



Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
5ta. Generación
2008 – 2009

Reporte de Investigación Final
Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:

“Dependencia A Sustancias Y El Trastorno Depresivo Mayor”

Alumna.
Dra. Erika Guadalupe Vázquez Zavala

Asesor:
Dr. Mario González Zavala
Ciudad de México, Abril de 2010.

TÍTULO DEL PROYECTO

Dependencia A Sustancias Y El Trastorno Depresivo Mayor.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

Dra. Erika Guadalupe Vázquez Zavala

Médico Cirujano

Universidad Nacional Autónoma de México

medvazquez@yahoo.com.mx

04455 27041970

TUTOR

Dr. Mario González Zavala.

Médico cirujano partero

Universidad Autónoma de Guadalajara

Psiquiatría

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Especialidad en manejo de adicciones

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

**DEPENDENCIA A
SUSTANCIAS Y EL
TRASTORNO
DEPRESIVO MAYOR**

INDICE

1. Antecedentes
2. Marco teórico
3. Relevancia del estudio
4. Planteamiento del problema
5. Objetivo principal
 - 5.1. Objetivos específicos
6. Justificación
7. Hipótesis
8. Métodos
 - 8.1. Tipo de estudio
 - 8.2. Duración de estudio
 - 8.3. Cálculo de la muestra
 - 8.4. Descripción de la población
 - 8.5. Criterios de inclusión
 - 8.6. Criterios de exclusión
 - 8.7. Criterios de eliminación
 - 8.8. Variables de estudio
 - 8.9. Instrumentos
9. Resultados
10. Análisis de datos
11. Discusión y conclusiones
12. Referencias Bibliográficas
13. Cronograma
14. Anexos

1 ANTECEDENTES

En México existen múltiples redes de atención a las drogodependencias, por ello cada vez se hace más necesarias definir los procesos de evaluación y diagnóstico específicos que permitan realizar abordajes terapéuticos concretos con los recursos existentes.

Por otra parte, es importante considerar la patología dual al establecer dicho diagnóstico, sobre todo al momento de ofrecer una adecuada asistencia. Este creciente interés se traduce en una mayor investigación, lo que posibilita una mejor comprensión del problema y, permite a la vez, desarrollar mecanismos de detección e intervención más adecuados.¹

La relación existente entre drogodependencia y trastornos psiquiátricos no es un fenómeno reciente. La comorbilidad es una realidad en los centros de tratamiento que suscita complejidad y un progresivo interés. Pero a pesar de todo, existe una gran ignorancia sobre estos pacientes.²

De entre todos los posibles trastornos, los que están asociados a los estados de ánimo depresivos son los más frecuentes. Se han encontrado elevadas tasas de prevalencia de trastornos depresivos en consumidores de cocaína, de heroína, de alcohol, de tabaco, de éxtasis y de cualquier otra sustancia adictiva. Sin embargo,

las discrepancias en cuanto a la magnitud de tal prevalencia son enormes, oscilando, en los estudios citados entre el 5 y el 60% (Hesselbrock, Hesselbrock, Tennen, Meyer y Workman, 1983); incluso algún artículo señala una prevalencia de sintomatología depresiva del 98% en sujetos alcohólicos (Soler-Insa, Gascón y Grau, 1992).³

Con la depresión se pierden deseos y pasiones. Digamos que falta la “obsesión” propia de proyectos productivos que derivan en acción y generan valor, particularmente en términos simbólicos. Esto es suplantado en la adicción por la compulsión al consumo. Habiendo además un imperante componente fisiológico, ambos procesos se hacen mutuamente complementarios y autoperpetuantes.⁴

Y ante lo señalado ¿Cuál es la prevalencia del riesgo de suicidio en un área sobre patología dual?

La literatura científica revela datos de análisis estadístico e identifica el diagnóstico por trastorno por consumo de sustancias como el único factor más potente en el riesgo de suicidio, siendo las tasas 28.27/100.000 en relación con 76.48/100.000 de los no consumidores.⁵

Es por lo anterior que se plantea esta investigación.

2 MARCO TEORICO

Las enfermedades psiquiátricas son estados crónicos de ansiedad asociados con alteraciones neurobiológicas de los circuitos de estrés cerebral, y **las dependencias** son neuroadaptaciones de las vías de recompensa cerebrales que producen síntomas psiquiátricos secundarios durante el consumo agudo y la abstinencia. 6

ADICCIONES

Las adicciones son un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos. El origen de las mismas es multifactorial, entre los que podemos mencionar factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Uno de los estándares más importantes actualmente como referencia para el diagnóstico de la adicción es el Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría. (DSM-IV) En la actual edición del DSM-IV se establecen siete (7) criterios para el diagnóstico de la dependencia química, de esta manera.

Dependencia de sustancias

Un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) ó más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce (12) meses.

- (1) tolerancia, definida por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

- (2) abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- (3) la sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.
- (4) existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
- (6) reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote)

El DSM-IV propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias sospechosas, de modo que cada dependencia específica se codifica con un número distinto;

- *dependencia de alcohol (F10.2x)*
- *dependencia de alucinógenos (F16.2x)*
- *dependencia de anfetamina (F15.2x)*
- *dependencia de cannabis (F12.2x)*
- *dependencia de cocaína (F14.2x)*
- *dependencia de fenciclidina (F19.2x)*

- *dependencia de inhalantes (F18.2x)*
- *dependencia de nicotina (F17.2x)*
- *dependencia de opiáceos (F11.2x)*
- *dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.2x)*
- *dependencia de otras sustancias o desconocidas (F19.2x)*

Abuso de Sustancias

Un patrón maladaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (ó más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- (1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.
- (2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.
- (3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
- (4) consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
- (5) los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

Al igual que con la dependencia se propone usar los criterios para evaluar cada sustancia que produce abuso. De este modo puede resultar en varios diagnósticos de abuso de sustancias.

- *abuso de alcohol (F10.1)*
- *abuso de alucinógenos (F16.1)*
- *abuso de anfetamina (F15.1)*
- *abuso de cannabis (F12.1)*

- *abuso de cocaína (F14.1)*
- *abuso de fenciclidina (F19.1)*
- *abuso de inhalantes (F18.1)*
- *abuso de opiáceos (F11.1)*
- *abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.1)*
- *abuso de otras sustancias o desconocidas (F19.1)*

Intoxicación por Sustancias

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingesta reciente o a su exposición.

B. Cambios psicológicos o de comportamiento maladaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central. Se propone utilizar estos criterios para evaluar cada sustancia involucrada en la intoxicación, de modo que cada sustancia que produce intoxicación tiene su propio código.

- *intoxicación por alcohol (F10.00)*
- *intoxicación por alucinógenos (F16.00)*
- *intoxicación por anfetamina o éxtasis (F15.00)*
- *intoxicación por cafeína (F15.00)*
- *intoxicación por cannabis (F12.00)*
- *intoxicación por cocaína (F14.00)*
- *intoxicación por fenciclidina (F19.00)*
- *intoxicación por inhalantes (F18.00)*
- *intoxicación por opiáceos (F11.00)*
- *intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.00)*
- *intoxicación por otras sustancias o desconocidas (F19.00)*

Síndrome de Abstinencia de Sustancias

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- síndrome de abstinencia del alcohol (F10.3)
- síndrome de abstinencia de anfetamina o éxtasis (F15.3)
- síndrome de abstinencia de cocaína (F14.3)
- síndrome de abstinencia de nicotina (F17.3)
- síndrome de abstinencia de opiáceos (F11.3)
- síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.3)
- síndrome de abstinencia de otras sustancias o desconocidas (F19.3)

Psicosis Inducida por el Uso de Sustancias

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El tipo de psicosis inducidas por sustancias van desde la paranoia toxica de la cocaína, la demencia producida por inhalantes, el trastorno amnésico causado por el alcohol. Es importante reconocer estas situaciones como secundarias al uso para no hacer un diagnóstico primario que es falso.

Limitaciones del Sistema de Clasificación Actual

A pesar de establecer un sistema de referencia para el diagnóstico que trae muchos beneficios tanto en la objetivización del diagnóstico, así como el intercambio de información de manera sistematizada; aún este sistema de codificación no entiende la adicción en su real expresión, como un desorden que abarca, no solo el uso de sustancias, sino además una gama de conductas compulsivas tales como la adicción al sexo y a la comida, etc. 8

DEPRESIÓN

La Depresión, está considerada como un problema de salud pública, por la Organización Mundial de la Salud, que señala que actualmente, 350 millones de personas en todo el orbe, la padecen y amenaza con convertirse en los próximos 20 años en la segunda causa de discapacidad.

En México, de acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, entre el 12 y el 20 por ciento de la población, cuyas edades fluctúan entre los 18 y los 65 años de edad, esto es más de 10 millones de individuos, están deprimidos o sufrirán algún episodio de este tipo en algún momento de su vida. Sin embargo, la misma dependencia reconoce que, por lo general, la depresión no es diagnosticada y mucho menos atendida con oportunidad.⁷

De acuerdo al DSM IV, la **Depresión Mayor** se define de la siguiente forma:

Trastorno Depresivo Mayor

Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor deben estar presentes:

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo ó 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. 8

Trastorno Distímico

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto y observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración deber ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante un período de dos años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los 2 primeros años de la alteración.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej.: una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. 8

PATOLOGÍA DUAL,

La existencia de una alta comorbilidad entre los trastornos mentales (TM) y los relacionados con el uso de sustancias (TRS) es una realidad asistencial creciente y de complejo abordaje clínico. La enfermedad mental severa se asocia con un riesgo muy elevado de padecer adicciones y la prevalencia de trastornos mentales entre los drogodependientes es muy alta. Esta comorbilidad, llamada "Patología dual" no está libre de controversias conceptuales. 9

"**Diagnóstico Dual**" no constituye un término reconocido oficialmente en la nomenclatura del DSM o de la CIE.

Sin embargo, el término "**Diagnóstico Dual**" se ha convertido en estos momentos en sinónimo de un tipo específico de **co-morbilidad** diagnóstica, concretamente la **co-morbilidad** de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias.

3 RELEVANCIA DEL ESTUDIO

El presente estudio evidencia la problemática actual respecto a la dependencia a sustancias y el trastorno depresivo mayor.

Actualmente la identificación fiable y válida de los diagnósticos psiquiátricos comórbidos es problemática ya que los efectos de las drogas mimetizan otros trastornos mentales, no hay marcadores biológicos y los criterios diagnósticos son poco específicos, sin embargo el Diagnóstico de Patología Dual puede realizarse bajo instrumentos de diagnóstico como el utilizado en este trabajo, por lo que considero relevante implementar de forma general la evaluación de la Patología Dual en todos aquellos pacientes consumidores de sustancias adictivas que soliciten asistencia en los distintos centros de atención y de esta forma darle su lugar a la Patología Dual como un problema epidemiológico real.

Es importante señalar que el Diagnóstico oportuno de Patología Dual permitirá disminuir las complicaciones de la misma, el número de urgencias psiquiátricas, el número de ingresos psiquiátricos, la prevalencia de suicidio, el número de conductas de riesgo, el número de conductas violentas y criminales. Y a su vez permitirá el desarrollo eficaz y eficiente de los recursos humanos, farmacológicos, sociales y económicos para su atención.

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de la depresión en una población de varones con dependencia a sustancias dentro de una casa de recuperación para alcoholismo y drogadicción de México DF?

5 OBJETIVO GENERAL

Describir la frecuencia de la depresión en una población de varones con dependencia a sustancias dentro de una casa de recuperación para alcoholismo y drogadicción de México DF.

5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes actuales en esta población.
2. Describir las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en el pasado en esta población.
3. Describir las sustancias a las que presentan dependencia con mayor frecuencia.

6 JUSTIFICACION

Los trastornos por uso de sustancias tienen una alta prevalencia en la población general mexicana, la cual aumenta aun más en sujetos con trastornos psiquiátricos. Dichos trastornos ocupan el segundo lugar de prevalencia dentro de todas las enfermedades mentales y han mostrado en los últimos años un incremento preocupante.

Existe la necesidad de plantear la evaluación de la asociación entre dependencia a sustancias y trastornos depresivos. El presente estudio incidirá en la optimización de los mismos ya que mediante su análisis se podrá establecer una detección oportuna y un tratamiento específico, esto con el fin de mantener el control y la remisión de la patología dual.

Por lo tanto esta investigación contribuye en la generación de conocimientos en el área de la comorbilidad psiquiátrico adictologica, (la cual se presenta en aproximadamente 70% de los casos), específicamente en el caso de la dependencia a sustancias y el trastorno depresivo mayor. Dichos conocimientos podrían influir en procedimientos de detección, diagnóstico, tratamiento y prevención de sujetos con esta comorbilidad.

7 HIPÓTESIS

Hipótesis General

En esta población. La depresión es una de las enfermedades mentales que más frecuentemente se presenta.

8 METODO

La presente investigación se inserta dentro de la metodología cuantitativa.

8.1 TIPO DE ESTUDIO

- Transversal.
- No experimental

8.2 DURACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo durante tres meses dividido en cuatro etapas, las cuales fueron:

- a) Etapa de recopilación de la información para poder realizar el marco teórico.
- b) Etapa de levantamiento de datos.
- c) Etapa de análisis de resultados y redacción de Trabajo.
- d) Revisión de Trabajo por Tutor.

8.3 CALCULO DE LA MUESTRA

Se incluyó una muestra mínima de 30 pacientes con dependencia a sustancias de acuerdo al DSM-IV-TR.

8.4 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Se incluyeron pacientes varones con dependencia a sustancias internados en un centro de desintoxicación en un periodo 2 meses.

8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes varones.
- Que se encontraban internados en la Casa de Recuperación Carrasco (modelo de grupos de autoayuda).
- Que cumplieron criterios para dependencia a sustancias (según DSMIV).
- Con edad de 18 a 60 años.
- Con un periodo de abstinencia de 20 días.

8.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con enfermedades graves ó inestables.
- Pacientes que no acepten formar parte de la investigación.

8.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que decidieron abandonar la investigación.

8.8 VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

- Trastornos depresivos a lo largo de la vida y actual según DSM IV TR
- Trastornos psiquiátricos otros.
- Sustancias a las que se presenta dependencia.

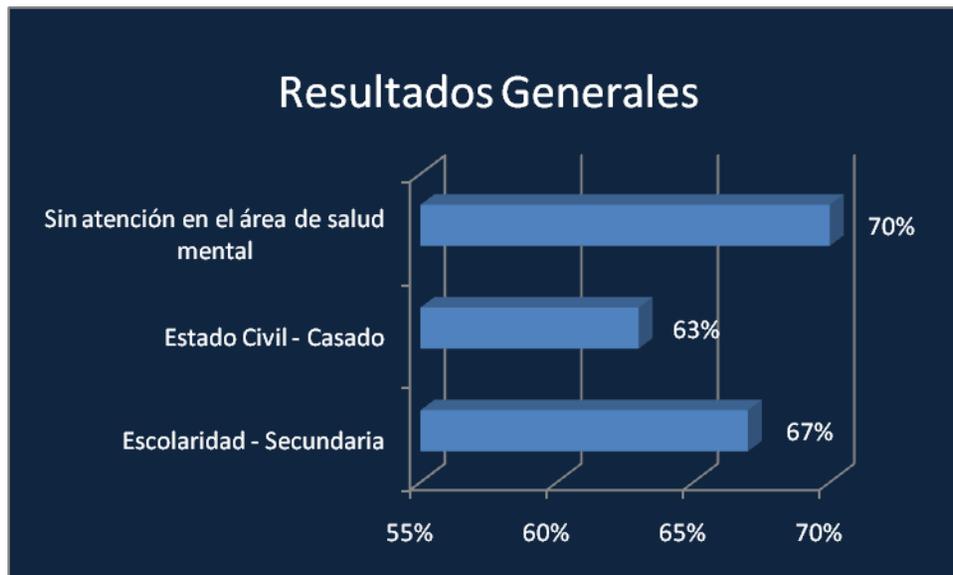
8.9 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
- MINI PLUS Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview.

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados.

9 RESULTADOS

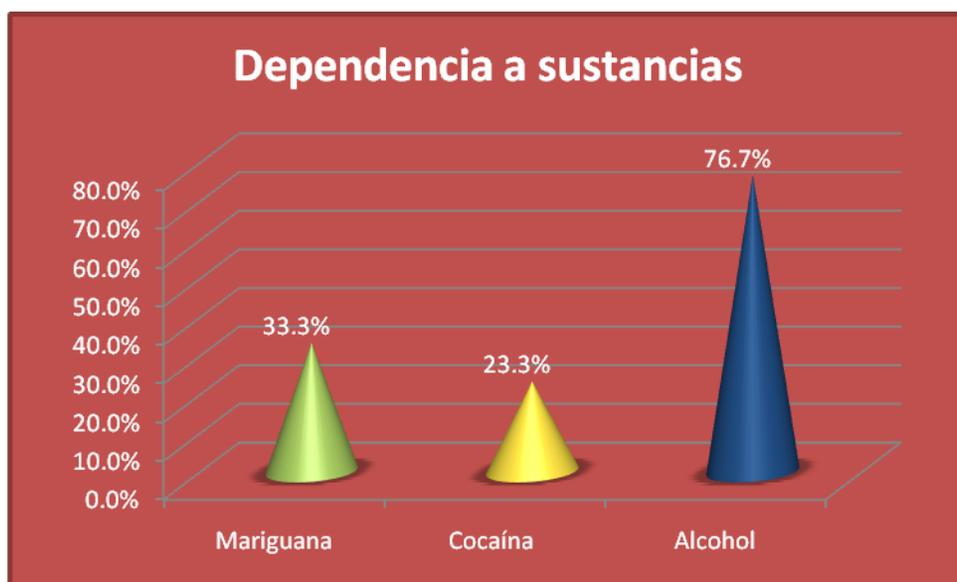
La muestra estuvo compuesta por 30 hombres con edad promedio de 28.6 años de edad, los cuales se encontraban internados en una casa de recuperación para alcoholismo y drogadicción con el modelo de grupos de autoayuda de la ciudad de México. Estos pacientes se encontraban sin consumir sustancias en un periodo mínimo de 3 semanas y máximo de 5 semanas. La escolaridad en el 67 % de los casos fue de secundaria completa y el estado civil predominante fue de casado en el 63 % de los casos.



Gráfica 1

Aproximadamente el 70 % de los casos nunca había recibido atención en el área de salud mental (psiquiátrica y/o psicología). (Ver gráfica 1)

La sustancia a la que se presentó dependencia (DSM-IV) con mayor frecuencia fue el alcohol en casi el 80% de los sujetos. En segundo lugar se encontró la marihuana con un 33.3 % y en tercer lugar la cocaína con un 23.3 %. Cifras muy parecidas a las mencionadas en los estudio epidemiológicos en nuestro país (ver gráfica 2).



Gráfica 2

Dentro de los principales trastornos psiquiátricos (DSM IV) encontrados al momento de la evaluación estuvo el trastorno depresivo mayor con una frecuencia del 23.3 %. Además cerca del 45 % de los pacientes presentaba riesgo de suicidio, 13.3 % severo. En cuanto al trastorno afectivo tipo depresivo secundario al consumo de sustancias, este se presentó únicamente en el 3.3 % de la muestra (ver gráfica 3).



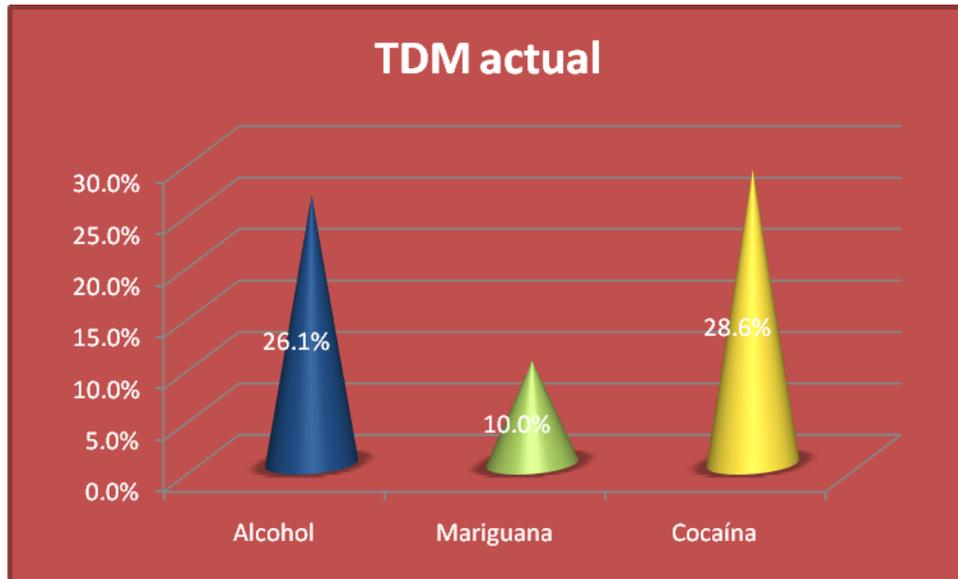
Gráfica 3

El trastorno depresivo mayor se presentó como antecedente en el 40 % de la muestra, mientras que ningún paciente menciono haber presentado criterios compatibles con distimia o trastorno afectivo tipo depresivo secundario al consumo de sustancias. El 23.3 % de los sujetos contaban con antecedente de intento de suicidio (ver gráfica 4).

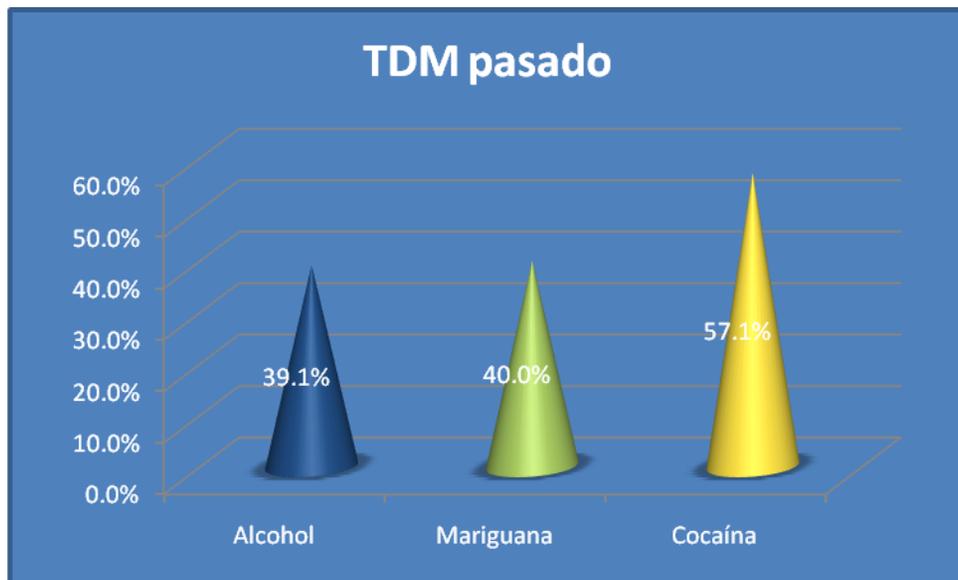


Gráfica 4

Al separar la muestra en base al tipo de sustancia a la que presentaban dependencia y evaluar la frecuencia de TDM (trastorno depresivo mayor) actual, los pacientes con dependencia a cocaína fueron los que presentaron cifras más altas, seguidos de cerca por el consumo de alcohol (gráfica 5).



Gráfica 5



Gráfica 6

En cuanto a los sujetos con antecedentes de trastorno depresivo mayor en el pasado, lo que presentaron frecuencias más altas fueron nuevamente los dependientes a cocaína y ahora las frecuencias del grupo de alcohol y mariguana fue muy similar (gráfica 6).

El grupo que presentó mayormente cuadros de distimia actuales fue el de dependencia a alcohol, seguido del de cocaína y posteriormente por el de mariguana (gráfica 7).



Gráfica 7

Del 23.3 % de los sujetos que presentaban intentos de suicidios en el pasado, el 40 % presentaban diagnóstico de dependencia a mariguana, 28.6 % dependencia a cocaína y 17.4 % a alcohol (gráfica 8).



Gráfica8

Dentro del casi 45 % de los sujetos que presentaban riesgo de suicidio en sus diferentes subtipos (leve, moderado o severo), el 57.1 % de ellos presentaba además dependencia a cocaína, seguido por 34.8 % a alcohol (gráfica 9).



10 ANALISIS DE DATOS

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas.

11 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados muestran que el nivel educativo básico en la población de adultos jóvenes consumidores de sustancias adictivas es como en estudios anteriores un factor de riesgo importante.

El trastorno depresivo mayor se encuentra frecuentemente comórbido con la dependencia a sustancias, principalmente con cocaína (en el pasado como en el presente).

Además llama la atención que el intento suicidio, se presentó en casi la mitad de la población en alguna de sus distintas modalidades, mientras que en el caso de la población con trastornos psiquiátricos en el pasado dicho riesgo solo se presentó en un cuarto de la población y ante ello es importante señalar que ni siquiera el 10% había recibido valoraciones o tratamientos psiquiátricos o psicológicos previos. Lo que sugiere que esta población rara vez busca atención profesional para la comorbilidad psiquiátrico adictológicas, lo que podría asociarse a su complicación y posterior aparición de complicaciones como los intentos de suicidio propiamente.

Estudios posteriores pudieran aportar información importante sobre las posibles asociaciones del trastorno depresivo mayor con la dependencia a cocaína, así como de las características clínicas de los cuadros depresivos en esta población. De igual manera este conocimiento podría clarificar la influencia que pudiera tener un trastorno sobre el otro, así como las relaciones bidireccionales.

Los resultados también reportan que la presencia Distimia actual en un tercio de la población estudiada se asocia a la dependencia de alcohol en primer lugar y cocaína en segundo lugar.

Ante lo señalado concluimos que es importante la psicoeducación como una acción de prevención sobre la alta comorbilidad de la dependencia a sustancias con el trastorno depresivo mayor, para así lograr concientizar sobre la necesidad de un abordaje multidisciplinario de los padecimientos adictológicos. Así como se hace indispensable definir los procesos de evaluación y diagnóstico específicos que permitan realizar abordajes terapéuticos concretos con los recursos existentes.

12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiene como finalidad la programación y desarrollo de la investigación, siendo el siguiente:

ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL			
Etapa de recopilación de la información para poder realizar el marco teórico.	■	■	■	■								
Etapa de levantamiento de datos.				■	■	■	■					
Etapa de análisis de resultados y redacción de Trabajo.						■	■	■	■	■	■	■
Revisión de Trabajo por Tutor.		■			■			■			■	■

13 REFERENCIAS

1. SÁNCHEZ, E.*; TOMÁS, V.*; CLIMENT, A.**(1999). **“Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos”**. Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Área 9. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.,** Comunidad Terapéutica “Balsa Blanca”. Enguera (Valencia). ADICCIONES, VOL.11 NÚM. 3 • PÁGS. 221/227.
2. JOSE TENORIO IGLESIAS, JUAN A MARCOS SIERRA, (2005).”**Trastornos duales: tratamiento y coordinación**”. PAPELES DEL PSICOLOGO , NUMERO 077, MADRID - ESPAÑA, PÁGS. 58-63.
3. EDUARDO J. PEDRERO PÉREZ*; ANA LÓPEZ-DURÁN** (2005). **“Autoinformes de sintomatología depresiva en drogodependientes: nivel de coincidencia del BDI, SCL-90-R y MCMI-II. ¿Depresión o malestar inespecífico?”**. *Psicólogo. C.A.D. 4. Ayuntamiento de Madrid. **Psicóloga. Dpto. Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela. ADICCIONES, VOL.17 NÚM. 3 • PÁGS. 215-230.
4. *ROLANDO MONTAÑO FRAIRE.*”**Depresión, cultura y adicciones. Etiología psicosocial de un agudo malestar característico de nuestro tiempo y su vínculo con las adicciones**”. *LiberAddictu. PP 1-13.*
5. PABLO VEGA ASTUDILLO. **“Patología Dual y riesgo de suicidio”**. Comité Científico de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) VERSIÓN WEB: [URL:http://www.psiquiatria.com/articulos/patologia_dual/46770/](http://www.psiquiatria.com/articulos/patologia_dual/46770/)
6. LICENCIADA MARIANA MARTÍNEZ HERRERA. (2008). **“Depresión y adicciones”**. CIJ, Departamento de Difusión y Ediciones. México, PP 1-3

7. MONTE FÉNIX, (2008). “ **La depresión como factor de riesgo en la adicción**”URL:http://www.montefenix.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=73

8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION .”**Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales, DSM IV**”.

9. JUNTA DE EXTREMADURA, (2007).” **Protocolo de Coordinación y atención a la Patología Dual**”. SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD, EXTREMADURA, PP 93.

14 ANEXOS