



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Título: Relación entre el trastorno de estrés postraumático y dependencia a sustancias en pacientes con trastorno de personalidad.

Presenta la Tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría

Nombre

Nadia Gabriela Villanueva Narváez

Dr. Andrés Gerardo Roche

Bergua

Nombre
Asesor Teórico

Dra J. Patricia Anzaldo

Juárez

Nombre
Asesor Metodológico

México, DF. a 22 07 del 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A mi familia sin la cual no hubiera podido salir adelante. Para mis grandes amigos que siempre han sido un consuelo. A mis asesores y maestros por su paciencia y ser mis guías.

A los pacientes por compartirme su mundo y enseñarme. Y a Lucía y Mercedes ambas mi motivación.

INDICE.

RESUMEN.....	4
Marco teórico	6
Justificación.....	22
Planteamiento del problema.....	23
Objetivos	25
Hipótesis.....	26
Variable.....	26
Muestreo y muestra	30
Criterios de selección.....	30
Instrumentos de medición.....	31
Procedimiento.....	32
Análisis estadístico	32
Consideraciones bioéticas.....	33.
RESULTADOS.....	36
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	54

RESUMEN

El presente estudio busca encontrar la relación entre el trastorno de estrés postraumático y trastornos por abuso de sustancias en pacientes con trastorno de personalidad. Se realizó un estudio con un tipo de muestra por cuotas y conveniencia, aplicando a 34 pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad pruebas de tamizaje (MINI KID) y encontrar la presencia de Trastorno por estrés postraumático y trastornos por consumo de sustancias y mediante la prueba de chi cuadrada encontrar si se observa una asociación estadísticamente significativa entre estos diagnósticos.

La comorbilidad entre el trastorno por estrés postraumático y los trastornos por abuso de sustancias es un problema de salud pública importante, ya que empeora el pronóstico de los pacientes que si sólo tuvieran uno de estos trastornos. Numerosos estudios han corroborado la asociación entre los trastornos de personalidad y los trastornos por abuso de sustancias. A su vez, existen varias teorías que sugieren que determinadas características de la personalidad predisponen al riesgo de desarrollar estrés postraumático, sin embargo la mayoría de la literatura disponible no estudia la relación del estrés postraumático con los trastornos de personalidad del DSM IV. OBJETIVO: El presente estudio busca establecer si existe una relación en pacientes con los diagnósticos de trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias, en pacientes con trastorno de personalidad. MATERIAL Y MÉTODOS: Se corroboró el diagnóstico de Trastorno de la personalidad. Trastorno por estrés postraumático y dependencia a sustancias en pacientes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y se busco asociación con pruebas de correlación estadística. RESULTADOS: De una muestra de 31

pacientes se obtuvo mediante la prueba de la chi cuadrada una asociación estadísticamente significativa entre Trastorno por estrés postraumático y dependencia a etanol, Trastorno por estrés postraumático y dependencia a tabaco y Trastorno por estrés postraumático y dependencia a benzodiazepinas.

CONCLUSIONES: Se corroboró la asociación entre la dependencia a sustancias en pacientes con estrés postraumático que era el objetivo principal de la realización de esta tesis.

PALABRAS CLAVE: Estrés postraumático, abuso sustancias, personalidad.

MARCO TEORICO

El trastorno por estrés postraumático tiene comorbilidad importante con otros trastornos mentales asociados a la exposición al trauma, lo que diferencia de TEPT de otros trastornos, son los síntomas de reexperimentación (pesadillas y flashbacks). Existen muchos otros síntomas tales como la hipervigilancia, la evitación y el adormecimiento emocional, que se sobreponen con otros trastornos mentales, como el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad paroxística y depresión.

En el DSM se incluye como definición de evento traumático, como un evento estresor que afectaría a cualquier persona y que estuviera fuera del rango la “experiencia humana normal”. Ejemplos de esto serían exposición a la muerte de un tercero, amenaza propia de muerte, lesiones serias o amenaza de éstas, o amenaza de violencia sexual.^{4,9}

Estudios epidemiológicos han demostrado que la mayor parte de las personas en una comunidad han experimentado eventos traumáticos que encajarían en los criterios para TEPT. En los hombres, los eventos traumáticos más comunes son el conocimiento de que otra persona será asesinada o seriamente lesionada, estar en un accidente que comprometa su vida y el ser amenazado con un arma. En las mujeres los eventos traumáticos más comunes son: la experiencia de un desastre natural, ser testigo de asesinato o un accidente que ponga en peligro su vida, las violaciones, abuso sexual infantil y violencia de pareja.⁴

En los hombres los eventos traumáticos más investigados han sido la exposición a lesiones y a combate.⁴

Es importante entender que los eventos traumáticos que desencadenan el Trastorno por estrés postraumático pueden ser una acumulación de múltiples exposiciones a varios eventos traumáticos.

Un inicio retardado del trastorno es una de las áreas de controversia en la literatura del TEPT en la práctica clínica. El curso usual es que la persona tenga mayor número de síntomas inmediatamente posterior a presentar el evento traumático y que los síntomas disminuyan a lo largo del tiempo. En la literatura se habla que alrededor del 25% de las personas con TEPT han tenido un inicio tardío.¹⁰

Epidemiología.

Un amplio rango de tasas de prevalencia se han encontrado en el TEPT a través de estudios epidemiológicos. En muestras canadienses y estadounidenses se estima una prevalencia de 9% a lo largo de la vida mientras que las muestras australianas han encontrado tasas más bajas del 1 al 2%.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica el trastorno por estrés postraumático tuvo una prevalencia alguna vez en la vida de 2.6% (mujeres 3.3 +- 0.4%, varones 1.9 +- 0.6%).¹¹

Los resultados del estudio mostraron que 68% de la población adulta que vive en el México urbano ha estado expuesta al menos a un suceso estresante alguna vez en su vida. El 20% dijo haber experimentado al menos uno de los sucesos, 15% dos y 33% tres o más.

En esta encuesta una de cada cuatro personas había experimentado la muerte repentina o inesperada de un familiar o amigo cercano (26.9%), así como algún asalto en el que fue amenazada con un arma (24.6%). Una de cada cinco

(21.4%) ha tenido algún accidente; en proporción similar la población ha sido testigo de violencia doméstica en su infancia (20.3%) y víctima de violencia física severa por parte de padres o cuidadores en la infancia (18.3%). El 16.3% ha sido testigo de la muerte o lesiones de una tercera persona, 13.7% experimentó algún desastre natural o provocado por el hombre. Una de cada 10 personas ha sufrido alguna enfermedad grave; 7.4% ha sido golpeado por alguna persona que no son los padres o la pareja, 6% ha sido golpeado por su pareja y 5.4% reporta haber experimentado abuso sexual. Prevalencias menores, pero importantes de mencionar, son la violación con 3.9% y la persecución o acoso con 3.7%.¹¹

En cuanto a las diferencias por sexo, destaca que las mujeres presentan prevalencias estadísticamente ($p < 0.05$) más elevadas de abuso sexual, violencia física por parte de la pareja, violación, persecución y acoso.

Por su parte, los hombres experimentaron más atracos con armas, así como accidentes; también fueron testigos, en mayor proporción que las mujeres, de muertes o de lesiones, sufrieron más secuestros, mataron accidentalmente a otro en un porcentaje mayor, participaron en guerras o conflictos y fueron testigos de atrocidades o matanzas.

La prevalencia total de trastorno por estrés postraumático fue de 1.45%; 2.3% en las mujeres y 0.49% en hombres¹¹

Comorbilidad

Existe evidencia emergente que demuestra que de entre los trastornos de ansiedad, el estrés postraumático es el más asociado a conductas suicidas. Datos de varios estudios transversales y longitudinales han replicado este hallazgo. Las personas con Trastorno por estrés postraumático también

debutan con problemas interpersonales, dificultades parentales y tiene múltiples comorbilidades médicas y trastornos mentales.

Las muestras epidemiológicas han demostrado que alrededor de 90 % de las personas con Trastorno por Estrés postraumático tiene al menos un desorden mental comórbido. Algunas de las condiciones más prevalentes son el trastorno depresivo mayor, abuso de alcohol o dependencia y otros trastornos de ansiedad. La automedicación de los síntomas del trastorno por estrés postraumático con etanol y drogas ilícitas han mostrado comorbilidad con trastorno por el uso de sustancias. En cuanto a los trastornos asociados al eje II, se ha incrementado la evidencia de asociación de TEPT con Trastorno de inestabilidad emocional y personalidad antisocial; estos estilos de personalidad se asocian a impulsividad y pueden poner a la persona en riesgo de exposición a situaciones traumáticas.⁴

Se ha demostrado que incluso después de ajustarse a otros trastornos del Eje I, el TEPT está asociado con enfermedades musculoesqueléticas, condiciones neurológicas, cardiovasculares, respiratorios y la enfermedad metabólica (odds ratios entre 1.5 a 3.0). Es posible que el TEPT aumente el riesgo de desarrollar problemas médicos físicos como trastornos del sueño, síntomas físicos y obesidad o el desarrollo de depresión comórbida y uso de sustancias.⁹

Factores comunes como pobreza, el entorno y la genética pueden también un rol importante en el desarrollo de comorbilidad.¹¹

Factores de riesgo.

Dos metanálisis clave dirigidos por Brewin y Ozer han estudiado de forma extensa los factores de riesgo para el desarrollo de trastorno por estrés postraumático clasificándolos en factores de riesgo pretraumáticos y postraumáticos.¹²

Dentro de los factores de riesgo pretraumáticos puede decirse que las mujeres tienen un riesgo más alto para TEPT que los hombres. La edad, raza, estatus socioeconómico y marital no han tenido asociación significativa para desarrollar TEPT. Vulnerabilidades cognitivas (por ejemplo, CI bajo o historia previa de lesión cerebral) se han asociado a un aumento en la vulnerabilidad para el desarrollo de TEPT.¹²

La exposición a estresores vitales (como maltrato infantil o estresores de la vida adulta) previos al trauma se han asociado al desarrollo de TEPT. Así como también el percibir la sensación de muerte inminente durante el evento.

Una historia previa de trastornos del ánimo, de ansiedad y de conducta se han asociado con TEPT.

Factores en la personalidad como mecanismos neuróticos y afrontamiento evitativo han demostrado asociarse con un riesgo incrementado para TEPT, mientras que la extroversión ha demostrado ser factor protector.¹³

Muchos factores postraumáticos se han identificado: Múltiples estudios han mostrado que una frecuencia cardíaca alta mayor a 95 latidos por minuto al presentarse por primera vez en el departamento de urgencia es un factor de riesgo para TEPT en personas con lesiones físicas. Niveles altos de dolor se han vinculado a TEPT entre pacientes con lesión física severa.

Asmundson et al han sugerido que el dolor es un recordatorio del evento traumático y que puede desencadenar los flashbacks. Los síntomas de insomnio puede reducir el umbral del dolor. El ingreso a una unidad de terapia intensiva ha demostrado ser un factor de riesgo para TEPT.^{4,13}

Etiología

El hipocampo y otras áreas del lóbulo temporal guardan los recuerdos conscientes del evento traumático (memoria declarativa); la amígdala en cambio, se encarga de los recuerdos inconscientes (memoria de proceso).¹⁷

La amígdala recibe la información acerca del estímulo externo y determina su significado, después dispara la respuesta de ataque , huida o parálisis (freezing), las catecolaminas y el cortisol. La interacción entre amígdala, hipocampo y corteza medial prefrontal determinan esta respuesta final.^{17,18}

El cortisol forma parte de la respuesta del ser humano ante el estrés. Después de la exposición a un evento, la amígdala activa al sistema nervioso simpático produciendo liberación de catecolaminas y a la vez libera el cortisol que contribuye a disminuir la actividad adrenérgica, permitiendo que el organismo retorne a su nivel de actividad normal. Si existe una deficiencia del sistema hipotálamo – hipófisis- adrenal, las concentraciones de cortisol son insuficientes para hacer desaparecer la respuesta de estrés.

Existe evidencia de la activación exagerada de la amígdala ante estímulos como recuerdos traumáticos, señales ambientales (imágenes y sonidos de combate) e inclusive las expresiones faciales de temor. Se han observado alteraciones morfológicas a nivel de corteza frontal y del cíngulo anterior debido a pérdida neuronal y proliferación de la glía. A nivel funcional los pacientes con trastorno por estrés postraumático muestran disminución de la activación de la corteza del cíngulo anterior y del área medial frontal. Estas anomalías guardan relación inversa con la intensidad de los síntomas del trastorno.¹⁹

El tamaño del hipocampo es menor y la disminución de su volumen tiene relación con déficit de memoria declarativa, la gravedad y la severidad de los síntomas. La disminución en el volumen del hipocampo, probablemente se asocia a una vulnerabilidad previa a padecer TEPT.¹⁹

Un metaanálisis reciente de nueve estudios confirmó la reducción de la corteza del cíngulo anterior, del polo y de la circunvolución media del lóbulo temporal izquierdo, así como de la corteza ventromedial prefrontal y del hipocampo izquierdo y no encontró anomalías en el volumen de la amígdala

La reducción del hipocampo, en pacientes con trastorno por estrés postraumático se observa fundamentalmente en la porción anterior. El hipocampo y la corteza medial prefrontal también están implicados en la extinción del miedo debido a condicionamiento a través de la adquisición de nuevas memorias que se sobrescriben en los recuerdos temerosos.

Relación entre el trastorno de estrés postraumático y los trastornos por uso de sustancias

Como se mencionó previamente con la evidencia recabada por la National Comorbidity Survey trauma psicológico es un factor de riesgo para el desarrollo de Trastorno por estrés postraumático y el Trastorno por uso de sustancias.

Recientemente NESARC (National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions) reportó resultados similares, indicando la prevalencia de etanol y otros trastornos por uso de sustancias en individuos con TEPT entre un 42% y 22% respectivamente.¹⁷

La NESARC reportó una tasa de prevalencia de trastornos por uso de etanol de 21-26.7% en hombres y de 9.9-12.5% en mujeres de la población general.

Las tasas más altas de comorbilidad se encontraron en poblaciones con alto riesgo para presentar exposición a eventos traumáticos; un diagnóstico positivo de TEPT aumenta de 3 a 4 odds ratio para padecer un trastorno por uso de etanol u otras sustancias.

La prevalencia en nuestro país según los datos obtenidos en la Encuesta de epidemiología psiquiátrica sostiene que el uso de cocaína se incrementó considerablemente en nuestro país sobre todo desde finales de la década de los noventa; en el transcurso de diez años, de 1988 a 1998, aumenta 4.3 veces (de 0.33 a 1.45%); para 2008 había 7.87 usuarios de cocaína por cada uno que la usaba en 1988; los grupos más vulnerables consumen crack, que es más adictivo, presenta mayor asociación con violencia y un mayor reto para el tratamiento. Las diferentes fuentes de información muestran, hasta 2011, un decremento en los índices de consumo de cocaína. México, después de 2005, se convierte en el principal abastecedor de metanfetaminas en el mercado de Estados Unidos cuando ese país controla los medicamentos que contienen los precursores para la producción de estas drogas. En lo que se refiere a la demanda, su uso empieza a documentarse en México a partir de 1994; entre 2002 y 2008 la incidencia acumulada aumentó seis veces, de 0.08 a 0.5%, en la población rural y urbana entre 12 y 65 años.

Actualmente, la marihuana es la droga de mayor consumo en la población en México (80% del total de consumo de drogas) y en la mayor parte del mundo (entre 76 y 83%); es también la droga cuyo uso presenta el más alto índice de crecimiento.¹⁵

El consumo de inhalables en la población general mostró un incremento de 2002 al 2008 (0.53% de la población informó haberse intoxicado con estos productos alguna vez en su vida) . Los inhalables siguen siendo las drogas de preferencia de los niños y adolescentes en situación de calle.¹⁵

En las mujeres el fenómeno de consumo de cualquier droga es más reciente. La Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 mostró mayor índice de consumo

en las adolescentes de 12 a 17 años que en las de 18 a 34; mientras que en los hombres la incidencia acumulada es mayor entre el grupo de 18 a 34 años. Diversos estudios muestran que en los hombres hay más asociación con conducta antisocial y en las mujeres, con la depresión. Los familiares de los enfermos y en particular las mujeres, quienes con más frecuencia están a cargo del cuidado de los enfermos, presentan también mayor riesgo de enfermedad y en particular de presentar depresión.¹⁵

La adolescencia es una etapa de especial riesgo, cuya evidencia es que 65% de los usuarios de drogas se inician antes de los 17 años y la media de edad de inicio de quienes usaron drogas y desarrollaron dependencia es también a los 17 años, en tanto que quienes usaron y no desarrollaron dependencia iniciaron el consumo dos años más tarde. El promedio de inicio para la dependencia al alcohol es más tardía y ocurre a los 25 años. El alcohol representa el principal problema de salud pública del país en cuanto a adicciones se trata, se estima que el consumo per cápita de bebidas formales es de 4.5 litros para la población mayor de 15 años y de 1.4 litros adicionales si se considera el alcohol que no paga impuestos. Su abuso se asocia con índices elevados de accidentes y lesiones por violencia. México presenta altos índices de problemas derivados de intoxicación aguda asociados con la ingesta de grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo y elevadas tasas de trastornos asociados con su uso crónico. Se suma la contribución del consumo de bebidas alcohólicas a la carga global de enfermedad en México,¹⁹ pues deriva en altos niveles de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades.

La enfermedad mental tiene una edad de inicio temprana, las encuestas de epidemiología psiquiátrica realizadas en México muestran que 50% de los

trastornos mentales se inicia antes de los 21 años. El inicio temprano se ha asociado con un mayor riesgo de dependencia a drogas cuando los adolescentes se encuentran con ellas, de manera que cuando anteceden problemas de ansiedad o depresión, el riesgo de consumir drogas y desarrollar dependencia a ellas se incrementa entre 3 y 10 veces. Existen múltiples factores sociales que aumentan la probabilidad de extensión de este problema; entre los más importantes se encuentra el desempleo juvenil y la falta de oferta educativa, que sientan bases para la venta y uso de drogas, así como para la migración internacional, que ha jugado un papel importante en la extensión del problema a escenarios rurales.¹⁵

Estados neuropatológicos comunes en TEPT y Trastornos por uso de sustancias.

Muchos estudios funcionales de imagen demuestran diferencias en la activación de la corteza prefrontal en pacientes con TEPT, sugiriendo que la hipoactividad de la corteza prefrontal ventro medial puede ocasiona un déficit del control inhibitorio que media la emoción y la activación en TEPT, mientras que la hiperactividad del giro cingulado anterior y la corteza insular puede contribuir a aumentar la expresión de miedo y los estados de ansiedad.¹⁷

Las capacidades funcionales alteradas de las corteza prefrontal pueden también ocasionar un funcionamiento alterado del área ejecutiva y la cognición en forma de impulsividad o alterar el proceso de tomar decisiones, lo cual puede introducir o perpetuar el uso de sustancias.^{17,18}

Las mediciones de impulsividad incluyen impulsividad motora y de elección. La impulsividad motora en humanos predice el abuso de psicoestimulantes. En

modelos animales, los roedores con impulsividad motora alta escalan rápidamente en el consumo de cocaína.

Estudios en animales muestran que la impulsividad de elección contribuye a la severidad del uso de sustancias.

Individuos con TEPT muestran mayor impulsividad motora en la forma de más errores de inhibición en las tareas de GO/NO-GO. Este efecto se ha asociado a una reducción de la activación cortical comparada con controles.

Estudios de personas con TEPT pueden exhibir niveles altos de comportamiento impulsivo, en respuesta a estrés emocional. Las personas con TEPT pueden actuar impulsivamente a favor de una liberación emocional inmediata en respuesta a estados afectivos negativos, lo que puede conducir un afrontamiento maladaptativo incluyendo el uso de sustancias y el comportamiento evitativo.¹⁸

Disfunción en la recompensa.

Las personas con síntomas de TEPT exhiben síntomas de anhedonia así como disminución en la capacidad de recompensa.

Una deficiencia en la recompensa mediada por una alteración en la función del circuito mesolímbico incluyendo regiones del cerebro como el estriado.

Los estudios de imagen indican una reducción en la activación de las regiones mesolímbicas. La deficiencia en la función de la recompensa en síntomas de TEPT de anhedonia y adormecimiento emocional pueden propiciar el uso de sustancias.

La anhedonia es reconocida como parte de un estado afectivo negativo experimentado en síntomas de abstinencia, lo cual puede propiciar mecanismos de reforzamiento negativos. Los consumidores pueden

engancharse con el uso de sustancia para liberal síntomas de abstinencia lo cual motivará el consumo posterior.

Argumentos neurobiológicos que sustentan el incremento de la incidencia de Abuso de sustancias en TEPT.

Dopamina.

Dado que la recompensa es mediada por el sistema dopaminérgico mesolímbico, alteraciones en la capacidad de recompensa sugieren que la neurotransmisión dopaminérgica se encuentra alterada en el TEPT. En apoyo a esta hipótesis, los estudios de casos indican que el TEPT en combatientes responden a tratamientos con psicoestimulantes. Un estudio reciente demostró un incremento en la densidad del transportador de dopamina en el estriado en víctimas de violencia con TEPT comparado con controles traumatizados asintomáticos.⁹

También se ha hipotetizado que la reducción en receptores D2 y la disminución de dopamina también contribuye a la anhedonia y una disminución de la motivación en individuos dependientes a sustancias.

La densidad del receptor D2 predice las propiedades de reforzamiento de los psicoestimulantes y las recaídas en humanos dependientes a sustancias.

Los niveles de D2 en el estriado están disminuidos en humanos adictos durante la abstinencia de psicoestimulantes. Lo cual se ha asociado con una disminución de la actividad metabólica de la corteza frontal lo cual contribuye a la pérdida del control sobre el comportamiento y a la búsqueda de sustancias.

De manera consistente con el papel de la dopamina en el comportamiento impulsivo, los consumidores de psicoestimulantes exhiben un deterioro en el control inhibitorio .

Se hipotetiza que la disregulación de la recompensa que ocurre en TEPT puede conducir a una transmisión dopaminérgica alterada que resulta en un aumento del consumo de sustancias al aumentarse los umbrales de la recompensa.

Serotonina.

La neurotransmisión serotoninérgica se ha implicado en la fisiopatología de las adicciones, ya que se ha visto implicada en la impulsividad, la recompensa, afecto negativo de la abstinencia y la recaída por la búsqueda, lo cual puede propiciar la comorbilidad.

El tono hiposerotoninérgico contribuye al incremento del comportamiento impulsivo en humanos y roedores, un efecto mediado por la corteza prefrontal. Una disminución en función de la serotonina puede ser un factor para el estado de ánimo disfórico, o anhedonia, así como el estado aumentado de ansiedad en la abstinencia. Estudios que demuestran la depleción de la serotonina aumenta la búsqueda, la motivación y la recaída en modelos animales.⁹

La administración de los antagonistas 5HT_{2A} y 5HT_{2C} atenúan la reinstauración del comportamiento de búsqueda de cocaína, mientras que los antagonistas de 5HT_{2C} aumentan la búsqueda.⁹

Norepinefrina

Numerosas hipótesis mantienen que las vías dopaminérgicas puede ser hiperactivadas en humanos con TEPT y que la disregulación de la función noradrenérgica puede traer consigo síntomas de TEPT de re-experimentación.

Estudios clínicos indican cambios en pacientes con TEPT con elevación de la norepinefrina plasmática, aumento de la excreción de epinefrina, disminución de los receptores α_2 en plaquetas y respuesta exagerada simpática.¹⁷

La hiperactividad noradrenérgica en TEPT puede tener una significancia motivacional a través del incremento de la impulsividad y los estados negativos emocionales y de hipervigilancia, lo cual puede conducir a personas con TEPT a la búsqueda de sustancias como un mecanismo de afrontamiento. La hiperactividad noradrenérgica ha sido implicada en el afecto negativo de la abstinencia y en la sensibilidad al estrés. Los adictos se enganchan en continuos ciclos de uso de sustancias y abstinencia que tiene como resultado el reforzamiento del abuso de sustancias.

Neuropéptido Y.

Estudios preclínicos en roedores han demostrado que el neuropéptido Y promueve el comportamiento de afrontamiento en respuesta al estrés potencialmente por su facultad de modular a neurotransmisores como CRF y norepinefrina. NPY juega un rol crítico en el comportamiento por el abuso de sustancias^{9,18}

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

La presencia de un determinado trauma es una condición necesaria aunque insuficiente para que se desarrolle un TEPT. De ahí que algunos autores refieran que la predisposición a presentar este cuadro es preferentemente una cuestión individual, es decir, que hay que considerar la forma como los

acontecimientos son procesados por el individuo. Por tanto, siguiendo este criterio, lo nuclear en el TEPT debe ser la personalidad de la víctima. Evidentemente que la estructura de una personalidad influirá, ya que cada vivencia se elabora mediante la propia manera personal de ser. Según Eysenck, encontramos los siguientes tipos de personas: las que encajan en el eje de la «estabilidad emocional»: caracterizadas por ser maduras, buen control de los sentimientos y emociones, bajo nivel de ansiedad, seguras de sí mismas, buena autoestima, capacidad de reflexión y toma de decisiones proporcionales y adecuadas a cada situación, todo ello significa tener buenos recursos psicológicos para afrontar un acontecimiento negativo, y especialmente catastrófico y las que pertenecen al eje del «neuroticismo»: inestabilidad emocional; mal control de los sentimientos y emociones, inseguras, baja tolerancia a la frustración, tendencia a la ansiedad, negación de la realidad y no afrontamiento de aquello que les contraría, pasividad, e impulsividad, magnificando lo que les sucede, y se complacen en la victimización o autocompasión; esta carencia de recursos psicológicos hace a estas personas muy vulnerables a los acontecimientos que entrañan sufrimiento, amenaza, inseguridad, experimentando mayor daño y mayor resistencia al tratamiento. La característica de introversión y extraversión actuará en ambos tipos de personas como un factor negativo o positivo, respectivamente, al favorecer la extraversión mejor contacto interpersonal y la comunicación de las vivencias con otras personas, mientras que la introversión aísla, aumenta la soledad y disminuye la red de apoyo social.^{7,8}

Afirmamos que el rasgo de personalidad más importante que se presenta en el TEPT parece ser el neuroticismo, el cual determina una tendencia a reaccionar con una emoción fuerte ante sucesos adversos. Dicho de otra manera, los

individuos que tienen acentuado el neuroticismo resultan ser más sensibles al estrés, puesto que sus respuestas son más rápidas, más intensas y son más lentos para el restablecimiento del estado inicial. Y por el contrario, aquellos que tienen rasgos de neuroticismo bajo, les resulta más fácil superar los sucesos estresantes.⁷

JUSTIFICACIÓN

La comorbilidad entre el Trastorno de estrés postraumático y el trastorno por abuso de sustancias es un problema de salud pública de relevancia. Es costoso. Los individuos con esta patología dual tienen pobre funcionamiento psicosocial y peor pronóstico que si sólo tienen el diagnóstico de uno de estos trastornos. El entender la naturaleza causal de esta comorbilidad puede generar estrategias terapéuticas más eficientes e intervenciones preventivas mejores.

El trauma es una condición necesaria pero es insuficiente para que se desarrolle un TEPT. De ahí que algunos autores y como principal exponente Eysek, refieran que la predisposición a presentar este cuadro es preferentemente una cuestión individual de personalidad; personas con inestabilidad emocional, mal control de sentimientos y emociones, negación, evitación y impulsividad tienden a ser más sensibles al estrés características

observables de trastornos de personalidad del Cluster B y del evitativo del cluster C. El presentar un trastorno de personalidad subyacente asociado ensombrece el pronóstico, que si se tuviera un TEPT aislado, lo que implica el replanteamiento de estrategias terapéuticas integrales para abordar cada uno de estos trastornos.

Es conocida también una mayor prevalencia de trastornos por uso de sustancias en los diferentes trastornos de personalidad que en personas que no tienen esta condición lo cual también ensombrece el pronóstico de estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo de investigación pretende determinar las frecuencias de trastorno de estrés postraumático y consumo de sustancias en pacientes con trastorno de personalidad, y verificar si existe una correlación o no.

Existe evidencia limitada de la correlación en los trastornos de personalidad categorizados en el DSM IV- TR y el trastornos por estrés postraumático, los estudios que evalúan esta comorbilidad se basan en el DSM III R y se basan sólo en muestras de veteranos de guerra.

Asimismo, las revisiones más actuales se han enfocado al estudio dimensional de una estructura de personalidad que predispondría al desarrollo de TEPT, casi todas variantes del modelo propuesto por Eysek. No se ha abundado en el estudio de la asociación de TEPT con cada uno de los trastornos de personalidad categorizados en el DSM IVTR en estudios recientes en nuestra población, que en la última década ha presentado un aumento de la exposición a eventos traumáticos asociados a los altos índices de violencia en el país. ¹¹

Ya ha sido extensamente estudiada la asociación neurobiológica entre TEPT y consumo de sustancias. La hipótesis más aceptada sugiere que el TEPT temporalmente precede al desarrollo de un trastorno por uso de sustancias. Bajo esta noción, se cree que los individuos se automedican los síntomas de TEPT con las sustancias o que utilizan éstas como una forma de evadir el afrontamiento de la experiencia. De forma alternativa, la disregulación emocional en personas con TEPT puede condicionar un comportamiento impulsivo, que puede manifestarse en respuesta con el estrés emocional y resultar en el uso de sustancias como un mecanismo de afrontamiento maladaptativo.

El consumo de sustancias puede resultar en un reforzamiento negativo, motivando el uso escalonado de sustancia ante la expectativa de disminuir los síntomas que puede culminar en un trastorno por abuso de sustancias.

Una segunda hipótesis sugiere que el uso de sustancia precede y condiciona la vulnerabilidad a TEPT. En este escenario, los abusadores de sustancias pueden realizar comportamientos de riesgo que incrementen el riesgo de experiencias traumáticas.

Depresores del Sistema Nervioso Central como etanol, benzodiazepinas, marihuana y heroína facilitan la hiperactivación y los síntomas intrusivos en pacientes con TEPT, mientras que los síntomas de evitación son altamente prevalentes en pacientes con abuso de cocaína.

Estudios han demostrado que la severidad de síntomas de TEPT están positivamente relacionados con el nivel de uso de sustancias y que la severidad del TEPT predice el deseo por consumir en respuesta al trauma. La mejora en los síntomas de TEPT predice una mejora en los síntomas de trastornos por sustancias.

Objetivos

Objetivo general:

Establecer si existe una asociación estadísticamente significativa entre el trastorno de estrés postraumático y los trastornos por el uso de sustancias, en pacientes con trastorno de personalidad.

Objetivos particulares:

1. Corroborar la presencia de trastorno de personalidad
2. Obtener la frecuencia de dependencia a sustancias en pacientes con trastorno de personalidad.
3. Obtener la frecuencia de Trastorno por estrés postraumático en pacientes con trastorno de personalidad
4. Describir cual trastorno de personalidad presenta mayor prevalencia de Trastorno por estrés postraumático
5. Describir cual trastorno de personalidad presenta mayor prevalencia de consumo de sustancias.

6. Conocer la comorbilidad entre trastornos de personalidad en los pacientes.
7. Comparar por cluster de personalidad los pacientes que existan con trastorno de estrés postraumático.
8. Comparar si existe diferencia entre pacientes con estrés postraumático y sin éste con el antecedente del uso de sustancias y la dependencia a sustancias.

Hipótesis

- ⊕ H₁: Existe relación entre la presencia de Trastorno de estrés postraumático y la dependencia a sustancias, en pacientes con trastorno de personalidad
- ⊕ H₀: **NO** Existe relación entre la presencia de Trastorno de estrés postraumático y la dependencia por uso de sustancias, en pacientes con trastorno de personalidad

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición de la medición	Tipo de variable	Dependiente o independiente
Sexo	Denominación genérica que hace referencia a la	Femenino o masculino	Cualitativa, nominal	Interviniente

	cualidad masculino o femenino			
Edad	Cantidad de años vividos desde el nacimiento	0 al infinito	Cuantitativa, discreta	Interviniente
Trastornos de personalidad	Definición y criterios diagnósticos del DSM IV TR	Si o no	Cualitativa	Independiente
Trastorno de estrés postraumático	Definición y criterios diagnósticos del DSM IV TR.	Si, o no	Cualitativa	Independiente
Antecedente del uso de sustancias	Consumo de sustancias psicoactivas	Si o no	Cualitativa	Dependiente
Tipo de sustancia	Sustancia psicoactiva que utiliza el paciente	Marihuana, alcohol, tabaco, benzodiazepinas, anfetaminas, opioides	Cualitativa	Dependiente
Dependencia a sustancias	Definición y criterios DSM IV TR	Si y no	Cualitativa	Dependiente

Trastorno de la personalidad Antisocial	Definición y criterios de DS IV TR	Si y no	Cualitativa	Independiente
Trastorno de personalidad Límite	Definición y criterios de DSM IV TR	Si y no	Cualitativa	Independiente
Trastorno de personalidad narcisista	Definición y criterios de DSM IV TR	Si y no	Cualitativa	Independiente
Trastorno de personalidad histriónico	Definición y criterios DSM IV TR	Si y no	Cualitativa	independiente
Trastorno de personalidad tipo paranoide	Definición y criterios de DSM IV TR	Si y no	Cualitativa	Independiente
Trastorno de personalidad Tipo esquizoide	Definición y criterios de DSM IV TR	Si y no	Cualitativa	Dependiente

Trastorno de personalidad Tipo esquizotípico	Definición y criterios de DSM IV TR	Si y no	Cualitativa	Dependiente
Trastorno de personalidad Tipo evitativo	Definición y criterios de DSM IV TR	Si y no	Cualitativa	Dependiente
Trastorno de personalidad dependiente	Definición y criterios de DSM IV TR	Si y no	Cualitativa	Independiente
Trastorno de personalidad tipo obsesivo-compulsivo	Definición y criterios de DSM IV TR	Si y no	Cualitativa	Independiente

Muestreo y muestra:

Muestra: mínimo 30 pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad de consulta externa

Muestreo: por cuotas (ingresarán al estudio pacientes que sean candidatos y deseen participar.)

Criterios de selección**Criterios de inclusión:**

1. Pacientes con cualquier trastorno de personalidad de la consulta externa.
2. Sexo femenino o masculino
3. De 18 a 60 años
4. Que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con cuadro psicótico
2. Con criterios de internamiento

3. Que no tengan trastorno de personalidad
4. Que no firmen el consentimiento informado

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que no completen las escalas

Tipo de estudio

Estudio transversal, descriptivo, observacional y comparativo.

Instrumentos de medición

Entrevista semiestructurada del DSM IV para trastornos del eje II (SCID-II)

La SCID-II sirve para el diagnóstico de los trastornos de personalidad. Se usa con un cuestionario autoadministrado que el sujeto debe completar antes de la entrevista. El clínico se centra en las respuestas positivas del cuestionario al revisar los síntomas de trastorno de personalidad. Incluye los 10 diagnósticos del DSM-IV y también los trastornos de personalidad depresivo, pasivo-agresivo y no especificado. Este instrumento se encuentra validado en nuestro país.

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) apartado de sustancias

y estrés postraumático: La MINI es una entrevista estructurada heteroaplicada (el médico la utiliza como base para llevar a cabo su interrogatorio) dividida en módulos que corresponde a los principales diagnósticos psiquiátricos. En su uso clínico no siempre es necesario aplicarla entera, ya que hay preguntas que dirigen al siguiente módulo cuando no se han

cumplido los criterios iniciales del trastorno estudiado y su continuación resultaría improductiva. Es una herramienta de tamizaje, la cual se encuentra validada en nuestro país

Procedimiento

Primero se solicitará la aprobación del proyecto de Tesis por parte del Comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Posteriormente se solicitará al jefe del servicio de consulta externa acepte la realización del proyecto de investigación. Se abordarán a los pacientes de consulta externa que cuenten con el diagnóstico de trastorno de personalidad, para solicitarles participar en el estudio. En caso de aceptar, se entregará el consentimiento informado, en caso de firmar; posteriormente se le otorgará una cita para la aplicación de la escala SCID-II y MINI apartado de sustancias y Trastorno por estrés postraumático, posteriormente se calificarán instrumentos y se otorgará una cita para la explicación de los resultados al paciente, se anexará una nota en el expediente de cada paciente con las escalas y resultados. Se procederá al análisis estadístico y redacción.

Análisis estadístico

Debido a que el estudio es comparativo entre variables cualitativas se utilizará la prueba de chi cuadrada; se obtendrán las frecuencias de la presencia de estrés postraumático y su relación con uso y dependencia a sustancias.

Se procederá a describir frecuencias de edad, sexo, trastornos de personalidad, tipo de sustancias y presencia de comorbilidad.

Costos y materiales

Para la realización de este estudio, se requiere de copias fotostáticas de la SCID-II y la MINI apartado trastorno de estrés postraumático y sustancias, así como también bolígrafos. El costo de éste material, será cubierto por la médico residente de psiquiatría Nadia Gabriela Villanueva Narvaez.

Consideraciones bioéticas

Durante la realización de este estudio se tomarán en cuenta los principios de la bioética:

Beneficencia: Ante todo, se busca brindar beneficio familiar del paciente, ya que una detección temprana, brinda la oportunidad de una canalización adecuada de los pacientes y abordaje terapéutico.

No maleficencia: Ningún participante será perjudicado de forma alguna, se respetarán sus derechos fundamentales y no serán lastimados de ninguna forma.

Autonomía: El participante tiene la decisión total acerca de si participa o no en el estudio, y puede abandonarlo en el momento que desee.

Justicia: Todos los participantes que cumplan con los criterios de selección pueden participar en el estudio si así lo desean, nadie será discriminado por ninguna condición social.

En cuanto al riesgo de la investigación de acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.**

Es importante señalar que la información que se obtenga será resguardada y únicamente usada para fines de este estudio, y los datos clínicos de los pacientes que den un indicio de que es urgente intervenir médicamente serán

datos a conocer al médico tratante se dejará la nota correspondiente en el expediente clínico, para que el responsable correspondiente tome las decisiones que considere necesarios.

Cronograma

Actividad	Fecha en la que se realizará
1. Aprobación de la tesis	Abril de 2015
2. Colección de los datos	Abril 2015
3. Análisis	Mayo 2015
4. Redacción	Mayo 2015
5. Entrega	Mayo 2015

RESULTADOS.

El total de la muestra obtenida en base a los criterios de inclusión fueron 34 pacientes. Se excluyeron 2 paciente por no presentar diagnóstico de trastorno de personalidad.

La media de edad fue de 33.15 años con una edad mínima de 19 años y una máxima de 55 años.

La muestra incluye a 27 mujeres (79.4%) y 7 hombres (20.6%).

Del total de la muestra ,14 pacientes (41.2%) obtuvieron el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático.

De los 31 pacientes (91.2%) tuvieron un diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad, 21 pacientes (61.8%) tuvieron diagnóstico de trastorno por evitación; 15 pacientes (44.1%) de trastorno dependiente ; 27 pacientes (29.4%) tuvieron un diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad; 10 pacientes (29:4%) tuvieron un diagnóstico de Trastorno esquizotípico; 4 pacientes (11.8%) con diagnóstico de Trastorno esquizoide de la personalidad, 11 (32.4%)pacientes con trastorno paranoide, trastorno anancástico 18 pacientes (52.9%), histriónico 1 paciente (2.9%)y trastorno antisocial 2 pacientes (5.9%).

En cuanto a los trastornos por dependencia, no se obtuvo dependencia a cocaína, se encontraron 3 casos con dependencia a marihuana (8.8%), 11 casos de dependencia a etanol (32.4%), 7 casos de dependencia a tabaco (20.6%) y 5 casos de dependencia a benzodiazepinas (14.7%).

Por otro parte, la proporción del total de pacientes con trastorno de evitación que tuvo estrés postraumático fue de 50.25%. (Gráfica 1).

La proporción del total de pacientes con trastorno dependiente de personalidad que tuvo estrés postraumático fue de 46.7 % (Gráfica 1).

La proporción del total de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional que tuvo estrés postraumático fue de 45.2%. (Gráfica 1).

La proporción del total de pacientes con trastorno de personalidad fue de que tuvo estrés postraumático fue de 50% aunque sólo se obtuvieron 2 casos. (Gráfica 1).

La proporción del total de pacientes con trastorno histriónico de la personalidad que tuvo estrés postraumático fue de 100% aunque sólo se obtuvo un caso. (Gráfica 1)

GRÁFICA 1.



Fuente: registro de pacientes de consulta externa.

La proporción del total de pacientes con trastorno de evitación de la personalidad que tiene de trastorno dependencia a sustancias fue de 47.60%.

(Gráfica 2)

La proporción del total de pacientes con trastorno de personalidad narcisista que tuvo dependencia a sustancias fue de 44.40% (Gráfica 2)

La proporción del total de pacientes con trastorno de personalidad dependiente que tuvo dependencia a sustancias fue de 40%. (Gráfica 2)

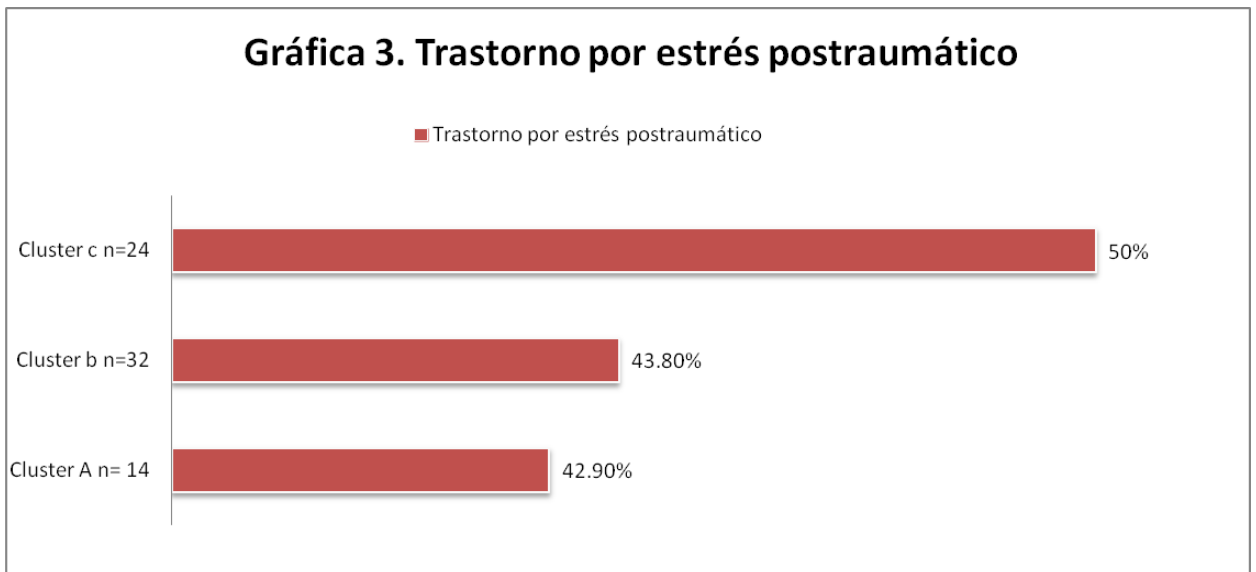
La proporción del total de pacientes con trastorno de personalidad antisocial que tuvo dependencia a sustancias fue de 50% aunque sólo se obtuvieron 2 casos. (Gráfica 2).

La proporción del total de pacientes con trastorno histriónico de la personalidad que tuvo dependencia a sustancias fue de 100% a unque sólo se obtuvo un caso. (Gráfica 2).

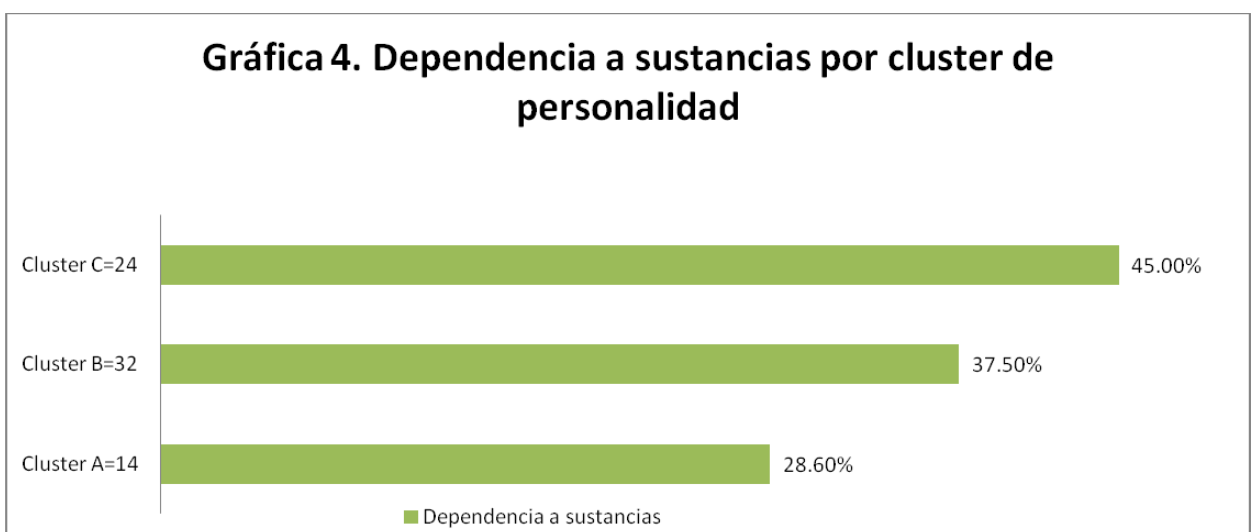


Fuente: registros de pacientes de la consulta externa.

Agrupados por cluster de personalidad, se obtuvo que una proporción del total de pacientes del cluster A que tuvo estrés postraumático fue 42.9%, para el cluster B de 43.80% y para el cluster C de un 50% (Gráfica 3)



Agrupados por cluster de personalidad, la proporción del total de pacientes del cluster A con dependencia a sustancias fue de un 28.60%, para el cluster B un 37.5% y para el cluster C 45% (Gráfica 4).



A continuación se muestra una tabla que resume las proporciones obtenidas del cruce de las diferentes variables con los trastornos de personalidad y con sus cluster. Se describe también la proporción de antecedente de abuso sexual

como estresor principal en el Trastorno por estrés postraumático en la muestra de pacientes.

Se creó otra variable para la comorbilidad comparando pacientes que únicamente tenían un solo trastorno de personalidad y los que tenían más de un trastorno de personalidad. Es de notar, que se observan porcentaje cercanos al 100 % con ésta variable, ya que la mayoría de los pacientes tiene más de un trastorno de personalidad, a excepción de 1 paciente tenía únicamente trastorno de personalidad evitativo y otro que tenía únicamente trastorno de personalidad anancástico.

TABLA RESUMEN DE RESULTADOS

Trastorno de personalidad	Porcentaje de dependencia a sustancias	Porcentaje de TEPT	Porcentaje de antecedente de uso de sustancias	Porcentaje de abuso sexual	Comorbilidad	total (n)
Trastorno limite	35.50%	45.20%	33.30%	48.0%	100%	31
Narcisista	44.40%	48.10%	18.50%	44.40%	100%	27
Antisocial	50%	46.70%	50%	50%	100%	2
Histriónico	100%	100%	100%	100%	100%	1
Evitativo	47.60%	52.40%	19%	42.90%	95.20%	21
Dependiente	40%	46.70%	38.90%	33.30%	100%	15
Anancástico	33.30%	33.30%	38.90%	44.40%	94.40%	18
Esquizotípico	20%	40%	40%	40%	100%	10
Paranoide	36%	45.50%	18%	36.50%	100%	11
Esquizoide	25%	25%	50%	50%	100%	4
CLUSTER A	28.60%	42.80%	50%	42.90%	100%	14
cluster b	33.30%	43.80%	90%	37.50%	100%	32
CLUSTER C	45.00%	50%	50%	45.80%	91.70%	24

RESULTADOS DE PRUEBAS DE ASOCIACIÓN ESTADÍSTICA.

Mediante la utilización de la chi cuadrada se obtuvieron las siguientes asociaciones estadísticamente significativas, tomando el tamaño de la muestra también se aplicó la prueba exacta de Fisher.

Tabla cruzada

			Trastorno de estres postraumático		Total	
			no	si		
Dependencia etanol	a no	Recuento % dentro Dependencia etanol	de a	17 73.9%	6 26.1%	23 100.0%
	si	Recuento % dentro Dependencia etanol	de a	3 27.3%	8 72.7%	11 100.0%
Total		Recuento % dentro Dependencia etanol	de a	20 58.8%	14 41.2%	34 100.0%

Se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre Trastorno por estrés postraumático y dependencia a etanol ($p < 0.23$), Trastorno por estrés postraumático y dependencia a tabaco ($p < 0.012$) y Trastorno por estrés postraumático y dependencia a benzodiazepinas ($p < 0.007$)

Tabla cruzada

			Trastorno de estrés postraumático		Total
			no	si	
Dependencia a tabaco	no	Recuento % dentro de Dependencia a tabaco	19 70.4%	8 29.6%	27 100.0%
	si	Recuento % dentro de Dependencia a tabaco	1 14.3%	6 85.7%	7 100.0%
Total		Recuento % dentro de Dependencia a tabaco	20 58.8%	14 41.2%	34 100.0%

Tabla cruzada

			Trastorno de estrés postraumático		Total
			no	si	
Dependencia a benzodiazepinas	no	Recuento % dentro de Dependencia a benzodiazepinas	20 69.0%	9 31.0%	29 100.0%
	si	Recuento	0	5	5

	% dentro de Dependencia a benzodiazepinas	0.0%	100.0%	100.0%
Total	Recuento	20	14	34
	% dentro de Dependencia a benzodiazepinas	58.8%	41.2%	100.0%

En cuanto a la comorbilidad, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el trastorno límite y la comorbilidad con otros trastornos de personalidad ($p < 0.05$) y el trastorno narcisista de la personalidad con la comorbilidad con otros trastornos de personalidad ($p < 0.037$).

Tabla cruzada

			Comorbilidad		Total
			solo un trastorno de personalidad	más de 1 trastorno de personalidad	
trastorno límite de la personalidad	no	Recuento	2	1	3
		% dentro de trastorno límite de la personalidad	66.7%	33.3%	100.0%
	si	Recuento	0	31	31
		% dentro de trastorno límite de la personalidad	0.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	2	32	34
		% dentro de trastorno límite de la personalidad	5.9%	94.1%	100.0%

Tabla cruzada

	Comorbilidad	Total
--	--------------	-------

			solo un trastorno de personalidad	más de 1 trastorno de personalidad	
Trastorno narcisista de la personalidad	no	Recuento % dentro de Trastorno narcisista de la personalidad	2 28.6%	5 71.4%	7 100.0%
	si	Recuento % dentro de Trastorno narcisista de la personalidad	0 0.0%	27 100.0%	27 100.0%
Total		Recuento % dentro de Trastorno narcisista de la personalidad	2 5.9%	32 94.1%	34 100.0%

Entre los hallazgos del estudio se obtuvo que la mayoría de los casos de estrés postraumático se asociaron al antecedente de abuso sexual como estresor principal.

DISCUSIÓN.

Siendo el objetivo principal de este estudio valorar la asociación estadística entre el trastorno de estrés postraumático con la dependencia a diferentes sustancias, encontrándose asociación estadísticamente significativa entre estrés postraumático y la dependencia a etanol, benzodiacepinas y tabaco. Como se expuso previamente, estudios en población norteamericana se ha observado una prevalencia importante de Trastorno por Estrés Postraumático en pacientes con dependencia a etanol. Según la encuesta Nacional de Adicciones el consumo de etanol es el principal problema de Salud Pública en nuestro país en lo que respecta a Adicciones y también en nuestra región. Las prevalencias en la muestra fueron muy bajas para psicoestimulantes, lo que habla de la influencia de las condiciones socio demográficas en el consumo de estas sustancias y también de que el tabaco y el alcohol son drogas legalizadas más accesibles a la población. En cuanto a las benzodiacepinas puede mencionarse que es frecuente la prescripción de éstas en pacientes con trastornos de personalidad y estrés postraumático, aunque no se trate de la primera línea de tratamiento sino como coadyuvantes. Influye que una proporción significativa de la muestra son pacientes con

trastorno límite que tienen mayor prevalencia de consumo de sustancias aunque no se haya encontrado una asociación estadísticamente significativa entre sustancias y los trastorno de personalidad.

La propuesta neurobiológica expone que un daño en la corteza prefrontal en el Trastorno por estrés postraumático, predispone a la toma impulsiva de decisiones como antesala para iniciar el consumo de sustancias. Las hipótesis neurobiológicas responden a favor de una disminución dopaminérgica y serotoninérgica que en teoría se vincula más con uso y abuso de psicoestimulantes como mecanismos negativos de afrontamiento ante síntomas de anhedonia, afecto negativo y motivación de la búsqueda. En contraste con esta teoría la prevalencia de uso fue de 2% y ningún caso para dependencia.

Por otra parte la hipereactividad de las vías noradrenérgicas se asocia más con los fenómenos de reexperimentación y fenómenos neurovegetativos de ansiedad, por lo que la búsqueda de etanol y las benzodiazepinas lo podría tener como fin la atenuación de estos síntomas que se busca como medio de automedicación y que al no conseguir control efectivo de los síntomas porque facilitan los síntomas de hipereactivación y los síntomas intrusivos en los pacientes con TEPT, se predispone a problemas de dependencia a éstas sustancias.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el Trastorno de estrés postraumático y cada uno de los trastornos de personalidad, a pesar de utilizar la prueba exacta de Fisher, lo que podría deberse al tamaño de la muestra (n= 34). Se buscaba también describir la presentación de estos trastornos de acuerdo a los criterios del DSM IV TR, ya que la literatura

disponible se basa en los criterios del DSM III fundamentalmente en veteranos de guerra y población de género masculino.

Entre los hallazgos interesantes que arroja este estudio es que existe importante comorbilidad entre varios trastornos de personalidad obteniendo asociaciones significativas para la comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad con otros trastornos y el trastorno narcisista con otros trastornos. Esta comorbilidad no estaba asentada en el expediente clínico lo que sugiere de que están subdiagnosticados.

De los 14 pacientes con Trastorno por estrés postraumático sólo dos pacientes tenían también expuesto el diagnóstico en el expediente clínico.

Cabe mencionar como hallazgo , que el principal estresor es abuso sexual lo que concuerda con que la mayor parte de la muestra está integrada por mujeres y de acuerdo con las estadísticas a nivel de población nacional, junto con la violencia intrafamiliar y de pareja constituye uno es de los estresores más frecuentes asociados al desarrollo de estrés postraumático.

CONCLUSIONES.

Se corroboró la presencia de dependencia a sustancias (etanol, benzodiazepinas y tabaco) que era el objetivo principal de la realización de esta tesis. Es orientativo extrapolar lo que demuestran estudios de prevalencia con muestras grandes a nuestra población para conocer las características de esta y de esta forma elaborar estrategias de diagnóstico, tratamiento y prevención. En nuestro hospital no existen aún programas enfocados al manejo de la patología dual.

Es de relevancia que la mayoría de los pacientes tenían el diagnóstico de trastorno de la inestabilidad emocional cuando se realizó la búsqueda de la muestra, lo que muestra que el resto de los trastornos están subdiagnosticados y las alternativas de tratamiento si bien se basan en estrategias de psicoterapia éstas tienden a variar, por lo que cabría replantearse utilizar pruebas diagnósticas sencillas de tamizaje, ya que la sobrecarga de trabajo, los tiempos limitados de consultas y la demanda excesiva dificultan el diagnóstico oportuno.

El mismo fenómeno se observa con el diagnóstico de Estrés postraumático, en el que solo un 14% de los casos diagnosticados por MINI tenían el diagnóstico.

A diferencia del SCID II, el MINI es un instrumento sencillo y rápido que podría utilizarse como prueba de tamizaje desde que los pacientes acuden por primera vez a la consulta.

En cuanto al SCID II, existe una variante autoaplicable que a pesar que disminuye su consistencia interna para trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, paranoide y esquizoide, facilitaría la búsqueda de comorbilidad sin dificultar ni sobrecargar el trabajo de la consulta externa.

A pesar de no haber obtenido resultados con asociación estadística significativa existen revisiones que sustentan que el trastorno de inestabilidad emocional y el trastorno de personalidad antisocial se asocian al trastorno por estrés postraumático. En la descripción de neuroticismo acuñada por Eysek se abordan criterios de trastornos de personalidad del cluster B y del cluster C. Valdría la pena utilizar tamaños de muestra más grandes y la realización de cohortes retrospectivas que permiten observar si existe riesgo de padecer un trastorno personalidad por un estrés postraumático previo o de forma bidireccional si los trastornos de personalidad predisponen al desarrollo de estrés postraumático, sobre todo en los trastornos en que la impulsividad implica la vulnerabilidad a la exposición a situaciones de riesgo.

En cuanto a los abordajes terapéuticos, la Guía NICE, la última revisión de Cochane sobre la efectividad de tratamientos en el Trastorno por estrés postraumático promueve la terapia cognitiva conductal centrada en el trauma para estos pacientes y el uso de ISRS, y con los acontecimientos recientes violentos que han sucedido en el país valdría la pena la realización de un estudio de prevalencia en la población de este hospital para implementar las estrategias necesarias para brindar tratamientos efectivos y evitar el desarrollo de otras comorbilidades psiquiátricas que compliquen el pronóstico.

Bibliografía

- 1 .R. Lazarus. *Stress, coping and illness Personality and disease*. Wiley series on health psychology/behavioral medicine, John Wiley & Sons, Oxford (1990), pp. 97–120

2. Casado-Blanco *Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal* Posttraumatic stress disorder in medical-legal practice .Revista Española de Medicina Legal Volume 39, Issue 1, January–March 2013, Pages 12–18

- 3.R. Bailey. *Recent Progress in Understanding the Pathophysiology of Post-Traumatic Stress Disorder:Implications for Targeted Pharmacological Treatment* *CNS Drugs*. 2013 March ; 27(3): 221–232. doi:10.1007/s40263-013-0051-4.

- 4.Jitender Sareen. *In Review Posttraumatic stress in Adults: Impact, Comorbidity*. *Can JPsychiatry* 2014; 59 : 460-467

- 5.Southwick SM, Yehuda R, Giller EL. *Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder*. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150:1020–1023.

6. Bollinger AR, Riggs DS, Blake DD, Ruzek JI. *Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder*. Journal of Traumatic Stress. 2000; 13:255–270.
7. Miller, M.W., Kaloupek, D.G., Dillon, A.L., y Keane, T.M. (2004). *Externalizing and internalizing subtypes of combat related PTSD: A replication and extension using the PSY-5 Scales*. Journal of Abnormal Psychology, 113, 636-645.
8. Hodges Shannon. *Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress: Time for Integration?*. Journal of Counseling and Development. 2003; 416-421
9. Nicole M. Enman, *Connecting the pathology of posttraumatic stress and substance use disorders: monoamines and neuropeptides* Pharmacol Biochem Behav. 2014 February ; 117: 61–69. doi:10.1016/j.pbb.2013.12.001
10. Guía NICE- Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) 2005.
11. Medina-Mora *Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana*. Salud Publica Mex 2005;47:8-22.
12. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, et al. *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis*. Psychol Bull. 2003;129:52–73.
13. Gratz. *Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self-harm*. Psychiatry Res 2012 August.
14. Hetrick S, Purcell R, Garner B, Parslow R. *Tratamiento farmacológico y terapia psicológica combinados para el trastorno de estrés postraumático*

(TEPT) (*Revision Cochrane traducida*). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 7.

15. Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. *Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?* Salud Publica Mex 2013;55:67-73.

16. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, et al. *Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Am J Geriatr Psychiatry. 2012;20(5):380–90.

17. Krystal JH, Neumeister A. *Noradrenergic and serotonergic mechanisms in the neurobiology of posttraumatic stress disorder and resilience*. Brain Res. 2009; 1293:13

18. Debiec J, Bush DE, LeDoux JE. *Noradrenergic enhancement of reconsolidation in the amygdala impairs extinction of conditioned fear in rats: a possible mechanism for the persistence of traumatic memories in PTSD*. *Depress Anxiety*. 2011; 28(3):186–93.

19. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, et al. Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatry Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-41.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROTOCOLO “Relación entre trastorno de estrés postraumático y consumo de sustancias en pacientes con trastorno de personalidad.”

PROPOSITO El presente proyecto tiene por objetivo, la determinación de Trastorno de personalidad, trastorno de estrés postraumático y uso de sustancias.

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. Se le administrará la escala SCID-II y la MINI apartados de trastorno de estrés postraumático y uso de sustancias.

EFFECTOS INDESEABLES Y RIESGOS. No tiene ningún riesgo el participar en este estudio de investigación. La prueba será aplicada por una persona entrenada en ello, la cual protegerá su confidencialidad.

BENEFICIOS PARA LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO. Posterior a detectar patología comórbida, se dejará nota en el expediente, para el tratamiento oportuno si ésta lo requiriera.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS. Este estudio no representará ningún costo adicional para usted.

CONFIDENCIALIDAD. Si usted acepta participar en este estudio es necesario que sepa que su información es confidencial y nadie tiene acceso a la misma excepto las personas que desarrollaran el protocolo de investigación.

DERECHO A ABANDONAR EL ESTUDIO. Su participación se considera completamente voluntaria y Usted puede desistir de participar o continuar en el estudio

en el momento que lo desee. Esta determinación no afectará de ninguna manera su relación con el hospital o el grupo médico.

Si Usted considera que cualquiera de los puntos antes mencionados no está claro o le surgen dudas nuevas, le suplicamos aclararlas con el investigador responsable: Dra. Nadia Gabriela Villanueva Narvaez. Disponible en el Hospital Fray Bernardino Alvarez.

AUTORIZACIÓN. He leído el contenido de este escrito, y he decidido por voluntad propia participar en este estudio. Sus objetivos, los riesgos posibles e inconveniencias me han sido explicados y aclarados a satisfacción.

Fecha _____ de _____ de _____

—

—

—

Participante

Testigo

Dra. **Nadia Gabriela**

Villanueva Narvaez

Investigador

México, D.F., a ____ de ____ de 20 ____.

Dr. Francisco Mesa Ríos.

Jefe de la Consulta Externa.

Presente.

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio **Relación entre trastorno de estrés postraumático y consumo de sustancias en pacientes con trastorno de personalidad**. mismo que pretende llevarse a cabo durante un mes por la residente **Nadia Gabriela Villanueva Narvaez**, en el servicio de Consulta Externa, no omito anexar la aprobación de los comités de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. El estudio consistirá en la aplicación de las escalas SCID-II y MINI apartados de trastorno de estrés postraumático y uso de sustancias.

Agradeciendo su apoyo y atención prestada.

Atentamente

Dra. **Nadia Gabriela Villanueva Narvaez**

Residente de cuarto año de Psiquiatría

