusión de otras causas. Por ejemplo, un individuo que acude por hematuria y se descubre que tiene anticoagulantes y niega haberlos tomado, mientras los análisis de sangre demuestran lo contrario. Los trastornos facticios son distinguibles de los actos de simulación. En la simulación el «paciente» también produce los síntomas de modo intencionado, pero su objetivo es fácilmente reconocible cuando se conocen sus circunstancias<sup>30</sup>

## **TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL**

En este conjunto se engloban las disfunciones sexuales, las parafilias y los trastornos de la identidad sexual. Las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales

Deseo: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo. 2. Excitación: Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia

Orgasmo: Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica. 4. Resolución: Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un período de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente

Las parafilias se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales. Estos trastornos producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Las parafilias incluyen el exhibicionismo, el fetichismo, el frotteurismo, la pedofilia, el masoquismo sexual, el sadismo sexual, el fetichismo transvestista, el voyeurismo, y la parafilia no especificada. Los trastornos de la identidad sexual se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo. El trastorno sexual no especificado se incluye para codificar trastornos de la actividad sexual que no son clasificables en una de las categorías específicas. Es importante tener en cuenta que las nociones de desviación, de estándares de la función sexual y de conceptos del papel sexual apropiado pueden variar entre las diferentes culturas

Existen dos componentes en el trastorno de la identidad sexual que deben estar presentes a la hora de efectuar el diagnóstico. Debe haber pruebas de que el individuo se identifica, de un modo intenso y persistente, con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que uno es, del otro sexo<sup>30</sup>.

## **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Nos enfocaremos en dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. En esta sección se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico<sup>30</sup>.

## **TRASTORNOS DEL SUEÑO**

Los trastornos del sueño están divididos en cuatro grandes apartados según su posible etiología. Los trastornos primarios del sueño son aquellos que no tienen como etiología ninguno de los siguientes trastornos: otra enfermedad mental, una enfermedad médica o una sustancia. Estos trastornos del sueño aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, que a menudo se ven agravadas por factores

de condicionamiento. A su vez, estos trastornos se subdividen en disomnias (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño) y en parasomnias (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia). El trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental consiste en alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable (a menudo trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad), que es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Probablemente, los mecanismos fisiopatológicos responsables del trastorno mental también afectan la regulación del ciclo sueño-vigilia. El trastorno del sueño debido a una enfermedad médica consiste en alteraciones del sueño como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica sobre el sistema sueño-vigilia. El trastorno del sueño inducido por sustancias consiste en alteraciones del sueño como consecuencia del consumo o del abandono de una sustancia en particular<sup>30</sup>

## **TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS**

La característica esencial de los trastornos del control de los impulsos es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. En la mayoría de los trastornos de esta sección, el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad. Cleptomanía. Se caracteriza por una dificultad recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor monetario. Piromanía. Se caracteriza por un patrón de comportamiento que lleva a provocar incendios por puro placer, gratificación o liberación de la tensión. Juego patológico. Se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptado, recurrente y persistente. Tricotilomanía. Se caracteriza por un comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión que provoca una perceptible pérdida de pelo. Trastorno del control de los impulsos no especificado. Se incluye para codificar los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios para cada uno de los trastornos específicos del control de los impulsos<sup>30</sup>



## **TRASTORNOS ADAPTATIVOS**

La característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante, La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional, Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante<sup>30</sup>

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección se exponen a continuación. El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás. El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional. El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención. El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. El trastorno de la personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control<sup>30</sup>.

Es este mismo lenguaje universal propuesto por los textos guías (DSM-IV y CIE10) que permite el estudio de las enfermedades mentales desde la epidemiología, al englobarlas y clasificarlas.<sup>28</sup>

Los estudios basados en la población proporcionan la comprensión de la necesidad de salud para una política de salud pública efectiva y planificación de servicios. Los trastornos mentales son una agenda importante pero, hasta hace poco, descuidada

en la salud global. La cobertura y las limitaciones en los datos epidemiológicos mundiales para los trastornos mentales limitan la capacidad de planeación alrededor de estos.<sup>11, 12, 14.</sup>

El estudio Global Burden of Disease (GBD) publicado en 1996 mostró que los trastornos neuropsiquiátricos representan más de una cuarta parte de todas las pérdidas de salud debidas a la discapacidad, más de ocho veces mayor que la atribuida a la enfermedad coronaria y 20 veces mayor que el cáncer. Estos hallazgos destacaron por primera vez el lugar central de los trastornos mentales en la salud de la población, así como la necesidad de una respuesta de los sistemas de servicios de salud. La información epidemiológica sólida sobre los trastornos mentales es un punto de partida esencial para esa respuesta política.<sup>13, 15, 16.</sup>

La búsqueda de una imagen integral de los trastornos mentales, sin embargo, ha variado enormemente en las regiones y en los trastornos. Los sistemas mundiales de vigilancia, como el Enfoque gradual de la OMS para la Vigilancia de los factores de enfermedad crónica (STEPS), las Encuestas de indicadores múltiples (MICS) y MEASURE Demographic and Health Surveys (DHS) Project ahora cubren un número de las principales causas de la carga de morbilidad en los países de bajos ingresos como son los países de América Latina y del Caribe, como Colombia. Estos sistemas proporcionan poca cobertura de los trastornos mentales y no existe un sistema mundial de recopilación de datos comparable para los trastornos mentales. Además, aún no existe un estándar global para la recopilación de medidas de salud o repositorio de datos transnacionales sobre trastornos mentales. La falta de indicadores estandarizados para este gran grupo de trastornos dificulta el desarrollo de una agenda global de salud global.<sup>11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.</sup>

Mientras que la investigación sobre los trastornos mentales de la población está aumentando en los países de Asia y América Latina, los estudios siguen siendo escasos en gran parte de África y Europa Central y Oriental.<sup>14, 15.</sup>

Los datos más completos encontrados en el estudio de Baxter, Amanda J., et al. "Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing?" *Advances in Pediatrics.*, U.S. National Library of Medicine, 2013, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691161/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691161/). fueron de América del Norte y Australasia con las tres patologías más comunes (episodio depresivo mayor, distimia, y trastornos de la ansiedad respectivamente) con una cobertura superior al 75% en adultos entre 18 y 80 años de edad. Hubo una cobertura de moderada a buena de Europa occidental y los países de altos ingresos de Asia Pacífico tanto para la depresión mayor (TDM) y como para la ansiedad, pero no para la distimia. En otras regiones, la cobertura de los trastornos mentales comunes fue escasa o nula. Para el 64% de la población mundial, con edades comprendidas entre 18 y 80 años, no había información sobre la prevalencia de trastornos mentales comunes.<sup>17, 18.</sup>



La información comparable a nivel nacional sobre los trastornos mentales en los países de ingresos bajos a medianos fue notable por su ausencia. Australasia y América del Norte proporcionaron los datos de prevalencia más completos para trastornos mentales comunes. A nivel mundial, la cobertura de la población para la distimia (29%) fue notablemente menor que la de los TDM y los trastornos de ansiedad (35% y 44%, respectivamente). La mayoría de la información sobre incidencia, remisión y mortalidad se encontró en Europa occidental y América del Norte, mientras que los datos fueron escasos o inexistentes para otras regiones, y particularmente para países de ingresos bajos a medianos<sup>14,17</sup>.

Esta descripción general ilustra las limitaciones globales y regionales en la cobertura de datos. Estas limitaciones se deben en parte a la falta de estudios, particularmente en países con pocos recursos. Además de la baja priorización de la investigación en trastornos mentales, sin embargo, hubo una gran variación en los métodos de estudio que afectan la precisión de las medidas epidemiológicas. La consistencia en la definición y medición de casos, y los procedimientos adecuados de muestreo e información, fueron las principales barreras metodológicas para recopilar información sobre los trastornos mentales<sup>16,18</sup>.

Más allá de la prevalencia, las definiciones coherentes y explícitas de desorden son esenciales para comprender el curso de la enfermedad, ya que los trastornos específicos dentro de una categoría de diagnóstico tienen diferentes riesgos para los resultados de salud. Por ejemplo, la depresión se asocia con un riesgo 50% mayor de mortalidad prematura cuando los casos se definen con una definición imprecisa de "trastorno depresivo". Sin embargo, cuando los estudios utilizaron definiciones explícitas de depresión mayor (MDD) y distimia, se encontró una diferencia clara entre MDD, que se asoció con un 92% mayor riesgo de mortalidad y distimia que no se asoció con un exceso de mortalidad.

Los indicadores estándar de trastorno mental aún no se han definido. Si bien los estudios transversales observacionales son ideales para medir la prevalencia actual, un período prolongado de recuerdo para establecer prevalencia de por vida da como resultado estimaciones bajas de prevalencia, ya que la consulta de síntomas anteriores puede provocar detalles insuficientes de inicio y coocurrencia de los síntomas y el deterioro para establecer el umbral clínico. Esta falta de normalización pone de relieve la urgente necesidad de que las partes interesadas, incluidas la OMS, otros organismos pertinentes de las Naciones Unidas y la Asociación Mundial de Psiquiatría, se comprometan a establecer indicadores internacionalmente comparables para los trastornos mentales<sup>17,13,12</sup>.

La Colaboración WMHS también ha comenzado a abordar la falta de investigación en países de ingresos bajos a medianos a través de ayudar a los investigadores a acceder a fondos y asistencia técnica para realizar encuestas de población. Las encuestas nacionales de salud mental se han llevado a cabo en más de 28 países con el objetivo de informar la política de salud pública. Además de proporcionar

datos para poblaciones subrepresentadas, tales encuestas de salud mental a gran escala ofrecen una oportunidad valiosa pero actualmente infrautilizada para recopilar datos longitudinales mediante el seguimiento de submuestras identificadas. Los datos recabados prospectivamente son necesarios para caracterizar el curso natural de la enfermedad, incluida la incidencia, la remisión y la duración, todo lo cual es relevante para estimar los recursos necesarios para proporcionar intervenciones. Más allá de los datos sobre la trayectoria de la enfermedad, los estudios prospectivos también brindan información sobre la duración de la enfermedad no tratada. El aumento del tiempo de tratamiento se asocia con peores resultados, por lo tanto, es necesario comprender el desfase entre el inicio de los síntomas y la búsqueda de tratamiento para reducir la duración de la enfermedad<sup>14,12,15</sup>.

En nuestro país se han llevado a cabo tres encuestas nacionales de salud mental (1993, 1997 y 2003), y en todas, aunque se ha recogido información acerca de la salud mental y factores relacionados, ha primado el interés por los trastornos psiquiátricos y su atención. También (por lo menos en los dos primeros estudios) lo relativo al consumo de sustancias psicoactivas. El estudio de 1993 entrevistó a una muestra conformada por 25.135 personas entre 12 y 60 años de edad, en hogares urbanos y rurales. Se basó en preguntas y escalas acerca de variables demográficas, apoyo de redes sociales, comunicación e integración familiar, satisfacción y otros factores psicosociales. También utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Zung; los cuestionarios de tamizaje para alcoholismo CAGE; de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos (SRQ), y para Niños (RQC). Tales instrumentos limitaron la posibilidad de certezas diagnósticas; sin embargo, se destacó un 7,9 % de prevalencia de vida de la morbilidad sentida, que se consideró subestimada; alguna probabilidad de trastorno mental, del 10,2%. De la morbilidad sentida recibió atención el 46,8%. En 1997, con base en la entrevista diagnóstica compuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS): CIDI-2, y a partir de criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión IV (DSM IV), en una muestra de 15.408 personas se encontró una prevalencia de vida del 30% para al menos un trastorno psiquiátrico. El 13,6% de las personas encuestadas expresó haber sentido la necesidad de consultar por problemas relacionados con la salud mental, de ellas un 67,5% tuvo acceso a la atención. Finalmente, en 2003, como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS, se encuestó a una población de 4426 personas entre 18 y 65 años de edad, en hogares urbanos de 60 municipios. La exploración se basó, así mismo, en el CIDI, en su versión computarizada (CIDI-CAPI). Se empleó, además, el WHO-DAS, un cuestionario para valoración de discapacidades, y se consideraron las condiciones crónicas. Se informó una prevalencia de vida para algún trastorno del 40,1% y la ausencia de tratamiento médico en el año previo al estudio, para el 75% de las personas con trastorno grave y para el 90% con trastornos moderadamente graves. Se encuestó complementariamente a una submuestra de 1520 adolescentes en 25 departamentos. Resultan evidentes las altas cifras de

prevalencia y las limitaciones en la accesibilidad a los servicios, hecho que incrementa la gravedad y persistencia de los trastornos mentales, y los costos (emocionales y económicos) para la familia y la sociedad. Lo anterior cobra su verdadera dimensión si se conoce que, en el mundo, las enfermedades mentales son la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) y, contando la carga generada por suicidio, la tercera, con una tendencia al incremento en las próximas décadas. El último estudio realizado por la OMS sobre este tema calculó que para el año 2020, las enfermedades mentales y neurológicas explicarán el 15% del total de AVAD del mundo, y que nuestro país presenta una de las prevalencias de patologías más altas, junto con Estados Unidos. En relación con los grupos etarios, el cálculo de la carga global de enfermedades para los países americanos de ingresos medios y bajos, como Colombia, muestra el impacto de estas en la población joven (de 15 a 29 años).<sup>24</sup>

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 arrojó distintos resultados dependiendo del grupo etario. Los resultados se describen a continuación<sup>24</sup>.

#### Niños y niñas (7-11 años)

En Colombia, el 13,7% (IC95%: 10,6-17,4) de la población en este grupo etario ha sido víctima alguna vez en su vida de desplazamiento forzado por violencia de cualquier tipo y el 10,9% reporta que el último cambio se relacionado con el conflicto armado o inseguridad. Así mismo, el 40,7% de los niños y el 29,8% de las niñas entre 7 y años presentan comportamientos violentos, y el 30,8% y 25,5% comportamientos de retaliación violenta, respectivamente; igualmente, ellos presentan más juegos (17,4 vs. 10,5 en ellas)<sup>24</sup>.

Al comparar por regiones, los comportamientos relacionados con violencia varían en estas, la mayor prevalencia se encuentra en la Pacífica, donde el 38,9% (IC95%: 33,5-44,7) de la población infantil presenta comportamientos violentos, y la menor, en Bogotá, donde el 27,6% (IC95%: 20,9-35,3) los presentan. Para comportamientos de retaliación violenta el 34,1% (IC95%: 29,5-38,9) de esta población en la región Atlántica, siendo el mayor y el menor en el 18,7% (IC95%: 13,3- 25,8) en Bogotá, y para juego brusco va de 19,7% (IC95%: 14,8-25,8), en la región Central, al menor, reportado 7,76% (IC95%: 5,69-10,5) en la Atlántica<sup>24</sup>.

#### Adolescencia (12-17 años)

El 29,3% de la población colombiana de 12 a 17 años ha tenido al menos una experiencia traumática a lo largo de su vida. La prevalencia de movilización forzada a lo largo de la vida en la población adolescente por cualquier tipo de violencia es del 18,3 y el 13,2% reportan haber sido movilizados la última vez por violencia relacionada con el conflicto armado o inseguridad. Y en la región Pacífica el 34,7% (IC95%: 24,4-46,5) de los adolescentes refieren haber cambiado de municipio

debido al conflicto armado alguna vez en la vida y el 35,6% (IC95%: 29,7-41,9) describen haber experimentado por lo menos un evento traumático<sup>24</sup>.

#### Adultos (18-44 años)

El 10,7% de los adultos entre 18 y 44 años reportan haber tenido una experiencia traumática relacionada con delincuencia común, el 7,9% con conflicto armado, el 7,7% de violencia intrafamiliar (de las cuales el 57,6% corresponden a violencia psicológica, el 69,5% a física y el 24,5% a sexual) y el 3,3% a violencia física no originada en el ámbito intrafamiliar. Además, el 18,7% de las personas han sido desplazadas por conflicto armado o inseguridad; el 13,5% corresponde al último cambio que hicieron. El 21,0% de la población adulta en este rango de edad reporta haber experimentado algún tipo de violencia en el ámbito escolar, siendo más frecuente este tipo de experiencias entre los hombres (26,7% vs. 17,0%). El 17,8% presencié actos de violencia física entre los padres, el 18,1% ha sido víctima de agresión física por otros compañeros de la escuela y el 6,8% describe haber experimentado agresión física por parte de sus profesores durante su infancia; la retaliación o la violencia como métodos de crianza alcanza son aceptados por el 10,8% y el 23,9% respectivamente, mientras que el 4,0% de los adultos acepta la violencia como método para obtener respeto o mediar problemas (tabla 5.36). Al realizar el análisis por regiones, para las personas que han tenido algún tipo de experiencia traumática, el 14,3% (IC95%: 11,7-17,3) de las personas de Bogotá reportan que han estado expuestas a algún tipo de violencia intrafamiliar, siendo el que más la presenta, y el 3,37% (IC95%: 2,4-4,6) de las personas de la región Atlántica, siendo los que menos reportan. De este mismo grupo de personas, el 9,47% (IC95%: 7,6-11,7) de la región Pacífica y el 9,4% (IC95%: 7,5-11,6) de la región Central reportan que han estado expuestas a conflicto armado; este disminuye para las otras regiones y el menor es en la región Atlántica, siendo del 5,46% (IC95%: 4,2-7,0) la población en este grupo etario<sup>24</sup>.

#### Adultos (45 años en adelante)

El 10,4% de los adultos de 45 años en adelante reportan haber tenido una experiencia traumática relacionada con delincuencia común, el 7,9% a conflicto armado, el 6,11% a violencia intrafamiliar (de las cuales 69,8% corresponden a violencia psicológica, el 75,9% a física y el 25,7% a sexual) y el 3,2%% a violencia física no originada en el ámbito intrafamiliar. Además, el 15,8% de las personas han sido desplazadas por conflicto armado o inseguridad; el 12% corresponde al último cambio que hicieron. El 20,3% de la población adulta en este rango de edad reporta haber experimentado algún tipo de violencia en el ámbito escolar, siendo más frecuente este tipo de experiencias entre los hombres (24,0% vs. 17,8%). El 21,0% presencié actos de violencia física entre los padres, el 12,9% fue víctima de agresión física por otros compañeros en la escuela y el 12,5% describe haber experimentado agresión física por parte de sus profesores durante su infancia; la retaliación o la violencia como métodos de crianza alcanza son aceptados por el 6,4% y el 22,0%,

respectivamente, mientras que el 4,7% de los adultos acepta la violencia como método para obtener respeto o mediar problemas<sup>24</sup>.

Por regiones

Al analizar por regiones, para las personas que han tenido algún tipo de experiencia traumática el 11,3% (IC95%: 9,01- 14,1) de las personas de Bogotá reportan que han estado expuestas a algún tipo de violencia intrafamiliar, siendo el que más la presenta y el 4,3% (IC95%: 3,04-6,07) de las personas de la región Pacífica, siendo el menor de los reportados. De este mismo grupo de personas, el 10,8% (IC95%: 8,88-13,1) de la región Oriental reportan que han estado expuestas a conflicto armado, este disminuye para las otras regiones y el menor es del 5,32% (IC95%: 3,7-7,5) en Bogotá<sup>24</sup>.

El estudio de la situación de salud mental en el país, como parte importante de la salud pública, ha sido objeto del interés nacional, en la medida en que se ha venido observando el incremento de la carga de enfermedad por los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia, los años de vida potencialmente perdidos por el suicidio, la prevalencia de consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, las elevadas cifras relacionadas con las diferentes formas de violencia y otros factores que inciden en el bienestar y la calidad de vida de las personas y su comunidad. Sin embargo no se cuentan con estadísticas específicas y de alta calidad, en especial para la región caribe<sup>24</sup>.

Las personas con enfermedades mentales graves tienen tasas aumentadas de enfermedad física en comparación con el resto de población y tienen una expectativa de vida reducida. Las personas con enfermedades mentales graves tienen mayor tasas de morbilidad y mortalidad de enfermedades cardiovasculares que la población en general, también tienen mayores tasas de enfermedades infecciosas, no diabetes insulino dependientes, enfermedades respiratorias, y algunas formas de cánceres (Dixon et al., 1999) e infección por VIH (Cournos et al., 2005). Se ha estimado que la esperanza de vida de las personas con esquizofrenia se reduce por 10 años (Newman y Bland, 1991). Estas altas tasas de morbilidad y mortalidad deben ser consideradas dentro del contexto de un aumento global en las tasas de enfermedades crónicas en países de alto, mediano y bajos ingresos como es el caso de Colombia, anteriormente expuesto<sup>11,13,14</sup>.

La enfermedad cardiovascular (ECV) actualmente causa 16.7 millones, o el 29.2% de todas las muertes a nivel mundial. Para 2010, ECV será la principal causa de muerte en los países desarrollados (OMS, 2003) y se está convirtiendo rápidamente en la principal causa de muerte en el mundo en desarrollo (OMS, 2005). Además de los factores de riesgo como la edad, el sexo y antecedentes familiares que no pueden modificarse, ECV también se asoció una serie de otros factores de riesgo, incluidos: obesidad, hipertensión, tabaquismo, diabetes, hiperlipidemia, falta de ejercicio y mala alimentación. Estos son todas condiciones y comportamientos de salud comunes en las personas con enfermedad mental grave y todo se puede



prevenir o minimizar (Harris y Barrowclough, 1998, Brown et al., 2000). Gente con enfermedad mental grave tienen tasas de ECV 2-3 veces mayor que la población general (Brown et al., 2000, Osby et al., 2000) y un estudio reciente sugirió que las mujeres con enfermedad mental grave tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades coronarias que los hombres (Goff et al., 2005)<sup>14,17</sup>.

El cáncer representa 7.1 millones o 12.6% de global muertes anuales, con el número de casos nuevos anualmente se estima que aumentará de 10 a 20 millones para 2020 (OMS, 2003). El consumo de tabaco es el factor causal más grande, seguido de una dieta deficiente e inactividad física. Se han reportado aumentos y disminuciones de las tasas de prevalencia de diferentes tipos de cáncer en personas con esquizofrenia en la literatura<sup>15</sup>.

Los investigadores han informado consistentemente tasas más altas de cánceres digestivos y de mama en personas con esquizofrenia (Schoos y Cohen, 2003) pero la investigación en cáncer de pulmón en personas con esquizofrenia es contradictorio. Brown y col. (2000) y Lichtermann et al. (2001) ambos encontraron tasas de mortalidad por cáncer de pulmón dos veces más altas en personas con esquizofrenia que en la población general. Sin embargo, en dos extensos estudios de cohortes realizados por Mortenson (1989, 1994), se encontraron tasas de cáncer de pulmón similares o inferiores a los que se ven la población general. Hipótesis tentativas sobre la posible razones de las tasas reducidas de cáncer de pulmón y otros cánceres en personas con esquizofrenia han sido postulados. Estos incluyen: muerte por otras causas (como ECV) antes de alcanzar la edad esperada de muerte por cáncer de pulmón (Casey y Hanson, 2003); un bajo diagnóstico de malignidades en esta población y la teoría de que la medicación antipsicótica tiene propiedades antitumorales (Cohen et al., 2002). El aumento de las tasas de cáncer de mama se cree que están asociados con altos niveles de prolactina causado por algunos medicamentos antipsicóticos e inadecuado cuidado de los senos (por ejemplo, no emprender el auto examen de manera regular). Los cánceres digestivos han sido asociados con una dieta pobre y altos niveles de consumo de alcohol (Casey y Hanson, 2003)<sup>16,17</sup>.

En el artículo por Robson, Debbie, and Richard Gray en el 2007 titulado "Serious Mental Illness and Physical Health Problems: A Discussion Paper." Publicado en el *International Journal of Nursing Studies* hablan acerca de otras patologías asociadas a enfermedad mental grave como son VIH, diabetes y enfermedades del tracto respiratorio<sup>11,12</sup>.

Las enfermedades mentales pueden afectar el comportamiento y el mecanismo de buscar ayuda de las otras personas. Por ejemplo, se ha sugerido que las personas con esquizofrenia son menos probable que informen espontáneamente síntomas físicos (Jeste et al., 1996). También pueden ser inconsciente de los problemas físicos debido a el déficit cognitivo asociados con la esquizofrenia (Phelan et al.,

2001), debido a una alta tolerancia al dolor (Dworkin, 1994) o debido a una sensibilidad al dolor reducida asociada con medicación antipsicótica (Jeste et al., 1996). Existen también las consecuencias socioeconómicas del sufrimiento de un trastorno de salud mental, como pobreza, vivienda deficiente, redes sociales reducidas, falta de empleo y oportunidades significativas de ocupación y estigma social, todo lo cual tiene un impacto en la salud física y el comportamiento de la salud física de personas con enfermedades mentales<sup>13,14</sup>.

Las causas de la salud física deficiente en personas con enfermedad mental grave son complejas e interactivas. Mientras que los efectos adversos de la medicación tienen un impacto significativo, comportamientos de salud en personas con enfermedades mentales y la falta de la capacitación que reciben los profesionales de la salud tiene un papel que desempeñar. Sin embargo no se pueden excluir factores genéticos y epigenéticos aun por comprender.<sup>15,16</sup>

A continuación se mencionaran algunas patologías físicas (orgánicas) frecuentes en los servicios de salud mental, junto a una breve descripción<sup>11,12</sup>

## **EPILEPSIA**

La epilepsia es una patología neurológica que se manifiesta clínicamente por crisis de repetición (síntomas y/o signos neurológicos positivos). Afecta a aproximadamente al 1% de la población y representa un problema importante de salud, con evidente repercusión en la vida laboral y social del individuo que la padece. Desde el punto de vista clínico se han definido más de 40 tipos de epilepsia en los seres humanos (ILAE, 1989).

En 1973, la Liga Internacional contra la epilepsia y la Organización Mundial de la Salud, publicaron un diccionario de epilepsia en el que se define a ésta como “una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes, debido a una descarga excesiva de neuronas cerebrales, asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas”

Por otra parte, la Comisión de Epidemiología y Pronóstico de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE, 1981) define a las crisis epilépticas como: “Manifestación clínica presumiblemente originada por una descarga excesiva de neuronas a nivel cerebral. Ésta consiste en fenómenos anormales bruscos y transitorios que incluye alteraciones de la conciencia, motoras, sensoriales, autonómicas, psicológicas, que son percibidos por el paciente o un observador”. El síndrome epiléptico se define como, “un trastorno cerebral caracterizado por un conjunto de síntomas y signos que se presentan habitualmente de manera conjunta y que pueden tener etiologías diversas” (ILAE, 1989). Por último, en el Estado Epiléptico (EE), se acepta la definición propuesta durante la X Conferencia Europea de Epileptología y Neurofisiología Clínica: ‘El EE define la presencia de crisis epilépticas lo suficientemente prolongadas o repetidas, a intervalos tan cortos, como para originar una situación epiléptica fija y duradera’. Tal concepto fue utilizado posteriormente

por la ILAE con mínimas modificaciones: 'Crisis tan prolongadas o repetidas que impiden la recuperación de la conciencia entre las. El status epiléptico tónico-clónico tiene una mortalidad del 10% y puede dejar secuelas neurológicas irreversibles.

El término epilepsia no se refiere a una enfermedad específica sino a un conjunto heterogéneo de trastornos neurológicos que representan una reacción anormal del cerebro a ciertos tipos de agresión.

La manifestación clínica de la epilepsia son las crisis epilépticas. La gran mayoría de los casos de crisis corresponden a la epilepsia del lóbulo temporal (ELT), cuya anomalía anatómica más habitual es la esclerosis del Hipocampo (Sloviter, 2008). La ELT es la forma más frecuente en los adultos, representando entre el 25 y 35% de los casos generales de epilepsia (McHugh & Delanty, 2008).

Ya en 1888 Jackson sugirió la posibilidad de que la región temporal mesial fuera el origen de un tipo de epilepsia, pero hubo que esperar 100 años para que el síndrome de ELT se aceptara como el prototipo de las epilepsias. El término tal cual se conoce fue establecido tras la lobectomía realizada por Penfield en 1954 (Voley-Gomez, 2004).

Múltiples experimentos han demostrado que las sustancias bloqueadoras de la neurotransmisión gabaérgica generan convulsiones en tejidos de control y diversos potenciadores del sistema gabaérgico tienen acciones antiepilépticas en pacientes humanos. Debido a ello, se ha sugerido que la actividad gabaérgica evita las convulsiones. Del mismo modo, también se ha podido observar que la activación de las sinapsis glutamatérgicas genera convulsiones. Conjuntamente, estos hallazgos han llevado a la idea de que las convulsiones epilépticas responderían a un modelo simple en el que la inhibición y la excitación actuarían, respectivamente, como los frenos y el acelerador de un motor, y que tendría su reflejo electrofisiológico en los EEG con punta (excitación/despolarización) – onda (repolarización) característicos y definitorios de las crisis epilépticas en clínica<sup>25</sup>.

## **DOLOR**

El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares; la nocicepción puede estar influida por otros factores (p.ej. psicológicos). En el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 30-50% de los pacientes presentan dolor, que en las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al 70-90%. En los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su origen



en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas. En la mayoría de las ocasiones el dolor oncológico es crónico. Para una correcta valoración del dolor es conveniente conocer varias cuestiones como su variación temporal (agudo, crónico), patogenia, intensidad, etc.

El dolor agudo es la señal de alarma del organismo agredido y una vez ha cumplido su misión se transforma en algo inútil y destructivo, si no es aliviado.

El dolor no guarda ninguna relación cuantitativa con la lesión tisular que lo provoca, pero alerta al paciente cuando su tolerancia al dolor ha sido alcanzada, induciéndole a solicitar ayuda médica, sirviendo al médico como orientación diagnóstica y terapéutica<sup>26</sup>

## **LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

La enfermedad de Alzheimer se describió por primera vez en 1906, pero pasaron unos 70 años antes de que se reconociera como una causa común de demencia y una de las principales causas de muerte [8]. Solo entonces la enfermedad de Alzheimer se convirtió en un foco importante de investigación.

La investigación que siguió ha revelado una gran cantidad incluyendo el hecho de que la enfermedad de Alzheimer comienza años antes de que los síntomas de la demencia de Alzheimer estén presentes. Todavía queda mucho por descubrir sobre los cambios biológicos precisos de la enfermedad de Alzheimer que conducen a los síntomas de la demencia de Alzheimer, por qué la enfermedad y sus síntomas progresar más rápido en algunos que en otros, y cómo la enfermedad se puede prevenir o detener

### **Síntomas de la demencia de Alzheimer**

Los síntomas varían entre las personas con demencia de Alzheimer, y las diferencias entre los típicos cognitivos relacionados con la edad, Las personas con demencia de Alzheimer experimentan múltiples síntomas que cambian en un período de años. Estas los síntomas reflejan el grado de daño a las neuronas en diferentes partes del cerebro El ritmo al cual los síntomas avanzan leve a moderado a severo varía de persona a persona. En la etapa leve, la mayoría de las personas puede funcionar de forma independiente en muchas áreas, pero es probable que requiera asistencia con algunas actividades para maximizar la independencia y permanecer seguro. Es posible que aún puedan conducir, trabajar y participar en actividades favoritas En la etapa moderada, que para algunos es el más largo, las personas pueden tener dificultades para realizar tareas de rutina, se confunden sobre dónde están y comienza a vagar, y comienza a tener personalidad y comportamiento cambios, incluyendo desconfianza y agitación. En la etapa severa, las personas requieren ayuda con las actividades básicas de todos los días.

## Diagnóstico de la demencia de Alzheimer

No existe una prueba única para la demencia de Alzheimer. En lugar, médicos (a menudo con la ayuda de especialistas como neurólogos y geriatras) utilizan una variedad de enfoques y herramientas para ayudar a hacer un diagnóstico. Incluyen lo siguiente: Obtener un historial médico y familiar del individuo, incluida la historia psiquiátrica y la historia de cambios cognitivos y de comportamiento. Pedirle a un miembro de la familia que brinde su opinión sobre cambios en las habilidades de pensamiento y el comportamiento. Realización de pruebas cognitivas y físicas y neurológicas exámenes Hacer que el individuo se someta a análisis de sangre y cerebro imágenes para descartar otras posibles causas de demencia síntomas, como un tumor o ciertas deficiencias vitamínicas ciencias. En algunas circunstancias, usar imágenes cerebrales para descubrir si el individuo tiene altos niveles de beta-amiloide, un sello distintivo de la enfermedad de Alzheimer; niveles normales sugerirían El Alzheimer no es la causa de la demencia.

## Factores de riesgo modificables

Aunque los factores de riesgo como la edad y el historial familiar no se pueden cambiar, se pueden modificar otros factores, para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Un informe que evalúa el estado de la evidencia sobre los efectos de factores de riesgo modificables en el deterioro cognitivo y la demencia concluyó que hay pruebas suficientemente sólidas, desde una perspectiva basada en la población, ese físico regular actividad y manejo de factores de riesgo cardiovascular (especialmente diabetes, obesidad, fumar e hipertensión) reducir el riesgo de deterioro cognitivo y puede reducir la riesgo de demencia También concluyó que hay suficiente fuerte evidencia de que una dieta saludable y aprendizaje permanente ,el entrenamiento cognitivo puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo. Un informe de la Academia Nacional de Medicina (anteriormente el Instituto de Medicina) examinó la evidencia sobre factores de riesgo modificables para el deterioro cognitivo y alcanzado conclusiones similares<sup>1</sup>

## **AUTISMO Y PSICOSIS**

Si bien ha habido una cantidad considerable de reconocimiento reciente de la concurrencia del trastorno del espectro autista y el espectro de la esquizofrenia, y cómo esto podría informar la comprensión etiológica, la evidencia de la importancia clínica de esta. Este conocimiento es necesario para el tratamiento basado en la evidencia y decisiones de gestión. Este estudio tiene como objetivo determinar la importancia, en términos de depresión y comportamiento suicida, de rasgos de autismo en individuos dentro del espectro de experiencias psicóticas. Dado que ambos trastornos están asociados con la depresión y el comportamiento suicida, predecimos que la depresión y el comportamiento suicida serían cada vez más prevalente cuando los rasgos del espectro autista y la psicosis coocurren<sup>3</sup>

Hipótesis:

- Los rasgos del autismo y las experiencias psicóticas subclínicas están asociadas con mayores niveles de sintomatología depresiva en un estado saludable, población que no busca ayuda.
- Los rasgos de autismo están asociados con síntomas positivos y su combinación la presencia aumenta la depresión y la desesperanza en las personas con el primer episodio de psicosis.
- Los rasgos del autismo en personas con un primer episodio de psicosis aumentan el riesgo de suicidio más allá de otros factores de riesgo conocidos

Nuestros resultados sugieren que cuando los rasgos del espectro del autismo y los síntomas psicóticos co-ocurren, hay implicaciones significativas para la depresión psicopatología y comportamiento suicida. Servicios clínicos para la psicosis debe estar alerta para detectar rasgos de autismo, ya que esto puede dar información para predecir la depresión, la desesperanza y el riesgo de suicidio. Las intervenciones rutinariamente ofrecidas para el primer episodio de psicosis, incluyendo Terapia conductual cognitiva para la psicosis y el comportamiento La terapia familiar, también puede necesitar ser adaptada para pacientes con rasgos del trastorno del espectro autista, para asegurar que sean accesibles y eficaz. Como este grupo tiene un mayor riesgo de depresión, desesperanza y el suicidio, estas intervenciones son realmente necesarias.

El diagnóstico puede ser un reto ya que las personas afectadas muestran variaciones en el grado de gravedad de la conducta, el lenguaje y las capacidades intelectuales. Además, sus perfiles de comportamiento probablemente cambien con la edad y la concurrencia los problemas y las comorbilidades son comunes. DSM-5 reconoce los síntomas en el período de desarrollo temprano puede no manifestarse hasta que las demandas sociales excedan las capacidades. Del mismo modo, se reconoce que para algunos adolescentes, las manifestaciones conductuales repetitivas se reducen a través de progreso o intervención del desarrollo para que el criterio se pueda cumplir basado en la historia Para un diagnóstico de TEA bajo CIE-10, anormal o el desarrollo dañado debe estar presente a la edad de 3 años. Muchos padres expresan su preocupación tan pronto como 15e18 meses de edad, pero a pesar de una mayor conciencia y orientación, la edad promedio en el momento del diagnóstico permanece en 4e5 años. Esto posiblemente se deba a una combinación de factores que incluyen la variabilidad de la evaluación vías, demanda de servicios, falta de reconocimiento de lo sutil dificultades a una edad temprana, la presencia de diagnósticos adicionales y inclusión de individuos en edad escolar que solo pueden presentarse a mayor edad cuando sus dificultades

pueden ser más evidentes, ya que son incapaces de gestionar académicamente cada vez más desafiante y / o expectativas sociales. Los estudios han demostrado que el diagnóstico de ASD en 2 años de edad es posible y estable en el tiempo, aunque es menos confiable para el espectro de autismo más amplio<sup>2</sup>.

## **DOLOR DE CABEZA**

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes y puede corresponder a un espectro de enfermedades tanto benignas como malignas. Por eso es importante tener elementos en la evaluación del paciente que nos orienten en su diagnóstico diferencial, así como tener claro si necesitaremos estudios complementarios que ayuden a descartar causas secundarias. Las cefaleas primarias son la causa más frecuente de dolor craneofacial, por sobre las secundarias, en especial la migraña y la cefalea tipo tensión, las cuales si no son bien manejadas pueden significar un costo en calidad de vida para los pacientes, haciéndose crónicas o llevando al abuso de fármacos.

Las cefaleas primarias, dejan de ser un síntoma ya que constituyen por sí mismas una enfermedad y no se deben a patologías estructurales subyacentes. En esta categoría se incluyen la migraña, la cefalea tipo tensión y la cefalea tipo cluster o en racimos (5), entre otras. Cefaleas secundarias, como su nombre lo indica, tienen una causa de base, pueden ser de etiología neurológica (en general de pronóstico más ominoso) como tumores o malformaciones vasculares, o de causa sistémica, que involucran desde síndromes miofasciales cervicales y lesiones dentales hasta cuadros infecciosos sistémicos o metabólicos. Una historia detallada del dolor de cabeza del paciente es de suma importancia en hacer el diagnóstico correcto. Información reunida en la historia se compara con los criterios de diagnóstico para crear la mejor coincidencia de diagnóstico. La historia registra detalles sobre el dolor de cabeza, como frecuencia, duración, carácter, severidad, ubicación, calidad, y desencadenante, agravante, y aliviando las características. Edad de inicio es extremadamente importante, y una antecedentes familiares de dolor de cabeza deben ser explorado. Las características de estilo de dieta, uso de cafeína, sueño hábitos, trabajo y estrés personal son importante para obtener. Finalmente, detalles de cualquier condición comórbida, tal como un trastorno del sueño asociado, depresión, ansiedad y un subyacente trastorno médico también son útiles. El examen en dolor de cabeza se basa en el examen neurológico general. En el dolor de cabeza primario no se conoce causa subyacente. En el dolor de cabeza secundario es el resultado de otro condición que causa tracción en o inflamación de estructuras sensibles al dolor. El dolor de cabeza debido a problemas psiquiátricos la enfermedad también se considera secundaria. La primaria más común dolores de cabeza incluyen migraña, cefalea tensional y grupodolor de cabeza. Dolores de cabeza relacionados con la infección, enfermedad vascular y trauma son ejemplos de más comunes dolores de cabeza secundarios. Solo el 1%

de los pacientes con tumor cerebral tendrán dolor de cabeza como único queja. Afortunadamente, la gran mayoría de los pacientes que presente a su proveedor de atención primaria para una evaluación tener un trastorno primario de cefalea. Las personas con epilepsia experimentan dolores de cabeza independientemente de su sexo o edad. La carga de dolores de cabeza es muy importante en pacientes con epilepsia, ya que los dolores de cabeza generalmente causan una carga severa a su calidad de vida y sugiere una clara necesidad clínica. Los médicos deben reconocer dolor de cabeza como una comorbilidad común de la epilepsia, ya que puede influir en la elección del fármaco antiepiléptico, y necesitan un tratamiento específico.

El examen físico debe ser completo, con signos vitales, e incluir una evaluación cráneo facial para que nos permita sospechar por ejemplo, puntos miofasciales occipito-cervicales, dolor a la palpación sinusal o alteración de la articulación temporomandibular. El examen neurológico completo es obviamente indispensable y debe ser hecho por cualquier médico general en forma básica, que permita evaluar el estado mental del paciente, lenguaje, isocoria, paresias, reflejos y signos meníngeos, por ejemplo. Sin embargo, una correcta historia clínica sigue siendo el gold standard en todos estos casos, ya que un examen físico normal no excluye una patología secundaria.

Una cefalea que se inicia en mayores de 50 años es menos probable que sea primaria (ya que su inicio es habitualmente en menores de 40 años) por lo cual, se deben plantear causas secundarias como arteritis de la temporal o tumores. Las alteraciones del flujo de líquido cefalorraquídeo pueden causar cefalea, como la hipotensión de LCR, habitualmente post punción dural, con cefalea que puede ser severa y que aumenta en decúbito.

Para solicitar estudios complementarios hay que tener en cuenta la orientación de la anamnesis, ante la presencia de una o más “banderas rojas” o alteraciones al examen físico, se debe decidir si es necesario complementar la aproximación diagnóstica con mayores estudios y cuáles se utilizarán<sup>5</sup>

## **PARÁLISIS CEREBRAL**

La parálisis cerebral (PC) es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la principal causa de la discapacidad infantil. La incidencia mundial ha permanecido estable durante los últimos años presentándose alrededor de 2 a 2.5 casos por cada 1,000 nacidos vivos. Sin embargo en México, los reportes de la Secretaría de Salud publicados entre 1998 y 2000, muestran una incidencia de tres casos por cada 10,000 nacidos vivos.

Para tratar de entender de manera más concreta a la parálisis cerebral infantil, debemos de tomar en cuenta las distintas clasificaciones de acuerdo a si éstas

exponen alteraciones topográficas, nivel de afección, severidad de la discapacidad, etc. Es por ello que Volpe y colaboradores, postularon cinco patrones de padecimiento hipóxico-isquémico que se han visto tienen una importante relación con el desarrollo de la parálisis cerebral infantil. De manera topográfica, éstos son:

1. Lesión cerebral parasagital. Involucra la corteza cerebral bilateral y existe una necrosis de la materia blanca del aspecto superomedial y las convexidades posteriores. Esta lesión involucra a la corteza motora que controla las funciones proximales de las extremidades, por lo que este patrón de lesión casi siempre se encuentra relacionado con una cuadriplejía espástica.

2. Leucomalacia periventricular. Es la más común en los pacientes prematuros. Se refiere a una lesión en la materia blanca cerebral, generalmente con mayor afección alrededor de los ángulos de los ventrículos laterales, con una pérdida de todos los elementos celulares. Debido a que las fibras que brindan información a los miembros pélvicos generalmente se implican en este tipo de lesión, se generará un patrón espástico de los mismos con menor afección de los miembros torácicos, dando lugar a una diplejía espástica. Cuando el daño es severo, las fibras cercanas al quiasma óptico también se verán involucradas, dando lugar a alteraciones visuales y cognitivas, y en ciertos casos se presentará con un patrón de cuadriplejía espástica.

3. Necrosis cerebral isquémica focal y multifocal. Se caracteriza por lesión de todos los elementos celulares causados por un infarto con patrón vascular. La arteria cerebral media izquierda es generalmente la más afectada. Las secuelas clínicas se manifiestan casi siempre como una hemiplejía. En casos severos se puede manifestar como una cuadriplejía acompañada de eventos convulsivos.

4. Estrato marmóreo. Es una lesión rara. Se caracteriza por lesión en los ganglios basales (tálamo, núcleo caudado, globo pálido y putamen). El patrón clínico se manifiesta por alteraciones coreoatetósicas.

5. Necrosis neuronal selectiva. Es la lesión más común en la encefalopatía hipoxo-isquémica. Generalmente ocurre en asociación a otros patrones de lesión

Los distintos tipos de trastornos espásticos dan lugar a la siguiente clasificación topográfica.

1. Hemiplejía. Sólo un hemicuerpo comprometido. Hay mayor afección en miembro superior que inferior. Hay una discreta prevalencia de afección del lado derecho. En estudios de resonancia magnética nuclear, generalmente se observa un infarto vascular de la arteria cerebral media. En niños a término, es muy probable que se presente de fondo una causa prenatal. Los pacientes presentan un patrón de marcha hemipléjico.

2. Diplejía. Este patrón es el que clásicamente se conocía como enfermedad de Little.<sup>13</sup> El 80% de los pacientes prematuros que evolucionan hacia una parálisis



cerebral, presentarán este patrón. Se correlaciona con una hemorragia intraventricular entre las semanas 28 a 32 de gestación. Los estudios de imagen por resonancia magnética muestran lesiones paraventriculares o en algunas ocasiones hemorragias proencefálicas. Usualmente existe una historia de hipotonía generalizada que precede a la espasticidad. Se observa un mayor retraso en el desarrollo psicomotor, especialmente en el área motora.

3. Cuadruplejía. La afección más grave de todas. Se describe como una alteración por compromiso de las cuatro extremidades pero siempre en compañía de una hipotonía del tronco e hipertonia apendicular. No existe y no logra el control cefálico y por lo tanto del tronco. Generalmente se cuenta con el antecedente de complicaciones y asfixia perinatal. El 50% tienen origen prenatal, 30% perinatal y 20% postnatal. Frecuentemente se pueden observar opistótonos que pueden llegar a mantenerse durante largos periodos. Se observa importante alteración en la deglución y alimentación secundaria a un compromiso pseudobulbar. Se presenta compromiso cognitivo importante en más del 85% de los casos. Se consideran pacientes de custodia y en estos casos el tratamiento quirúrgico va encaminado a facilitar la higiene del paciente por parte del cuidador<sup>7</sup>

## **SÍNDROME DE DOWN**

El síndrome de Down es una condición genética que causa retrasos físicos y en el desarrollo intelectual. Ocurre en uno de cada 691 nacimientos. Los individuos con síndrome de Down tienen 47 cromosomas en lugar de 46. El síndrome de Down es la alteración cromosómica más común y no tiene nada que ver con la raza, nacionalidad, religión o estado socio-económico de un individuo. El elemento más importante acerca de los individuos que tienen síndrome de Down es que son más sus similitudes que sus diferencias con respecto a los demás.

La causa general del síndrome de Down es un error en la división celular conocida como no-división. No se conoce la razón por la cual se presenta esta anomalía. Sin embargo se sabe que este error ocurre en el momento de la concepción y que no está relacionado con nada que la madre haya hecho durante el embarazo. Lo que sí se sabe es que la posibilidad de error aumenta al aumentar la edad de la madre. Aunque el 80% de los casos del síndrome se presenta en hijos de mujeres menores de 35 años

### **CLASES DE SÍNDROME DE DOWN:**

Existen 3 patrones cromosómicos que resultan en el síndrome de Down. 1. Trisomía 21 (no-división), causada por la división celular defectuosa que resulta en un bebé con tres cromosomas #21 en lugar de dos. Esto puede suceder antes o durante la concepción. Un par de cromosomas #21 ya sea en el óvulo o en el espermatozoide no se divide adecuadamente. El cromosoma adicional se repite en

todas las células del cuerpo. El 95% de las personas con síndrome de Down tienen Trisomía 21. 2. Translocación es responsable de solamente el 3% ó 4% de los casos. En la translocación una parte del cromosoma #21 se rompe y se separa durante la división celular y se adhiere a otro cromosoma. La presencia de una porción extra de cromosoma #21 causa las características del síndrome de Down. A diferencia de la Trisomía #21, que es el resultado de un error al azar en la división celular temprana, la translocación puede indicar que uno de los padres lleva material cromosómico ordenado de manera no habitual. Se puede recurrir a consejería genética para obtener más información en estos casos. 3. Mosaiquismo ocurre cuando la no-división del cromosoma #21 sucede en una de las divisiones celulares iniciales después de la fertilización. Cuando esto ocurre, se presenta una combinación de dos tipos de células. Algunas contienen 46 cromosomas y otras 47 cromosomas, con un cromosoma #21 demás.

Muchos niños con síndrome de Down tienen otras complicaciones de salud además de las enfermedades comunes de la infancia. Aproximadamente el 40% de los niños afectados presentan defectos congénitos cardíacos. Por esta razón es vital hacer un ecocardiograma a los recién nacidos con síndrome de Down para identificar posibles defectos cardíacos. En algunos casos los bebés necesitan cirugía y en otros casos será suficiente la observación minuciosa. Los niños con síndrome de Down tienen riesgos más altos de contraer infecciones, y tener problemas respiratorios, visuales y auditivos. También pueden tener problemas de tiroides y otras condiciones médicas. Sin embargo con un cuidado médico apropiado muchos niños y adultos con síndrome de Down pueden llevar una vida saludable. El promedio de vida de las personas que tienen síndrome de Down es de 60 años y muchos viven hasta los 60 ó 70 años de edad.

Es importante recordar que aunque los niños y adultos con síndrome de Down experimentan retrasos en el desarrollo también tienen muchos talentos y habilidades, por lo tanto debemos darles la oportunidad y apoyo para desarrollarlos. La mayoría de los niños con síndrome de Down tienen limitaciones entre leves y moderadas. Es importante reconocer que es más lo que se parecen a los demás niños que sus diferencias con ellos. La intervención temprana de servicios debe proveerse poco después de nacer. Estos servicios deben incluir las siguientes terapias: física, de lenguaje y del desarrollo. La mayoría de niños asisten a las escuelas de sus vecindarios, algunos a clases regulares y otros a clases de educación especial. Algunos niños tienen necesidades más significativas y requieren programas más especializados. Algunos jóvenes con síndrome de Down que se han graduado de la escuela secundaria han continuado sus estudios superiores. Muchos adultos con síndrome de Down pueden trabajar dentro de su comunidad mientras que otros requieren un ambiente más estructurado<sup>9</sup>.



## **OBESIDAD**

La obesidad se define como un acúmulo excesivo de grasa corporal, que se traduce en un aumento del peso corporal. Desde el punto de vista de la Salud Pública es interesante considerar la relación existente entre composición corporal-adiposidad y la morbimortalidad a largo plazo<sup>11</sup>. En la actualidad el grado de obesidad se establece con relación al índice de masa corporal (IMC), por ser este valor el que mejor correlación tiene con el porcentaje de grasa corporal<sup>12</sup>

Grado de Obesidad según IMC (kg/m<sup>2</sup>)

Sobrepeso I 25-26.9

Sobrepeso II 27-29.9

Obesidad grado I 30-34.9

Obesidad grado II 35-39.9

Obesidad grado III (mórbida)  $\geq 40$

## MARCO CONCEPTUAL

**ENFERMEDADES ORGÁNICAS:** Se denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud. Estas enfermedades casi siempre aparecen por factores externos desencadenantes y deterioran la calidad de vida del paciente o puede ayudar a empeorar la enfermedad de base del paciente, tales enfermedades como Hipertensión, Diabetes, Dislipidemias entre otras terminan por ser enfermedades que el paciente por un mal cuidado, toca ser dependiente de ellas

**ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS:** Una enfermedad mental es una condición o trastorno que afecta al curso normal del pensamiento, teniendo además un gran impacto en la emotividad, estado de ánimo, función cognitiva y conducta del individuo. La enfermedad mental es una condición que abarca una amplia gama de trastornos. Existen varios tipos de enfermedades mentales, cada una muy particular y completamente distinta de la otra.

**PACIENTE PSIQUIÁTRICO:** Paciente que cuyo deterioro funcional se debe a la patología neurológica que presenta

**POBLACIÓN:** es el grupo de personas que viven en un área o espacio geográfico. Población biológica es el conjunto de individuos de la misma especie que habita una extensión determinada en un momento dado

**HOSPITALIZADO:** Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico

**PREVALENCIA:** Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado.

## HIPOTESIS Y SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	1-4 años y > 60 años	FEMENINO-MASCULINO	Tasa de prevalencia	Cualitativa-cuantitativa	Ordinal
<b>SEXO</b>	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Masculino /femenino	FEMENINO-MASCULINO	Tasa de prevalencia	Cualitativa-cuantitativa	Ordinal
<b>EDUCACION</b>	Es el proceso de facilitar el aprendizaje. Los conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo	nivel de escolaridad (primaria, bachiller, profesional )	FEMENINO-MASCULINO	Tasa de prevalencia	Cualitativa-cuantitativa	Ordinal

<b>ESTADO CIVIL</b>	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos	Casado , soltero , unión libre	FEMENINO-MASCULINO	Tasa de prevalencia	Cualitativa	Ordinal
<b>ESTADO NEUROLÓGICO</b>	Es la valoración que se le realiza a una persona para evaluar su estado de conciencia	Psiquiátrico	FEMENINO-MASCULINO	Tasa de prevalencia	Cualitativa	Ordinal
<b>ENFERMEDAD ORGANICA</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Enfermedades que acompañan al paciente psiquiátrico	FEMENINO-MASCULINO	Tasa de prevalencia	Cualitativa	Ordinal

## **METODOLOGIA**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

Estudio observacional analítico-descriptivo que pretende investigar en el historial clínico de la base de datos de la clínica CEMIC las enfermedades psiquiátricas y orgánicas de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, con el fin de estimar y/o evidenciar la prevalencia de estas enfermedades y la relación que existe entre ambas, tratando de analizar como las enfermedades orgánicas complican la enfermedad neurológica de base, logrando generar un informe para reportarlo a la clínica CEMIC.

**TIPO DE ESTUDIO:** Se proyecta crear un estudio de modelo retrospectivo-prospectivo, tipo observacional analítico-descriptivo, con un diseño transversal, el cual se llevara a cabo en la clínica CEMIC entre el año 2016 y junio del 2018.

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** La población objeto de este estudio serán todos los pacientes que tengan una enfermedad psiquiátrica de base, que hayan desarrollado durante su hospitalización enfermedades concomitantes o que ya tengan enfermedades orgánicas que agraven la estancia clínica de la enfermedad y que sean atendidos en la clínica CEMIC donde realizaremos la investigación.

**DISEÑO MUESTRAL:** Todo paciente que acuda o se encuentre hospitalizado en la clínica CEMIC, se espera poder aplicar análisis a 2500 pacientes.

### **RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN**

Para obtener los datos de la investigación nos remitiremos a la clínica CEMIC donde tendremos acceso a la base de datos ZEUS que es una plataforma virtual que arroja estadísticas usando las historias clínicas de los pacientes y obtendremos toda la información concerniente a la estancia clínica de los pacientes hospitalizados que acudieron durante el año 2016 y el primer periodo del 2018.

Inicialmente se analizaran las enfermedades psiquiátricas de base y las enfermedades orgánicas que los pacientes ya padezcan o hayan desarrollado durante su transcurso hospitalario, luego se efectuara el análisis de los datos

obtenidos tomando como referencia las 5 primeras enfermedades psiquiátricas y 5 orgánicas más frecuentes por año, sucesivamente los resultados serán tabulados en de tablas de frecuencia, donde se tendrá en cuenta la variable absoluta, relativa y la prevalencia de la enfermedad estudiada, con ello se obtendrán graficas que se distribuirán por año y edad. Posteriormente se dará paso al análisis de cada gráfica, describiendo la enfermedad más prevalente y la que menos prevalece, de esta forma nos daremos cuenta de la frecuencia con la que estas aparecen y además se obtendrá una gráfica que agrupe los resultados de las enfermedades por sus respectivos años y se estimara la prevalencia de enfermedades orgánicas sobre los pacientes psiquiátricos.

## TECNICA DE ANALISIS DE RESULTADOS

### Enfermedades psiquiátricas 2016

ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS	FR. ABSOLUTA	FR.RELATIVA	%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	1413	0,56	56,5%
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	382	0,15	15,3%
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	261	0,10	10,4%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	225	0,09	9%
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	219	0,08	8,8%

TOTAL: 2500

TOTAL: 100%



Grafica 1 2016

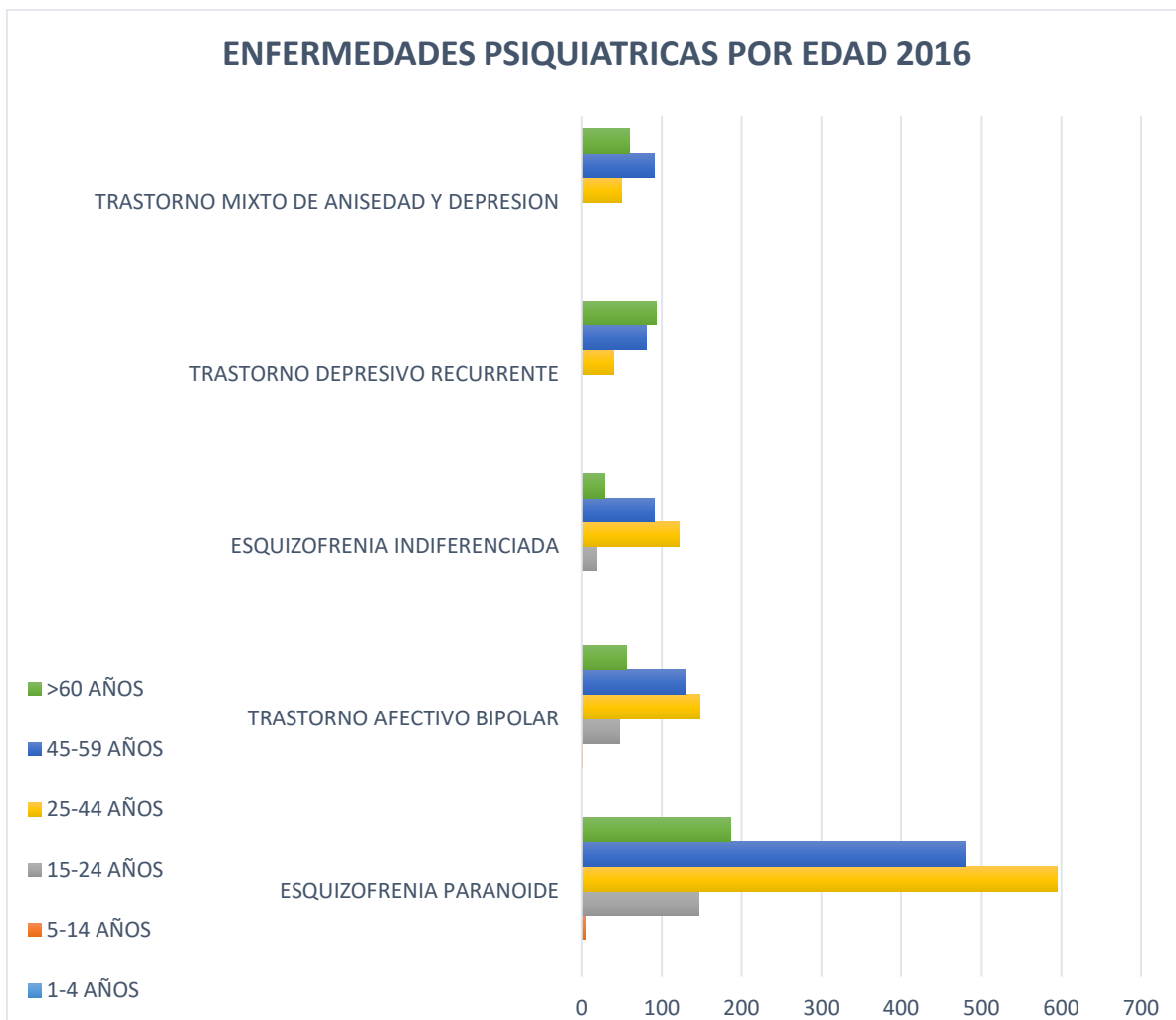


## **Análisis**

- Se puede analizar de la gráfica 1, que de 2500 pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2016, la enfermedad que más prevalencia presenta es Esquizofrenia paranoide con un valor de 56,5%. Es decir se puede argumentar que la frecuencia de pacientes que consultaron por esta enfermedad fue alta durante el transcurso de este año.
- Se puede analizar de la gráfica 1, que de 2500 pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2016, la enfermedad que menos prevalencia presenta es Trastorno mixto de ansiedad y depresión con un valor de 8,8%. Es decir se puede argumentar que la frecuencia de pacientes que consultaron por esta enfermedad fue baja con respecto a la Esquizofrenia paranoide.

## ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS POR EDAD 2016

<b>EDAD</b>  <b>PSIQUIATRICAS</b>	<b>1-4 AÑOS</b>	<b>5-14 AÑOS</b>	<b>15-24 AÑOS</b>	<b>25-44 AÑOS</b>	<b>45-59 AÑOS</b>	<b>&gt;60 AÑOS</b>
<b>ESQUIZOFENIA PARANOIDE</b>	0	5	147	595	480	186
<b>TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR</b>	0	1	47	148	130	56
<b>ESQUIZOFENIA INDIFERENCIADA</b>	0	3	18	122	90	28
<b>TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE</b>	0	0	11	40	81	93
<b>TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION</b>	0	1	18	50	90	60



**Grafica 2 por edad 2016**

### **Análisis**

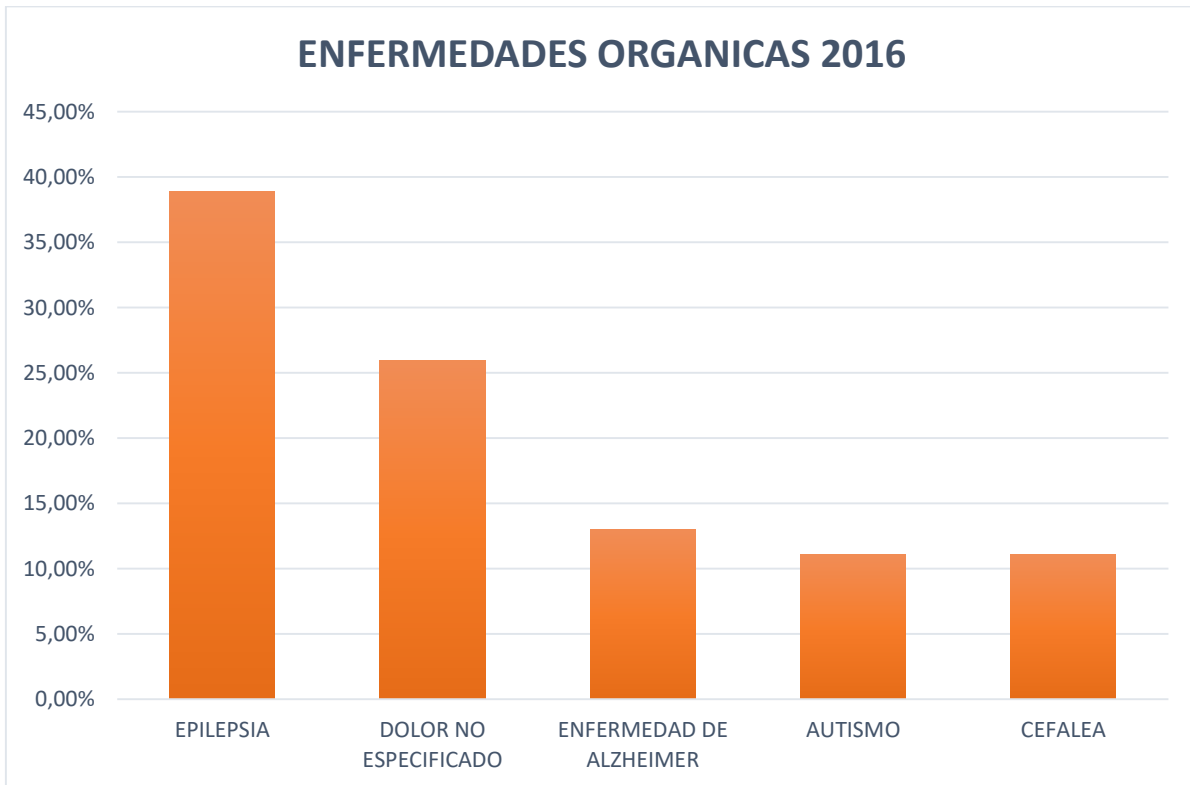
Se puede analizar de la gráfica 2, que de los pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2016, la enfermedad más prevalente fue Esquizofrenia paranoide y la edad entre los 25 y 44 años fue el grupo de edad donde más se manifestó la enfermedad con una valor de 595. Es decir, que los pacientes entre los 25 a los 44 años tienen más riesgo de enfermarse por esta patología.

## Enfermedades orgánicas 2016

ENFERMEDADES ORGANICAS	FR. ABSOLUTA	FR.RELATIVA	%
EPILEPSIA	21	0,38	39%
DOLOR NO ESPECIFICADO	14	0,25	25,92%
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	7	0,12	13%
AUTISMO	6	0,11	11,11%
CEFALEA	6	0,11	11,11%

TOTAL: 54

TOTAL: 100%



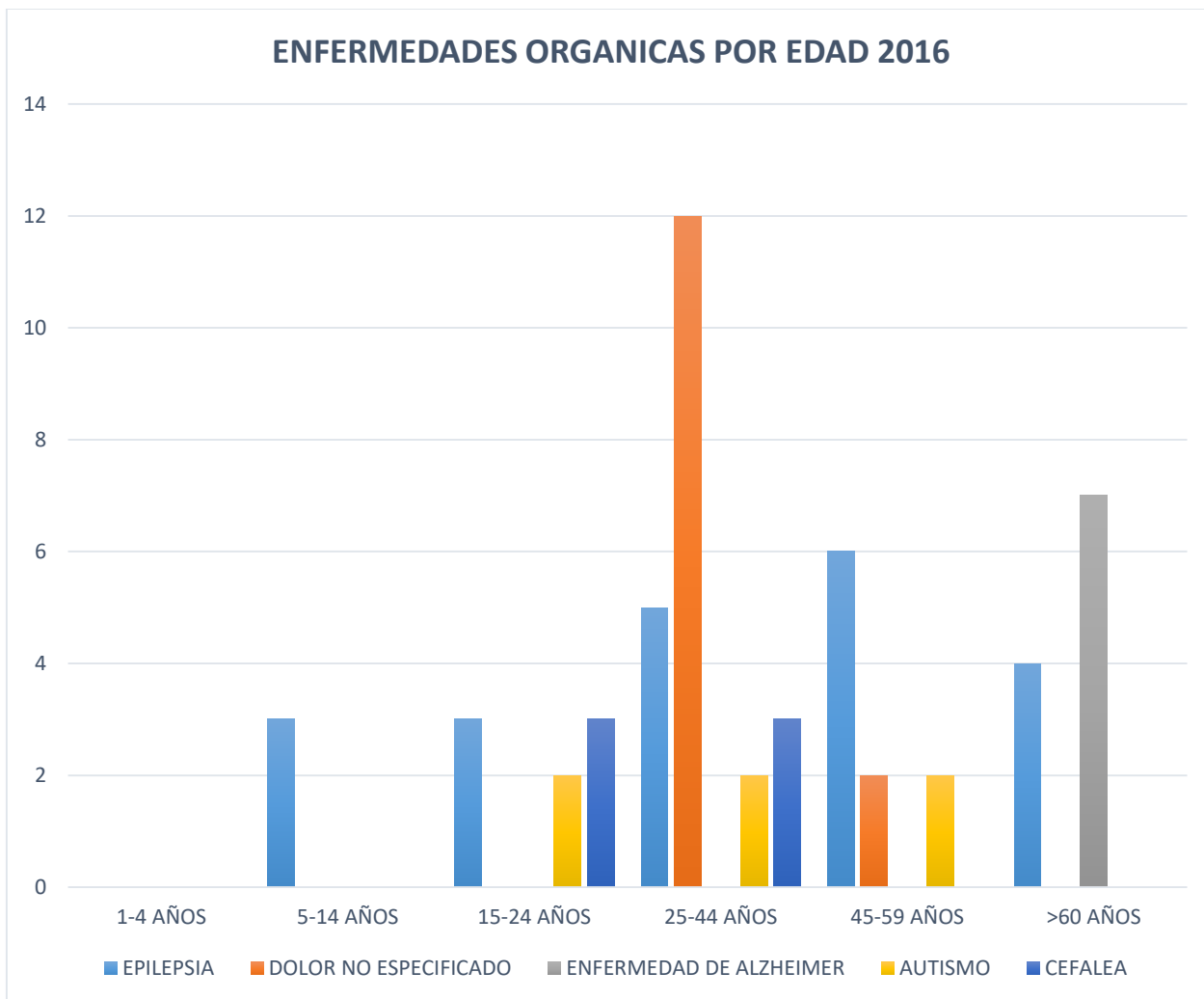
**Grafica 3 2016**

## Análisis

- Se puede analizar de la gráfica 3, que de 54 pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2016, la enfermedad que más prevalencia presenta es Epilepsia con un valor de 39%. Es decir, se puede argumentar que la frecuencia de pacientes que presentaron el curso de esta enfermedad fue alta durante el transcurso de su hospitalización.
- Se puede analizar de la gráfica 3, que de 54 pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2016, las enfermedades que menos prevalencia presentan son la Cefalea y autismo con un valores de 11,11%. Es decir, se puede argumentar que la frecuencia de pacientes que cursaron con estas enfermedades fue baja con respecto a la Epilepsia.

### Enfermedades orgánicas por edad 2016

EDAD ORGANICAS	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-44 AÑOS	45-59 AÑOS	>60 AÑOS
EPILEPSIA	0	3	3	5	6	4
DOLOR NO ESPECIFICADO	0	0	0	12	2	0
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	0	0	0	0	0	7
AUTISMO	0	0	2	2	2	0
CEFALEA	0	0	3	3	0	0



**Grafica 4 2016**

### Análisis

Se puede analizar de la gráfica 4, que de los pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2016, la enfermedad más prevalente fue el dolor no especificado y la edad entre los 25 y 44 años fue el grupo de edad donde más se manifestó la enfermedad con una valor de 12. Es decir, que el Alzheimer es la patología orgánica que más se presenta en los pacientes psiquiátricos.

<b>Enfermedades psiquiátricas 2017</b>			
<b>Patología</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>	<b>%</b>
<b>Esquizofrenia paranoide</b>	1700	0,489	48.9%
<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: trastorno mental y del comportamiento, no especificado</b>	652	0,187	18,7%
<b>Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión</b>	458	0,131	13,1%
<b>Trastorno mixto de ansiedad y depresión</b>	400	0,115	11,5%
<b>Esquizofrenia indiferenciada</b>	266	0,076	7,6%

Total: 3.476



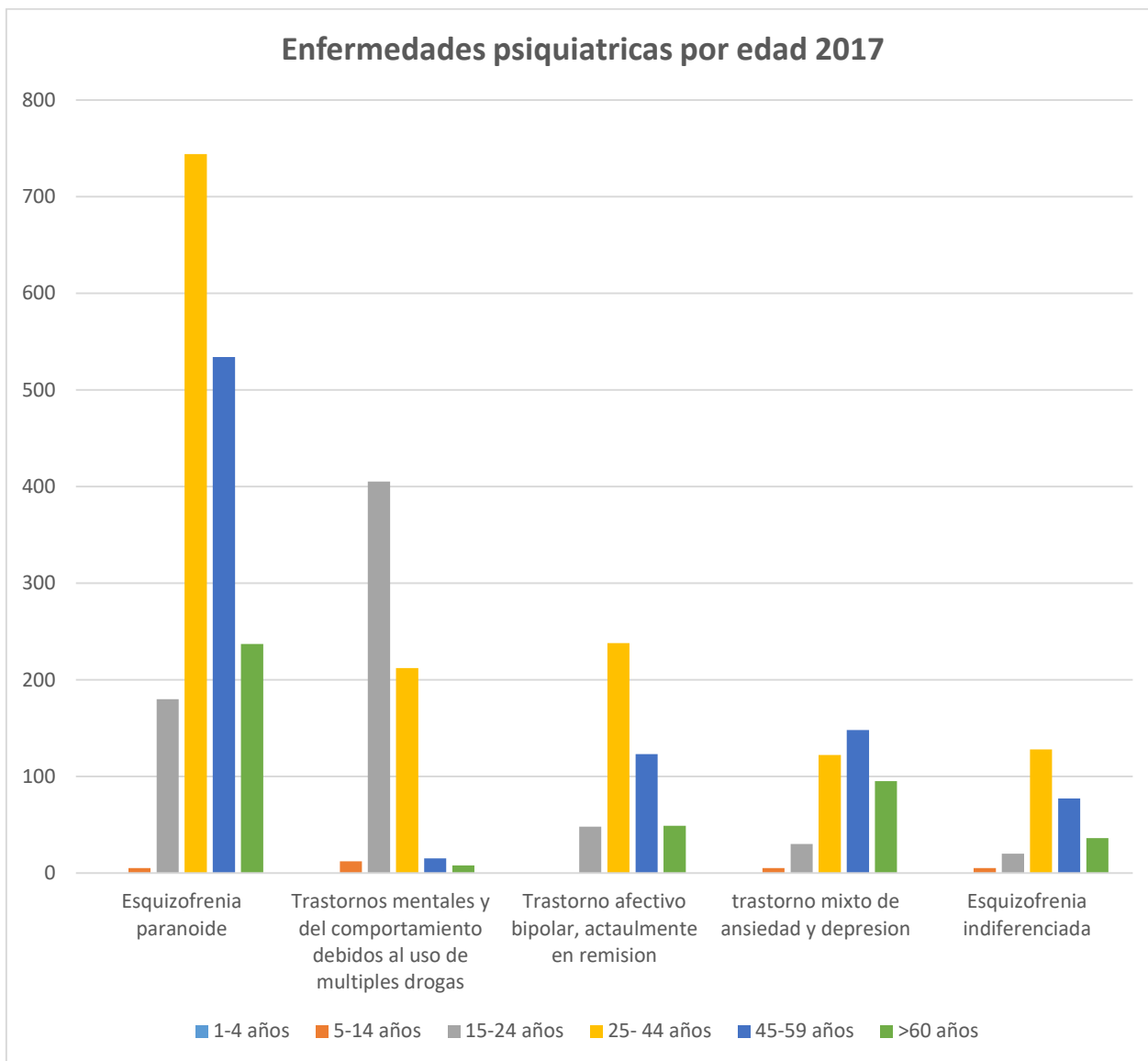
**Grafica 5 2017**



## Análisis

En la gráfica podemos observar que la enfermedad que se presentó en mayor cantidad en la clínica CEMIC para el año 2017 fue la Esquizofrenia paranoide con un total de 1700 casos que corresponde al 48.9% en el total de la población de las 5 enfermedades más frecuentes en este centro de salud seguido por los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, trastorno afectivo bipolar, trastorno mixto de ansiedad y depresión. La enfermedad de menor prevalencia fue la esquizofrenia indiferenciada con un total de 266 casos que corresponde al 7.6%.

<b>Enfermedades psiquiátricas por edad 2017</b>						
<b>Edad</b>	1-4 años	5-14 años	15-24 años	25-44 años	45-59 años	>60 años
<b>Psiquiátricas</b>						
<b>Esquizofrenia paranoide</b>	0	5	180	744	534	237
<b>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: trastorno mental y del comportamiento, no especificado</b>	0	12	405	212	15	8
<b>Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión</b>	0	0	48	238	123	49
<b>Trastorno mixto de ansiedad y depresión</b>	0	5	30	122	148	95
<b>Esquizofrenia indiferenciada</b>	0	5	20	128	77	36



**Grafica 6 2017**

### Análisis

Podemos observar en la gráfica que la enfermedad con mayor prevalencia para el año 2017 fue la esquizofrenia paranoide presentada principalmente en las edades entre los 25 y 44 años con un total de 744 casos. La enfermedad que se presentó con menos frecuencia, la esquizofrenia indiferenciada, presentó la mayoría de los casos en este mismo rango de edad con un total de 128 pacientes

<b>Enfermedades Orgánicas 2017</b>			
<b>Patología</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>	<b>%</b>
<b>Enfermedad de Alzheimer, no especificada</b>	21	0,328	32,8
<b>Epilepsia tipo no especificado</b>	20	0,312	31,2
<b>Autismo atípico</b>	10	0,156	15,6
<b>cefalea</b>	7	0,109	10,9
<b>Sordomudez</b>	6	0,093	9,3
Total: 64		Total: 100%	



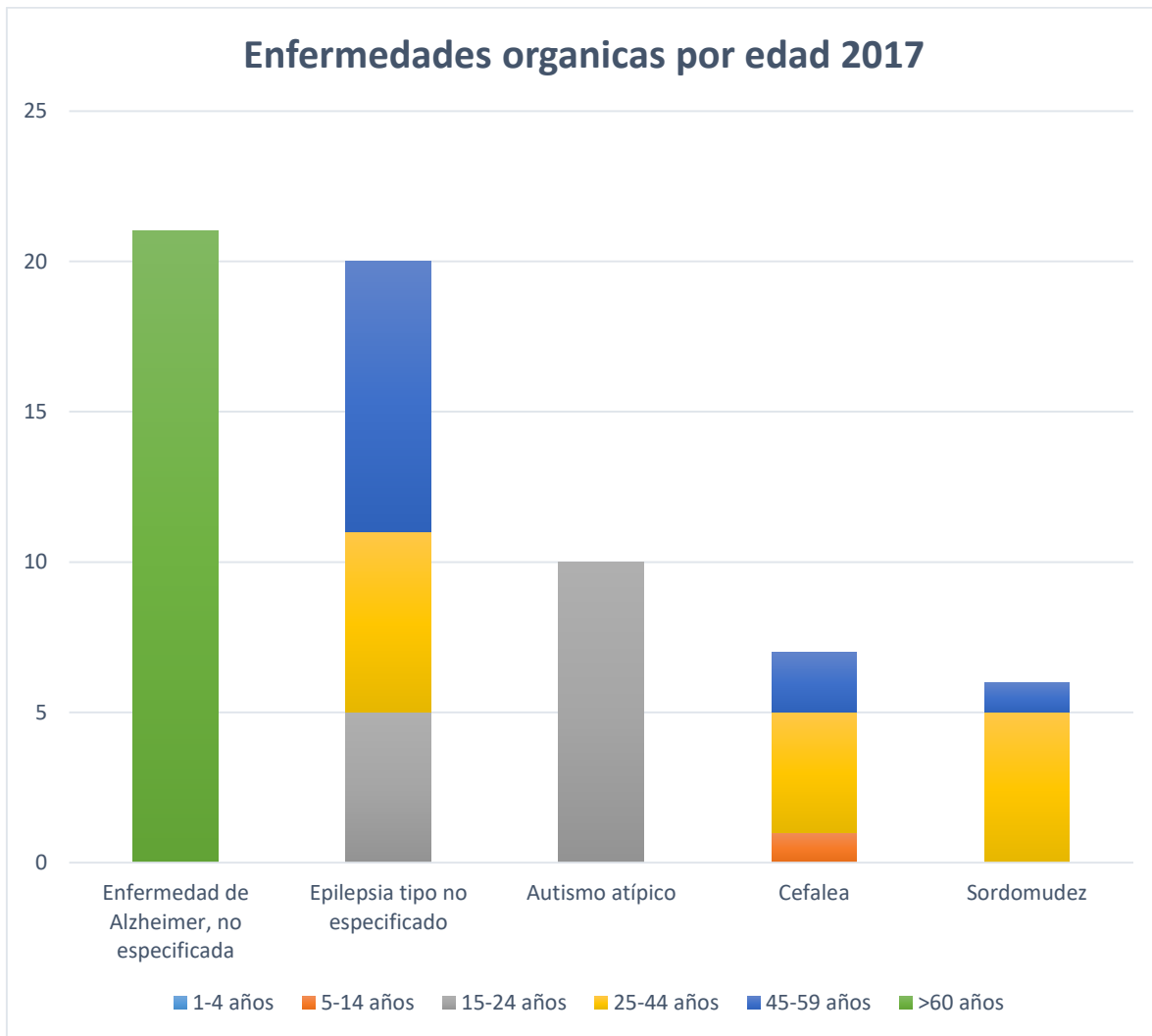
**Grafica 7 2017**

### **Análisis**

De la anterior grafica podemos analizar que de las enfermedades orgánicas presentadas en los pacientes psiquiátricos del centro de salud, la enfermedad de Alzheimer presento la mayoría de los casos seguido por la epilepsia de tipo no especificado, autismo atípico, cefalea y con menor número de casos la sordomudez que corresponde al 9%

## Enfermedades orgánicas por edad 2017

Edad	1-4 años	5-14 años	15-24 años	25-44 años	45-59 años	>60 años
<b>Orgánicas</b>						
<b>Enfermedad de Alzheimer, no especificada</b>	0	0	0	0	0	21
<b>Epilepsia tipo no especificado</b>	0	0	5	6	9	0
<b>Autismo atípico</b>	0	0	10	0	0	0
<b>Cefalea</b>	0	1	0	4	2	0
<b>Sordomudez</b>	0	0	0	5	1	0



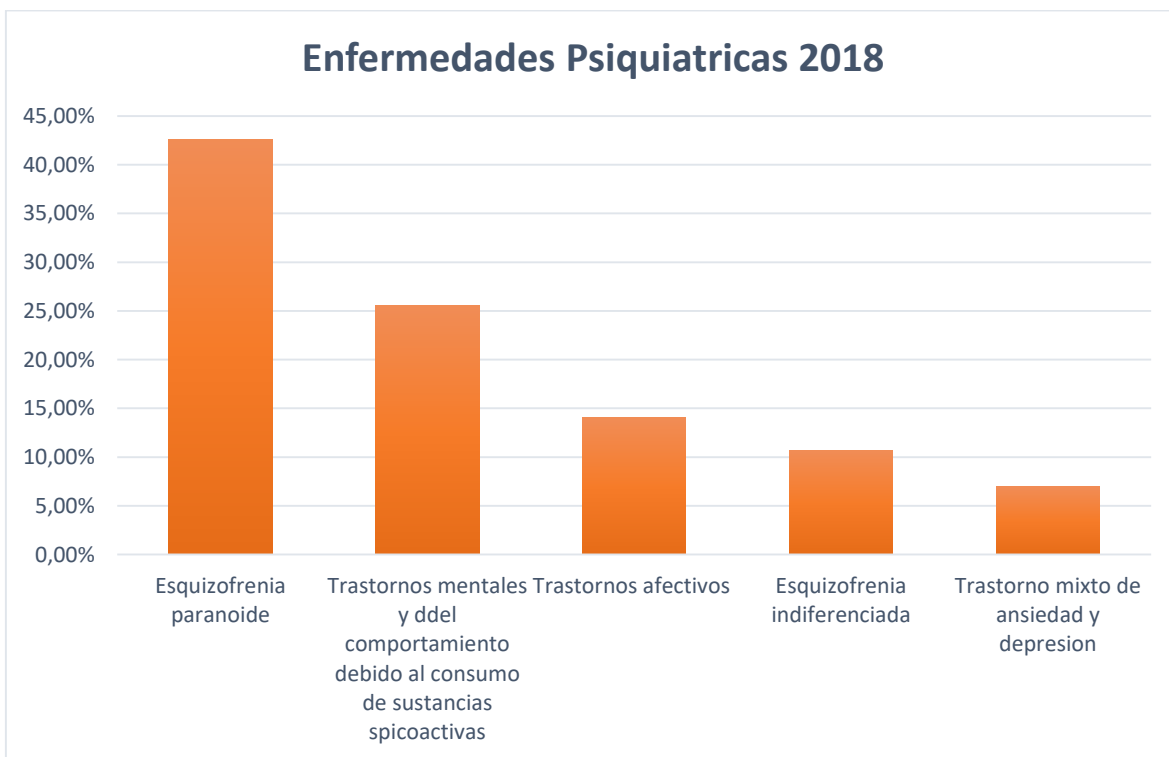
**Gráfica 8 2017**

### Análisis

Podemos observar que la enfermedad que se presentó con mayor prevalencia en los pacientes psiquiátricos de CEMIC fue la enfermedad de Alzheimer y que esta se presentó solamente en aquellos pacientes mayores a 60 años. Por otro lado, la enfermedad orgánica de menor prevalencia fue el retraso mental moderado con deterioro del comportamiento de grado no especificado el cual se presentó en las edades de 1-4 años con un total de 5 casos y de 45-59 años con un total de 3 casos.

## Enfermedades psiquiátricas 2018

ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS	FR. ABSOLUTA	FR.RELATIVA	%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	594	0,42	42,6%
TRASTORNOS MENTALES DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	357	0,25	25,6%
TRASTORNOS AFECTIVOS	196	0,14	14,06%
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	149	0,10	10,7%
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	98	0,07	7%
TOTAL: 1394		TOTAL: 100%	



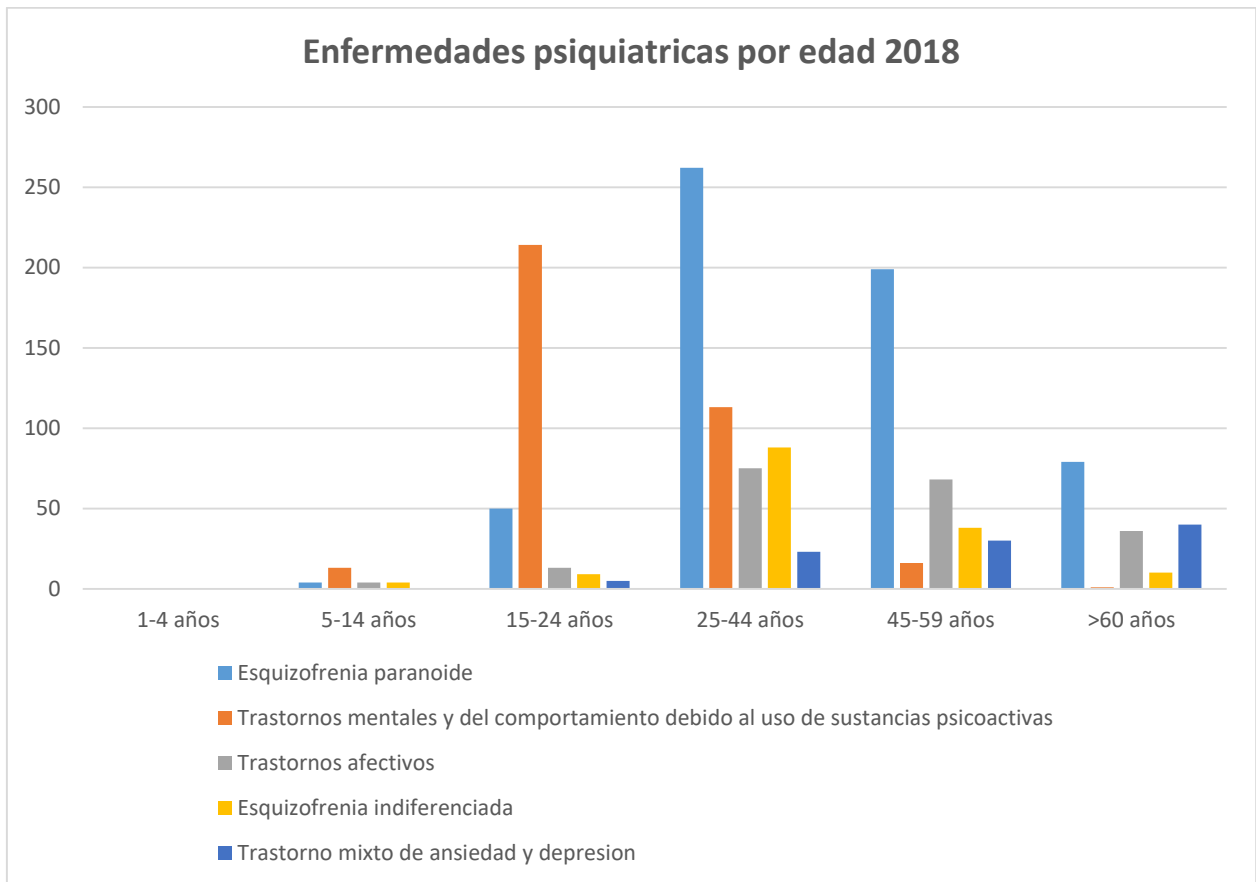
**Grafica 9 2018**

## ANALISIS

- Se puede analizar de la gráfica 9, que de 1394 pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2018, la enfermedad que más prevalencia presenta es Esquizofrenia paranoide con un valor de 42,6%. Es decir, se puede argumentar que la frecuencia de pacientes que presentaron el curso de esta enfermedad fue alta durante el transcurso de su hospitalización.
- Se puede analizar de la gráfica 9, que de 1394 pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2018, la enfermedad que menos prevalencia presenta es Trastorno mixto de ansiedad y depresión con un valor de 7%. Es decir, se puede argumentar que la frecuencia de pacientes que cursaron con esta enfermedad fue baja con respecto a la Esquizofrenia paranoide.

<b>EDAD</b>	<b>1-4 AÑOS</b>	<b>5-14 AÑOS</b>	<b>15-24 AÑOS</b>	<b>25-44 AÑOS</b>	<b>45-59 AÑOS</b>	<b>&gt;60 AÑOS</b>
<b>ORGANICAS</b>						
<b>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</b>	0	4	50	262	199	79
<b>TRASTORNOS MENTALES DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	0	13	214	113	16	1
<b>TRASTORNOS AFECTIVOS</b>	0	4	13	75	68	36
<b>ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA</b>	0	4	9	88	38	10
<b>TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION</b>	0	0	5	23	30	40





**Grafica 10 2018**

### Análisis

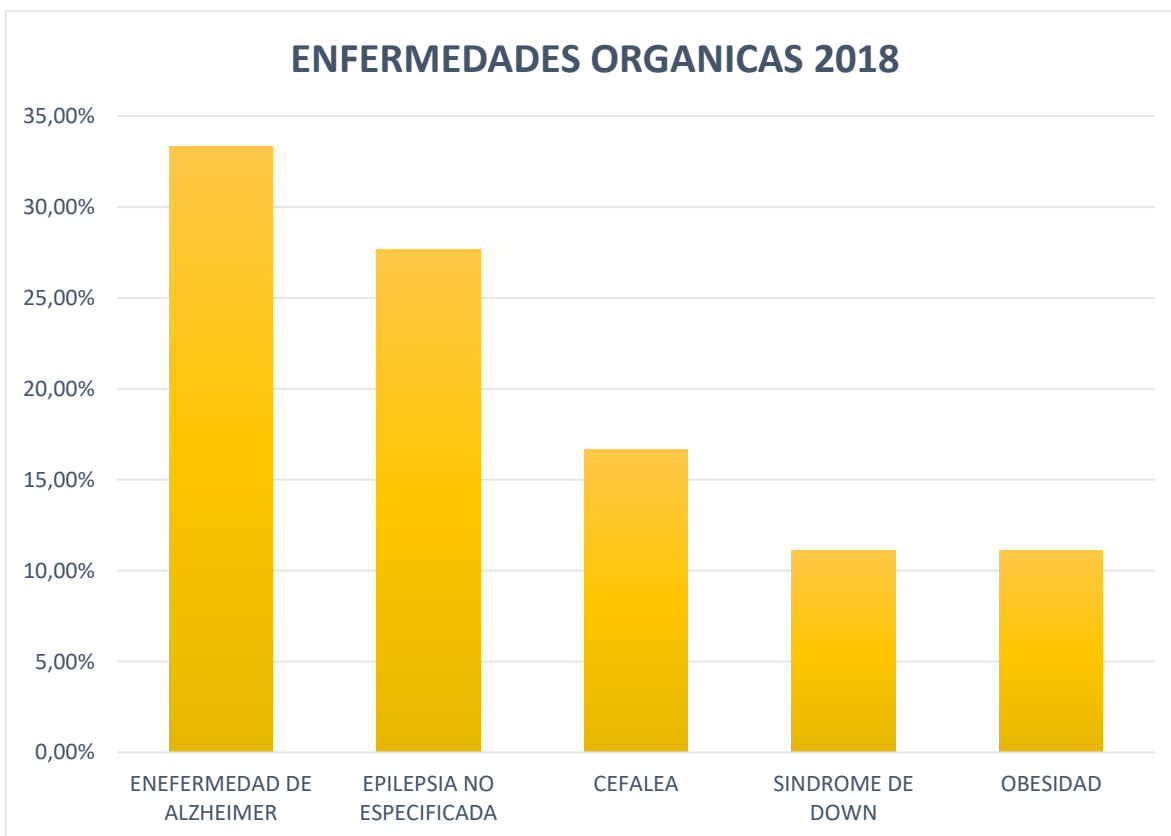
Se puede analizar de la gráfica 10, que de los pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2018, la enfermedad más prevalente fue Esquizofrenia paranoide y la edad entre los 25 y 44 años fue el grupo de edad donde más se manifestó la enfermedad con un valor de 262. Es decir, que los pacientes entre los 25 a los 44 años tienen más riesgo de enfermarse por esta patología.

## Enfermedades orgánicas 2018

Patología	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	%
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	0,33	33,33%
EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	5	0,27	27,7%
CEFALEA	3	0,16	16,65
SINDROME DE DOWN	2	0,11	11,11%
OBESIDAD	2	0,11	11,11%

Total: 18

Total: 100%

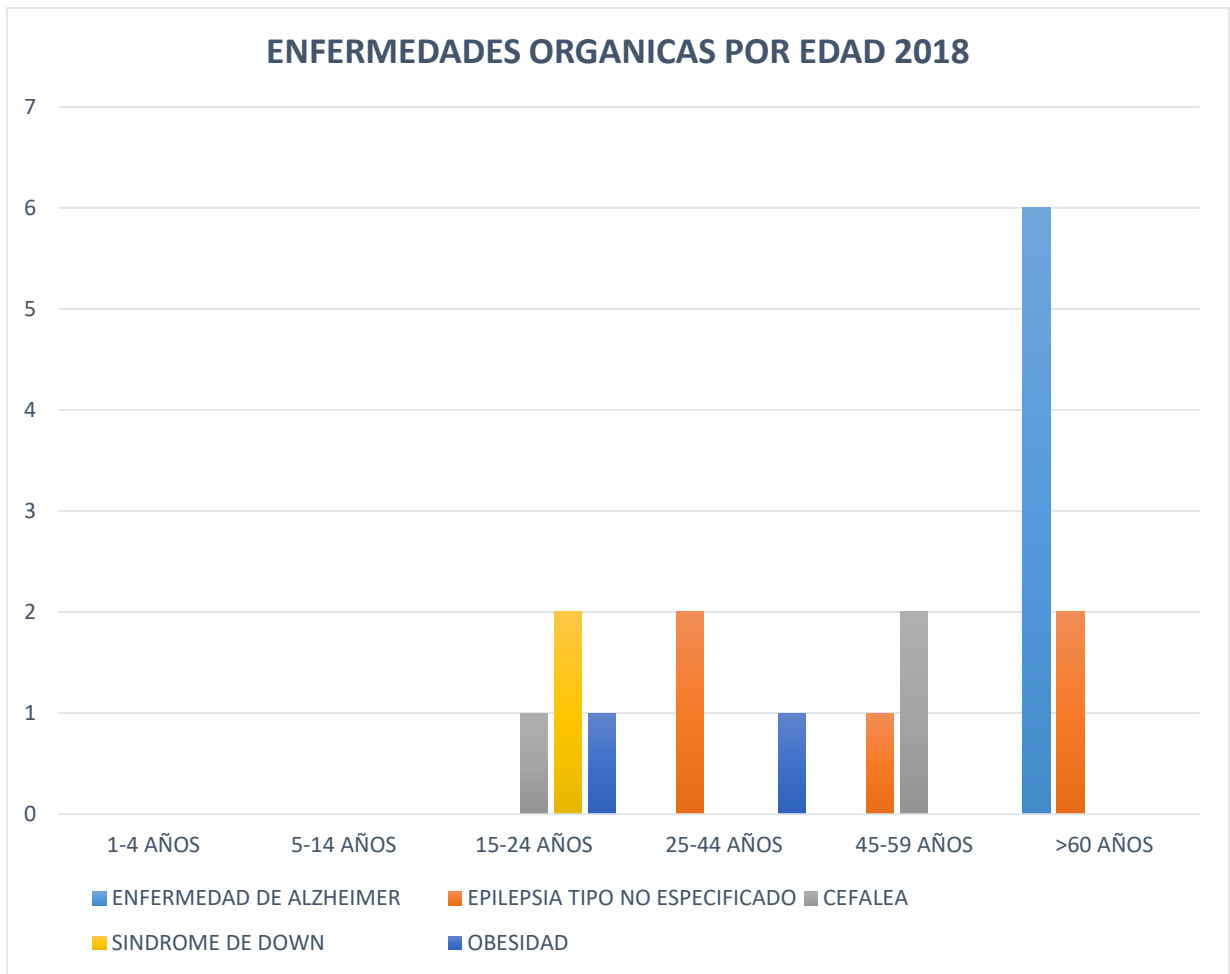


**Grafica 11 2018**

## Análisis

- Se puede analizar de la gráfica 11, que de 18 pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2018, la enfermedad que más prevalencia presenta es la enfermedad de Alzheimer con un valor de 33,3%. Es decir, se puede argumentar que la frecuencia de pacientes que presentaron el curso de esta enfermedad orgánica fue alta durante el transcurso de su hospitalización.
- Se puede analizar de la gráfica 11, que de 18 pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2018, las enfermedades que menos prevalencia presenta son el Síndrome de Down y obesidad con un valor de 11,11%. Es decir, se puede argumentar que la frecuencia de pacientes que presentan esta enfermedad fue baja con respecto a la enfermedad de Alzheimer.

<b>Enfermedades orgánicas por edad 2018</b>						
<b>Edad</b>	<b>1-4 años</b>	<b>5-14 años</b>	<b>15-24 años</b>	<b>25-44 años</b>	<b>45-59 años</b>	<b>&gt;60 años</b>
<b>Psiquiátricas</b>						
<b>Enfermedad de Alzheimer no especificada</b>	0	0	0	0	0	6
<b>Epilepsia tipo no especificado</b>	0	0	0	2	1	2
<b>Cefalea</b>	0	0	1	0	2	0
<b>Síndrome de Down</b>	0	0	2	0	0	0
<b>Obesidad</b>	0	0	1	1	0	0

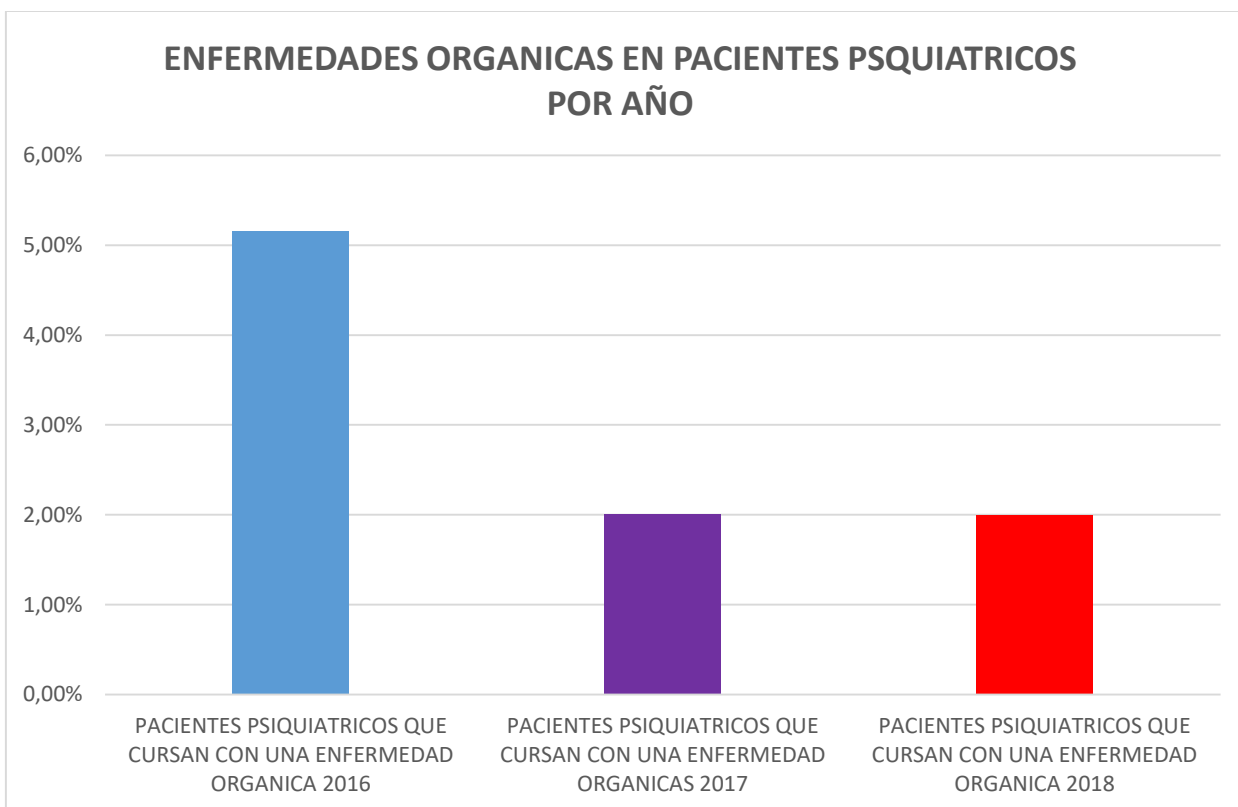


**Grafica 12 2018**

### Análisis

Se puede analizar de la gráfica 12, que de los pacientes hospitalizados en CEMIC durante el año 2018, la enfermedad más prevalente fue Enfermedad de Alzheimer no especificada y las personas mayores de 60 años es el grupo donde más se manifestó la enfermedad con un valor de 6. Es decir, que los pacientes mayores de 60 años tienen más riesgo de enfermarse por esta patología.

TOTAL	2016	2017	2018
ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS	2500	3476	1394
ENFERMEDADES ORGANICAS	129	70	28



**Grafica 13 por años 2016, 2017 y 2018**

De la gráfica 13, se puede analizar que de 2500 pacientes psiquiátricos hospitalizados durante el año 2016, el 5,1% curso con enfermedades orgánicas, así mismo durante el transcurso del año 2017, se puede observar que de 3476 pacientes el 2,01% de los pacientes tenía como antecedente una enfermedad orgánica y durante el primer periodo del 2018, de 1394 hospitalizados el 2,0% cursa con una enfermedad no psiquiátrica.

## RESULTADOS ESPERADOS

En el año 2016 la enfermedad mental de mayor prevalencia en la clínica CEMIC fue la esquizofrenia paranoide con el 56.50%, en el 2017 también la enfermedad de mayor prevalencia fue la esquizofrenia paranoide con un 48.9%, y en lo que va del 2018 la esquizofrenia paranoide sigue siendo la de mayor prevalencia con un 42.60%, lo que muestra una tendencia a la baja en cuanto al número de pacientes diagnosticados con esta patología. Sin embargo, comparado con la incidencia mundial, estos números están muy por encima de la media. Quizá esto se deba al alza del consumo de drogas, en especial el cannabis. El cannabis cuando se consume de manera temprana (en la adolescencia) suele ser un catalizador para enfermedades mentales, en especial para la esquizofrenia, y aunque no todo paciente con esquizofrenia es consumidor de cannabis, un alto número de pacientes refieren haber sido consumidores antes de recibir el diagnóstico.

No es entonces de sorprender que en el año 2018 el 25.60% de los pacientes en el estudio hayan recibido el diagnóstico de “trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas”. La población que presentó mayor prevalencia de estos trastornos del comportamiento fue que comprende entre los 15 y los 24 años, los jóvenes y adolescentes, mientras que la población que presentó mayor prevalencia de esquizofrenia paranoide es la que comprende entre los 25 y 44 años. Mostrando una correlación entre uso de drogas y enfermedad mental a futuro.

Las enfermedades mentales predisponen a una alta morbimortalidad de un sinnúmero de enfermedades orgánicas como son el cáncer, VIH, diabetes, enfermedad cardiovascular entre otras. Al conocer los factores de riesgo como el uso de drogas y como este se correlaciona con una tasa más alta de incidencia de enfermedades mentales como la esquizofrenia paranoide, se pueden crear estrategias que impacten de manera eficaz en reducir estas estadísticas.

Los beneficios de tales disminuciones tendrían ramificaciones no solo en el ámbito psicosocial, si no también económico. Un menor número de pacientes enfermos con enfermedades mentales, cardiovasculares, infectocontagiosas, y neoplásicas, implica una mejor calidad de vida para los individuos y a su vez un mucho menor costo para el estado, las EPS y las familias.

Consistentemente en el periodo del 2016 al 2018 el trastorno afectivo bipolar fue la patología con mayor prevalencia después de la esquizofrenia indiferenciada y los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas. Este hallazgo es consistente con la información que se tiene a nivel global acerca del comportamiento epidemiológico de esta patología. En su estudio Marangoni, Ciro, and et all titulado “The Role of Environmental Exposures as Risk Factors for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Longitudinal Studies.” Publicado en el *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, Elsevier

(2016) hablan acerca de la importancia en el neurodesarrollo temprano, el estrés físico o psicológico y del uso de drogas como factores de riesgo para desarrollar trastorno bipolar. Factores como una guerra civil prolongada, y la disponibilidad de drogas en el mercado se deben tener en cuenta a la hora de analizar la incidencia en la población estudio.

La asociación entre una mayor prevalencia de psicopatología en pacientes epilépticos en comparación a la población general podría deberse a varios factores.

La epilepsia fue la patología orgánica de mayor prevalencia en la población estudiada. Creando así, una correlación entre trastornos mentales y epilepsia. Esto se puede deber a varios factores entre los cuales están las anomalías del neurodesarrollo, la teoría del kindling o encendido, cambios estructurales en el desarrollo neuronal y alteraciones en la reorganización sináptica. También deben considerarse como origen de la psicopatología que esta se deba a una consecuencia directa de la enfermedad, tratamiento antiepiléptico o cirugía de la epilepsia, pasando también por la repercusión y deterioro psicosocial y laboral de la enfermedad. Esto de acuerdo al artículo "Trastornos Psiquiátricos En Los Pacientes Con Epilepsia" publicado en la Revista Médica Clínica Las Condes en el año 2013.

En conclusión, las enfermedades mentales encontradas en el estudio concuerdan en gran medida con las estadísticas internacionales, excepto por un fenómeno donde se ven disparadas las tasas de incidencia de esquizofrenia paranoide y de los trastornos de la personalidad secundario a abusos de sustancias. Esta morbilidad afecta a los adolescentes, jóvenes y adultos, afectando así a las poblaciones que debiesen ser más productivas, y a su vez predisponiendo este grupo a padecer enfermedades crónicas o con alta tasa de mortalidad. Crear estrategias que impacten en la población joven acerca del uso de drogas y sus repercusiones a futuro, tendrá a su vez un impacto positivo en la calidad de vida de esos jóvenes y en la economía del país.



## PRESUPUESTO

RUBRO	#	DETALLE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	SUBTOTAL
<b>Perecederos</b>	48	Impresiones	\$500	\$13.000	\$48.100
	10	Impresiones a color	\$800	\$8.000	
	100	Fotocopias	\$100	\$10.000	
	1	Grapadora	\$3.500	\$3.500	
	6	Esferos	\$800	\$4.800	
	6	Sobre de manila	\$300	\$1.800	
	1	Carpeta de cartón	\$1.000	\$1.000	
	1	Caja de resaltadores	\$6.000	\$6.000	
<b>No perecederos</b>	60	Horas de internet	\$1.500	\$90.000	\$110.000
	1	Horas de asesoría estadística	\$20.000	\$20.000	
<b>Servicios</b>	24	Transportes (Taxi)	\$8.000	\$192.000	\$216.000
	12	Refrigerios	\$2.000	\$24.000	
<b>Otros</b>	1	Gastos inesperados	\$15.000	\$15.000	\$15.000
<b>TOTAL</b>					<b>\$389.100</b>

## CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Meses 2016-2018									
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic
Elaboración de la propuesta	x	x		x						
Recolección de datos en la base de datos de CEMIC			x							
Presentación de avances del proyecto a tutor		x								
Elaboración de las tablas y graficas			x							
Análisis y resultados			x							
Elaboración final del estudio			x							

## BIBLIOGRAFIA

1. Alzheimer's Association. 2018 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement* 2018;14(3):367-429
2. Upthegrove R, Abu-Akel A, Chisholm K, Lin A, Zahid S, Pelton M, Apperly I, Hansen PC, Wood SJ. Autism and psychosis: Clinical implications for depression and suicide. *Schizophr Res.* 2018 May;195:80-85
3. Kirsty Yates, Ann Le Couteur. Diagnosing autism/autism spectrum disorders, *Paediatrics and Child Health*, Volume 26, Issue 12, 2016, Pages 513-518.
4. Mameniškienė R<sup>1</sup>, Wolf P<sup>2</sup>. Epilepsia partialis continua: A review. *Seizure.* 2017 Jan;44:74-80
5. Burch R, Loder S, Loder E, Smitherman TA. The prevalence and burden of migraine and severe headache in the United States: Updated statistics from government health surveillance studies. *Headache.* 2015;55:21-34.
6. J. María Loreto Cid. Headaches, assessment and initial management. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2014;25:651-7
7. Cristina Calzada Vázquez Vela. "Parálisis Cerebral Infantil: Definición y Clasificación a Través De La Historia." *Revista Mexicana de ORTOPEdia PEDIÁTRICA.* Vol. 16, Núm. 1
8. C. Gómez-Ferrer Gorriz. "Retraso Mental" *TRATADO DE PSIQUIATRÍA.* 8ª ED.
9. Phelan, Michael, et al. "Physical Health of People with Severe Mental Illness." *The BMJ*, British Medical Journal Publishing Group, *BMJ* 2001; 322.
10. Han Joo Kim. *SÍNDROME DE DOWN FACTORES.* *Hangang magazine.* 1998; 254
11. Scott, D, and B Happell. "The High Prevalence of Poor Physical Health and Unhealthy Lifestyle Behaviours in Individuals with Severe Mental Illness." *Issues Ment Health Nurs.* 2011;32(9):589-97
12. Debbie Robson. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 44 (2007) 457–466
13. Ciro Marangoni, Mariely Hernandez, Gianni L. Faedda. "The Role of Environmental Exposures as Risk Factors for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Journal of Affective Disorders.* Volume 193, 15 March 2016, Pages 165-174
14. Barbara, D., Sharon, L, Normand, R, Weiss, R, Hocine, A. "Medical Morbidity, Mental Illness, and Substance Use Disorders." *The American Psychiatric Association*, 1 July 2002.
15. Danson R. Jones, P, Macias, P, Barreira, M, William, U, H. Fisher, E., William A. Hargreaves, M, Courtenay, M., "Prevalence, Severity, and Co-Occurrence of Chronic Physical Health Problems of Persons With Serious

- Mental Illness.” *Psychiatric Services*, the American Psychiatric Association, 1 Nov. 2004.
16. Monsiue, R. Henkie, S, Tauara, E., *Serious Mental Illness and Physical Health Problems: A Discussion Paper*. Mar. 2007.
  17. Osborn, David P J. “The Poor Physical Health of People with Mental Illness.” *Western Journal of Medicine*, Copyright 2001 BMJ Publishing Group, Nov. 2001.
  18. Cuello, C., Ministerio de Salud Protección Social de Colombia, “ONSM // .” *Observatorio Nacional De Salud Mental*, Jan. 2017.
  19. Posada, A. “La Salud Mental En Colombia.” *Acta Medica Colombiana*, Acta Médica Colombiana, Dec. 2013.
  20. Fallat, M., “GHO | By Category | Human Resources - Data by Country.” *World Health Organization*, World Health Organization.
  21. Lanaell, J, Rankel, T, Louisinan, B., Prevalence of Serious Mental Illness among Parents in the United States: Results from the National Survey of Drug Use and Health, 2008–2014.” *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, Elsevier, 22 Dec. 2016.
  22. J.L. CABRERA. “Los Trastornos Mentales y Su Infradiagnóstico En Atención Primaria.” *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, Elsevier, 12 May 2017.
  23. Gómez, C, Restrepo, N, Tamayo, G, Buitrago, C, Guarnizo, C, Garzón, N, Orjuelae, J, Schmalbachfg, E, Vriesa, H., “Violencia Por Conflicto Armado y Prevalencias De Trastornos Del Afecto, Ansiedad y Problemas Mentales En La Población Adulta Colombiana.” *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, Elsevier, 3 Dec. 2012
  24. Tamayo, N, Martíneza, C, Rincón, Rodrígueza, C, Santacruz, N., Bautista, J,.. “Problemas Mentales, Trastornos Del Afecto y De Ansiedad En La Población Desplazada Por La Violencia En Colombia, Resultados De La Encuesta Nacional De Salud Mental 2015.” *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, Elsevier, 10 Nov. 2016, [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745016300889](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745016300889).
  25. López, M , Rocha, L, Hernández, R , Toledo, C , Genaro, A., García ,. Estudillo, G. E. Aranda, A , Jorge Manzo. “Conceptos Básicos De La Epilepsia.” *Epilepsy: Basic Concepts*,
  26. LÓPEZ, T, . “DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DEL DOLOR.” *Manual De Urología*.
  27. Rodríguez, M, Taboada, N, . “Genética y Discapacidad Intelectual.” *Rev Cubana Genet Comunit*, 2011;5(2-3):14-19
  28. Julio Vallejo Ruiloba. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7 Edición. Barcelona, España, Elsevier Masson; 2011
  29. Sadock, Benjamin James, and Virginia Alcott. *Kaplan & Sadock Sinopsis De Psiquiatría: Ciencias De La Conducta Psiquiatrica Clinica*. Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

30. Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4 Edición. Barcelona, Masson; 2003. [L]  
[SEP]
31. American Psychiatric Association, “*Guía clínica para el tratamiento del trastorno bipolar*” Segunda edición. Barcelona, Psiquiatría editores; 2002.
32. Giovagnoli, A.r. “Cognition, Behavior. The Role of Epilepsy & Behavior in Advancing Knowledge about Epilepsy.” *Epilepsy & Behavior*, 2014; vol. 40: 105–106
33. Kanner, Andres M. “Do Perilctal Psychiatric Symptoms Account for the Differences between Depressive Disorders in Patients with and without Epilepsy?” *Psychiatric Controversies in Epilepsy*, 2008, 201–209.
34. OÅsby, U., et al. “Excess Mortality in Schizophrenia in Stockholm County, Sweden.” *Schizophrenia Research*, 2003; vol. 60: 1-48.
35. Black, D.W. “Mortality in Schizophrenia The Iowa Record Linkage Study: A Comparison with General Population Mortality.” *Psychosomatics*. 1988; Volume 29, Issue 1: Pages 55-60.
36. Starace, Fabrizio, et al. “Excess Mortality in People with Mental Illness: Findings from a Northern Italy Psychiatric Case Register.” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017; vol. 53: 249–257.
37. Jolley, David, and David Baxter. “Mortality in Elderly Patients with Organic Brain Disorder Enrolled on the Salford Psychiatric Case Register.” *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997; vol. 12: 1174–1181.
38. Maria, Fernandez Espinosa Ana, et al. *Psiquiatria*. McGraw-Hill, 2002.
39. Ghaemi, S. Nassir., et al. *Psiquiatria: Conceptos: Una Aproximacion Pluralista a La Mente y a Las Enfermedades Mentales*. Mediterraneo, 2008.
40. Bernardo, Miguel, and Miquel Bioque. “Psiquiatria Biologica Apuesta Por Una Psiquiatria Cientifica.” *Psiquiatria Biologica*, 2014; vol. 21: no. 1, p. 2.
41. Perez-Cruzado, David, et al. “Medication and Physical Activity and Physical Fitness in Severe Mental Illness.” *Psychiatry Research*, 2018