

PSIQUIATRÍA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA, A.C.

Comité Ejecutivo de la Asociación (2010-2011)

Presidente

Dr. Fernando López Munguía

Presidente Electo

Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León

Secretario General

Dr. Juan Luis Vázquez Hernández

Tesorero

Dra. Silvia Delia Cantú Terrazas

Vicepresidente de la Región Centro

Dr. Joaquín Alejandro Soto Chilaca

Vicepresidente de la Región Noreste

Dr. Miguel Ángel Cuello Martínez

Vicepresidente de la Región Noroeste

Dra. María Luisa Moya Palazuelos

Vicepresidente de la Región Occidente

Dr. Daniel Ojeda Torres

Vicepresidente de la Región Sur

Dr. Michael Patrick Redmond García

Secretarías Auxiliares

Actividades Académicas

Dr. Claudia Becerra Palars

Actividades Especiales

Dr. Wascar Verduzco Fragoso

Asuntos Interinstitucionales

Dr. Aldo Suárez Mendoza

Asuntos Internos

Dr. Eduardo Nuñez Bernal

Publicaciones

Dr. Enrique Chávez León

Educación Médica Continua

Dr. Juan José Cervantes Navarrete

Operación y Organización

Dr. César Enrique Gaspar Barba

Editora Revista Psiquiatría

Dra. María del Carmen Lara Muñoz

Consejo Nacional

Ex-presidentes: Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (Fundador) †; Dr. Guillermo Calderón Narváez †; Dr. Darío Urdapilleta Bueno †; Dr. Rafael Velasco Fernández; Dr. Héctor H. Tovar Acosta †; Dr. Carlos Pucheu Regis †; Dr. Raymundo Macías Avilés; Dr. Carlos Campillo Serrano; Dr. Antonio Ruiz Taviel de Andrade; Dr. Alejandro Díaz Martínez; Dr. Salvador González Gutiérrez; Dr. Lauro A. Castanedo de Alba; Dr. Armando Vázquez López-Guerra; Dr. Gilberto Salgado Arteaga; Dr. Enrique González Ruelas; Dr. Luis Guillermo Ruiz Flores †; Dr. Enrique Camarena Robles; Dr. Marco Antonio López Butrón; Dr. Luis Enrique Rivero Almanzor; Dr. Jesús del Bosque Garza; Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe.

Capítulos Estatales: Aguascalientes, Dr. Eduardo Velasco Yañez; Baja California, Dra. Luz del Carmen Ochoa Muñoz; Baja California Sur, Dr. José Luis Estrada Figueroa; Campeche, Dr. Roque Durán del Rivero; Coahuila, Dra. Refugio Josefina Piña Saucedo; Colima, Dr. Moisés Rozanes Tassler; Chiapas, Dr. Rolando Arguello Aguilar; Chihuahua, Dr. Hector Manuel Melendez Portillo; Durango, Dra. Martha Palencia Núñez; Estado de México, Dr. Jorge Manuel Cano Garduño; Guanajuato, Dra. Ana Bertha Meza Pérez; Hidalgo, Dra. Aracely Granados Díaz; Jalisco, Dr. Ismael Eduardo Herrera Torres; Nayarit, Dr. Eduardo Corona Tabares; Nuevo León, Dr. Felipe Corpus Martínez; Oaxaca, Dr. Horacio Santiago López Flores; Querétaro, Dr. Juan Ignacio Romero Romo; San Luis Potosí, Dr. José Sergio Viera Niño; Sinaloa, Dr. Jesús Ramón Lomeli Díaz; Sonora, Dr. Ariel Francisco Fierro Ramírez; Tabasco, Dr. José Joaquín Jiménez Alayola; Tamaulipas, Dr. Alejandro Cruz Rosas; Veracruz, Dr. Rodrigo Morales García; Yucatán, Dr. Rodolfo Briones Castro; Zacatecas, Dr. José Luis Barrón Contreras.

Secciones Académicas (2010-2011): Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Dr. Óscar Sánchez Guerrero; Farmacodependencia y Alcoholismo, Dra. Esperanza Patricia Sierra Aguilar; Psicoterapia, Dra. María Regina Monroy Solís; Psicofarmacología, Dra. Luz María Coronado Sosa; Enseñanza, Dra. Silvia Ortiz León; Psiquiatría Familiar, Dra. Elizabeth Landeros Pineda; Sexología Médica, Dr. Juan Carlos Rueda García; Mujer y Psiquiatría, Dra. María del Pilar García Huizar; Psicogeriatría, Dr. Francisco Shimasaki Martínez; Psiquiatría Legal, Dra. Ma. Aurora Contreras Garza; Urgencias Psiquiátricas, Dr. Alejandro Molina López; Suicidio, Dr. Héctor Senties Castella; Psiquiatría y Espiritualidad, Dr. Alejandro Córdova Córdova; Esquizofrenia, Dr. Soledad Rodríguez Verdugo; Trastorno Afectivo Bipolar, Dra. Claudia Becerra Palars; Trastornos de la Conducta Alimentaria, Dra. Marcela Blum Ortiz; Guerra, Trauma y Desastre, Dr. Javier Zambrano Ramos.

Asesores: Dr. Jorge Caraveo Anduaga; Dr. Gerardo Heinze Martín; Dra. Ma. del Carmen Lara Muñoz; Dr. Eduardo Nuñez Bernal.

Comité Científico: Dr. Fernando López Munguía; Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe; Dr. Antonio Ruiz Taviel de Andrade; Dr. Salvador González Gutiérrez; Dr. Javier Zambrano Ramos; Dr. Enrique Chávez León; Dr. Juan José Cervantes Navarrete; Dra. Claudia Becerra Palars; Dra. María del Carmen Lara Muñoz.

Página Web: Dr. Juan José Cervantes Navarrete, Lic. Norma Beatriz Cabrera Mancilla, Ing. Ricardo Ledesma.

Distribución: SEPOMEX.

Publicación Cuatrimestral

Editor Responsable: Dra. Ma. del Carmen Lara Muñoz.

Coeditores: Dr. Enrique Chávez León, Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe, - Dr. Jorge Caraveo Anduaga.

Consejo Editorial: Dr. Lauro A. Castanedo de Alba; Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez; Dr. Alejandro Díaz Martínez; Dr. Enrique González Ruelas; Dr. Gerardo Heinze Martín; Dr. Manuel Isaías López Gómez; Dr. Jesús del Bosque Garza; Dr. Héctor Pérez-Rincón García; Dr. Rafael Salin-Pascual; Dr. Armando Vázquez López-Guerra; Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz.

Suscripción Anual	\$ 150.00
Precio por ejemplar	\$ 50.00
Suscripción anual a Extranjeros	US \$ 30.00
Correo Aéreo (excepto México)	US \$ 25.00

Favor de enviar solicitud y pago a:
Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.
Periférico Sur 4194 - 104, Jardines del Pedregal
Del. Álvaro Obregón, C.P. 01900, México, D.F.
e-mail: aspsiqm@prodigy.net.mx

Certificación de Licitud de Título 8632 y de Contenido 6079

Dir. Gral. de Derechos del Autor: Depto. de Reservas. Reserva No. 1185-89.

Publicación indizada en PERIÓDICA, PSYCHOLOGICAL ABSTRACTS PsyINFO y redALyC Y LATINDEX

PSIQUIATRÍA es el órgano de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Los artículos y fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total para uso personal podrá hacerse siempre que se cite a la revista y su autor como fuente; para uso publicitario o promocional requiere la autorización del editor. Toda correspondencia debe ser dirigida a: Dra. Ma. del Carmen Lara Muñoz, Periférico Sur 4194 1er. piso, Jardines del Pedregal, Deleg. Álvaro Obregón, C.P. 01900, México D.F. Tels.: 5652 5576 y 5652 5586. psiquiatria.revista.apm@gmail.com. La revista Psiquiatría es diseñada e impresa por Diseño3, Valle de San Juan del Río 10, Vista del Valle, C.P. 53290, Naucalpan, Estado de México, Tels.: 5364 5835 y 5364 6174, e-mail: disenho3@hotmail.com

PSIQUIATRÍA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA, A.C.

May-August, 2011 • 3th Epoch, Vol. 28, No. 2

CONTENTS

- 1 THERAPEUTIC ADHERENCE IN ADDICTED TO OPIATES TREATED WITH METHADONE
Mario Souza y Machorro, Lenin Cruz Moreno.
-
- 11 IS IT POSSIBLE TO DEMONSTRATE THE MASK OF SANITY IN PSYCHOPATY? A STUDY OF CASES AND CONTROLS
J. Nicolás Ivan Martínez López, Ma. Del Carmen Lara Muñoz, Fernando López Munguía
-
- 19 RASGOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD
Catalina Santos Chávez, Minou del Carmen Arévalo Ramírez, María del Carmen Lara Muñoz
-
- 25 CLINICAL CASE
Héctor Eduardo Pimentel Bolaños, Minou del Carmen Arévalo Ramírez, María del Carmen Lara Muñoz

PSIQUIATRÍA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA, A.C.

Mayo-Agosto, 2011 Época 3, Vol. 28, No. 2

CONTENIDO

- 1 APEGO TERAPÉUTICO EN ADICTOS A OPIÁCEOS TRATADOS
CON METADONA
Mario Souza y Machorro, Lenin Cruz Moreno.
-
- 11 ¿ES POSIBLE EVIDENCIAR LA “MÁSCARA DE LA CORDURA” EN LA
PSICOPATÍA? UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES
J. Nicolás Ivan Martínez López, Ma. Del Carmen Lara Muñoz, Fernando López Munguía
-
- 19 RASGOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN
ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD
Catalina Santos Chávez, Minou del Carmen Arévalo Ramírez,
María del Carmen Lara Muñoz
-
- 25 CASO CLÍNICO
Héctor Eduardo Pimentel Bolaños, Minou del Carmen Arévalo Ramírez,
María del Carmen Lara Muñoz

APEGO TERAPÉUTICO EN ADICTOS A OPIÁCEOS TRATADOS CON METADONA

THERAPEUTIC ADHERENCE IN ADDICTED TO OPIATES TREATED WITH METHADONE

.....

* **Mario Souza y Machorro**, ** **Lenin Cruz Moreno**.

* Coordinador Científico de la Academia Mexicana de Patología Dual, A.C.
Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES/SEP. souzaym@yahoo.com
** Maestro en Salud Pública y en Medicina Social. Profesor de la Carrera de Medicina Social.
Universidad Autónoma de México-Xochimilco.

RESUMEN

Desde la perspectiva médico-psiquiátrica, el abuso/adicción a heroína y sus derivados mantiene comorbilidad a nivel nacional/mundial. Se revisan las características y mecanismos de acción opiácea, destacando los beneficios del Programa de Tratamiento con Metadona (reducción de morbilidad, conductas sexuales riesgosas y delictivas; mejoría familiar, potencial mayor de empleo, control del embarazo no deseado, fomento de la adherencia terapéutica, salud y calidad de vida, reinserción social costo-benéfica), vía disminución de la incidencia y gravedad de la problemática derivada de su consumo, no necesariamente la eliminación/reducción de éste. La evaluación de tales programas dentro del Sistema Terapéutico Nacional deviene imprescindible para diseminar conocimiento y reorientar los esfuerzos antiadictivos. La utilización de algoritmos fomenta el sentido humanista de la praxis profesional del personal, devolviendo a quienes –como víctimas de diversas condiciones propias y ajenas– quebrantaron su salud: lo más valioso de sí mismos.

Palabras clave: Heroína, metadona, tratamiento, programa de sustitución, apego terapéutico.

SUMMARY

From the medical-psychiatric perspective, the abuse/addiction of heroin and its derivatives maintains such a co-morbidity as a national-world problem. Features and opioids action mechanisms are reviewed. The Metadone treatment program (MMT) represents benefits (reduction of morbidity and mortality, risky sexual behavior, criminal conduct; family improvement; greater employment potential; control of unwanted pregnancy; promotion of therapeutic adherence, health and quality of life; social reintegration with best cost-benefit relation) through reducing the incidence and severity of the problems derived from drug consumption, but not to their elimination/reduction. The evaluation of such programs within the National Therapeutic System becomes essential to disseminate knowledge and reorient anti-addictive efforts.

Key words: Heroin, methadone, treatment, substitution program, therapeutic adherence.

ANTECEDENTES

El incremento mundial del consumo de drogas⁵⁶ es preocupación de la ONUDD, aunque la producción de sustancias ilícitas tiende a la baja.⁵⁸ La falsificación de estupefacientes y otros psicotrópicos, fuente de abasto del mercado clandestino en farmacias vía Internet -de metadona, fentanil, anfetamina, hidrocodona, oxicodona, dexanfetamina, metilfenidato, etc.- constituye un grave problema para la detección y el control de los involucrados. Sólo a EE.UU. ingresan al año 10 millones de medicamentos ilegales (opiáceos, depresores y estimulantes).^{56,23} En México, sin datos precisos al respecto, se sabe que la venta sin prescripción (automedicación) es alta en el país,⁵⁸ casi tan frecuente como el abuso de cocaína.^{39,67,70}

INTRODUCCIÓN

El principal ingrediente activo del opio -papaver somniferum- es la morfina. Desde 1898, su dependencia y otros efectos (venas cicatrizadas o colapsadas, infecciones bacterianas vasculares y abscesos, patología hepato-renal, neumonía, TBP, así como del efecto depresor sobre el centro respiratorio) instaron a investigar sus mecanismos neuroquímicos⁵⁰. Muchos de los aditivos callejeros de esta droga contienen sustancias que no se disuelven fácilmente y bloquean la circulación venosa hacia los pulmones, hígado, riñones o cerebro, lo que genera infecciones e incluso la muerte de pequeños grupos celulares de órganos vitales. La reacción inmune a estos y otros contaminantes puede causar problemas reumatológicos (artritis) y compartir los equipos de inyección tiene graves consecuencias (hepatitis B y C, VIH/SIDA), que el adicto transmite a sus parejas sexuales e hijos.⁵² Asimismo, la morfina causa complicaciones serias en el embarazo. Los niños nacidos de madres adictas tienen mayor riesgo de desarrollar s. de muerte súbita del lactante. Pero no se recomienda la desintoxicación opiácea de gestantes, debido al alto riesgo de aborto espontáneo/parto prematuro. Se emplea, en cambio, el manejo sustitutivo a largo plazo, y no obstante que los productos nacidos de madres bajo este manejo exhiben signos de dependencia, pueden ser bien tratados y sin peligro en unidades clínicas ad hoc. Los efectos de la exposición uterina a metadona (MTD), como remplazo heroínico, son relativa-

mente benignos pero deben asociarse a la prevención del VIH.^{39,63,64,70} Del opio se extraen además derivados sintéticos (MTD, dextro-propoxifeno, pethidina, etc.)⁴. Las drogas ilegales (alcaloides opiáceos, psicoestimulantes anfetamínicos y cocaína) inducen cambios en los circuitos neuronales donde los psicotrópicos ejercen sus efectos, produciendo a corto/largo plazo, alteraciones en la neuroadaptación neuronal y cambios plásticos en las sinápsis,⁷⁷ que determinan el aprendizaje de patrones conductuales específicos.⁸⁶ No obstante, tales cambios no explican los mecanismos biológicos implicados en la naturaleza compulsiva de su consumo. La estimulación continua de estas drogas sobre receptores dopaminérgicos (D¹/D³, D¹R/D³R), la activación del sistema intracelular cAMP/PKA/CREB y la alteración progresiva de la expresión genómica producirán cambios morfológicos/químico-moleculares en las neuronas dopaminérgicas, además de la génesis de nuevos contactos sinápticos y/o remodelación sináptica,⁷⁶ que favorecen el desarrollo y mantenimiento de la adicción.⁶⁶

La Ley General de Salud de México mantiene regulados el fentanil (Fentanest[®]), la meperidina (Demerol[®]) y el dextropropoxifeno inyectable (Darvon[®]), en el grupo I, y la codeína (Coderit[®]), la nalbufina (Nubaine[®]), la tildina (Valoron[®]) el difenoxilato y el dextropropoxifeno para uso oral, en el grupo II.³³ Estas sustancias actúan en el sistema de recompensa, sobre los receptores opioides del núcleo accumbens; causan inhibición de interneuronas del área tegmental ventral, ATV, que permite el aumento en la tasa de disparo de las neuronas dopaminérgicas (desinhibición), y por acción directa sobre los receptores en las neuronas dopaminérgicas del ATV. Tal inhibición es mediada por el acoplamiento del receptor opiáceo a la proteína Gi/Go (inhibitoria), disminuyendo el AMPc, la PKA y las fosfoproteínas, que esta última activa (tiroxina-hidroxilasa). Las neuronas dopaminérgicas del ATV y sus proyecciones (n. accumbens y corteza prefrontal) exhiben adaptaciones en las proteínas G e intraneuronales.⁷⁹ Ambos grupos de opiáceos: Endógenos (encefalinas, endorfinas y dinorfinas) que efectúan funciones de neurotransmisión cerebral y Exógenos se ligan a receptores altamente específicos ubicados y actuantes en forma diferencial en el cerebro, que en el hombre parecen concentrarse en áreas asociadas con la transmisión del dolor (sistema

talámico, hipotálamo e hipófisis). Al unirse la molécula opiácea con los receptores causa inhibición de la liberación del neurotransmisor, provocando disminución en la percepción del dolor. Las endorfinas modulan complejas reacciones psíquicas, emocionales, perceptuales y álgicas. Participan en la inhibición de la descarga neuronal (retrotransmisión). Al acumularse, los péptidos endorfinicos elevan su concentración en la terminal nerviosa, produciendo tolerancia.¹⁵ Los receptores opiáceos estereo-específicos Mu, Kappa y Delta tienen acciones vinculadas con diferentes efectos farmacológicos que se relacionan con los componentes afectivos de la conducta. Los receptores Kappa se asocian a la analgesia espinal y, siendo de tipo mixto, los efectos se correlacionan con los de los receptores Mu y Sigma. Los primeros se vinculan con analgesia (supraespinal, depresión respiratoria e hipotermia, bradicardia, miosis, euforia y dependencia). La activación de los receptores Sigma produce alucinaciones (sin dependencia), estimulación respiratoria, y de tipo simpático (midriasis, taquipnea, taquicardia, náusea, vómito, alucinaciones y disforia), por lo que están excluidos de la clasificación de los receptores opiáceos. La mayor parte de los opiáceos se absorben rápida y efectivamente, según sea su vía de administración. La inyección i.v. de morfina produce en segundos un cuadro típico de intoxicación, con efectos más prolongados de 3-6h., que cuando es oral. En el caso de la MTD, el efecto puede durar entre 12-24h.¹⁵

DESCRIPCIÓN

Se ha documentado la eficacia agonista de la MTD en adictos a opiáceos,^{3,10,14,16} con propiedades cualitativamente similares a la morfina. Es un polvo blanco de sabor amargo, soluble en agua y alcohol, utilizado en la clínica como analgésico potente y, en especial, para el manejo D-Tox de heroínoadictos.⁴⁶ Se suministra v.o. aunque puede ser inyectada i.v./i.m. Su efecto aparece en 30-35 min. (miosis, depresión respiratoria, bradicardia, hipotonía muscular, liberación de hormona antidiurética, estreñimiento, hipertermia e hiperglicemia). Al EEG produce modificaciones similares a las generadas durante el sueño, hasta por 8-24h. o más. Utilizada en largos periodos puede provocar aumento de peso y entumecimiento. Sus efectos persisten tras el uso repetido; de hecho, la miosis y la depresión respiratoria pueden rebasar 24h., tras dosis única. No se han detectado alteraciones genéticas por su uso pero, al igual que la heroína y la morfina, los hijos de mujeres adictas preñadas presentan bajo peso al nacer y síndrome de abstinencia. Actualmente se emplea en programas de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TMM) para heroína,⁴⁹ debiendo considerarse sus precauciones e interacción con muchas sustancias (cuadro I). Tiene excelente biodisponibilidad oral, actividad máxima de 2-4h. y vida media de 24-36h. sin s. de abstinencia o somnolencia. La ocupación de los receptores morfínicos disminuye o anula los efectos

CUADRO I. PRECAUCIONES GENERALES, CONTRAINDICACIONES, SOBRE DOSIFICACIÓN Y MANEJO.

Al igual que otros analgésicos narcóticos la MTD debe utilizarse con precaución en pacientes ancianos y debilitados, en personas con alteración de la función hepato-renal, enfermedad de Addison e hipertrofia prostática.

La MTD suprime el reflejo tusígeno por lo que se deberá poner especial atención cuando se utilice durante el periodo postoperatorio y en casos de enfermedad pulmonar.

La MTD puede disminuir las habilidades para el manejo de maquinaria de precisión, conducción de vehículos y otras actividades que requieren movimientos rápidos y finos.

La MTD puede causar dependencia física y psíquica.

CONTRAINDICACIONES.

No se administre a personas con antecedentes de hipersensibilidad a la MTD

Interacciona con: acetazolamida, baclofeno, buprenorfina, cinitaprida, cisatracurio, desflurano, duloxetine, etomidato, isoflurano, ivabradina, ketamina, levosulpirida, linezolid, mepiramina, metoclopramina, procainamida, propofol, quinupristina, rocuronio, trifluoperazina, vecuronio, zaleplon, amiodarona, astemizol, desipramina, droperidol, esparfloxazino, gatifloxacino y rifabutina.

Al igual que con otros analgésicos opioides, la MTD debe evitarse en los siguientes casos:

Depresión respiratoria: La MTD puede agravar la depresión respiratoria por efecto directo sobre el centro respiratorio. Ésta se presenta con mayor frecuencia en personas sensibles a la MTD o cuando se utilizan altas dosis del medicamento. Por tanto, se contraindica su uso en todas las situaciones que cursen con depresión respiratoria.

Traumatismo craneoencefálico e hipertensión intracraneal: En casos de traumatismo craneoencefálico (TCE) y en otras entidades donde se presente hipertensión intracraneal se deberá tomar en cuenta que la MTD incrementa la presión intracraneal, además de enmascarar el curso clínico del TCE.

Dolor abdominal agudo: La MTD tiene acciones sobre el músculo liso, a nivel gastrointestinal modifica el tono y la motilidad, por lo que en casos de dolor abdominal agudo puede enmascarar el diagnóstico y el curso del trastorno.

Está contraindicada en casos de intoxicación aguda por alcohol, delirium tremens y en combinación con medicamentos depresores del SNC. De igual manera, se contraindica durante el embarazo y la lactancia.

SOBREDOSIFICACIÓN (O INGESTA ACCIDENTAL). TRATAMIENTO

Se presenta depresión respiratoria, somnolencia que puede progresar a estupor o coma, flacidez músculo-esquelética, piel húmeda y fría y en algunas ocasiones se puede presentar bradicardia e hipotensión arterial.

Con sobredosis graves se han presentado apnea, colapso circulatorio, paro cardíaco y muerte.

Manejo inmediato de soporte de la función cardiorrespiratoria y a medidas para reducir la absorción del medicamento.

Si el paciente se encuentra alerta y consciente está indicado el vaciamiento gástrico por inducción del vómito mecánicamente o utilizando jarabe de ipecacuana a dosis de 5-10 ml en niños y 15 ml en adultos.

Se puede repetir la dosis 20-30 min. Después, si no se ha producido el vómito, posteriormente se administrará carbón activado 1 mg/kg, acompañado de un catártico. La reposición de líquidos es esencial para mejorar la hipotensión. Se deben utilizar medicamentos vasopresores cuando así se requiera.

En pacientes inconscientes es necesario el vaciamiento gástrico mediante sonda nasogástrica, además de colocación de tubo endotraqueal. Cuando se requiera se deberá utilizar ventilación asistida para mantener una ventilación pulmonar adecuada.

En caso de intoxicación grave se deberá realizar de preferencia hemodiálisis o diálisis peritoneal. La naloxona es un antagonista de los narcóticos opioides. Dosis de 0.4-2.0mg administrados i.m. o i.v. son necesarias para revertir los efectos de la MTD. Debe tenerse en cuenta que la duración de acción de la naloxona es menor a la de la MTD, por lo que pudiera ser necesario repetir la dosis del antagonista a intervalos inclusive de 2-3 min. en casos graves.

Nalmefene, que es un antagonista específico de los opioides derivado de la naltrexona y con propiedades similares a la naloxona, siendo su principal diferencia su duración de acción más prolongada. La dosis inicial recomendada para el manejo de la sobredosis por MTD en personas no adictas es de 0.5 mg/70 kg de peso, seguidas de una segunda dosis de 1.0 mg/70 kg de peso si es necesario cada 2-5 min.

En pacientes adictos o sospechosos se recomiendan dosis de 0.1 mg/70 kg de peso. Si no hay datos sugestivos de abstinencia a los 2 min. se debe continuar con las dosis recomendadas

* Modificado de Center for Substance Abuse Treatment. CSAT. State methadone treatment guidelines. Rockville (MD): CSAT, SAMHSA. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series; TIP#1. DHHS Publication No. (SMA)93-1991; 1993. www.whitehousedrugpolicy.gov NCJ-175678. Accessed April, 2012.

tos de la heroína, bloqueando su efecto euforizante vía tolerancia cruzada. Su estabilidad sérica se obtiene tras cinco días de dosis continuas.^{60,61} El TMM se considera seguro pese a sus efectos indeseables (constipación, aumento de peso, edemas periféricos, prurito, somnolencia -en sobredosis-, baja de la libido, disfunción sexual, diaforesis y ginecomastia), su aval documental data de casi cinco décadas.⁶⁰ La MTD no produce efectos eufóricos, tranquilizantes o analgésicos ni altera el estado de conciencia. Dosis de 80-120 mg/día no incrementan la tolerancia a la sustancia; es

efectiva v.o. oral cada 24-36h. y, por disminuir la apetencia opiácea, previene recaídas sin efectos secundarios o tóxicos.⁶⁸ Cuando empezó a reconocerse la magnitud y trascendencia del problema adictivo opiácea, se crearon proyectos en distintos países,^{42,61,68} en programas destinados al manejo del s. de abstinencia.⁵¹ Se ha documentado que el TMM a mediano plazo contribuye a disminuir el consumo ilícito de sustancias; reducir la violencia y conductas antisociales, favoreciendo la rehabilitación e inserción social.^{6,17,31}

DISCUSIÓN

El TMM data de 1963 al conocerse su vida media, facilidad de suministro oral, eliminación de riesgo inyectable y ventaja sobre otros opiáceos.² El panel de expertos NIH de EE.UU. estableció en 1997 que la adicción opiácea con trastornos médicos se alcanza a través de un mayor acceso a TMM, al modificarse las regulaciones al efecto.^{25,40} Los factores que optimizan el TMM son: la dosis de MTD durante el manejo de sostén y el mejoramiento de los resultados del TMM al unirse a la asesoría especializada y las intervenciones psicosociales.⁷³ Las acciones deben incluir desde su diseño,³⁴ la participación activa de los pacientes, no obstante que su condición -a menudo deteriorada- dificulta su retención a largo plazo.^{35,60} Existen pacientes que requieren TMM y los que requieren, además, otras acciones contra la comorbilidad.¹¹ El pronto suministro de MTD, intervenciones motivacionales para consolidar el curso del apoyo intensivo (psicoeducación del paciente y su familia) y las medidas para estimular su permanencia conforman la terapéutica.⁶² La empatía, un personal con enfoque positivo y flexible y su respuesta favorable en el curso del manejo producen aún mejores resultados³ en la rehabilitación.⁸² La mala respuesta al TMM puede derivarse de la reacción ante el maltrato que suelen recibir los pacientes en la comunidad,⁸¹ y gran parte del éxito depende del tipo de terapia (conceptuación y praxis), así como del manejo en sí, al aplicarse intensamente y con exigencia desde el ingreso para atraer la participación.³⁰ Si el personal de salud, PS, no favorece el desarrollo adecuado de compromiso con el manejo, generará un débil apego terapéutico, AT.⁶⁰ Las cifras bajas de retención de pacientes se asocian a su duración, siendo fundamentales las actitudes de los involucrados, las características de los servicios en interacción con el PS, los pacientes y sus familiares.^{36,65} Tras el suministro opiáceo, el rápido manejo al primer contacto con un servicio ad hoc puede brindar un mejor AT.¹⁹ El diseño/función adecuada de los servicios es crucial en sus resultados.^{27,43} La evaluación del manejo del caso contribuye al fomento y aceptación del proceso, pero pierde eficacia si la motivación se torna obstáculo.²⁷ Si los problemas son por inestabilidad y falta de recursos personales adecuados,⁸⁸ se debe allegar ayuda continua para promover el AT (recor-

datorios telefónicos, cartas o mensajes que soliciten la presencia del paciente en las sesiones). La realización de las citas a la hora prevista y demás formalidades programadas obtienen más altas tasas de asistencia e impulsan la motivación de pacientes y familiares.⁶² La psicoterapia (y la clarificación de problemas y su abordaje) y el enfrentamiento de preocupaciones y conceptos erróneos sobre sí mismo al resignificarse se tornan útiles.³⁸ Un estilo positivo de relación médico-paciente¹³ con ética profesional contribuye al AT con buenos resultados.⁴³ Éstos se centran en el desarrollo del paciente, respondiendo a sus necesidades con flexibilidad y dirigidos congruentemente hacia los objetivos.⁹⁰ No basta la dosis diaria individual de MTD: el vínculo PS-paciente es capital.¹⁵ Quienes participan mejor en su favor son quienes se sienten comprendidos y respetados.⁴⁴ El TMM recomienda dosis de 60-120mg⁷⁹ y, si se requiere, canaliza a los servicios complementarios. Toda Unidad Antiadictiva debe desarrollar el AT,⁷² cuya mejoría suele llegar tras un mes de internamiento. La rehabilitación a corto plazo tarda al menos tres meses para iniciar su mantenimiento a largo plazo. Pero 80% de los pacientes abandonan la unidad antes, al igual que 36% de los pacientes en rehabilitación a corto plazo y 60% a largo plazo.⁸ La terminación imprevista conlleva alto riesgo de recaída, mientras la retención de al menos un año representa mayor beneficio, si bien es menos factible.⁷ Los estudios señalan que 38% de los pacientes que abandonaron su TMM antes del año y los que lo hicieron antes de dos años (58%) obtuvieron malos resultados.⁹² Como las tasas de egreso imprevistas varían mucho, se infiere que tales servicios varían en su capacidad de retención.¹³ El AT es una señal de que los pacientes forman parte de un programa activo de trabajo¹⁹ y que son autogestores de la planeación de sesiones y supervisión¹⁷ para mantener su abstinencia.²⁸ Los programas deben hacer coincidir la oferta/demanda de AT, antes de evaluar los resultados^{26,29} en el marco de un planteamiento integral de la filosofía terapéutica.⁶⁶ Para algunas mujeres, la sensación de que el terapeuta “se preocupa por ellas” es el factor más decisivo de la relación profesional. Para los hombres, es la “forma de ayuda que reciban”. Y en uno y otro sexo, “la empatía, el acceso y la precisión comunicativa entre ellos y el PS” devienen útiles^{21,22,32,53,71} contra el abandono

por ineficiencia.^{62,83} En México, los programas oficiales se destinan a pacientes de 21-40 años con adicción narcótica mínima de cuatro años y admisión voluntaria. Los criterios de exclusión son para poliusuarios con alcoholismo, tuberculosis y/o esquizofrenia. Todo paciente es evaluado médicamente a su ingreso, en especial la mujer embarazada.⁷⁹ Se requiere disposición familiar para participar en el manejo y aceptar el antidoping, exámenes de detección de VIH, prueba de embarazo e inmunizaciones y vacunas, así como el respeto a la normatividad del programa.^{3,14} Los esquemas de D-Tox con MTD a corto plazo (buscan reducir la dosis al mes o menos) y a largo plazo (lograr la prescripción estable en seis meses o menos) son programas de Umbral Bajo, caracterizados por su fácil acceso con orientación hacia la reducción del daño -no necesariamente a la abstinencia-, y su objetivo es mejorar la calidad de vida y aliviar el s. de abstinencia en una amplia gama de opciones. Los programas de Umbral Alto tienen un criterio selectivo de admisión, con orientación a la abstinencia, pero sus opciones de tratamiento pueden no ser flexibles;⁵⁴ su asesoría y procedimiento cuentan con psicoterapia obligatoria, antidoping y política inflexible de baja del programa.^{45,55} Se enfatiza la importancia de ofrecer orientación psicológica para la adicción, terapias psicosociales y otros servicios de apoyo al paciente y a su familia, incluso para fomentar el AT. Pero éstos deben adaptarse a las necesidades individuales y a enseñar a los pacientes a aprender a controlar su circunstancia vital y su vida sin drogas de forma productiva.^{47,54,59} La farmacoterapia ayuda en el manejo del s. de abstinencia, el control del deseo de consumo y en el bloqueo de los efectos de las drogas.⁵² Las terapias conductuales resultan muy convenientes porque incluyen psicoterapia individual y/o de grupo y familiar, así como el apoyo en grupos de apoyo mutuo.⁴⁷ El TMM que incluye terapia conductual reduce las tasas de morbilidad asociada al uso indebido de heroína u otros opiáceos, y a mayor tiempo y estructuración de sus acciones alcanza mejor resultado.^{47,91} Muchos pacientes requieren además otros servicios (médicos, de salud mental, prevención del VIH, etc.); de ahí que sea útil el apoyo con MTD.^{49,60} El objetivo final es la abstinencia de drogas (si es factible) a través de mejorar la capacidad para funcionar lo más saludablemente posible y reducir al mínimo los problemas

médicos y complicaciones sociales de la patología adictiva. Incluye psicoterapia, farmacoterapia, espacios controlados -libres de drogas- y terapia ambulatoria.⁸⁷ Puede ser ambulatorio, residencial¹⁸ o bajo el modelo de comunidad terapéutica, CT.⁴⁷ A menudo, el primero no incluye medicamentos y, por su riesgo, abarca una variedad de acciones de programas de aplicación intermitente a intervalos regulares, pero requiere de una selección precisa del paciente, tanto en la modalidad de participación individual como grupal.^{46,60} Los TMM más estructurados hacen residir a los pacientes de 6-12 meses, enfoque que favorece su resocialización con su ambiente controlado, que evita la delincuencia y propicia la creación de un estilo de vida libre sin drogas. Los TMM son a menudo más exitosos para el AT que las CT que no medican a sus pacientes y éstas a su vez son mejores que los programas ambulatorios que sólo ofrecen “consejería” y psicoterapia.⁹ La clave radica en el suministro regular de dosis de MTD, que refuerza las acción psicosocial y mantiene la abstinencia más tiempo.^{20,37} De ahí que se requiera una buena evaluación clínica y terapéutica del abuso/adicción, la que debe apoyarse en instrumentos diagnósticos y métodos de abordaje integral para el crecimiento individual y alcanzar reinserción social.⁷⁸ Tal evaluación requiere de experiencia y acuciosidad en la labor institucional por proporcionar instrucción y actualización, necesarias para una adecuada función nosoterapéutica, apoyada en laboratorio y gabinete.¹ Hoy, el concepto de reducción de daños, tendiente a disminuir las conductas de riesgo, mejorar la salud y preservar la vida,³ otorga la mejor visión integral que la sola D-Tox que no aporta mayor beneficio a su salud.¹⁵ El TMM y su encuadre psicosocial representan un medio de autogestión, en el que el paciente gestiona su salud, manejo y modificación de su estilo de vida, obligaciones familiares y, en consecuencia, un nuevo medio que le permita participar activamente en su reinserción social.^{3,14} Como puede colegirse, ambos tipos de abordaje (breve o de sustitución y a largo plazo) promueven la prevención específica,⁶⁹ como alternativas que facilitan la experiencia terapéutica.⁶¹ No obstante, las recaídas son numerosas y frecuentes (90%) tras algunos meses del logro de la abstinencia. Desde el inicio y en las recaídas posteriores, se debe invitar al paciente a tomar los beneficios del programa cuando lo requiera e insistir en su

participación como la más efectiva intervención documentada.¹⁰ la individualización de la dosis,⁷⁹ la comorbilidad psíquica (t. mentales) y física (problemas médico-quirúrgicos) deben buscarse exhaustivamente y de preferencia atenderse en forma simultánea.

CONCLUSIÓN

El problema del abuso/adicción a opiáceos, su comorbilidad y complicaciones con ETS (intercambio de agujas contaminadas y conductas sexuales de alto riesgo contra la salud) continúa agravándose en México.⁴¹ Son necesarias acciones preventivo-curativas, así como la participación directa de la población,³² para establecer mecanismos adecuados para su control⁵⁶ (apetencia por la droga, reducción de la conducta de búsqueda, disminución de comportamiento antisocial) y mejores posibilidades de rehabilitación.⁵⁰ Muchos países de la unión europea emplean este abordaje dado que, al eliminar la venopuntura, los pacientes bajo TMM disminuyen riesgos comórbidos, de sobredosis y de contagio o transmisión de enfermedades (infecciones bacterianas, endocarditis, infecciones de tejidos blandos, tromboflebitis, tuberculosis) y ETS (en especial VIH, hepatitis B o C)¹; reducen su mortalidad y las conductas sexuales de alto riesgo, la actividad delictiva, mejora la familia con la estabilidad del cuadro y da pauta a un potencial mayor de empleo y mejor control del embarazo no deseado,^{24,89} por lo que deviene sumamente rentable.⁵⁷ No obstante, la controversia y el estigma social persisten¹⁷ pese a que el TMM ha documentado sus beneficios.^{15,56,79} Y, para su mayor efectividad, es indispensable el manejo farmacológico simultáneo al tratamiento conductual y psicosocial.¹² Los pacientes que terminan el TMM obtienen mejores resultados que los que lo abandonan prematuramente, aumentando sus beneficios con el tiempo de permanencia, factor que es medida confiable del éxito de la mayoría de los programas.⁷⁴ Dado que gran parte de los abusadores/adictos tienen problemas diversos y crónicos, cuanto más tiempo permanezcan bajo tratamiento mayor será la probabilidad de que consoliden una mejoría que favorezca su salud y apoye un nuevo proyecto de vida.⁸⁵ Los pacientes que ingresaron a programas comunitarios no estructurados consideraron que la estadía de un año

como mínimo influye considerablemente en su mejoría registrada al año.⁸⁴ Los mayores niveles de abstinencia estudiados tras un año se asocian con la participación durante 28 días bajo manejo en hospitalización y programas residenciales de corta duración y durante 90 días en programas residenciales de más largo plazo.⁷⁵ Asimismo, los pacientes que continúan TMM ambulatorio al menos un año logran mejores resultados que los que lo abandonan antes.⁵ No obstante, resulta difícil demostrar los efectos de la permanencia del paciente en tratamiento, así como de la duración de éste, en el caso de los servicios ambulatorios encaminados a lograr abstinencia pero sin meta psicoterapéutica posterior, dirigida a una reestructuración de su personalidad.⁸⁵ Sin embargo, el período de tratamiento no necesariamente redundante en buenos resultados, aun cuando la continuación del manejo a largo plazo permita al paciente adquirir nuevas aptitudes y progresar en varias áreas de la vida de manera simultánea.⁸⁶ En la evaluación de este complejo asunto siempre deberá considerarse que las generalizaciones y sobresimplificaciones respecto de la mejoría clínica de los pacientes pueden ser tan temerarias como riesgosas.⁹ Si bien el AT es asunto central en la mayoría de los sistemas terapéuticos evaluados, no es fácil de producir ni de mantener.⁴⁹ El PS debe promover y, en su caso, garantizar que los pacientes permanezcan bajo tratamiento, el tiempo mínimo y más largo posible, para que éste tenga éxito y, de ser factible, bajo una óptica individualizada, haciendo de la duración del manejo una función prioritaria de las necesidades de salud de cada paciente,⁴⁹ tal cual es el propósito de esta semblanza.⁵ Se estima indispensable la consolidación de un Sistema Nacional de Tratamiento que aloje y administre técnica y operacionalmente, los recursos disponibles⁹⁰ a efecto de lograr -dentro de los cánones éticos de la profesión- las mejores prácticas⁵ posibles y su favorable impacto en la salud mental colectiva.⁸⁵ El espíritu de servicio que caracteriza al PS debe mantenerse ligado a los algoritmos operacionales recomendados por la ONUDD, sin los cuales se retrasa, complica y demerita cualquier actuación. La actualización teórica-técnica continua en la materia ha favorecido colosalmente la comprensión neurobiológica y el abordaje nosológico-terapéutico de las adicciones, por lo que debe amalgamarse al sentido humanista de la profesión, cuyo imprescindible

enfoque pragmático da sentido a la vida de todos los que contribuyen con su actividad a devolver a quienes, víctimas de diversas condiciones propias

y ajenas, quebrantaron su salud: lo más valioso de sí mismos.

REFERENCIAS

1. ACADEMY FOR EDUCATIONAL DEVELOPMENT. HIV prevention and to HIV prevention community planning groups (CPGs). Department of Health and Human Services. 2008 www.cdc.gov/idu. 2012.
2. ALAIN H. LITWIN, IRENE SOLOWAY¹, MARC N. GOUREVITCH. Integrating Services for Injection Drug Users Infected with Hepatitis C Virus with Methadone Maintenance Treatment: Challenges and Opportunities. *Clin Infect Dis*. 2005, 40(Supplement 5):S339-45.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostical and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR. APA. Washington, 2002.
4. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. Guías Clínicas para El Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos: Compendio 2003. Barcelona: Ars Médica, 2003.
5. BALL JC; Ventura EM. Evaluation of the long-term Treatment of methadone. New York: Springer-Verlag. 2003.
6. Human Rights Watch. Barred from Treatment. Punishment of Drug Users in New York State Prisons. New York, NY, USA, 2009.
7. BELL J; MUTCH C. Treatment retention in adolescent patients treated with methadone or buprenorphine for opioid dependence: a file review. *Drug and Alcohol Review* 2006 25(2):167-171.
8. BETHEA AR, ACOSTA MC, HALLER DL. Patient Versus Therapist Alliance: Whose Perception Matters?. *J Subst Abuse Treat*. 2008 September; 35(2): 174-183.
9. BLANKEN P, HENDRIKS VM, KOETER MW, et al. Matching of treatment-resistant heroin-dependent patients to medical prescription of heroin or oral methadone treatment: results from two randomized controlled trials. *Addiction*. 2005 Jan;100(1):89-95.
10. BOUNDY D. Profile: Methadone Maintenance: The Invisible Success Story, Moyers on Addiction, New York, NY: Public Broadcasting Service, 1998. www.pbs.org/wnet/closetohome/treatment/html/methprofile.html Accessed April, 2012.
11. BRADY KT. Medical Treatment of Opiate Dependence: Expanding Treatment Options. *Am J Psychiatry* 2007;164:702-4.
12. CARROLL KM. Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: an effectiveness study. *American J Addiction*: 2001, 10(4):335-39.
13. CARTER RE, HAYNES LF, BACK SE, Et. al. Improving the Transition from Residential to Outpatient Addiction Treatment: Gender Differences in Response to Supportive Telephone Calls. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008; 34(1): 47-59.
14. CENTRE FOR ADDICTION & MENTAL HEALTH. Methadone Maintenance Treatment: Client Handbook. CAMA, 2008.
15. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, CIJ. Informe Consumo de Drogas en pacientes que ingresaron a tratamiento en 2003. CIJ., 2004.
16. CLAUS RE; ORWIN RG; KISSIN W; Et. al. Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care? *J substance abuse treatment*. 2007;2(1):27-39.
17. CLAUSEN T, ANCHERSEN K, WAAL H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug & Alcohol Dependence* 2008, 94:151-157.
18. DE LEON G. Therapeutic communities enhancing retention in treatment using senior professor staff. *J of Substance Abuse Treatment*. 2000, 19(4):375-82.
19. DE WEERT-VAN OENE GH. Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. *J. Substance Abuse Treatment* 2001;20(4):253-61.
20. ROMERO RR. Et. al. Marco conceptual y consideraciones para la evaluación de programas antiadictivos. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. México, 2008.
21. DONOVAN DM. Attrition prevention with individuals awaiting publicly funded drug treatment. *Addiction*: 2001,96:1149-60.
22. DOVERTY M, SOMOGYI AA, WHITE JM, BOCHNER F, Et. al. Methadone maintenance patients are cross-tolerant to the anti-nociceptive effects of morphine. *Pain*. 2001, 93(2):155-163.
23. Drucker E. From Morphine to Methadone: Maintenance Drugs in the Treatment of Opiate Addiction. www.drugtext.org/Opiates-heroin-methadone/from-morphine-tomethadone.html 2008. Accessed April, 2012.
24. DYER FJ. Counselors must be vigilant on co-occurring issues in adolescents. www.addictionpro.com/article/complexities-conduct-disorder. November 1, 2007. Accessed April, 2012.
25. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. FDA/Center for Drug Evaluation and Research. Washington, 2012.
26. FESTINGER DS. From telephone to office. Intake attendance as a function of appointment delay. *Addictive Behaviors*. 2002,27 (1):131-37.
27. FIELLIN DA, O'CONNOR PG, CHAWARSKI M. Methadone maintenance in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001, 286(14):1764-5.
28. GALANTER M, KLEBER HD. The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance abuse. Books.google.com.mx. 2008. Accessed April, 2012.

29. GAR MC, MARINA S, ELIZABETH KM, Et. al. Testing Positive for Methadone and Either a Tricyclic Antidepressant or a Benzodiazepine is Associated with an Accidental Overdose Death: Analysis of Medical Examiner Data. *Acad Emerg Med* 2006, 13:543-547.
30. GIMENO C, ESTEBAN J, ARAGONÉS A. Et. al. Prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana y hepatitis C en una cohorte de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. *Medicina clínica*. 2003; 120(20):765-67
31. GUIZA V, DÍAZ BARRIGA L, QUINTANILLA J, SOUZA Y MACHORRO M, GARCÍA R. Pautas de Tratamiento para la Atención de usuarios de opioides. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. CIJ., 2006.
32. GUIZA CVM, DÍAZ BARRIGA SL, SOUZA Y MACHORRO M. Terapéutica antiadictiva. Utilidad de sus factores de predicción. *Rev. Mex. Neuroci* 2004 Nov-Dic 5(6):581-598.
33. HALES RE, YODOFSKY SC, TALBOTT JA. Tratado de Psiquiatría 3ª. Ed. Masson, 2002.
34. HSER YI, HOFFMAN V, GRELLA CE. Et. al. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58(5):503-8.
35. HSER Y-I. Effects of program and patient characteristics on retention of drug treatment patients. *Evaluation and Program Planning*: 2001,24(4):331-41.
36. MATTICK RP, BREEN C, KIMBER J. ET. AL. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Drugs and Alcohol Group*. www.wiley.com /doi/10.1002/14651858.CD002209.pub2/abstract. July 8,2009. Accessed April, 2012.
37. HUBBARD RL; CRADDOCK SG; FLYNN PM. Et. al. Overview of 1-year Follow-up Outcomes in Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS), *Psychology of Addictive Behaviors*. 1997,11(4):261-78.
38. INP/SEP. REPORTE GLOBAL. Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del DF. *Medición Otoño* 2003. México, 2003.
39. INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, NIH. Programa de Desarrollo de Consensos de los NIH. Declaración de consenso. consensus.nih. gov. 1997.
40. JONES HE, JOHNSON RE, FUDALA PJ. Nalmefene: blockade of intravenous morphine challenge effects in opioid abusing humans. *Drug Alcohol Depend* 2000 60:29-37.
41. KOOB GF. Neurobiology of Addiction: Toward the Development of New Therapies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2000, January 909:170-185
42. KREEK MJ. Methadone-Related Opioid Agonist Pharmacotherapy for Heroin Addiction: History, Recent Molecular and Neurochemical Research and Future in Mainstream Medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2000, January 909:186-216.
43. LIKER PW, PALLA S, PEI B, et al. Switching from Methadone to a Different Opioid: What Is the Equianalgesic Dose Ratio? 2008, *J Palliat Med*. 2008 October 11(8):1103-8.
44. LOWINSON JH, RUIZ P, MILLMAN RA. Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Philadelphia. Lippincott, 2005.
45. MALINOWSKA-SEMPRUCH K, GALLAGHER S. War on Drugs, HIV AIDS, and Human Rights. Google Books, 2004
46. MAREMMANI I, PACINI M, PANI PP, Et. al. Use of street methadone in italian heroin addicts presenting for opioid agonist treatment. *J Addict Dis*. 2009 Oct;28(4):382-8.
47. MARION IJ. Methadone treatment at forty. *NIDA Science & Practice Perspectives* 2005,3(1):25-31.
48. MATHIAS R. NIH Panel Calls for Expanded Methadone Treatment for Heroin Addiction. *NIDA NOTES* 12(6). Washington, DC: National Institute on Drug Abuse, Nov/Dec. 2000.
49. MATTICK RP, KIMBER J, BREEN C. Et. al. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Drugs and Alcohol Group*. www.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002207.pub3/abstract. July 16, 2008. Accessed April, 2012.
50. MCLELLAN T, MCKAY JR, FORMAN R, Et. al. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction* 2005; April 100(4):447-58.
51. METHADONE CENTER. Methadone Treatment at Methadone Center. www.methadonedetoxrehab.com/methadone-treatment-at-methadone-center/. January 16, 2012. Accessed April, 2012.
52. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, NIDA. Information for Researchers and Health Professionals. U.S. Department of Health and Human Services. April 11, 2003.
53. NIDA NOTES. Research Findings. Buprenorphine Proves Effective, Expands Options for Treatment of Heroin Addiction. 2001, May, 16(2):4-5.
54. ONU, JIFE. Informe anual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. ONU. Viena, 2010.
55. ONUDD. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Naciones Unidas. N.Y., 2003.
56. ONUDD. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Anual 2010 Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, Viena, 2011.
57. ONUDD. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas. Viena, 2003.
58. ONUDD. World Drug Report. 2004. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Viena, 2005.
59. ONUUD. Informe Mundial de las adicciones 2003. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Panorama de las Adicciones, Opiáceos y Derivados 2003. Viena, 2004.
60. ORWIN RG. Relationship between treatment components, client-level factors and positive treatment outcomes. *J Psychopathology and Behavioral Assessment* 2000 22(4):383-97.
61. PEARL ISAAC, BETH SPROULE Methadone Maintenance Treatment: Recommendations for Enhancing Pharmacy Services. books. google.com.mx. 2009. Accessed April, 2012.
62. RICH JD, BOUTWELL AE, SHIELD DC. Et. al. Attitudes and practices regarding the use of methadone in US State and federal prisons. *J Urban Health*. 2005,82(3):411-19.

63. ROBLES E, MILLER FB, GILMORE-THOMAS KK. Implementation of a clinic policy of client-regulated methadone dosing. *J Substance Abuse Treatment*. 2001,20(3):225-30.
64. RUIZ, SADOCK, SADOCK. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. William and Wilkins. 2009.
65. SCHOTTENFELD RS, CHAWARSKI MC, PAKES JR, Et. al. Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence. *Am J Psychiatry* 2005; 162:340—9
66. SECRETARÍA DE SALUD SS. Ley General de Salud. Decreto de Reforma a la Ley General de Salud del 26 de mayo de 2000. Incluye la modificación a la fracción II del artículo 188 del 31 de mayo de 2000 y la adición de los artículos 199-Bis del 5 de enero de 2001. Ciudad de México. SS, 2010.
67. SECRETARÍA DE SALUD, SS. Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). México 2002.
68. SECRETARIA DE SALUD, SS. Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol, y Otras Drogas 2003. Secretaria de Salud (SSA) Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) México, 2004.
69. SECRETARIA DE SALUD, SS. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Consejo Nacional contra las Adicciones. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente M. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México 2009.
70. SECRETARIA DE SALUD. SS. Encuesta Nacional de Adicciones en Jóvenes 2002-2003.
71. SEES KL, DELUCCHI KL, MASSON C. Methadone maintenance vs. 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000, 283(10):1303-10.
72. SIMPSON DD. Modeling treatment process and outcomes. *Addiction*: 2001,96:207-11.
73. SOUZA Y MACHORRO M. Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci*. 2004 Ene-Feb 5(1):57-69.
74. SOUZA Y MACHORRO M. Adicciones: Aspectos clínicos y terapéuticos de la comorbilidad adictiva. Difusión y Tecnología S.A. de C.V. México, 2011.
75. SOUZA Y MACHORRO M. Adicciones: criterios derivativos. *Revista Electrónica de Medicina Neuro-psicológica, REMN*. 2009; Junio 10:1589-1607.
76. SOUZA Y MACHORRO M. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Psiquiatría*. 2003 Época 2 Sept.-Dic. 19(3):16-19.
77. SOUZA Y MACHORRO M. Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. *Ciencia y Cultura Latinoamérica*, México, 2000.
78. SOUZA Y MACHORRO M. Imagenología, neurociencias y adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2006; Jul-Ag 7(4):278-281.
79. SOUZA Y MACHORRO M. La reducción del daño asociado al uso de drogas. Programa de Mantenimiento y Deshabitación con Metadona. *ClJ. Coloquio Internacional sobre Política de Drogas. Encuentro de Saberes y Experiencias*. Ciudad de México 12-13 Noviembre, 2007.
80. SOUZA Y MACHORRO M. *Psiquiatría de las Adicciones*. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 2010.
81. SOUZA Y MACHORRO M. Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev. Mex. Neuroci*. 2005, Ene-Feb,6(1):52-66.
82. SOUZA Y MACHORRO M.; CRUZ MORENO DL. Acerca de la rehabilitación en adicciones. *Rev. Mex. Neuroci*. 2008, Sept-Oct, 9(5):409-17.
83. SOUZA Y MACHORRO M.; CRUZ MORENO DL. Acerca del estigma de la enfermedad mental y las adicciones. *Rev. Mex. Neuroci*. 2008 Julio-Agosto 9(4):290-7.
84. SOUZA Y MACHORRO M.; DÍAZ BARRIGA SL; GUIZA CVM. Aspectos nosográficos, entrevista y elementos técnicos para el abordaje clínicos de las adicciones. *Rev. Mex. Neuroci*. 2006; marzo-abril 7(2):127-141.
85. SOUZA Y MACHORRO M.; GUIZA CVM; DÍAZ BARRIGA SL. Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. *Rev. Mex. Neuroci*. 2005; septiembre-octubre, 6(5):411-425.
86. SOUZA Y MACHORRO M, QUIJANO BEM, DÍAZ BARRIGA S, Et. al. Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. *HPCPA. Psiquiatría*. 1998; 2ª. Época, Enero-Abril, 14(1):9-25.
87. SOUZA Y MM; MARTÍNEZ AJ; MARTÍNEZ MJ; Et. al. Craving, adicción ética y terapéutica. *Arch Neurociencias México* 2000 dic. 5(4): 201-204.
88. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. SAMHSA. Drug Addiction Treatment Act of 2000. Rockville, MD: SAMHSA, 2000b. www.samhsa.gov/data.html. 2006. Accessed April, 2012.
89. WECHSBERG WM, KASTEN JJ, BERKMAN ND, Et. al. Methadone Maintenance Treatment in the US. A Practical Question and Answer. Springer Publishing, 2007.
90. WEINRICH M, STUART M. Provision of methadone treatment in primary care medical practices: review of the Scottish experience and implications for U.S. policy. *JAMA* 2000 283(10):1343-48.
91. WINTERS J, FALS-STEWART W, O'FARRELL TJ, Et. al. Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: Effects on substance use & relationship adjustment. *J Consult Clinical Psychology*. 2000, Apr.70(2):344-55.
92. WOODY GE. Individual psychotherapy: other drugs. In: GALANTER M., KLEBER HD, (eds). *Textbook of substance abuse treatment*. 4TH edition. Washington: American Psychiatric Press, 2008.

¿ES POSIBLE EVIDENCIAR LA “MÁSCARA DE LA CORDURA” EN LA PSICOPATÍA? UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

IS IT POSSIBLE TO DEMONSTRATE THE MASK OF SANITY IN PSYCHOPATY? A STUDY OF CASES AND CONTROLS

J. Nicolás Ivan Martínez López*
Ma. Del Carmen Lara Muñoz** ***
Fernando López Munguía****

*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz

** Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

*** Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

**** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, Secretaría de Salud

RESUMEN

Antecedentes: Hervey Cleckley describió a la psicopatía como la “máscara de la cordura”, que oculta graves carencias emocionales tras una apariencia de normalidad.

Justificación: El concepto de psicopatía es todavía un constructo en discusión y abarca solamente el 1% mundial; la psiquiatría debe establecer su neurobiología.

Hipótesis: El tiempo de reacción en una tarea cognitiva, ante la presentación de imágenes afectivas, es diferente entre pacientes con psicopatía y sujetos control.

Metodología: Participaron en el estudio 10 sujetos control y 10 sujetos con diagnóstico de psicopatía. Se incluyeron hombres de 20 a 40 años, diestros, con diagnóstico de trastorno disocial según la CIE-10; puntuación ≥ 28 puntos de psicopatía por PCL-R. Se aplicó un paradigma de interacción entre emoción y cognición.

Resultados: No se encontraron diferencias entre los grupos.

SUMMARY

Background: Hervey Cleckley described psychopathy as the mask of sanity, which conceals serious emotional lacks behind an appearance of normality.

Justification: The concept of psychopathy is still a construct under discussion and includes only 1% of the world population; it is necessary for psychiatry to establish its neurobiology.

Hypothesis: The response before the presentation of affective images activates specific cerebral areas, which modified the time of reaction of the cognitive task between patients with psychopathy and control subjects.

Methodology: Ten men took part in the study as controls and ten men with the diagnosis of psychopathy. Criteria of incorporation: men from 20 to 40 years, right-handed, Diagnosis of Disorder Disocial according to CIE-10, Scoring ≥ 23 points of psychopathy for PCL-R. We applied a paradigm of interaction between emotion and cognition.

Results: No differences between the groups were found.

INTRODUCCIÓN

Hervey Cleckley describió la psicopatía como la “máscara de la cordura”, que oculta graves carencias emocionales tras una apariencia de normalidad (Cleckley, 1976). El psicópata parece normal a primera vista, pero tras un examen más exhaustivo se observa que presenta serias deficiencias para conectar con otras personas o sentir empatía por ellas. Se puede decir que este autor estadounidense, posiblemente el que mejor ha descrito el fenómeno de la psicopatía, conceptualizó los aspectos más relevantes en cuanto al diagnóstico psiquiátrico de la psicopatía, ofreciendo una caracterización clínica diferente de criminalidad y de desviación social.

Aún más importante que su propuesta de una nueva nomenclatura fue la claridad con que describió los principales rasgos de estos sujetos, que pueden verse en las características que enumeró para su diagnóstico:

- Inexistencia de alucinaciones o de otras manifestaciones de pensamiento irracional.
- Ausencia de nerviosismo o de manifestaciones neuróticas.
- Encanto externo y notable inteligencia.
- Egocentrismo patológico e incapacidad de amar.
- Gran pobreza de reacciones afectivas básicas.
- Vida sexual impersonal, trivial y poco integrada.
- Falta de sentimientos de culpa y de vergüenza.
- Indigno de confianza.
- Mentiras y falta de sinceridad.
- Pérdida específica de la intuición.
- Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.
- Conducta antisocial sin aparente remordimiento.
- Amenazas de suicidio raramente cumplidas.
- Razonamiento insuficiente o falta de capacidad para aprender de la experiencia vivida.
- Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales.
- Comportamiento fantástico y poco regulable en el consumo de alcohol y drogas.

La importancia de estudiar esta entidad tan controvertida dentro de la psiquiatría, y en especial

en la psiquiatría forense, radica en las consecuencias de esta conducta, que afecta al resto de la población de manera directa o indirecta (Andrade, 2008).

El doctor Robert Hare, experto en el tema en nuestros días, ha comentado: “A lo largo de los años me he ido acostumbrando a la siguiente experiencia. En una reunión de amigos o en una comida de trabajo, un compañero me pregunta cortésmente sobre mi especialidad clínica. Yo le doy un breve esbozo de lo que es un psicópata, de sus rasgos diferenciadores. Invariablemente, alguien me mira pensativo y dice: ‘Señor, esto me suena mucho a un caso que conozco...’ o ‘¿Sabe?, nunca lo había pensado, pero la persona que está describiendo es igual que mi cuñado’. Estas atribuladas respuestas no se limitan al reino de las relaciones sociales. De forma casi rutinaria recibo llamadas a mi laboratorio de personas que describen a sus maridos, a sus hijos, a un empresario o a un conocido cuya inexplicable conducta les ha causado profundo dolor durante años. No hay nada que nos indique más claramente la necesidad de reflexión y estudio de la psicopatía que estas historias reales de desesperación y malestar” (Hare, 2000).

Con esta vasta experiencia del doctor Robert Hare fue posible construir un instrumento que permite evaluar a los sujetos con psicopatía: la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R) (Hare, 2003).

Esta escala consiste básicamente en la valoración conjunta de los rasgos conductuales y caracterológicos de la psicopatía propuestos por Cleckley que, junto con la información complementaria penal, personal y biográfica, permite evaluar con alta confiabilidad diagnóstica y pronóstica la psicopatía.

La PCL-R corresponde a la revisión de la escala inicial de 22 reactivos que fue diseñada para reemplazar las evaluaciones clínicas globales previamente utilizadas en la investigación de la psicopatía en poblaciones criminales, con lo que, posterior a la revisión y evidencia de distintos investigadores, se realizaron varios cambios en el listado para construir uno fácil de utilizar. Estos cambios incluyeron eliminar dos reactivos, ampliar el significado de algunos y ciertas denominaciones se cambiaron levemente sin alterar la naturaleza de la característica de conducta a la que se refiere el reactivo, teniendo como resulta-

do el listado de psicopatía de 20 reactivos, que se muestra a continuación:

Factor uno Interpersonal/ Afectivo:
Faceta uno Interpersonal:
Facilidad de palabra/ encanto superficial
Sentido desmesurado de autovalía
Mentiroso Patológico
Estafador/ Manipulador
Faceta dos Afectiva:
Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa
Afecto superficial
Insensibilidad afectiva/ ausencia de empatía
Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones
Frecuentes relaciones maritales de corta duración
Factor dos Comportamiento social:
Faceta tres Estilo de vida:
Necesidad de estimulación/ tendencia al aburrimiento
Estilo de vida parasitario
Ausencia de metas realistas a largo plazo
Impulsividad
Irresponsabilidad
Faceta cuatro Antisocial:
Pobre autocontrol de la conducta
Conducta sexual promiscua
Problemas de conducta en la infancia
Delincuencia juvenil
Revocación de la libertad

Como una contribución al estudio de las bases neurobiológicas de la psicopatía, en este estudio se comparó el tiempo de reacción durante la ejecución del paradigma de Simon, previa interferencia emocional, de sujetos control y pacientes con trastorno disocial de la personalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo, observacional, transversal, de casos y controles.

Sujetos

Se incluyeron hombres con diagnóstico de trastorno disocial según criterios de la CIE-10, de 18 a 39 años, diestros; puntuación mayor a 23 puntos de psicopatía por PCL-R. Que aceptaran

participar en el estudio por medio de un consentimiento informado firmado.

Se excluyó a sujetos con diagnóstico en Eje III desde seis meses previos al estudio; con tratamiento farmacológico con más de dos psicofármacos durante los últimos seis meses

CI menor de 80, antecedente de TCE.

El grupo control se conformó con sujetos de características similares a las del grupo con el diagnóstico disocial, excepto esta última característica.

Evaluación de la interferencia cognitiva producida por respuestas emocionales

Las respuestas emocionales se indujeron con imágenes del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS) que emplea imágenes positivas, negativas y neutras, y en las que el sujeto evalúa su valencia afectiva, excitación (*arousal*) e inducción de emoción. La evaluación se hace por medio de una escala simple de 1 a 9; para la valencia afectiva de 1 muy desagradable a 9 muy agradable; para la excitación de 1 en absoluto a 9 muy intensa. La inducción de la emoción se evalúa con 10 reactivos (cinco positivos: placer, satisfacción, felicidad, alegría y buen humor; y cinco negativos: miedo, aversión, ira, aburrimiento y tristeza) también con una escala del 1 al 9.

La presentación de las imágenes de las tres valencias se hizo al azar, tanto en los casos como en los controles, con el fin de evitar sesgo en el desempeño de la tarea por aprendizaje de la misma.

Paradigma de Simon

Se trata de una tarea cognitiva simple establecida para valorar el control inhibitorio (Wiegand y Wascher, 2007). Durante la tarea se aplican dos condiciones (pruebas compatibles e incompatibles) con demandas atencionales diferentes. Cuando se presentan pruebas incompatibles, éstas demandan un control cognitivo mayor posterior a la demanda de inhibición. Las pruebas compatibles no requieren un control inhibitorio y demandan una menor atención.

En esta prueba se instruye a los sujetos a apretar un botón con el dedo índice de la mano derecha si aparece una "O" en la pantalla y apretar un botón con el dedo índice de la mano izquierda si aparece una "X", independientemente del lugar donde aparezcan las letras. En las condiciones compatibles, la "O" aparece del lado derecho

y la “X” del lado izquierdo. En las condiciones incompatibles, la “O” aparece del lado izquierdo y la “X” del lado derecho.

Este paradigma fue validado por Sommer para valorar la cognición mediante el tiempo de reacción, durante la realización de IRMf (Sommer, 2008; Sommer *et al*, 2010).

RESULTADOS

Se entrevistó a 1549 hombres diestros de entre 18 y 39 años. Se identificaron 250 pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos de trastorno disocial de la personalidad con base en la

CIE-10. Al aplicar la escala PCL-R, 36 de ellos calificaron con puntajes por arriba de 23 puntos, con lo que se estableció el diagnóstico de psicopatía. Veinte de ellos cumplieron con el criterio de coeficiente intelectual mayor o igual a 80. De éstos, diez aceptaron participar en el estudio.

Posteriormente se procedió a captar a los sujetos sanos, hombres pareados por edad. Finalmente se realizaron las pruebas de resonancia a los 20 sujetos.

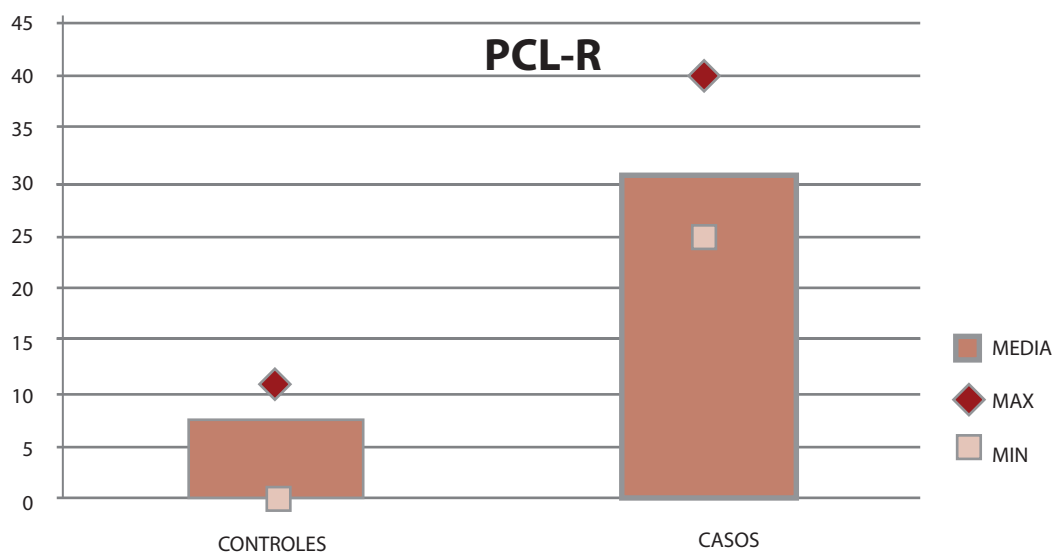
Como se muestra en el cuadro 1, se encuentran diferencias en coeficiente intelectual, escolaridad, comorbilidad y dependencia a sustancias en los casos en comparación con los controles.

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SUJETOS ESTUDIADOS.

Variable		Casos N 10	Controles N 10
	Edad Promedio	26.4	28.3
	Coficiente Intelectual	91	108.5
Religión	Católico	7	9
	Cristiano	0	1
	Agnóstico	1	0
	Ateo	0	0
	Santero	1	0
	Budista	1	0
Escolaridad	Secundaria	3	0
	Preparatoria	2	0
	Licenciatura Trunca	3	0
	Licenciatura Completa	1	1
	Posgrado en curso	1	6
	Maestría	0	3
Estado Civil	Soltero	9	8
	Casado	0	2
	Unión Libre	1	0
Dependencia a Sustancias		5	0

En la gráfica 1 se muestra la diferencia en el puntaje total del PCL-R en los dos grupos estudiados ($p < 0.0001$). Se muestran el promedio y los valores mínimos y máximos.

GRÁFICA 1. PUNTUACIÓN EN EL PCL-R EN LOS CASOS Y EN LOS CONTROLES.



En el cuadro 2 se muestran las diferencias entre casos y controles en las distintas facetas de la PCL-R (Faceta uno Interpersonal, Faceta dos Afectiva, Faceta tres Estilo de vida y Faceta cuatro Antisocial).

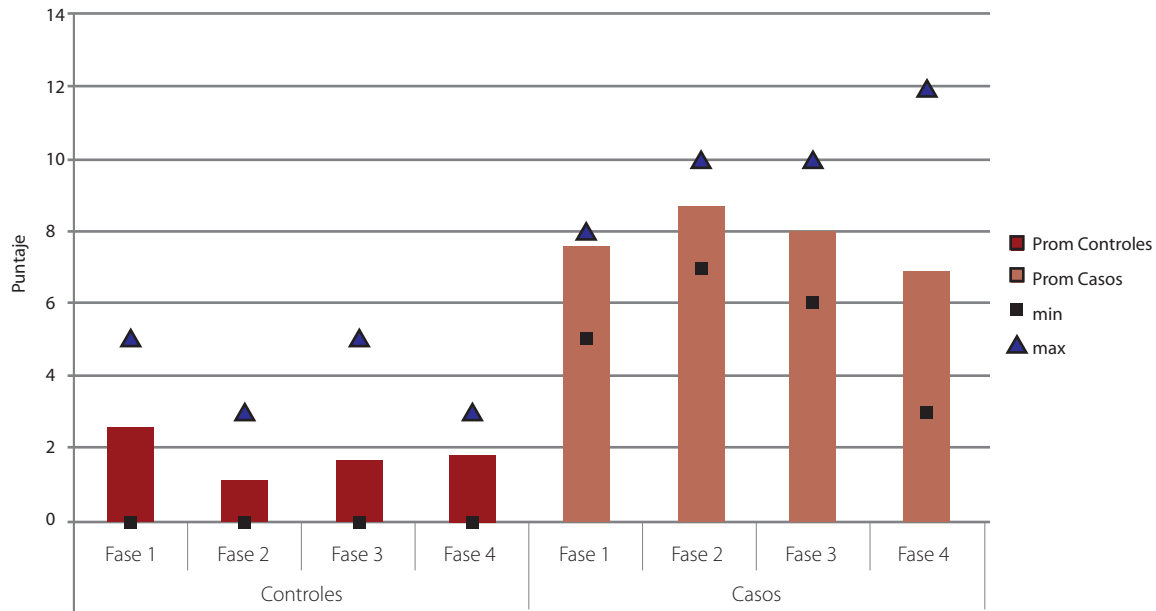
CUADRO 2. PUNTUACIÓN EN EL TOTAL Y EN LAS FACETAS DEL PCL-R DE LOS CASOS Y LOS CONTROLES.

PCL-R	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	T	P
Controles	7.2	4.34	0	11	-10.78	<.0001
Casos	30.6	5.31	25	40	-10.78	<.0001

Faceta PCL-R	CONTROLES		CASOS		T	P
	Promedio	Desviación Estándar	Promedio	Desviación Estándar		
1. Interpersonal	2.6	1.83	7.6	0.96	-7.62	<.0001
2. Afectiva	1.1	1.19	8.7	1.15	-14.42	<.0001
3. Estilo de vida	1.7	1.56	8	1.69	-8.62	<.0001
4. Antisocial	1.8	1.22	6.9	3.44	-4.41	0.0003

En la gráfica 2 se muestran las diferencias en el puntaje por facetas del PCL-R en los dos grupos estudiados. Se presentan el promedio y los valores mínimos y máximos.

GRÁFICA 2. DIFERENCIAS EN LAS FACETAS DEL PCL-R ENTRE CASOS Y CONTROLES



En el cuadro 3 se muestran los promedios de los casos y controles en el tiempo de reacción durante la ejecución del paradigma de Simon de acuerdo con las valencias afectivas de las IAPS.

CUADRO 3. TIEMPOS DE REACCIÓN DE CASOS Y CONTROLES.

TIEMPO DE REACCIÓN						
IAPS	CONTROLES		CASOS			
	Promedio	Desviación Estándar	Promedio	Desviación Estándar	T	P
Positivas	297.7	66.07	323.0	80.06	-0.77	.4510
Neutras	314.0	90.85	325.8	97.80	-0.28	.7839
Negativas	500.1	52.62	460.9	90.56	1.18	.2520

No hubo diferencias significativas en el porcentaje de respuestas correctas entre casos y controles (cuadro 4).

CUADRO 4. DIFERENCIAS EN PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS ENTRE CASOS Y CONTROLES.

PORCENTAJE DE RESPUESTA						
IAPS	CONTROLES		CASOS			
	Promedio	Desviación Estándar	Promedio	Desviación Estándar	T	P
Positivas	0.915	0.08	0.957	0.03	-1.53	.1443
Neutras	0.928	0.094	0.947	0.063	-0.54	.5937
Negativas	0.931	0.107	0.969	0.020	-1.11	.2808

DISCUSIÓN

El constructo de la psicopatía es complejo, ya que incluye no solo a un grupo de pacientes con trastornos de la personalidad, sino que, además, como punto central de la psicopatía, debe considerarse el llamado callo emocional. Éste es un conjunto de características como la ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa, el afecto superficial, la insensibilidad afectiva, la ausencia de empatía, la incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones, el sentido desmesurado de autovalía y finalmente la mentira patológica (Shirtcliff *et al*, 2009). Estas características se valoran en las primeras dos facetas de la escala de psicopatía de Hare en su versión revisada y le dan precisamente el sello distintivo al trastorno antisocial o disocial de la personalidad.

Es pertinente mencionar que al valorar con la PCL-R a las dos poblaciones del estudio, las diferencias estadísticamente significativas nos muestran que este instrumento está diseñado para detectar a pacientes con psicopatía y no solo eso, pues es capaz de establecer sujetos que no la padecen como verdaderos negativos.

Otro punto en que es evidente la diferencia entre los dos grupos radica en las variables sociodemográficas de ambos. Por un lado, los sujetos control con un rango de edad similar al de los pacientes con psicopatía presentaban una funcionalidad mayor, siendo inferido esto por el hecho de tener mayor escolaridad y nula dependencia a

sustancias, y presentar factores protectores como las creencias religiosas y el compromiso matrimonial; asimismo, el coeficiente intelectual es mayor en comparación con los pacientes con psicopatía. Con esto no solo se está colocando sobre la mesa que estas diferencias claras referidas desde las primeras descripciones del constructo están presentes en la población mestiza mexicana, sino que, aunado a ello, los pacientes con psicopatía también presentan un riesgo para desarrollar dependencia a sustancias y tener menor nivel escolar.

Con estos datos es evidente que ambos grupos de estudio tienen no solo características sociodemográficas diferentes, sino que también tienen riesgos diferentes.

En lo que respecta al desempeño en la tarea de ambos grupos y analizando su tiempo de reacción y porcentaje de respuestas correctas, cuando se presentan distintas emociones al presenciar las imágenes del IAPS y la realización del paradigma de Simon, estamos ante dos poblaciones que han reaccionado de forma distinta ante el mismo estímulo en cuanto a tiempos de reacción (teniendo diferencia mínima) y porcentaje de respuestas correctas (igualmente con una mínima diferencia). Sin embargo, estas mínimas diferencias pueden someterse a discusión. ¿Cuál es la explicación de esto?

Una manera de abordarlo es que ambos grupos fueron afectados de una forma muy similar por las imágenes ante el desempeño de la tarea,

lo cual establecería que no existen diferencias a simple vista entre ambos grupos para realizar una tarea simple ante la intervención de las emociones.

Por otro lado, si no se demostraron diferencias significativas en tiempos de reacción y porcentaje de respuestas correctas, esto podría sugerir que los sujetos control y los pacientes con psicopatía son indistinguibles a simple vista, que los pacientes con psicopatía también sufren de afectación emocional a los mismos estímulos que el resto de la población y que en consecuencia es el callo emocional el que les impide reaccionar como el resto de la población fuera del paradigma, en el mundo real. Los sujetos con psicopatía reaccionan con mayor eficacia que el resto de los sujetos sanos ante situaciones de estrés; por otra parte, podría ser que este callo emocional que se manifiesta en forma de la máscara de la cordura de Cleckley podría permitir la manipulación de la prueba dando la “respuesta adecuada esperada”. Por lo tanto, sería falsa la afectación por las imágenes negativas y la velocidad de respuesta alterada voluntariamente con el fin de “aparentar normalidad”.

Al realizar esta comparación entre sujetos control y pacientes con psicopatía, podemos inferir de los resultados que ambos grupos presentaron modificaciones en el desempeño de la tarea posterior al estímulo emocional desencadenado por las imágenes del IAPS. Sin embargo, a pesar de que los pacientes con psicopatía presentaron menores tiempos de reacción y mayores porcentajes de respuestas correctas, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Por lo tanto, traduciéndolo a la vida real, ambos grupos reaccionan de la misma manera ante estímulos afectivos específicos, aunque los pacientes con psicopatía no lo expresan de la misma manera que la población sana. En esta prueba se estaría manifestando “la máscara de la cordura” de Cleckley, ya sea como una manipulación de los resultados o, como el mismo Cleckley decía, como una afasia semántica, lo cual se deberá analizar en los resultados que se obtengan de la resonancia magnética funcional que se realizó a este grupo y que serán abordados en artículos posteriores.

REFERENCIAS

ANDRADE JT (2008). The inclusion of antisocial behavior in the construct of psychopathy: A review of the research. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 328-335.

GLENN AL, RAINE A (2008). The neurobiology of psychopathy. *Psychiatr Clin N Am*; 31: 463-475

CLECKLEY H (1976). *The mask of sanity* (5ª ed.). San Luis: Mosby.

HARE RD (2003). *Hare psychopathy checklist-revised (PCL-R)*. 2nd edition. Toronto: MultiHealth Systems, Inc

HARE RD (2000). La naturaleza del psicópata: Algunas observaciones para entender la violencia depredadora humana. En A. Raine y J. Sanmartín (Eds.), *Violencia y psicopatía* (pp. 15-58). Barcelona: Editorial Ariel, S.A.

WIEGAND K AND WASCHER E (2007) Response coding in the Simon task, *Psychological Research* 1, 401-410

SHIRTCLIFF EA, VITACCO, MJ, GRAF AR, GOSTISHA AJ, MERZ JL, & ZAHN-WAXLER C (2009). Neurobiology of empathy and callousness: Implications for the development of antisocial behavior. *Behavioral Sciences and the Law*, 27(2), 137-171.

SOMMER M (2008). Emotion-dependent modulation of interference processes: an fMRI study. *Acta Neurobiol Exp*; 68: 193-203

SOMMER M, SODIAN B, DÖHNEL K, SCHWERDTNER J, MEINHARDT J, & HAJAK G (2010). In psychopathic patients emotion attribution modulates activity in outcome-related brain areas. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 182(2), 88-95.

RASGOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD

PERSONALITY DISORDERS TRAITS AMONG HEALTH STUDENTS

Catalina Santos Chávez* **, Minou del Carmen Arévalo Ramírez*,
María del Carmen Lara Muñoz* **

*Facultado de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla,

** Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, Secretaría de Salud, Puebla

***Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Introducción: Varios autores han estudiado la depresión entre estudiantes de medicina. No ocurre así con los trastornos de personalidad, a pesar de que en los perfiles de ingreso se alude específicamente a “Gozar de buena salud física y mental”, con lo que se asume una ausencia de trastornos de la personalidad.

Objetivo: Describir los rasgos de trastornos de personalidad en alumnos de nuevo ingreso a una Facultad de Medicina.

Material y método: Se realizó un escrutinio, transversal, prolectivo, en el que se aplicó la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II (SCID-II) a alumnos de nuevo ingreso de las licenciaturas en Medicina, Fisioterapia, Nutrición, Biomedicina y Radiología.

Resultados: Se evaluaron 955 (83.40%) alumnos de los 1145 de nuevo ingreso. Los probables trastornos de personalidad que se observaron con mayor frecuencia fueron el obsesivo, el paranoide y el histriónico.

Discusión: Los rasgos obsesivos fueron los predominantes, que serían ideales en estudiantes y profesionistas, ya que son personas ordenadas, racionales, cuidadosas de los detalles. Sin embargo, como trastorno se ha relacionado con altos niveles de ansiedad y baja motivación académica.

Palabras clave: estudiantes de medicina, trastornos de la personalidad, SCID II.

SUMMARY

Introduction: Depression in medical students has been reported in many researches. It is not the case for personality disorders despite that a requirement for entering school is “mental and physical health”.

Objective: To describe personality disorders traits in new students of a medicine school.

Material and methods: Descriptive, cross-sectional research, where the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II) was applied to Medicine, Physiotherapy, Nutrition, Biomedicine and Radiology students.

Results: 955 (83.40%) out of 1145 new students were evaluated. The most frequent probable personality disorders were obsessive, paranoid and histrionic.

Discussion: Obsessive traits were the predominant and these would be ideal in students and professionals as they are indicative of orderly, rational, and careful-of-details individuals. However, the disorder has been linked to high levels of anxiety and low academic motivation.

Key words: medical students, personality disorders. SCID II.

INTRODUCCIÓN

La depresión entre los estudiantes de medicina es un problema que ha sido estudiado por varios autores. Por ejemplo, se ha observado que hasta 40% de los estudiantes de medicina obtienen puntuaciones por arriba del punto de corte en el Inventario de Depresión de Beck (Karadag y Yildirim, 2010). Sin embargo, los trastornos de la personalidad han recibido menos atención, a pesar de que en los perfiles de ingreso a varias carreras del área de la salud se alude específicamente a que, además de conocimientos básicos sobre ciencias naturales y exactas e interés por las ciencias sociales, el alumno debe “Gozar de plena salud física y mental”, como se anota en el perfil de ingreso de los aspirantes a la licenciatura en Fisioterapia, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/EDUCATIVA/fisioterapia), de la licenciatura en Medicina de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (<http://www2.uacj.mx/icb/DCM/medicocirujano/datosgenerales.htm>), de la licenciatura en Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (http://medicina.iztacala.unam.mx/med_perfilneg.php), de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (http://www.uaem.mx/enfermeria/perfil_ingreso.html), entre otros perfiles de ingreso.

Lo anterior hace suponer que los estudiantes del área de la salud deberán presentar características particulares como habilidades en la comunicación, madurez, motivación y ausencia de psicopatología y de trastornos de la personalidad. Estas características les permitirían ser estudiantes y, posteriormente, profesionistas competentes.

En un estudio en el que se revisaron siete artículos sobre la relación entre la personalidad y el entrenamiento médico, publicados entre 2000-2009, cuatro de ellos relacionaron la personalidad del estudiante con el desempeño académico; uno, la personalidad con la competencia clínica, y dos relacionaron la personalidad y el estrés. Los hallazgos fueron consistentes en cuanto a que los rasgos de personalidad concernientes a Responsabilidad (evaluada por NEO-PI-R) son relevantes tanto para el éxito académico como en el manejo del estrés propio del ejercicio médico (Doherty y Nugent, 2011).

Lievens *et al.* (2002) evaluaron las características de personalidad y el desempeño académico de 631 estudiantes de medicina (edad promedio 18 años 2 meses), a quienes les aplicaron al inicio de clases el Inventario de Personalidad (NEO-PI-R). En un seguimiento a tres años, los alumnos que tuvieron puntuaciones altas en extroversión, amabilidad (*agreeableness*) y conciencia permanecieron en la escuela y además mantuvieron calificaciones altas en todos los años.

También se ha reportado que las características de personalidad influyen en la especialidad médica a elegir. En 1076 estudiantes de medicina (52% mujeres), 64% de los hombres prefirieron especialidades quirúrgicas, mientras que solo 36% de las mujeres tuvieron esta preferencia. Tanto hombres como mujeres con esta preferencia tuvieron puntuaciones altas en las escalas de impulsividad/búsqueda de sensaciones y de agresión/hostilidad del Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (Hojat y Zuckerman, 2008).

Tyssen *et al* (2007) relacionan los rasgos de personalidad con la percepción del estrés escolar en estudiantes de medicina en un estudio en que hacen un seguimiento a seis años de una cohorte de 236 alumnos. Los autores utilizaron como instrumento la tipología de personalidad de Torgensen y Vollrath, que comprende ocho tipos de personalidad, los cuales combinan las llamadas tres grandes dimensiones de la personalidad: extroversión, neuroticismo y conciencia. Encontraron que la combinación de bajos puntajes en extroversión y altos puntajes en neuroticismo y conciencia indicó un riesgo incrementado de mayor percepción de estrés escolar, mientras que los alumnos con altos puntajes en extroversión y bajos en neuroticismo y conciencia mostraron bajos niveles de estrés escolar.

Aunque se reconoce la importancia de los rasgos de la personalidad en el desempeño de cualquier actividad y particularmente en el área de la salud, se han hecho pocos estudios al respecto en nuestro medio.

En la UNAM, en una comparación de estudiantes de alto rendimiento y alumnos repetidores, se encontró que estos últimos mostraban mayores puntajes en rasgos de neuroticismo y poca apertura comparados con los de alto rendimiento, quienes mostraron rasgos de mayor apertura y menor neuroticismo ($p < 0.01$) (Heinze *et al.*, 2008).

El objetivo de este estudio es describir los rasgos de trastornos de la personalidad en alumnos de nuevo ingreso a una Facultad de Medicina.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluaron alumnos de nuevo ingreso a la Facultad de Medicina de la BUAP. Se incluyeron todos los alumnos de las licenciaturas en Medicina, Fisioterapia, Nutrición, Biomedicina y Radiología.

La evaluación de los rasgos de trastornos de la personalidad se realizó mediante el SCID-II (Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II), que evalúa los 10 trastornos de Personalidad del Eje II y los dos trastornos del Apéndice B del DSM-IV. Se utilizó la versión autoaplicable; si existían al menos tres respuestas positivas en los criterios de un tipo de trastorno de personalidad, el diagnóstico de trastorno de personalidad era positivo (First *et al.*, 1999). Ya que no se realizó una entrevista confirmatoria del diagnóstico de trastorno de la personalidad, solo se menciona como “probable trastorno de la personalidad” a quienes presentaron más de tres rasgos de trastorno de la personalidad.

PROCEDIMIENTO

Como parte del proceso de admisión de los alumnos de nuevo ingreso, se aplicaron varios ins-

trumentos de evaluación psicológica. Se solicitó autorización para la aplicación de los cuestionarios a los profesores encargados de la materia de Anatomía. Se obtuvo la lista de los 20 grupos de Medicina comprobando horario y salones de clases. Una de las investigadoras se presentó en las horas indicadas y solicitó permiso al profesor para la aplicación de los cuestionarios. Se presentó con los alumnos y se les dio información a los mismos sobre el estudio. Se obtuvo el consentimiento verbal y se aplicaron los cuestionarios. El mismo procedimiento se realizó con tres grupos de Fisioterapia, tres grupos de Nutrición, un grupo de Biomedicina y un grupo de Radiología. Se aplicaron las Escalas de Ideación Suicida de Beck, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, Escala de Desesperanza de Beck, SCID-II, AUDIT, y el SCL-90. El proceso se realizó durante las dos primeras semanas del curso en un horario discontinuo de 7 am a 19 pm, de lunes a viernes. Se capturaron los datos de las escalas y de las variables sociodemográficas y se hizo el análisis de los resultados.

RESULTADOS

Se evaluaron 955 alumnos que correspondieron a 83.40% de todos los alumnos en la lista oficial de ingreso 2010. El menor porcentaje de respuestas se obtuvo en la carrera de Fisioterapia (cuadro 1).

La proporción de mujeres fue mayor que la de hombres, sobre todo en las carreras de Nutrición

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DE NUEVO INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP.

	Alumnos en lista	Alumno evaluados	%
Medicina	723	682	94.32
Fisioterapia	230	136	65.04
Nutrición	88	82	93.18
Biomedicina	29	28	96.55
Radiología	75	27	36.00
Total	1145	955	83.40

y Fisioterapia. Los estudiantes de Radiología tuvieron una edad promedio mayor que los de las otras carreras (cuadro 2).

CUADRO 2. SEXO Y EDAD POR CARRERA EN ALUMNOS DE NUEVO INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP (N= 955).

	Mujeres		Hombres		Edad Promedio de	
	N	%	N	%		
Medicina (n=682)	357	52.3	325	47.7	18.46	1.85
Fisioterapia (n=136)	110	80.8	26	19.2	18.67	1.34
Nutrición (n=82)	71	86.5	11	13.6	20.22	5.71
Biomedicina (n=28)	17	60.7	11	39.3	18.04	1.35
Radiología (n=27)	14	51.8	13	48.1	22.81	6.26

Los “probables trastornos de la personalidad” que se observaron con mayor frecuencia fueron el obsesivo (33.5%), paranoide (32.2%) y el histriónico (31.6%) (cuadro 3).

CUADRO 3. PORCENTAJE DE “PROBABLE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD” EN ALUMNOS DE NUEVO INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP.

Rasgos de trastornos de la personalidad	Total (N)	N	%
Evitativo	896	112	12.5
Dependiente	899	26	2.8
Obsesivo	826	277	33.5
Pasivo	804	43	5.3
Autodestructivo	785	117	14.9
Paranoide	876	282	32.2
Esquizotípico	892	51	5.7
Esquizoide	868	5	0.5
Histriónico	860	268	31.16
Narcisista	886	156	17.6
Límitrofe	888	144	16.2
Antisocial	925	27	2.9

Por carreras, en Medicina, Fisioterapia y Biomedicina predominaron los rasgos de personalidad obsesivos, mientras que en Nutrición y en Radiología predominaron los rasgos de personalidad paranoides (cuadro 4).

CUADRO 4. PROBABLES TRASTORNOS DE PERSONALIDAD POR CARRERA EN ALUMNOS DE NUEVO INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP.

Trastorno de personalidad	Medicina (N) n %	Fisioterapia (N)n %	Nutrición (N)n %	Biomedicina (N)n %	Radiología (N)n %
Evitativo	(645) 75 11.7	(122) 20 16.4	(79) 11 13.9	(27) 2 7.4	(23) 4 17.4
Dependiente	(646) 8 1.2	(125) 7 5.6	(77) 6 7.8	(26) 2 7.9	(25) 3 12.0
Obsesivo	(593) 190 31.0	(113) 48 42.5	(71) 22 31.0	(26) 11 42.3	(23) 6 26.1
Pasivo	(581) 23 3.9	(110) 11 10.0	(68) 5 7.4	(24) 4 16.7	(21) 0 0.0
Autodestructivo	(560) 75 13.4	(118) 17 14.4	(65) 11 16.9	(22) 8 36.4	(20) 6 30.0
Paranoide	(624) 187 30.0	(124) 49 39.5	(75) 26 34.7	(27) 9 33.3	(26) 11 42.3
Esquizotípico	(641) 30 4.7	(120) 10 8.3	(79) 4 5.0	(27) 5 18.5	(25) 2 8.0
Esquizoide	(622) 5 0.8	(120) 0 0.0	(77) 0 0.0	(26) 0 0.0	(23) 0 0.0
Histriónico	(617) 187 30.3	(119) 45 37.8	(75) 22 29.3	(27) 9 33.3	(22) 5 22.7
Narcicista	(635) 113 17.8	(122) 21 17.2	(78) 12 15.4	(27) 6 22.2	(24) 4 16.7
Límitrofe	(638) 84 13.2	(123) 33 26.8	(78) 15 19.2	(25) 5 20.0	(24) 7 29.2
Antisocial	(663) 19 2.9	(130) 2 1.5	(80) 2 2.5	(27) 3 11.1	(25) 1 4.0

DISCUSIÓN

La participación de los alumnos en el presente trabajo fue aceptable, ya que intervinieron 83.40% de los alumnos de la lista oficial. Los alumnos que no participaron no se encontraban en el aula en el momento de aplicar las encuestas.

Los rasgos de personalidad obsesivos fueron los predominantes en los alumnos evaluados, que como rasgos serían los ideales en estudiantes y profesionistas ya que son indicativos de personas ordenadas, racionales, buenas para organizarse y cuidadosas de los detalles. Sin embargo, como trastorno de personalidad, los rasgos obsesivos-compulsivos están relacionadas con una baja motivación académica, altos niveles de ansiedad y humor negativo antes de los exámenes (Knights y Kennedy, 2007).

Llama la atención la elevada prevalencia de probable trastorno de personalidad paranoide y autodestructivo en los estudiantes evaluados en las carreras de Biomedicina, Nutrición y Radiología. Aunque no encontramos artículos con hallazgos similares, en un trabajo en que evaluaron a 500 estudiantes de tres diferentes universidades, una de Medicina y Farmacia, un Politécnico y una Universidad de Economía, Lalà *et al.* (2010) encontraron una prevalencia alta (25.9%) de personalidad tipo "A", que describe a personas irritables, agresivas, hostiles, vengativas, y de conducta impulsiva y sentimientos de urgencia y espíritu competitivo.

La manifestación clínica que caracteriza a las personas con trastorno de personalidad paranoide es la desconfianza generalizada; este trastorno se inicia en la edad adulta temprana y persiste

en varios contextos. Tienen sospechas frecuentes acerca de la intención de los demás, preocupación y dudas constantes acerca de la lealtad de las personas, “leen entre líneas” demandas excesivas o malas intenciones en la actitud de la gente, perciben ataques a su persona que no son aparentes a los demás; son rencorosos, creen que son de algún modo explotados, engañados, dañados. Son reacios a confiar en los demás, por lo que nunca se involucran profundamente con nadie. Son extremadamente sensibles, fácilmente se ofenden, y

rápidamente pasan al contraataque “defendiendo sus derechos” (Skodol, 2005). Sin embargo, ya que no existen estudios que valoren la frecuencia de estos rasgos de la personalidad en la población general, no podemos asegurar que sean rasgos característicos de los estudiantes del área de la salud y no que podrían ser características generales de la población que vive en un clima social adverso en que estas características paranoides podrían resultar adaptativas.

REFERENCIAS

ARRIA A, OGRADY K, CALDEIRA K, VINCENT K, WILCOX H, WISH E: Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Arch Suicide Res* 2009; 13 (3): 230-246

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Perfil de Ingreso licenciatura en Fisioterapia.

http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/EDUCATIVA/fisioterapia_1

CÓRDOVA M, ROSALES J, EGUILUZ L: La ideación suicida en jóvenes: Indicadores psicosociales. *Memorias: II encuentro participación de la mujer en la ciencia*, mayo 2005.

DOHERTY E, NUGENT E: Personality factors and medical training: a review of the literature. *Medical Education* 2011; 45: 132-140.

FIRST M, GIBBON M, SPITZER R., WILLIAMS J, BENJAMIN L: Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV. Barcelona 1999, editorial Masson.

HEINZE G, VARGAS B, CORTÉS J: Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Mental* 2008; 31 (5): 343-350.

HOJAT M, ZUCKERMAN M: Personality and specialty interest in medical students. *Medical Teacher* 2008; 30: 400-406

KARADAG M, YILDIRIM N: Health behaviors in health sciences university student in turkey. *Social behavior and personality* 2010; 38 (1): 43-52.

KNIGHTS J, KENNEDY B: Medical school selection: impact of dysfunctional tendencies on academic performance. *Medical Education* 2007; 41: 362-368.

LALÂ A, BOBÎRNAC G, TIPA R, DAVILA C: Stress levels, Alexitimia, Type A and Type C personality patterns in undergraduate students. *Journal of Medicine and Life* 2010; 3(2): 200-205

LARA MUÑOZ MC: Evaluación clínica en psiquiatría; Programa de Actualización Continua en Psiquiatría (PAC-4), libro 3, 1ª.ed. 2003: 70-71. Editorial Intersistemas, México.

MIRANDA C, GUTIERREZ J, BERNAL F, ANDRES C: Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la U del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2000; 29 (3): 251-260.

SKODOL A: Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity. En *Textbook of Personality Disorders*. The American Psychiatric Publishing 2005 Washington DC, London, England.

TYSEN R, DOLATOWSKI F, RØVIK J, THORKILDSEN R, EKEVERBG Ø, HEM ERLAND, GUDE T, GRØNVOLD N, VAGLUM P: Personality traits and types predict medical school stress: a six year longitudinal and nationwide study

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Instituto de Ciencias Biomédicas. Perfil de Ingreso coordinación de Médico cirujano. <http://www2.uacj.mx/icb/DCM/medicocirujano/datosgenerales.htm>

Universidad Autónoma del Estado del Estado de Morelos. Perfil de ingreso Facultad de Enfermería http://www.uaem.mx/enfermeria/perfil_ingreso.html

Universidad Nacional Autónoma de México. Perfil de Ingreso y Egreso Médico Cirujano. (http://medicina.iztacala.unam.mx/med_perfilneg.php)

CASO CLÍNICO

CLINICAL CASE

Héctor Eduardo Pimentel Bolaños* **, Minou del Carmen Arévalo Ramírez*,
María del Carmen Lara Muñoz* ***

*Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla,

** Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, Secretaría de Salud, Puebla

***Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Pedro, varón de 20 años de edad, soltero. Originario y residente de una comunidad rural. Escolaridad: secundaria. Religión: católica. Ocupación: ninguna.

Fecha de la consulta: 14 de marzo.

Interrogatorio: Mixto, el paciente y su madre de 44 años. Confiable.

Motivo de consulta: “Lo traigo porque está muy deprimido, no duerme, no come bien, está muy nervioso, inquieto, se encierra en su cuarto y no sale” (*sic madre*).

PADECIMIENTO ACTUAL

El paciente refiere iniciar PA a los 18 años, al comienzo de sus estudios de preparatoria, al ser víctima de burlas constantes por parte de sus compañeros. “Decían que mi nariz era ancha”, “Se reían, al comienzo no me molestaba, pero después me daba pena que me la vieran, y después sentía que si me hablaban solo veían mi nariz” (*sic paciente*). Esto hizo que comenzara a sentir tristeza constante, casi a diario; somnolencia durante el día, y una preocupación excesiva

sobre la forma de su nariz, lo que le generaba mucho malestar, por lo que empezó a evitar a sus compañeros, dejó de tener amigos, y casi no salía ya de casa. Se aisló al grado que decidió abandonar el bachillerato antes del primer semestre. Esta sintomatología no remitió en ningún momento, predominando la tristeza diaria, la preocupación por su nariz y el aislamiento. A esto se agrega una falta de interés en las actividades diarias; se notaba distraído y pasaba la mayor parte del tiempo en su cuarto.

La madre comenta que, al notar este comportamiento, trata de apoyarlo diciéndole: “Si ya no quieres estudiar está bien, si quieres trabajar le ayudas a tu papá en el ingenio” (*sic madre*), y narra que él le preguntaba que ¿por qué había heredado esa nariz, por qué sus hermanos no tenían la nariz así?, que no quería esa nariz por las burlas que le hacían, a lo que la mamá le sugirió: “Pues trabaja con tu papá y hacemos un esfuerzo para que te la operes” (*sic madre*). Esto motivó a Pedro para salir de su cuarto y de su casa. A pesar de que ya no iba a la escuela, de que no recibía burlas y de que ya realizaba algunas actividades, seguía pensando que las personas en la

calle o en el transporte centraban la mirada en su nariz. Cabe señalar que la sensación de tristeza disminuyó pero no remitió.

Aproximadamente ocho meses antes de acudir a la primera consulta, la madre refiere que empezó a lavarse las manos hasta 10 veces, corroboraba de tres a cuatro veces si había cerrado bien el refrigerador, se encerraba en el baño y jalaba la cadena del inodoro en varias ocasiones, argumentando que era “Porque no sé si ya se fue” (*sic* paciente). Contaba y hacia pedazos el papel de baño, sacudía las cobijas en repetidas ocasiones antes de acostarse o al tender su cama, incluso su ropa antes de ponérsela, al salir de su casa jalaba varias veces la puerta para asegurarse de que la hubiera cerrado: “Cierro la puerta porque me da la inseguridad si la cerré o no” (*sic* paciente).

Al ser cuestionado sobre por qué se encerraba en el baño, le refirió a la madre ideas de desesperanza: “Es que me había ilusionado con la cirugía, pero ya ahorita ya no la quiero, ya para que, ya es tarde para recibir esa ayuda, me pongo a pensar en la muerte” (*sic* paciente), sin llegar a manifestar ideas suicidas. La madre comentaba: “Es como un niño chiquito, no trabaja, no se vale por sí mismo, no tiene ganas de nada, él siente que hasta aquí llegó, evita salir y tener contacto con la gente porque no tiene ánimo de hablar con nadie” (*sic* madre). Continúa refiriendo inseguridad de salir a la calle por temor a que se burlen de su nariz, permaneciendo en su casa la mayor parte del tiempo.

Desde hace un mes la madre ha notado que empeora. Continúa sin salir de su casa, lo observa aún más triste, llega a presentar llanto diario, sin predominio de horario, en periodos cortos, inquietud referida como tener ganas de estar caminando, movía constantemente los pies, insomnio inicial llegando a dormir de cuatro a cinco horas con despertares frecuentes. Su lavado de manos se incrementó y llegó a lavarse las manos hasta 20 veces con duración de cinco minutos cada vez, ya que sentía ansiedad por la idea de que sus manos estuvieran sucias de grasa. Él refiere que pensaba que este hecho era ilógico y absurdo, pero era la manera en que calmaba su ansiedad. Llama la atención de la madre ya que no se ha querido bañar porque refiere no encontrarle sentido a eso, especifica que no es miedo al agua; también ha dejado de comer en la cantidad

habitual. Si sus padres le insisten en que se bañe o coma, se muestra irritable y se encierra en su cuarto. Por otra parte, seguía checando constantemente las puertas y las llaves de la estufa por la duda de no haberlo hecho. Algunas veces se quedó sin dormir por la preocupación de no haberlas cerrado, y en una ocasión le comenta a la madre que “Me quiero cortar las manos porque no aguanto estar así” (*sic* paciente.). Además, en las pocas ocasiones que sale de su casa, porta gorra y no se la quita, por lo que la madre decide traerlo a valoración.

Antecedentes heredofamiliares

Abuela materna con antecedente de depresión.

Madre viva de 44 años, bajo tratamiento psiquiátrico en el IMSS con diagnóstico de neurosis mixta ansiosa depresiva, escoliosis y “gastritis”.

Padre vivo de 43 años aparentemente sano.

Tres hermanos vivos, dos hombres y una mujer, aparentemente sanos.

Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa propia de los padres con sus tres hermanos; cuenta con luz, agua y drenaje. Baño, dos o tres veces a la semana por insistencia de los padres, con cambio de ropa al bañarse. Alimentación inadecuada en cantidad y calidad. Convive con animales de ganado. Esquema de vacunas al corriente. Alergias negadas.

Alcoholismo, tabaquismo y otras toxicomanías negadas.

Producto de la gesta 2/4, embarazo planeado, deseado, con adecuado control prenatal, curso normoevolutivo, nace a término, en medio hospitalario, obtenido vía parto eutócico. A las 24 horas presenta fiebre de 39°C; se ignora la causa y convulsiona cuatro veces. Aparentemente sin problemas de neurodesarrollo.

Antecedentes personales patológicos

Niega crisis convulsivas posteriores a las febriles que presentó en el periodo neonatal. Niega otros antecedentes de importancia.

Historia familiar

Familia nuclear: se refieren unidos. El proveedor es el padre y funge como la figura de más autoridad; es descrito como estricto, con una adecuada relación con el paciente, pero con poca expresión de afecto.

La madre es descrita como permisiva, sobre-protectora, que sostiene buena comunicación con todos los miembros y figura de más confianza para el paciente.

Poca comunicación con los hermanos.

Historia escolar

No asiste al kínder.

Inicia la primaria a los cinco años, repitiendo el primero de primaria dos veces pues era muy callado y tímido, y porque le dijeron que por la edad tenía que repetir. Terminó la primaria con un promedio de siete, sin problemas de conducta. Inició la secundaria a los 14 años, sin problemas de conducta, con regular aprovechamiento y promedio de siete.

Inicia el bachillerato a los 18 años y lo abandona por PA.

Historia psicosexual

Orientación heterosexual, sin inicio de vida sexual activa. Refiere haberse masturbado en ocasiones muy esporádicas. Actualmente con libido disminuida. Nunca ha tenido pareja por temor al rechazo debido al “problema de su nariz” (*sic* paciente).

Historia ocupacional

A los 16 años trabajó de cargador en un ingenio durante un año; buena relación con sus compañeros.

Personalidad previa

“Alegre, tímido, introvertido, pero sociable” (*sic* madre).

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Son interrogados y negados.

Exploración física

Sujeto de sexo masculino, edad aparente mayor a la referida, de constitución ectomórfica, alerta, normocéfalo, bien hidratado, isocoria y normorreflexia, campos pulmonares bien ventilados sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad, tono y frecuencia, extremidades íntegras, neurológicamente íntegro.

FC 77, FR 14, TA 110/70.

Examen mental

Se encuentra sentado acompañado de su madre, tranquilo, sin datos de agitación psicomotriz; acude al primer llamado de forma voluntaria. Marcha eubásica, sin movimientos anormales, toma asiento en posición encogida, en regulares condiciones de higiene y aliño. Viste pantalón de mezclilla y playera holgada, usa gorra y llama la atención que no se la quite ni con señas de la madre. Está alerta, orientado globalmente, su actitud es ansiosa, tímida, mira furtivamente al entrevistador; la mayor parte del tiempo dirige su mirada hacia el suelo, se frota continuamente las manos. Facies ansiosa, afecto predominantemente hipotímico, ansioso, con resonancia afectiva, ánimo referido como “triste”. Lenguaje escaso, poco espontáneo, disminuido en velocidad y volumen, su discurso es coherente, tono de tristeza y dubitativo, su pensamiento con un curso que sigue directriz, un contenido con ideas obsesivas de limpieza y duda que no controla, y a las que opone resistencia, ideas de minusvalía: “Se burlan de mi nariz, mis hermanos no la tienen así” (*sic* paciente). Ideas de desesperanza: “Ya no quiero la ayuda de la cirugía, ya para qué” (*sic* paciente), con sentimientos de tristeza, ideación suicida, aunque en este momento niega ideación o planeación específica, con ideas delirante, monotemática de preocupación por el tamaño y forma de su nariz: “Mi nariz es muy ancha, se burlan de mí, no me gusta tenerla así” (*sic* paciente), que lo llevan a presentar ideas de referencia con temática sobre su nariz: “Al salir, la gente me ve la nariz, en la combi me ven la nariz, la gente se burla de mi nariz” (*sic* paciente). Estas ideas no las concibe como irracionales, o parásitas. Niega robo, inserción, transmisión de pensamiento, niega ideas de daño y persecución.

Niega alteraciones en la sensopercepción, no impresiona como alucinado.

Baja capacidad de concentración, memorias conservadas, cálculo y abstracción aceptables, introspección nula, juicio autocrítico disminuido, heterocrítico conservado, juicio de realidad disminuido. Nula planeación futura.

Diagnóstico

Eje I Trastorno dismórfico corporal (300.7)
Trastorno obsesivo-compulsivo con poca conciencia de enfermedad (300.3).

Trastorno depresivo mayor, episodio único, estado actual moderado crónico (296.2).

Eje II Diagnóstico diferido.

Eje III Diagnóstico diferido.

Eje IV Problemas relativos al ambiente social/laboral.

Eje V 41-50.

CIE-10.

F 45.2 Trastorno hipocondriaco.

F 42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

F 32.1 Episodio depresivo moderado.

Pronóstico

Reservado.

Tratamiento

Sertralina, iniciar con 50 mg, 0-0-1 vo y aumentar a 50 mg, 0-0-2.

Cita 15 días.

Tres de abril

Acude paciente a cita programada. Refiere la madre que Pedro ha tomado el medicamento como se le prescribió. Ha continuado con llanto, lavándose las manos, corroborando el cierre de las puertas.

Se encuentra con mejores condiciones de higiene y aliño, coherente, incoherente solo con la temática de su nariz. Continúa con ideación delirante del aspecto de su nariz, con ideas de referencia, e ideas obsesivas de contaminación. Afecto hipotímico.

Mismo manejo.

Nueve de mayo

Pedro acude acompañado de su madre, quien refiere que ha mostrado mejoría, que ya ha salido a trabajar y que en dos ocasiones salió con amigos. También refiere que ha disminuido el lavado de manos.

Se encuentra en adecuadas condiciones de higiene y aliño, coherente la mayor parte del tiempo, aunque persisten algunas ideas delirantes respecto a su nariz. Continúa con ideas de muerte, sin una planeación suicida específica. Su ánimo referido como: "Pues a veces bien"; su afecto continua hipotímico.

Continúa con sertralina 100 mg/24 h.

Veintiocho de julio

El paciente acude a consulta después de casi tres meses, acompañado de su madre, quien comenta que Pedro se ha negado a acudir a consultas, aunque no ha suspendido la medicación. La madre refiere que, dos semanas antes de la consulta, Pedro empezó a presentar irritabilidad y agresividad verbal hacia la madre, y que continúa presentando tristeza de manera significativa, diciendo "Ya no me interesa salir a la calle, no me dan ganas de hablar ni con mi familia" (*sic* paciente). La madre comenta que ya no come con ellos, que espera a que ya se hayan ido para comer y después vuelve a encerrarse en su cuarto. Cuando el padre le pide a Pedro que "haga algo", éste reacciona de manera violenta. Persiste el insomnio, y continúa con las conductas de comprobación y limpieza, por lo que decide traerlo a consulta a pesar de la renuencia del paciente.

Pedro se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, su actitud es tímida, su afecto se muestra restringido, un tanto disfórico, refiere sentirse "Mal, estoy triste" (*sic* paciente), lenguaje espontáneo restringido, volumen medio bajo, coherente. Pensamiento concreto, llega a metas cortas, continúa con la idea delirante monotemática: "Si mi nariz me la operaran, todo esto se me quitaría" (*sic* paciente). Persisten las ideas de referencia, así como las ideas obsesivas de duda y limpieza; niega ideación suicida. Sin alteraciones en la sensopercepción. Su atención está disminuida, el juicio de realidad disminuido.

Ante la persistencia de los síntomas, se agrega un antipsicótico y se continúa con la sertralina.

Sertralina 100 mg/24 h. Olanzapina 5 mg/24 h.

Tres de agosto

Acude solo la madre ya que Pedro se niega a asistir a consulta, aunque ha continuado tomando los medicamentos prescritos. Ha mejorado, aunque continúa con cierto aislamiento. Se insiste a la madre en que Pedro no abandone el tratamiento farmacológico.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

El trastorno dismórfico corporal es un trastorno grave y relativamente común descrito desde hace más de 100 años. Kraepelin lo denominó "dis-

morfofobia”, considerándolo una neurosis compulsiva. A su vez, Janet lo llamó “*obsession de la honte du corps*”. Freud lo describió en el caso del hombre lobo (Sadock *et al*, 2009).

Aunque en Europa ya era estudiado, no fue sino hasta el DSM-III que se menciona la dismorfofobia como ejemplo de trastorno somatomorfo (Hollander *et al*, 1992). En el DSM-IV-TR recibe el nombre de “trastorno dismórfico corporal” debido a que el término de “dismorfofobia” implicaba la presencia de un patrón de evitación fóbica (Sadock *et al*, 2009).

Este trastorno se caracteriza por la preocupación por un defecto físico leve, si existe, o imaginario, lo que provoca un malestar clínicamente significativo que interfiere con las aéreas importantes del sujeto. Los pacientes se avergüenzan típicamente de sus síntomas y por lo regular no los revelan a un profesional de la salud mental sino hasta que se les pregunta específicamente sobre su imagen corporal (Sadock *et al*, 2009).

Epidemiología

Este trastorno ocurre en todos los grupos de edad, y comúnmente se inicia en la adolescencia temprana (15.8-16.4 años). El inicio subclínico se da más tempranamente, alrededor de los 13 años (Phillips yMcElroy1993, Phillips *et al*, 2005a; Conroy *et al*, 2008;). La relación mujeres:hombres varía de 1:1 hasta 3:2 (Phillips *et al*, 2005).

La frecuencia va de 0.7-1.1%, en muestras de población general (Otto *et al*, 2001), a 2-13%, en muestras de estudiantes, y de 13 a 16% en pacientes psiquiátricos adultos (Phillips *et al* 2005 ; Conroy *et al*, 2008). De los pacientes psiquiátricos adultos con prevalencia de 16%, 69% presentaban TDC actualmente y 31% lo presentaron en el pasado. En cuanto al sexo, 68.8% eran mujeres con media de edad de 31.9 años (Conroy *et al*, 2008).

Heredabilidad

Los factores genéticos cumplen un papel importante en la etiología del TDC. Algunos estudios han descrito que 8% de los individuos con TDC tienen un familiar con un diagnóstico de TDC, lo que aumenta la prevalencia de 4-8 veces en relación con la población general; además comparte heredabilidad con el TOC. Un 7% de pacientes con TDC tienen un familiar de primer grado con

TOC; de manera inversa, familiares de primer grado de pacientes con TOC tienen una prevalencia a lo largo de la vida seis veces más alta de TDC (Saxena y Feusner, 2006). El TDC aparece en 5.8% de los familiares de primer grado (Phillips *et al*, 2005).

Factores relacionados a la etiopatogenia

Estudios sobre el papel de la serotonina en este trastorno describen una disminución en la densidad de unión del transportador 5-HT plaquetario al igual que en el TOC, en los trastornos de tics y en los trastornos del control de impulsos (Saxena y Feusner, 2006). También la depleción de triptófano produce exacerbación de los síntomas en pacientes con TDC (Barr *et al*, 1992).

En un estudio sobre la percepción asociada a palabras no placenteras sobre la imagen corporal, algunas áreas implicadas en la percepción distorsionada de la imagen corporal mostraron una activación distinta por sexo. En los hombres se activaron el hipocampo izquierdo, giro temporal superior izquierdo, giro fusiforme izquierdo y giro medial frontal; mientras que las mujeres mostraron mayor activación del giro parahipocampal izquierdo (incluida la amígdala), tálamo izquierdo y el cuerpo del caudado derecho (Shirao *et al*, 2005).

Un estudio con SPECT en pacientes con el trastorno mostró cambios de perfusión a nivel parietal y déficit a nivel occipital; sin embargo, los hallazgos en otras aéreas son discrepantes en la muestra (Carey *et al*, 2004).

Sobre morfometría de áreas cerebrales se compararon ocho mujeres con TDC y ocho controles sanos; se encontró así una diferencia significativa en el total del volumen cerebral, siendo mayor en las primeras. Esto se ha atribuido a un aumento en la sustancia blanca, sin diferencias en la sustancia gris. Además, el grupo de TDC mostró una asimetría anormal del núcleo caudado con un cociente de lateralidad hacia la izquierda. Este último hallazgo apoya la conceptualización del TDC como parte del espectro del TOC bajo el modelo de topología estriatal de éste, y no apoya la conceptualización del TDC como parte del espectro afectivo (Rauch *et al*, 2003).

Manifestaciones clínicas

Los pacientes con TDC reportan excesiva preocupación por una amplia variedad de áreas cor-

porales, y la mayoría de los individuos tienen múltiples preocupaciones. Se estima que solo 15.1% de los pacientes psiquiátricos revelan sus preocupaciones corporales a todos los clínicos en salud mental que los trataron a lo largo de su vida. La razón más común para no revelar la preocupación por su apariencia fue la vergüenza (31.3%), seguida del miedo a ser juzgado negativamente (Conroy *et al*, 2008).

Se describen a ellos mismos con apariencia fea, incorrecta, deformes, anormales o parecidos a un monstruo. Con más frecuencia, la preocupación se centra en la cara o la cabeza, típicamente en la piel; sin embargo, cualquier parte del cuerpo puede verse afectada (Phillips, 2005a). Las partes del cuerpo reportadas con mayor frecuencia son: la piel (80%), pelo (57.5%), nariz (39%), estómago (32%), nalgas (21.5%), peso (29%), pechos (26%), ojos (21.5%), muslos (20%), cejas (19.5%), apariencia total de la cara (19%), constitución pequeña (18%), tamaño o forma de la cara (16%), mentón (14.5%), labios (14.5%), brazos (13.5%), caderas (12.5%), mejillas (10.5%) y oídos (10.5%); la frecuencia de preocupaciones por otras partes es inferior a 10% (Phillips *et al*, 2005). La media del número de partes del cuerpo afectadas fue de cinco a siete.

En promedio, las preocupaciones por la apariencia ocupan 3-8 horas al día, teniendo dificultad para resistirse o controlarse (Phillips, 2005a). Prácticamente todos los sujetos llevan a cabo al menos una conducta repetitiva o de seguridad, como mirarse al espejo (73%), averse o rascarse la piel, conductas que pueden llegar a ocuparles hasta cuatro horas (Phillips *et al*, 2005; Phillips *et al*, 1993).

Algunos se miran más en el espejo cuando se sienten deprimidos; otros evitan los espejos o espejos específicos, y utilizan los reflejos de objetos que no son espejos. Estas conductas se diferencian de las conductas de verificación del TOC en que éstas se realizan para disminuir la ansiedad, y los pacientes con TDC tienen distintas motivaciones como tener la esperanza de verse mejores o verificar cómo lucen realmente (Veale y Riley, 2001).

Muchos pacientes no presentan discrepancia entre la manera en que ellos perciben su apariencia y la manera en que ellos piensan que los ve la persona que mejor los conoce. Están más preocupados por fallar en alcanzar un estándar estético

interno que por ser castigados por no alcanzar los ideales de otros (Veale *et al*, 2003).

La autopercepción negativa de la imagen corporal puede estar relacionada con baja autoestima y síntomas de depresión, ansiedad y obsesivo-compulsivos (Bohne *et al*, 2002).

Los síntomas y conductas asociadas incluyen ideas o delirios de referencia relacionados con su "defecto" en 73% de los casos, y con sutiles sensaciones táctiles en 37% (Phillips y Najjar, 2003).

Se ha sugerido que el *insight* puede afectarse en el TDC y aparecer en un espectro desde un *insight* adecuado hasta uno extremadamente pobre, por lo que las fluctuaciones en éste pueden dificultar la categorización de los pensamientos en preocupaciones delirantes y no delirantes (Phillips y McElroy, 1993). Alrededor de 36% presentan delirios, con mayor prevalencia en adolescentes comparados con adultos, hallazgo no confirmado. Los pacientes con delirios tienen mayor riesgo de intento suicida, mayor comorbilidad, peor calidad de vida y funcionalidad, y mayor probabilidad de abuso de drogas (Phillips, 2006).

Las comorbilidades del eje I a lo largo de la vida descritas con mayor frecuencia son la depresión (75%), la fobia social (37%), el TOC (30%), y el abuso de sustancias (30%). Generalmente, la depresión inicia después del TDC (57%) y es co-ocurrente con los otros diagnósticos (Gunstad y Phillips, 2003).

Las comorbilidades más frecuentes del eje II son los trastornos evitativo (26.9%), obsesivo-compulsivo (16.8%), límite (11.8%) y paranoide (10.9%) (Phillips *et al*, 2005; Phillips *et al*, 1993).

Los sujetos tienen altos niveles de discapacidad funcional, con altas tasas de interferencia en las aéreas laborales y académicas, que condicionan días perdidos en trabajo y escuela. Hasta 11% abandonan la escuela permanentemente por este trastorno (Phillips *et al*, 2005; Phillips *et al*, 1993).

La calidad de vida relacionada con la salud mental y el funcionamiento psicosocial en estos pacientes es pobre (Phillips y Rasmussen, 2004), incluso más pobre que en pacientes con depresión o distimia (Phillips *et al*, 2005).

Hay historia de ideación suicida hasta en 50% de los pacientes hospitalizados, y 50% consideran que los síntomas del TDC contribuyen en algo a sus pensamientos suicidas. El 93.8% presenta historia de intentos suicidas y de éstos 33.4% re-

portan que sus síntomas contribuyeron a intentos previos. El 75% presenta uso de sustancias, y 41.6% reportan que este uso se relaciona con los síntomas del trastorno (Conroy *et al*, 2008). En otro estudio, la ideación suicida se reportó en 57.8% por año (35.6% atribuida al trastorno); 2.6% intento suicida (1.5 atribuido al trastorno) y consumado en 0.3% (Phillips y Menard, 2006).

Muchos pacientes acuden a dermatólogos hasta en 9-12%, cirujanos (cirugía cosmética) en 6-15% y otros profesionales de la salud no mental en busca de una solución para un problema físico y no mental (Phillips, 2005a; Phillips *et al*, 2005). El tratamiento no psiquiátrico solicitado por los pacientes puede llegar a 72%, y solo 60% lo reciben, siendo los más comunes los tratamientos dermatológicos y de cirugía cosmética, con una pobre respuesta en la mejora de los síntomas (Phillips *et al*, 2001).

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV. Se pueden formular algunas preguntas como las siguientes, buscando directamente el diagnóstico (López-Ibor, 1992; López-Ibor, 2002).

1.- ¿Está muy preocupado por su apariencia?
O ¿Le disgusta cómo se ve usted? Si la respuesta es sí, ¿Cuál es su preocupación?

2.- ¿Es excesiva su preocupación?, es decir, ¿Piensa mucho en esto y desearía preocuparse menos? ¿Cuánto tiempo ocupa pensando en esto?

3.- Esta preocupación por su apariencia, ¿Qué efectos tiene en su vida? ¿Interfiere significativamente con su vida social y escolar, con su trabajo y otras actividades o aspectos de su vida?, ¿Le causa mucho estrés?, ¿Afecta a su familia o amigos? (Phillips, 2004).

El TDC se diagnostica en personas preocupadas por una mínima o inexistente imperfección de la apariencia y la percepción que tienen de ella; experimentan estrés clínicamente significativo o dificultad en el funcionamiento como resultado de esta preocupación. Se debe investigar el TDC si los pacientes tienen ideas de referencia, están confinados a su hogar, se realizan cirugías o tratamientos dermatológicos innecesarios o presentan ansiedad, depresión o ideación suicida (Phillips, 2004).

Los pacientes se pueden presentar con los médicos revelando solo síntomas de ansiedad, depresión o ideación suicida, que pueden ser mal diagnosticado como fobia social o agorafobia debido a la ansiedad social secundaria y el aislamiento; como trastorno de pánico por ataques de pánico situacionales que pueden ocurrir al mirarse al espejo; con TOC, ya que ambos trastornos cursan con obsesiones y compulsiones o con tricotilomanía en algunos pacientes que cortan o jalan su cabello para mejorar la apariencia. Muchas veces también es omitido en pacientes con depresión, en quienes solo se diagnostica esta última (Phillips, 2004).

Se recomienda que los clínicos no pregunten si los pacientes están preocupados por un defecto imaginario de su apariencia, ya que la mayoría de los pacientes tienen pobre *insight*. También se aconseja no usar palabras como “deformado o desfigurado”; es mejor utilizar preguntas más amplias (Phillips y Hollander, 2008).

Se sugiere escuchar sus preocupaciones, sin tratar de convencerlos de que su imagen es distorsionada, ni tampoco sugerir que en verdad lucen anormales. Se tiene que enfatizar el sufrimiento del paciente (Phillips y Hollander, 2008).

TRATAMIENTO

Los ISRS son los fármacos mejor estudiados para el TDC; los estudios muestran una mejora en la mayoría de los casos. Su tasa de respuesta es de 53 a 73% (Phillips y Hollander, 2008; Phillips *et al*, 2006).

Comparada con la desimipramina, la clorimipramina ha mostrado efectividad en el tratamiento, evidenciando la eficacia de los inhibidores de la recaptura de serotonina; la mejoría no se ve afectada por la comorbilidad (Hollander *et al*, 1999).

La fluoxetina también ha mostrado eficacia en el manejo de los síntomas, incluso en aquellos con intensidad delirante; también se mejora la funcionalidad (Phillips y Rasmussen, 2004; Phillips *et al*, 2002).

La fluvoxamina ha mostrado tener eficacia en el tratamiento, incluso con síntomas como rascarse la piel (O'Sullivan *et al*, 1999).

De los ISRSyN, la venlafaxina mostró ser eficaz en la disminución global de los síntomas del TDC (Allen *et al*, 2008; Goulia *et al*, 2011).

No existe evidencia de la eficacia de los antipsicóticos como monoterapia para la variedad delirante. Sin embargo, el aumento de antipsicóticos como el pimozide al tratamiento con fluoxetina para el TDC con delirio no mostró ser mejor que el placebo (Phillips, 2005b). El aumento de olanzapina tampoco mostró gran mejoría; solo 2/6 pacientes la tuvieron (Phillips, 2005c). Sin embargo, esto es controvertido ya que otros autores sí han encontrado mejoría con la adición de antipsicóticos al tratamiento (Goulia *et al*, 2011).

REFERENCIAS

- ALLEN A, HADLEY S, KAPLAN A, SIMEON D, FRIEDBERG J, PRIDAY L, BAKER B, GREENBERG J, HOLLANDER E. An Open-label trial of venlafaxine in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2008; 13 (2):138-44.
- BARR L, GOODMAN W, PRICE L. Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. *Am J Psychiatry* 1992; 49:10 (letter).
- BOHNE A, KEUTHEN N, WILHELM S, DECKERSBACH T, JENIKE M. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatics* 2002; 43:486-490.
- CAREY P, SEEDAT S, VAN-HEERDEN B, WARWICK J, STEIN D. SPECT imaging of body dysmorphic disorder. *J Neuro-psychiatry Clin Neurosci* 2004; 16(3):357-59.
- CARROL B. Response of major depression with psychosis and body dysmorphic disorder to ECT. *Am J Psychiatry* 1994; 51:2(letter).
- CONROY M, MENARD W, FLEMING-IVES K, MODHA P, CERULLO H, PHILLIPS K. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30(1):67-72.
- GOULIA P, MANTAS C, BASSUKAS ID: Treatment with risperidone and venlafaxine of a patient with double-coded diagnosis of body dysmorphic disorder and delusional disorder somatic type. *Hippokratia* 2011; 15 (3): 286-287 (letter).
- GUNSTAD J, PHILLIPS K. AXIS I Comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2003; 44(4): 270-276.
- HOLLANDER E, ALLEN A, KWON J, ARONOWITZ B, SCHMEIDLER J, WONG C, SIMEON D. Clomipramine vs Desipramine Crossover Trial in Body Dysmorphic Disorder Selective Efficacy of a Serotonin Reuptake Inhibitor in Imagined Ugliness. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56:1033-1039.
- HOLLANDER E, NEVILLE D, FRENKEL M, JOSEPHSON S, LIEBOWITZ M. Body Dysmorphic Disorder, Diagnostic Issues and Related Disorders. *Psychosomatics* 1992; 33:156-165.
- LÓPEZ-IBOR J. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Clasificación Internacional de las Enfermedades, OMS, Decima edición Meditor, 1992 pp 205-206.
- LÓPEZ-IBOR J. Trastornos Somatomorfos. Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales texto revisado, APA, Masson, 2002 pp 570-574.
- O'SULLIVAN R, PHILLIPS K, KEUTHEN N, WILHELM S. NEAR-FATAL SKIN PICKING From Delusional Body Dysmorphic Disorder Responsive to Fluvoxamine. *Psychosomatics* 1999; 40: 79-81.
- OTTO M, WILHELM S, COHEN L, HARLOW B. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in a Community Sample of Women. *Am J Psychiatry* 2001; 158:2061-2063.
- PHILLIPS K. Pharmacological Treatment of Body Dysmorphic Disorder: Review of the Evidence and a Recommended Approach. *CNS Spectr* 2002; 7(6):453-63.
- PHILLIPS K. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry* 2004; 3(1):12-17.
- PHILLIPS K. Clinical Features and Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *FOCUS Spring* 2005a; 3 (2):179-83.
- PHILLIPS K. Placebo-Controlled Study of Pimozide Augmentation of Fluoxetine in Body Dysmorphic Disorder. *Am J Psychiatry* 2005b; 162(2):377-379.
- PHILLIPS K. Olanzapine Augmentation of Fluoxetine in Body Dysmorphic Disorder. *Am J Psychiatry* 2005c; 162(5):1022-1023.
- PHILLIPS K. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res* 2006; 40(2):95-104.
- PHILLIPS K, ALBERTINI R, RASMUSSEN S. A Randomized Placebo-Controlled Trial of Fluoxetine in Body Dysmorphic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:381-388.
- PHILLIPS K, GRANT J, SINISCALCHI J, ALBERTINI R. Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics* 2001; 42:504-510.
- PHILLIPS K, HOLLANDER E. TREATING Body Dysmorphic Disorder with Medication: Evidence, Misconceptions, and a Suggested Approach. *Body Image* 2008; 5(1):13-27.
- PHILLIPS K, MCELROY S. Insight, Overvalued Ideation, and Delusional Thinking in Body Dysmorphic Disorder: Theoretical and Treatment Implications. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181:699-702.

PHILLIPS K, MCELROY S, KECK P, HARRISON P, HUDSON J. Body Dysmorphic Disorder: 30 Cases of Imagined Ugliness. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (2):302-308.

PHILLIPS K, MENARD W, FAY C, WEISBERG R. Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics* 2005; 46:317-325.

PHILLIPS K, MENARD W, FAY C, PAGANO M. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46(4): 254-260.

PHILLIPS K, MENARD W. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1280-1282.

PHILLIPS K, NAJJAR F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003; 64(6):715-20.

PHILLIPS K, PAGANO M, MENARDA W. Pharmacotherapy for Body Dysmorphic Disorder: Treatment Received and Illness Severity. *Ann Clin Psychiatry* 2006; 18(4):251-257.

PHILLIPS K, RASMUSSEN S. Change in Psychosocial Functioning and Quality of Life of Patients With Body Dysmorphic Disorder Treated With Fluoxetine: A Placebo-Controlled Study. *Psychosomatics* 2004; 45:438-444.

RAUCH S, PHILLIPS K, SEGAL E, MAKRIS N, SHIN L, WHALEN P, JENIKE M, CAVINESS V, KENNEDY D. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2003; 122:13-19.

ROSEN J, REITER J. COGNITIVE-BEHAVIORAL Body Image Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63(2):263-269.

SADOCK B, ALCOTT V, RUIZ P. KAPLAN & SADOCKS Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9ª edición Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia 2009

SAXENA S, FEUSNER J. Toward a Neurobiology of Body Dysmorphic Disorder. *Primary Psychiatry*. 2006; 13(7):41-48.

SHIRAO N, OKAMOTO Y, MANTANI T, OKAMOTO Y, YAMAWAKI S. Gender differences in brain activity generated by unpleasant word stimuli concerning body image: an fMRI study. *The British Journal of Psychiatry* 2005; 186:48-53.

VEALE D, KIDERMAN P, RILEY S, LAMBROU C.: Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology* 2003; 42:157-169.

VEALE D, RILEY S: Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39:1381-1393.

PSIQUIATRÍA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA, A.C.

Mayo-Agosto, 2011 • Época 3, Vol. 28, No. 2

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La revista *Psiquiatría, Órgano Oficial de Difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C.*, publica artículos previamente aceptados por su Comité Editorial, escritos por sus socios o profesionistas afines a la psiquiatría y cuyo contenido esté en relación con la salud mental. La publicación se hará en sus diferentes secciones: contribuciones originales, revisiones, ensayos o casos clínicos. La revista cuenta con una sección de Cartas al Editor, en la que se publicará correspondencia que resulte de interés, además de otra en la que se publicarán los eventos relevantes de la vida de la Asociación.

Sobre los manuscritos. Las contribuciones deberán ser escritas en español, en un lenguaje sencillo, preciso y claro que esté de acuerdo con las normas de la Real Academia de la Lengua. Se acompañará de un resumen en español e inglés no mayor de 150 palabras y título en inglés.

Se enviarán al Editor en versión electrónica, en fuente courier new número 12 a doble espacio. Las páginas se numerarán en forma consecutiva empezando por la del título. La primera página contendrá los nombres de los autores y las instituciones de adscripción.

Los cuadros y las figuras irán en hojas separadas, se numerarán dentro del texto con número arábigos. El título de los cuadros y el pie de las figuras deben ser breves, claros y acompañarse siempre del número que les corresponda.

Las figuras que vayan fotografiadas deberán estar bien contrastadas, impresas en papel mate y no ser mayores de 20.3 x 25.4 cm. Las fotografías en color sólo se publicarán cuando el (los) autor(es) pague(n) el costo. Las figuras en formato electrónico se podrán enviar por e-mail o entregar en CD como archivos JPG o TIF.

Los manuscritos de las contribuciones originales deberán incluir, además de los resúmenes con título tanto en español como en inglés, las siguientes secciones: 1) introducción, 2) material y métodos, 3) resultados, 4) discusión y conclusiones y 5) referencias bibliográficas. Su longitud no debe ser mayor de 20 cuartillas. Los agradecimientos deben escribirse en hoja aparte.

Las referencias bibliográficas se anotarán en el texto con apellido del autor y año de publicación. Se ordenarán alfabéticamente de acuerdo con el apellido del primer autor. El(los)

autor(es) deberá(n) apearse estrictamente al orden y puntuación de las referencias bibliográficas que a continuación se dan como ejemplo.

(a) Cita de revistas científicas:

ENDICOTT J, SPITZER R L: What, Another rating scale? The Psychiatry Evaluation Form. *J Nerv Mental Disord* 1972; 154: 88-104.

(b) Cita de Libros. Llevarán el nombre de los autores o de la corporación autora, del editor o recopilador y de la institución que la publica. Ejemplo:

EASTWOOD M R: Psychiatric Morbidity and Physical State in General Practice Population. En: Hare E H y Wing J K, (eds). *Psychiatric Epidemiology*, Londres y Nueva York, Oxford University Press, 1959, pp 253-261.

Toda correspondencia debe ser dirigida a la Dra. María del Carmen Lara Muñoz, Editora Responsable, a la siguiente dirección electrónica: psiquiatria.revista.apm@gmail.com

Se dará acuse de recibo al autor y se le enviará, posteriormente, el informe del dictamen rendido por el Consejo Editorial. Todo material aceptado para su publicación quedará en propiedad de la revista, por lo que la reproducción del texto o sus partes y las ilustraciones, en otras publicaciones, requerirá de la autorización previa del Editor.

Las instrucciones precedentes se sujetan a los "Nuevos requisitos para la publicación de manuscritos en las revistas bio-médicas" que aparecieron en *Annals of Internal Medicine*, 1988; 108: 258-273 y disponibles en la página electrónica:// www.icmje.org/.

Los ensayos clínicos controlados deberán presentarse de acuerdo a los estándares consolidados para el reporte de ensayos clínicos (*JAMA*. 1996; 276(8):637-9.). Los estudios de pruebas diagnósticas deberán seguir los estándares para el reporte de estas pruebas (*BMJ*. 2003; 326(7379):41-4).

Se sugiere a los autores cumplir satisfactoriamente con los requisitos de publicación.

El autor y el coautor recibirán dos ejemplares de la revista en la que aparezca su artículo sin costo. Si desean más ejemplares o la elaboración de separatas, deberán contactar al Editor para ordenarlas. El costo dependerá del tamaño del artículo y el número de ejemplares.

CUOTAS ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA Cifras en pesos moneda nacional			
CATEGORÍA SOCIOS	INSCRIPCIÓN	CUOTA ANUAL En los primeros 6 meses del año	CUOTA ANUAL A partir del mes de julio 25% más
Activo	\$ 600.00	\$600.00	\$750.00
Afiliado	\$350.00	\$350.00	\$440.00
En Adiestramiento Médicos residentes	\$350.00	\$350.00	\$440.00

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN A CONGRESOS Cifras en pesos moneda nacional	
CATEGORÍA	CONGRESO NACIONAL
Socios activos	\$2,500.00
Socios afiliados	\$ 500.00
Socios en adiestramiento (Médicos residentes)	\$ 500.00
Médicos No Socios	\$4,000.00
Profesionistas afines No Socios	\$1,000.00
Médicos Residentes No Socios	\$1,000.00
Estudiantes	\$ 500.00
Cursos Precongreso	\$ 350.00

