Ps
4030861

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL "CARI" DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL "CARI" DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

ARIANNE CECILIA ARGOTE PIMIENTA
EDGARDO ENRIQUE OLIVARES GUTIERREZ
LIZETH KARINA RODRÍGUEZ GONZALEZ

BARRANQUILLA
CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
UNIDAD ACADEMICA DE PSICOLOGÍA
2.002

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARCELONA
No INVENTARIO 4030861
PRECIO
FECHA 01-11-2008
CANJE
DON

DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL "CARI" DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

ARIANNE CECILIA ARGOTE PIMIENTA
EDGARDO ENRIQUE OLIVARES GUTIERREZ
LIZETH KARINA RODRÍGUEZ GONZALEZ

Informe final presentado al Comité de investigaciones

BARRANQUILLA
CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
UNIDAD ACADEMICA DE PSICOLOGÍA
2.002

NOTA DE ACEPTACIÓN

_____

Calificación (números)

_____

Letras

_____

Presidente del Jurado

_____

Jurado

_____

Jurado

Barranquilla, Octubre del 2.002

DEDICATORIA

Una de mis grandes satisfacciones en mi vida es la culminación de mi carrera profesional, y este es uno de esos pasos decisivos para la obtención de dicho título, es por eso que dedico este logro a:

Dios, por guiarme e iluminarme durante todo este tiempo.

Mi abuelita, quien con sus consejos en vida siempre me apoyo y me incentivó a seguir adelante.

Mi madre, que con su amor y respaldo incondicional me ha ayudado a lograr este éxito.

Mis compañeros de investigación, Lizeth y Edgardo, por su colaboración y respaldo.

ARIANNE.

DEDICATORIA

A toda mi familia, especialmente a mis padres
José Olivares e Isabel Gutiérrez,
Quines sabiamente comprenden el valor real
De la educación en la construcción
de mi Proyecto de Vida.

EDGARDO

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la oportunidad de estar aquí dándome fortalezas y ánimo para seguir adelante al igual gracias le doy a mi compañera de tesis y gran amiga Ary.

A mis padres, especialmente mi madre y mi hermano Dorian, quienes con su constante amor y apoyo hicieron posible el logro de esta nueva meta que significa una respuesta al ejemplo que siempre me han dado y un paso mas en la realización de mi vida.

A mis hermanos Elia, Alveiro y mi abuela Saray.

A mi asesor y guía de tesis Victor Ovalle por su paciencia y dedicación.

A una persona que comenzó a conocer unos de mis sueños dándome ánimo y valor para poder continuar, haciéndome reír y llorar con mi angustia y formando parte de mí y de mi vida. B.E.

Y por último, a esa persona superespecial, que en estos momentos no está conmigo. Que se fue sin decir nada. Pero yo sé, del lugar donde él esté; está y siempre estará orgulloso de mí. Abuelo no me vistes triunfar esta nueva meta desde la tierra. Pero sé que con mucho orgullo y mucho amor la disfrutarás desde el cielo. Te quiero mucho y siempre te llevaré en mi memoria.

LIZETH KARINA

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimientos a:

El Centro de Atención y Rehabilitación Integral "Cari", por su valiosa ayuda y colaboración al permitirnos trabajar con los pacientes diagnosticados con el trastorno afectivo bipolar.

Victor Ovalle nuestro profesor y asesor en esta investigación, por estimularnos siempre a seguir adelante en nuestro proyecto.

A todas aquellas personas que de alguna manera participación en la realización de este estudio.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA	8
4. OBJETIVOS	12
4.1 OBJETIVO GENERAL	12
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
5. MARCO TEORICO	14
5.1 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	14
5.1.1 Definición	14
5.1.2 Definición médica y psicológica	16
5.1.3 Patologías asociadas	17
5.1.3.1 Depresión	17
5.1.3.2 Manías	18
5.1.4 Características de los trastornos del estado de ánimo	20
5.1.4.1 Ocurrencias delirantes depresivas	20
5.1.4.2 Trastornos del sueño y oscilaciones diurnas	21
5.1.5 Etiopatogenia	21
5.1.5.1 Transmisión genética	24
5.1.5.2 Bioquímica	26

Página

5.1.6 Cronopatología 27

5.1.7 Trastornos del estado de ánimo 30

5.1.7.1 Episodios afectivos 30

5.1.7.2 Episodio depresivo mayor 31

5.1.7.3 Episodio maniaco 31

5.1.7.4 Episodio hipomaniaco 32

5.1.7.5 Trastorno depresivo 33

5.1.7.6 Trastornos bipolares 34

5.1.8 Tendencias al suicidio entre los depresivos endógenos 35

5.1.8.1 Suicidio y parasuicidio 36

5.1.8.2 El suicidio y los que sobreviven a los intentos 38

5.1.8.3 Causas del suicidio 38

5.1.8.4 El impacto del suicidio en los demás 40

5.1.9 Abordaje terapéutico 41

5.2 MODELO CONDUCTUAL COGNITIVO 45

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES 52

6.1 DEFINICION DE VARIABLES 52

6.2 DEFINICION OPERACIONAL 53

7. CONTROL DE VARIABLES 54

7.1 EN LOS SUJETOS 54

7.2 EN EL AMBIENTE 55

7.3 EN LOS INVESTIGADORES 55

7.4 EN LOS INSTRUMENTOS 55

7.5 VARIABLES NO CONTROLADAS 56

Página

8. METODOLOGÍA	57
8.1 PARADIGMA	57
8.2 DISEÑO	57
8.3 POBLACION	58
8.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS	58
8.5 PROCEDIMIENTO	60
9. RESULTADOS	62
10. CONCLUSIONES	84
11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXOS	96

LISTA DE TABLAS

Página

TABLA 1. RESULTADOS EN LA ESCALA GENERAL 63

TABLA 2. RESULTADOS EN LA ESCALA HIPOCONDRIASIS 63

TABLA 3. RESULTADOS EN LA ESCALA DEPRESIÓN SUICIDIA 65

TABLA 4. RESULTADOS EN LA ESCALA AGITACIÓN 67

TABLA 5. RESULTADOS EN LA ESCALA DEPRESIÓN ANSIOSA 68

TABLA 6. RESULTADOS EN LA ESCALA DEPRESIÓN BAJA ENERGIA 69

TABLA 7. RESULTADOS EN LA ESCALA CULPABILIDAD-RESENTIMIENTO 71

TABLA 8. RESULTADOS EN LA ESCALA APATÍA-RETIRADA 73

TABLA 9. RESULTADOS EN LA ESCALA PARANOIA 75

TABLA 10. RESULTADOS EN LA ESCALA DESVIACIÓN PSICOPATICA 76

TABLA 11. RESULTADOS EN LA ESCALA ESQUIZOFRENIA 77

TABLA 12. RESULTADOS EN LA ESCALA PSICASTENIA 78

TABLA 13. RESULTADOS EN LA ESCALA DESAJUSTE PSICOLÓGICO 79

TABLA 14. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN EL GENERO 80

TABLA 15. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN LA EDAD 81

TABLA 16. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO 82

LISTA DE ANEXOS

Página

ANEXO 1. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN SUBESCALAS. 97

ANEXO 2. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN SUBESCALAS. 98

ANEXO 3. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN SUBESCALAS. 99

ANEXO 4. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN SUBESCALAS. 100

ANEXO 5. RESULTADOS COMPARATIVOS GENERALES. 101

ANEXO 6. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN GENERO. 102

ANEXO 7. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN EDADES. 103

ANEXO 8. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. 104

ANEXO 9. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LOS RASGOS CLINICOS DE PERSONALIDAD (CAQ). 105

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo es un informe final de investigación que describe el perfil clínico de personalidad de las personas con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar.

El trastorno afectivo bipolar es una alteración patológica del estado de ánimo que se manifiesta comúnmente por la presencia tanto de episodios depresivos mayores (EDM) como maniacos o hipomaníacos, generalmente separados por intervalos asintomáticos. La característica fundamental es el episodio maniaco, que es lo contrario de la depresión y que se manifiesta con exaltación; la hiperactividad más leve se denomina hipomanía.

Este estudio se basó en el enfoque conductual-cognitivo, donde se tomaron autores guías como Aaron Beck, Albert Ellis, Fellenbach y Charles Ferster.

La investigación es de tipo descriptivo-comparativo, de corte cuantitativo con un paradigma Empírico-Analítico; puesto que se limitó a detallar ciertas características clínicas de personalidad en pacientes con trastorno afectivo Bipolar; con una población tanto de hombres como mujeres, con edades que oscilan entre los 18 y 47 años, de estratos socioeconómicos bajo y medio-bajo; diagnosticados por psiquiatras, en el periodo comprendido entre junio y diciembre del año 2.000 del centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI" de la ciudad de Barranquilla.

En el estudio participaron 12 sujetos con diagnósticos de trastorno Afectivo Bipolar, siendo los únicos criterios de selección la edad y el estrato socioeconómico. No se controlaron variables tales como el género, la religión, el estado civil o el tiempo de evolución de la patología.

El instrumento que se utilizó para la recolección de la información fue el cuestionario de Análisis Clínico (CAQ), el cual está diseñado para proporcionar una evaluación de doce variables clínicas de la personalidad que afectan la adaptación social e individual; y por lo tanto, su administración puede ser tanto individual como colectiva.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

El CAQ original tiene 272 elementos, 128 en la parte I (que cubre la estructura de personalidad normal y 144 en la parte II (para apreciar la depresión y los rasgos patológicos). Las 12 escalas clínicas que comprende el CAQ son: D1 Hipocondriasis, D2 Depresión suicida, D3 Agitación, D4 Depresión ansiosa, D5 Depresión baja energía, D6 Culpabilidad-Resentimiento, D7 Apatía retirada, Pa Paranoia, Pp Desviación psicopática, Sc Esquizofrenia, As Psicastenia, Ps Desajuste psicológico. Su validez se ha apoyado en las numerosas investigaciones factoriales que previamente se habían realizado con muy diferentes muestras, y también en 6 nuevas investigaciones en las que también se hizo intervenir la depresión y los rasgos patológicos.

2. JUSTIFICACIÓN.

Al proponer el término locura maniaco depresiva, Kraepelin recogía la tradición de autores de mediados del siglo XIX como el alemán Kahl Baum y los franceses Falret y Baillarger,[1] quienes prácticamente al mismo tiempo describieron formas clínicas o circulares de locura. Es decir, formas de enfermar en las que se alterarían estados de depresión y de manía (estado de gran euforia y excitación psicológica).

El término manía tiene su origen en los escritos de Hipócrates, pero a diferencia de su uso actual, el término no estaba relacionado con el estado de ánimo, sino que se utilizaba para describir pacientes con estados delirantes psicóticos, que a diferencia del denominado delirio, cursaban sin fiebre. Fue Areteo de Capadocia (siglo II d.c) y en varios siglos después de Hipócrates

[1] KRAEPELIN, FALRET Y BAILLARGER. Enfermedad maniaco depresiva. Barcelona: Herder, 1851. p. 192.

describió casos de agitación maniaca e inhibición alterante en una misma persona. Areteo atribuía esta condición a desequilibrantes humorales.

A partir del siglo XIX los franceses Falret y Baillarger empiezan a describir con mas precisión a pacientes que presentan síntomas depresivos y maniacos de forma circular. A partir de esta observación ayudó a Kraepelin decisivamente en el concepto algo impreciso de "locura maniaco depresiva".

Kahl Braum (1.957) postula que, tanto la manía como la melancolía son estados de la misma enfermedad y da el nombre de ciclotimia a una forma mas leve.

Kraepelin, basado en estos estudios y en sus observaciones personales describió la locura maniaco depresiva en 1.893 y la diferencia de la demencia praecox (hoy llamada esquizofrenia). Los maniaco depresivos se diferenciaban por su curso intermitente, por la recuperación total en los intervalos y por no mostrar la tendencia al deterioro mental, característica básica pronóstica de la esquizofrenia según este autor.

A través de observaciones cuidadosas y de los estudios familiares de sus pacientes, él propuso que aquellos que sufrían episodios de manía, depresión o de ambos padecían un solo proceso mórbido y pensó que la etiología era biológica o bioquímica.

También sugirió que alteraciones mas leves del afecto, ya que fueron cíclicas o relativamente permanentes (hoy llamadas ciclotimia y distimia), hacían parte de la misma entidad clínica.

El presente estudio representa una gran importancia social dentro del Centro de Atención y Rehabilitación Integral "Cari" de la ciudad de Barranquilla, debido a que se estudió el trastorno afectivo bipolar y se establecieron algunas características psicológicas de los pacientes entre los 18 y 47 años de edad.

Este estudio representa cierta importancia científica, cuando se toma como base varios autores como Beck, Kelly y Ferster,[2] entre otros, donde dan una explicación del trastorno afectivo bipolar.

---

[2] BECK, KELLY Y FERSTER. Explicación teórica sobre el trastorno afectivo bipolar. Barcelona: Herder, 1889. p. 145.

El estudiante de psicología podrá basarse en este estudio ya que se encuentra inmerso las principales características psicológicas de pacientes con trastorno afectivo bipolar, facilitándose así su identificación y manejo en el momento que lo estime necesario y le sirva de apoyo y/o complemento a sus conocimientos.

3. DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA.

Los antiguos Griegos ya hacían mención a un estado de locura delirante con ánimo exaltado. Soranus en el primer siglo antes de nuestra era, ya había notado la relación entre estos dos estados y la melancolía, incluso describió los episodios mixtos. Pero fue Areteo de Capadocia, el que hizo la conexión entre los dos episodios "La Melancolía" es el principio y parte de la manía, afirmaba.[3]

Kraepelin (1.899) fue el primero en agrupar todas las formas de melancolía y manía en el término de enfermedad Maniaco depresiva. Para el todas las formas tenían una base hereditaria común, se alternaban una a otra y permitían intervalos, libres de síntomas, recurrían y podían presentarse juntos en un mismo episodio. Además Kraepelin fué uno de los primeros en señalar que el stress psicológico puede precipitar los episodios iniciales de manía y que los episodios posteriores ocurren de forma espontánea.

[3] WWW. Cuidador psiquiátrico.com/material/trastorno bipolar.

Con base en los estudios realizados por los diferentes autores que han estudiado los episodios iniciales de manía y depresión; se ha podido especificar una subdivisión del trastorno Bipolar: TIPO I, pacientes con historia de manía lo suficientemente severa como para requerir hospitalización. (Muchos de estos cuadros se acompañan de síntomas psicóticos) y el TIPO II, que tiene una historia de hipomanía, además de tener una historia previa de depresión mayor que requirió hospitalización.

Ciertos rasgos de personalidad pueden predisponer al desarrollo del trastorno Afectivo Bipolar. El tipo de anomalía predominante en la depresión se caracteriza por la escrupulosidad, el sentido del deber, el perfeccionismo la falta de espontaneidad, y el afán del orden.

En la personalidad maníaco-depresiva se presenta un desequilibrio-contacto agresivo con el medio ambiente, satisfacción de necesidades mediante asimilación-equilibrio. "Durante los periodos de alborozo hay un firme optimismo y una intensificación del gusto por la vida y la actividad, mientras que los periodos de depresión están marcados por preocupación, pesimismo bajo despliegue de energía y sentimientos de inutilidad.

Una de las razones que conllevan a pensar en la importancia de abordar terapéuticamente este tipo de patologías, es el alto índice de casos de trastornos del estado de ánimo, pues en términos de prevalencia diversos estudios (Vazquez y Sanz, 1.991) han puesto en evidencia datos tales como: del total de los trastornos del estado de ánimo que se presentan, 90 % son trastornos depresivos y el restante 10 % son trastornos bipolares. La edad promedio de presentación de los trastornos depresivos es a los 35 años de edad y a los 20 años para los trastornos bipolares.

En este mismo sentido se ha encontrado que la incidencia anual de nuevos casos es de 175 casos por cada 100.000 habitantes, de los cuales hay 250 casos de mujeres por cada 100.000 habitantes, mientras que para hombres es de 175 casos por la misma cantidad de población.

Actualmente existe un gran vacío y desconocimiento casi total por parte de la sociedad de este trastorno del estado de ánimo; lo cual ha servido, de punto de partida para esta investigación; así mismo, permite comprender la realidad que viven estos pacientes y la magnitud a su problemática ya que, sus

comportamientos van a estar oscilando entre los dos extremos el de manía y el de la depresión.

Todas estas razones llevan a plantear el presente estudio orientado a indagar el perfil clínico de personalidad de estos sujetos que padecen el Trastorno Afectivo Bipolar, de allí que se haya planteado el siguiente interrogante de investigación:

¿ Cuáles son las características clínicas de personalidad, de pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, del centro de atención y rehabilitación integral "Cari" de la ciudad de Barranquilla?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características clínicas de personalidad en pacientes diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar del Centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI" de la ciudad de Barranquilla.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las siguientes características clínicas de personalidad: hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja energía, culpabilidad-resentimiento, apatía-retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico.

- Comparar el perfil clínico de personalidad teniendo en cuenta: el género, edad y nivel educativo.

5. MARCO TEORICO

5.1 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.

5.1.1. Definición. Los antiguos Griegos ya hacían mención a un estado de locura delirante con ánimo exaltado. Soranus en el primer siglo antes de nuestra era, ya había notado la relación entre estos dos estados y la melancolía, incluso describió los episodios mixtos. Pero fue Areteo de Capadocia el que hizo la conexión entre los dos episodios "La Melancolía" es el principio y parte de la manía. "algunos pacientes después de ser melancólicos tienen brotes de manía. De manera que la manía es una posible variedad del estar melancólico".[4]

Kraepelin (1.899) fue el primero en agrupar todas las formas de melancolía y manía en el término de enfermedad Maniaco depresiva. Para él, todas las formas tenían una base hereditaria común, se alternaban una a otra permitían

[4] WWW. Cuidador psiquiátrico.com. Op. Cit.

intervalos, libres de síntomas, recurrían y podían presentarse juntos en un mismo episodio. Uno de los grandes episodios de Kraepelin fué diferenciar la enfermedad maniaco depresiva de la "demencia precoz. Además Kraepelin fue uno de los primeros en señalar que el stress psicológico puede precipitar los episodios iniciales de manía y que los episodios iniciales de manía y que los episodios posteriores ocurren de forma espontánea. Breuler (1.924) se aparta de Kraepelin al plantear que la relación entre la enfermedad maniaco depresiva y la demencia precoz consistía en que hacían parte un continuo sin una línea clara de demarcación.

Adolfo Meyer creía que la psicopatología surgía de interacciones "biopsicosociales". Esta conceptualización se ve reflejada en el DSMI (1.952) con la inclusión del término "relación maniaco depresiva". En 1.957, Leonnard observó que algunos pacientes tenían historia tanto de depresión como de manía, mientras que otros solo tenían historia de depresión, posteriormente noto que los pacientes con historia de manía (aquellos a loa cuales llamo bipolares) tenían una alta incidencia de manía en sus familias cuando los comparaba con aquellos que tenían solamente historia de depresión (a los cuales llamó monopolares).

La distinción bipolar-unipolar fue formalmente incorporada en el sistema americano DSMIII en 1.980. Luego Dunner et al, en 1.976, sugieren subdirigir el trastorno bipolar; TIPO I, pacientes con historia de manía lo suficientemente severa como para requerir hospitalización (muchos de estos cuadros se acompañan de síntomas psicóticos) y TIPO II, que tienen una historia de hipomanía además de tener una historia previa de depresión mayor que requirió hospitalización. (Goodwin y jamison 1.990; Akistal 1.995).

5.1.2 Definición médica y psicológica. En la medicina esta palabra indica el estado en el que el paciente se ha separado de la realidad y se encuentra hiperactivo, puede ser tan intensa que el paciente le resulta imposible terminar lo que este haciendo antes de empezar algo nuevo, y en consecuencia, jamás consigue finalizar nada. En algunas ocasiones puede resultarle imposible permanecer quieto el tiempo suficiente para comer o beber, y nunca duerme. En los casos extremos también tiene visiones; en su forma constituye una enfermedad muy rara, pero en grado menor forma parte del estado maniaco-depresivo, en el que hay alteraciones de humor intensase intermitentes.

En cuanto a la psicología, esta se define como sucesos periódicos caracterizados por la alternativa de acceso de sobre-excitación y acceso de depresión, su causa principal radica en el mal funcionamiento del hipotálamo que regula fundamentalmente el humor. Esta psicosis parece constitucional y la frecuencia y profundidad de la crisis varia mucho los sujetos. En los intervalos entre los dos estados de excitación y de depresión, con el individuo puede llevar una vida completamente normal.[5]

5.1.3 Patologías asociadas. Entre estas se encuentran: la depresión, y las manías en todas sus manifestaciones.

5.1.3.1. Depresión. La depresión es una tendencia excesiva a encontrarme en un estado de animo bajo. El cambio de animo va acompañado de una profunda transformación de las relaciones con el mundo, de la confianza en sí mismo, de la capacidad de decidir y de la referencia al futuro. Los deberes cotidianos son vivenciados como cargas insoportables y se van extendiendo una angustia general frecuentemente, sin temas concretos.[6]

---

[5] YEPES, Luis Eduardo. Fundamentos de medicina psiquiátrica. Medellín: Quebecar, 1.998. p. 151.
[6] BATEGAY, Raymond. Diccionario de psiquiatria. Barcelona: Herder, 1.989. p. 321.

Dentro de la depresión hay también trastornos somáticos objetivamente demostrables que son:

-Baja temperatura

-Pérdida de peso

-Trastornos digestivos

-Aspecto enfermizo

-Sequedad en la boca

-La libido sexual y el apetito suele disminuir hasta desaparecer.

5.1.3.2 Manías. La manía es un estado patológico de excitación debido a un trastorno del humor caracterizado por una gran dispersión de la atención; con aceleración de todos los fenómenos intrapsíquicos, de la conducta motora y el desencadenamiento de las pulsiones instintivo-afectivas.

Los estados maniacos representan en gran medida lo contrario de los estados depresivos. La tríada maniaca esta formada por el impulso hacia la actividad, así como fugas de ideas y estado exaltado de ánimo; la manía se puede presentar como manía alegre y optimista que mueve a la sociabilidad, o manía

irritada en la que, el paciente intenta demostrar mediante constante disputa con los demás su superioridad y fuerza de capacidad para imponerse.

Puede surgir así cuadros querulantes y cuadros de agitación furiosa. La manía llama la atención por una desinhibición psicomotora unido a una abundancia de ocurrencia asociativa, fácil distractibilidad, que llega hasta la fuga de ideas, locuacidad, impulso exagerado al movimiento y la actividad; pero tampoco hay que olvidar las alteraciones cognitivas.

Los maniacos tienden a percibir en sí mismo o en los otros unicamente aquellos que les incremente la convicción acerca de su propio valor, que les confiere la confianza y la seguridad en sí mismo, hasta llegar con frecuencia una sobrevaloración desmesurada de sí mismo.

Los maniacos tienden a no dejarse comprometer por nada ni por nadie, permitiéndose infringir todas las normas de la buena educación y de los usos; y se creen con derecho a exigir mucho a los demás y a someterlos a una severa crítica. Los maniacos pueden perjudicarse mucho socialmente y pueden también

perjudicar a otro con sus decisiones irreflexivas, sus derechos, excesos en el comportamiento sexual y en la bebida y con su conducta irrefrenada.

5.1.4 Características de los trastornos del estado de ánimo. Entre estos se encuentran las ocurrencias delirantes depresivas, los trastornos del sueño y las oscilaciones diurnas.

5.1.4.1 Ocurrencias delirantes depresivas. Suelen mostrar una notable preferencia por unos pocos temas que Scneider, (1.950) relacionó con los tres temores mas primitivos del hombre:[7]

a) La angustia en torno al alma (delirio de culpa)
b) En torno al cuerpo (delirio hipocondríaco)
c) En torno a las necesidades de la vida (delirio de pobreza y de insuficiencia)

[7] SCHNEIDER, K. Ocurrencias delirantes depresivas del trastorno afectivo bipolar. Barcelona: Printer, 1.980. p. 168-170.

Es notable la especial temporalidad del delirio depresivo, donde el pasado no parece darse como autentico pasado, ni parece darse tampoco el futuro en el sentido de lo nuevo e imprevisible (krauss,1.977).[8]

5.1.4.2 Trastornos del sueño y oscilaciones diurnas. Se puede resumir como alteraciones de los ritmos vitales. A y D (1.961) encontró insomnio en el 97% de personas depresivas en las que se había excluido una segunda enfermedad. Los depresivos endógenos suelen padecer, mas que de dificultad para conciliar el sueño, de interrupciones del mismo, y es característico el despertar demasiado temprano por la mañana, acompañado a menudo de ideas angustiosas.

Según Waldmann (1.972) el 71% de los depresivos con tratamiento hospitalario presentaban oscilaciones diurnas. Casi siempre se observa una mejoría en el dinamismo y en el estado anímico durante las horas vespertinas y nocturnas;

5.1.5 Etiopatogenia. Parece haber una alteración genética ligada a un gen autosómico dominante en el brazo como del cromosoma 11 encontrada en la población Amish de Pensylvania (Egeland ET AL, 1.987), pero sin estudios posteriores que hayan replicado tal hallazgo y con un reanálisis posterior que

[8] KRAUSS, O. Ocurrencias delirantes depresivas. Barcelona: Printer, 1.977. p. 170.

mostró la desaparición de la evidencia para el linkage (Kelsoe, 1.989), también se ha encontrado alteraciones en el cromosoma xq27-xq28 según Baron (1.987) y en el centrómero del cromosoma 18 (De Paulo, 1.994).[9]

La mayoría de los autores acepta hoy en día que el trastorno afectivo bipolar es una enfermedad genética que exhibe una heterogeneidad no alélica, con diferentes genes afectados en diferentes individuos pero produciendo un trastorno clínico similar (Nathan, 1.995). La transmisión del trastorno bipolar no depende del sexo del paciente.

Es mas frecuente entre monocigotos (80% para bipolar I y 78% para bipolar II) que entre diagnóstico (20%). Las rasas de concordancia para depresión bipolar fueron del 62% para monocigotipos (v.s. 43% para depresión unipolar) y del 8% en dicigóticos (v.s. 18 para depresión unipolar) CBertelsen, 1.977). El estudio de Allen muestra igualmente que las rasas de concordancia son superiores en la depresión bipolar que en la unipolar para monocigotipos y dicigoticos, con un 72% vs. 40% y un 40% v.s 11% respectivamente (Allen, 1.976).

---

[9] Ibid. P.8.

Un 50% de los pacientes tienen antecedentes familiares de trastornos afectivo. En parientes biológicos de pacientes adoptados la tasa de trastornos bipolares es 7% y de depresión unipolar del 21% v.s 0% y 2% para los controles respectivamente (Mendlewicz y Rainer, 1.977). Esto sugiere una base genética similar para estos dos trastornos.

Pero también se ha demostrado que tanto el trastorno ciclotímico como los cicladores rápidos, están relacionados genéticamente con el trastorno bipolar, ampliando aun mas el aspecto de trastornos afectivos con una base genética común Nurnberger y Gershon (1.992).

Un niño con un padre bipolar tiene un 27% de riesgo de desarrollar un episodio maniaco, y con los dos padres afectados, un 50 a 75% de riesgo; además de un 20-40% de riesgo por presentar otro trastorno del afecto. El riesgo de padecer la enfermedad entre hermanos de enfermos es del 195 y en los hijos de pacientes con trastornos bipolar, del 22% contra un 1% de la población general (4-24% para trastorno bipolar I y 1-5% para trastorno bipolar II) . (American psychiatric Asociation, 1.994). Los casos de episodios maniacos predominantes de comienzo precoz parecen tener un superior riesgo genético,

que el porcentaje de parientes de primer grado con la enfermedad es del 20-30% si el paciente es niño, pero disminuye al 10% si es adolescente y se ubica en el 3-14% si es adulto.

El riesgo de presentar trastorno unipolar entre los parientes de primer grado del individuo con trastorno bipolar es de 11.7% , lo cual contrasta con el riesgo para depresión unipolar (menor de 1%) entre los parientes de pacientes unipolares esto, sumando al hecho que el TAB tiene un mayor riesgo de presentación familiar, ha llevado a postular que el TAB es la forma mas severa de un continuun que tiene como polo opuesto la manifestación subsindrómica de síntomas depresivos . Así el TAB y el trastorno unipolar harían parte del mismo trastorno con diferentes grados de severidad con una base genética común (Nunberger y Gershon, 1.992).

5.1.5.1 Transmisión genética. El riesgo medio de enfermedad en la población se sitúa en el 0.4-2.0%, en cambio, los pacientes próximos de personas maniaco depresivas enferman en un porcentaje superior al 1.0%; y el riesgo para los familiares de un enfermo bipolar es superior al de los parientes próximos de un depresivo monopolar. Es decisivo en la argumentación genética el hecho que

todas las investigaciones hayan encontrado un índice de concordancia para los gemelos bivitelinos (entre 2.5 y 4 veces mas elevado).

Por otra parte, dada una concordancia restante entre gemelos univitilenos indica la existencia de condiciones de manifestación no genéticas, probablemente ambientales.

Los padres biológicos de pacientes adoptados que mostraron posteriormente una enfermedad bipolar, mostraron un riesgo 2.5 veces mayor de padecer una psicosis afectiva que sus padres adoptivos (Menslewitzz y Rainer, 1.977), aun no existen estudios significativos de adopción realizada con gemelos.[10]

Diversas investigaciones que dieron como resultado un riesgo diferencial en los parientes de depresivos monopolares y bipolares (Angst y Perris, 1.968); además del mencionado estudio de adoptivos, sugieren que las formas depresivas monopolares y las bipolares con enfermedades diferentes.

[10] RAINER, L. Transmisión genética dentro del trastorno afectivo bipolar. Barcelona: Printer, 1.977. p. 126

Tampoco se sabe con precisión lo que se transmite genéticamente; si se trata de una enfermedad somática, un trastorno enzimático y/o de variantes caracterológicas patoclínicas.

5.1.5.2 Bioquímica. Junto con los hallazgos genéticos, lo relativos a la carencia de determinadas neurohormonas en ciertas zonas cerebrales funcionalmente importante constituyen los logros más importantes en las investigaciones de las causas de las enfermedades depresivas. Dicha carencia puede ser fundamentalmente consecutiva a una síntesis insuficiente de compuestos anímicos que funcionan como transmisores bien de un aumento de su desnutrición.

Parece comprobado que los fármacos antidepresivos pueden elevar las concentraciones de aminas en la hendidura sinóptica. Se ha intentado distinguir las depresiones por carencia de serótina. Pero quizás, no se trata solo de trastornos selectivos de un único sistema de neurotransmisores, si no mas bien,(por una influencia reciproca de los trastornos) de un desequilibrio entre diversos sistemas.

Desde el punto de vista, bioquímico, los trastornos bipolares se deben a un desequilibrio adrenérgico-colinérgico con disfunción del hemisferio no dominante y elevación de los niveles de noradrenalina a nivel sináptico (Janawsky, 1.972). Los niveles de MHPG en orina suelen encontrarse elevados durante un episodio maniaco, en especial cuando son desencadenados por una situación estresante, pero cuando el episodio del trastorno bipolar I es depresivo, tales niveles son más bajos incluso que los hallados en pacientes con depresión unipolar (Wilk, 1.972; Halaris, 1978; Swann, 1.983; 1.990; Schatzberg, 1.989). La disminución intraneural de sodio se postula también como otro mecanismo implicado en la aparición de los episodios maniacos, ya que conduce a un estado inestable de hiperexcitabilidad neurofisiológica Akiskal, 1.995). La concentración de la intracelular libre se encuentra se encuentra elevada en plaquetas y linfocitos de pacientes maniacos y deprimidos bipolares, lo que no es evidenciable en pacientes unipolares, controles o bipolares eutímicos (Dubousky, 1.992).

5.1.6 Cronopatología. Hay que distinguir una corriente biológica y otra fenomenológica en los estudios de crono patología. La sintomatología y el curso de los psicosis maniaco depresivos, muestran numerosas peculiaridades afásico

rítmicas, que se pueden relacionar entre sí, con parámetros fisiológicos y biológicos.

Numerosas investigaciones indican una profunda alteración de los ritmos biológicos circadianos en tales psicosis. Estos estudios se apoyan especialmente en la observación de los efectos terapéuticos de la privación del sueño o fase del sueño Rem.

A nivel fenomenológico, además de las alteraciones faciorítmicas y del vivenciar el tiempo, otros fenómenos como las desinhibición mental y motora y la especial estructura temporal de las ideas delirantes apuntan a una temporalidad alterada en la melancolía y la manía.

Cuando se presentan lesiones estructurales que llevan a síntomas maniacos, estas se ubican generalmente a nivel de la región basotemporal, estructuras paratalámicas y lóbulo frontal medial inferior (Cummings, 1.995). Estudios con PET de pacientes que desarrollaron manía después de una lesión cerebral revelan un metabolismo reducido en la porción inferior del lóbulo temporal derecho (Starkstein, 1.990). En la T.A.C. Se ha encontrado atrofia cerebelosa

Clippman (1.982); En la RM, disminución bilateral del lóbulo temporal medial (controversial), aumento de los ventrículos laterales (orango ventrículo/ cerebro aumentado). Principalmente en varones y de carácter progresivo (debido tal vez al efecto de la hipercatisolemia que conduce a la disminución de los receptores de glucocorticoides y a la muerte celular) e hiperintensidades subcorticales. En la PET se ha documentado una disminución de la actividad cerebral durante la fase depresiva a nivel de lóbulos frontales, ángulo, caudado y tálamo (Baxter, 1.985; 1.989).[11]

El compromiso de la corteza prefrontal fue recientemente evaluado con técnicas de mayor resolución como el PET con ubicación estereotoráxica. Este estudio, el metabolismo en la corteza prefontal subgenual de bipolares se observo disminuido en 16.3%. Con respecto a los controles ($p< 0.0025$).

En los pacientes maniacos el metabolismo se incrementa significativamente con respecto al grupo control ($p< 0.o5$), los bipolares deprimidos y los unipolares ($p< 0.01$). El volumen de materia gris de esta corteza también fue evaluado encontrándose una reducción del 39% con respecto a los controles ($p< 0.0002$).

[11] WWW. Cuidador psiquiátrico. Com. Op. Cit.

En estos pacientes también se han encontrado alteraciones en el eje hipotálamo- hipofiso-tiroideo, con respuestas exageradas de la TSH a la TRH (Loosen y Prange, 1.982). Por otro lado, varios autores han encontrado una alta prevalencia de hipotiroidismo en pacientes bipolares con ciclaje rápido (60% a 90%) y resistentes al tratamiento. Las concentraciones plasmáticas y en LCR de carnsol se encuentran elevadas, presentándose también una no supresión de los glucocarticoides plasmáticos después de la administración de dexametasona.

5.1.7 Trastornos del estado de ánimo. Los trastornos del estado de ánimo incluye como característica principal una alteración del humor. De los trastornos del estado de ánimo encontramos los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco y episodio hipomaniaco), trastornos depresivos (distímico) y trastornos bipolares (TIPO I, TIPO II y ciclotímico).[12]

5.1.7.1 Episodios afectivos. Encontramos dentro de este episodio afectivo, el episodio depresivo mayor, episodio maniaco y el episodio hipomaniaco.

[12] PICHOT, Pierre. Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Barcelona: Masson, 1.997.p. 323-371.

5.1.7.2 Episodio depresivo mayor. La característica esencial o principal de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de animo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

El sujeto también debe experimentar al menos otros síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos de suicidio, para indicar la existencia de una depresión mayor, un síntoma debe ser una nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

5.1.7.3 Episodio maniaco. Se define por un periodo concreto durante el cual el estado de animo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable.

Este periodo de estado de ánimo anormal debe durar al menos una semana (o menos si se requiere hospitalización).

La alteración del estado de ánimo debe ir acompañado por al menos otros 3 síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distractibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

Es característico que se de una exageración de la autoestima, que va desde la confianza en uno mismo carente de auto critica hasta una evidente grandiosidad que puede alcanzar proporciones delirantes.

5.1.7.4 Episodio hipomaniaco. Se define como un periodo delimitado durante el cual hay un estado de animo anormal y persistentemente elevado, expansivo e irritable que dura al menos 4 días. Este periodo de estado de animo anormal debe ir acompañado de al menos 3 síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de

dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distractibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

El estado de ánimo elevado en episodio hipomaniaco se describe como eufórico, extrañamente bueno, alegre o alto. Es característico que exista una exageración de la autoestima, normalmente en un nivel de confianza en si mismo carente de autocrítica, mas que el de una evidente grandiosidad. Muy a menudo hay un descenso de la necesidad de dormir, el sujeto se despierta mas temprano de lo habitual y lleno de energía.

5.1.7.5 Trastorno depresivo. Dentro de este trastorno depresivo se encuentra el trastorno distímico, que es un estado de ánimo crónicamente depresivo que esta presente la mayor parte del día en la mayoría de los días durante al menos 2 años.

Los sujetos con trastornos distímicos describen su estado de animo como triste o desanimado.

Los sujetos pueden señalar perdida de interés y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo así mismo como poco interesantes o inútiles.

5.1.7.6 Trastornos bipolares. Dentro de esta clasificación se incluye el trastorno bipolar I y II y la ciclotimia.

- TRASTORNO BIPOLAR I. Es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores. Un cambio en la polaridad se define como un curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un periodo maniaco a un episodio mixto, o en el que un episodio maniaco mixto evolucionan hasta un estado depresivo mayor.

- TRASTORNO BIPOLAR II. Es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaníacos no se tienen que confundir con los días de eutimia que pueden seguir a la remisión de un periodo depresivo mayor. Los sujetos con un trastorno bipolar II pueden que no considere patológicos los episodios hipomaníacos, a pesar de que los demás se ven afectados por su comportamiento cambiante,

con frecuencia los sujetos especialmente cuando se encuentran en pleno episodio depresivo mayor, no recuerdan los periodos de hipomanía, a no ser por mediación de los amigos o familiares.

- TRASTORNO CICLOTIMICO. Es una alteración del estado de animo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos periodos de síntomas hipomaníacos y numerosos periodos de síntomas depresivos. El diagnóstico de trastorno ciclotímico solo se establece si en periodo inicial de 2 años de síntomas ciclotímicos no se presenta ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto. Después de 2 años iniciales del trastorno ciclotímico, puede haber episodios maniacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el bipolar I. Igualmente después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico puede haber episodio depresivos mayores superpuestos al ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican el ciclotímico y el bipolar II.

5.1.8 Tendencias al suicidio entre los depresivos endógenos. La tendencia al suicidio entre los depresivos endógenos es bastante elevada. Alrededor de

un 3-10% de ellos mueren por suicidio. Es típico de la depresión, la motivación hipernomica (nomos= normas, regla, ley); en el suicidio, es decir, que el sujeto se sienta obligado a suicidarse, consigo a parientes próximos (suicidio amplio).[13]

5.1.8.1 Suicidio y parasuicidio. El suicidio y el parasuicidio (intentos de suicidio que no culminan en muerte) parecen ser básicamente distintos. Las personas que tienen éxito en suicidarse parecen haber planeado el evento con detenimiento. Arreglan todo para que no les interrumpan y utilizan medios afectivos. Por otra parte, los parasuicidas quizás actúen en forma impulsiva, se aseguran de que los rescaten y emplean un método que tarde en hacer efecto, o sea, por completo ineficaz. El propósito principal de los parasuicidas parecen ser manipular a los demás.

Las distintas culturas interpretan el suicidio en forma diferente. La mayor parte de las sociedades occidentales buscan su prevención e interfieren en su consumación siempre que sea posible.

[13] SARASON, Irving y SARASON, Bárbara. Psicología anormal. México: Prentice Hall, 1.998. p. 520.

En algunas otras culturas, como por ejemplo Japón, antiguas tradiciones lo consideran una acción honorable, quizá la única aceptable para una persona en desgracia.

Por eso el dolor y el temor de experimentar otros episodios bipolar se muestra con claridad en esta parte de la carta de suicidio que elaboro la escritora Virginia Wolf a su marido antes de que se ahogara ella misma.[14]

"Querido estoy segura de que de nuevo me estoy volviendo loca. Siento que no podemos pasar por otra de estas terribles experiencias. Y esta vez no me recuperare.. Así que hago lo que parece ser mejor.. No creo que dos personas hayan podido ser más felices, hasta que me sobrevino esta terrible enfermedad. No puedo luchar más".

Como consecuencia de este riesgo de suicidio por parte de quienes un trastorno del estado de ánimo y /o trastornos afectivo bipolar, es muy importante poder identificar a aquellos en el grupo que corren el riesgo mas alto, de modo que se les pueda tratar proteger.

---

[14] Ibid. P. 523.

5.1.8.2 El suicidio y los que sobreviven a los intentos. El suicidio fue un accidente. Entonces, el niño empieza a desconfiar del padre, duda de la realidad de lo que observo o ambas situaciones. Muy seguido los niños se sienten responsable del suicidio de uno de sus padres o piensan que debieron evitarlo.

El resultado de estas percepciones erróneas es un niño deprimido, pasivo y autodestructivo. Debido al estigma social que rodea al suicidio, con frecuencia los sobrevivientes evitan hablar con otras personas.

5.1.8.3 Causas del suicidio. Las ideas con respecto de las causas del suicidio se dividen en dos grupos principales. Aquellas que consideran la sociedad como una razón y aquellas que se centran en el individuo. En unos cuantos casos, la sociedad literalmente exige que una persona cometa suicidio. En Japón por ejemplo, el Hara-Kiri, un suicidio ritual, constituía una muerte honorable que por tradición era lo indicado para un fracaso personal grave.

Por otra parte, las teorías psicológicas tienden a hacer énfasis en el papel del individuo en la decisión de cometer suicidio.

La teoría conductal hace énfasis en la importancia del comportamiento suicida en el repertorio de comportamientos aprendidos en una persona.

Quizás también estén presentes ciertos conocimientos reforzadores: como la venganza, la reunión con una pareja fallecida o simplemente la tranquilidad. Un comportamiento suicida en el pasado o las amenazas de suicidio hace que éste sea más probable.

La teoría del aprendizaje social hace énfasis en la limitación del comportamiento, los incrementos temporales en los índices de suicidio que casi siempre ocurren después de un suicidio al que se da mucha publicidad demuestra la importancia de la irritación (Lesyna y otros, 1.990).[15]

Incluso las historias de suicidio ficticias que pasan por la televisión produce este efecto. El comportamiento suicida por parte de personas importantes en el entorno de un individuo también hace que sea más probable el suicidio.

Las personas que se comportan de manera impulsiva o que abusan del alcohol o las drogas son más propensas a cometer intentos de suicidio y/o a lograrlo con

[15] LESYNA, O. Teoría del aprendizaje social. México: Prentice Hall, 1.990. p. 426.

éxito. De acuerdo con la perspectiva cognitiva, el suicidio puede resultar de la evaluación por parte de una persona de una situación que se considera desesperada y de la muerte como una forma de deshacerse de los problemas.

Es frecuente que, las personas que intentan suicidarse son bastante rígidas en su forma de ver las situaciones y simplemente tratan de excluir los pensamientos de la conciencia. Este estado cognoscitivo ayuda a prevenir una conciencia de sí mismo y las emociones, hacen que sean aceptables las medidas drásticas como el suicidio. Para esas personas, el mundo parece estar dividido en solo dos partes el bien y el mal.

5.1.8.4 El impacto del suicidio en los demás. El suicidio es un suceso traumático para los miembros de la familia, los compañeros de trabajo y de clases que sobreviven a la persona. Cuando un grupo comete suicidio, en ocasiones pueden ser útiles la platica y la intervención en grupo. Este tipo de intervención, que se conoce como posversión, puede ayudar a los sobrevivientes a manejar su aflicción y posibles sentimientos de responsabilidad y culpa, además sirve como una forma de evitar que otras personas centren su atención

en la utilidad del suicidio como una manera de controlar las dificultades personales.

Otro tipo de programa se centra de manera mas especifica en las emociones de los sobrevivientes y en ayudarles a expresar su aflicción. Incluso en los días inmediatamente después del suicidio, se puede ayudar a los sobrevivientes mediante la oportunidad de expresar sus sentimientos, obtener seguridad e interpretar lo que sucedió.

5.1.9 Abordaje terapéutico. Dentro del abordaje terapéutico se encuentran varios procesos, los cuales son: la hospitalización, la terapia electroconvulsiva (TEC), la farmacoterapia, el tratamiento profiláctico y la psicoterapia.[16]

- Hospitalización. En el caso de manías agudas con síntomas psicóticos, la hospitalización es imperativa. El paciente bipolar durante un periodo severo de depresión, ya sea psicótico o con un alto potencial suicida también debe ser hospitalizado. La presencia de relaciones interpersonales muy hostiles o descriptivas en el ambiente natural del paciente en el episodio de presión o en la hipomanía, también hace

[16] TORO, Ricardo. Fundamentos de medicina y psiquiatría. Medellín. 1.998. p. 151.

necesario su hospitalización. Al interrumpirlas es más fácil establecer una buena relación terapéutica con el paciente y hacer más efectivo el tratamiento.

- Terapia electroconvulsiva (TEC). En la manía severa la TEC es definitivamente más efectiva que el litio. Además está indicada en casos refractarios a la farmacoterapia o en aquellos como complicaciones médicas que contraindican los psicofármacos. Es el tratamiento de elección en las depresiones psicóticas o con alto riesgo de suicidio. Está indicada en la depresión bipolar que no responde a los antidepresivos, o cuando estos están contraindicados.

- Farmacoterapia. Para el caso de los episodios maniacos la hipomanía se puede tratar exclusivamente con carbonato de litio, en dosis que varían entre 600 y 2.700 miligramos por día. Los niveles sanguíneos deben estar entre 0.8 y 1.2 meg/litro. Si es necesario se debe agregar una benzodiacepina para controlar el insomnio o clonacepan para dopar al paciente. Para el caso de los episodios maniacos el litio es la droga mas específicamente antimaníaca y puede ser suficiente en el caso de manía

moderada en forma psicótica. Se recomiendan niveles sanguíneos de 1.0 a 1.5 meg/litro. La benzodiacepina, recomendada en la hipomanía puede ser agregada cuando sea necesario. Para el caso de los episodios depresivos es de primordial importancia el tratamiento con los estabilizadores del estado de ánimo (litio, carbamazepina y ácido valproico), para minimizar la posibilidad de precipitar un episodio maniaco o producir ciclage rápido. Si el estabilizador no controla la depresión se hace necesario agregar un antidepresivo. Los menos indicados son los tricíclicos (imipramina o amitriptilina) ya que son los que mas frecuentemente precipitan manía o inducen ciclage rápido. Sin embargo, es necesario usarlo cuando el paciente no responde a los tratamientos antidepresivos.

- Tratamiento profiláctico. Uno de los avances más importantes en psicofarmacología es el descubrimiento de la acción profiláctica del litio en la enfermedad afectiva bipolar. Esta droga es útil en la prevención de los episodios maniacos y depresivos del trastorno afectivo bipolar. En la mayoria de los bipolares I y II la droga debe usarse durante toda la vida. La carbamazepina y el ácido valproico también pueden prevenir los

episodios maniacos y depresivos en aproximadamente las dos terceras partes de los casos.

- Psicoterapia. Puede ser de dos tipos: psicoeducación o comportamental. La psicoeducación es importantísima tanto para el paciente como para su familia y tiene como propósitos: ayudarles a aceptar la enfermedad, la necesidad del tratamiento profiláctico y la adherencia al régimen; enseñarles a reconocer síntomas precozmente para consultar y así con el tratamiento disminuir la severidad del episodio y evitar la hospitalización; reconocer los efectos secundarios y los síntomas de intoxicación producido por los fármacos. Cuando la terapia es de tipo comportamental es mas de tipo familiar, incluye psicoeducación y procura la disminución del estrés familiar. La terapia interpersonal usada en la depresión se enfoca hacia los conflictos interpersonales, laborales y familiares más relevantes. Se ha recomendado también para disminuir la recaída en estos trastornos.

5.2 MODELO CONDUCTUAL-COGNITIVO.

Los enfoques cognitivistas destacan generalmente la gran importancia de los procesos cognitivos en el origen de los estados emocionales y afectivos.

El modelo cognitivo de las enfermedades depresivas mas conocidos es el propuesto por A.T. Beck (1.972); este autor describe en los procesos depresivos la "tríada cognitiva", construida por una visión negativa acerca de la propia persona, del medio ambiente, del futuro y ciertas operaciones mentales características, como la sobregeneralización, la maximimización y la minimización, etc.

Beck (1.972) cree que una persona depresiva culpa a sus defectos personales de cualquier desgracia. La conciencia de estos supuestos defectos se vuelve tan intensa que oscurece por completo cualquier concepto positivo de sí mismo. Beck también considera que las personas deprimidas se comparan con otras, lo que a la larga reduce su autoestima.

Los modelos de depresión inspirados en la teoría de aprendizaje reflejan la influencia de los trabajos de Beck (1.972) y Kelly (1.955); sobre la función de los constructos personales y sobre la necesidad humana de hacer predicciones acerca del entorno y de controlar estos.

El concepto de desamparo aprendido (Seligman 1.975), inspirado en investigaciones experimentales llevados a cabo con animales, reviste una importancia para los planteamientos basados en la teoría del aprendizaje. La evolución ulterior, que busca una mayor integración de los enfoques cognitivista y las teorías del aprendizaje, ha desarrollado una serie de nociones sobre tratamientos, en la línea de la terapia de la conducta, es un esfuerzo común por potenciar el refuerzo positivo de la conducta del paciente.

Las investigaciones, sobre antecedentes de las enfermedades depresivas se han comprobado, si bien algunas contradicciones, la presencia de un cúmulo de eventos vitales negativos. No se han encontrado diferencias significativas entre depresiones psicóticas o endógenas y no psicótica o no endógena, lo cual hace cuestionable el aspecto del desencadenamiento como criterio de discriminación de estas enfermedades. Además, tales estudios no han dado una

respuesta segura a la cuestión de la especificidad de determinados eventos vitales y de su condición genética con enfermedad depresiva.

La conexión interna entre los eventos ambientales y el desencadenamiento de frases depresivas, solo se ha podido comprobar hasta ahora en casos aislados, partiendo de la personalidad especial de estos enfermos.

Fellenbach (1.974), realizó estudios de la personalidad de los depresivos monopolares en donde se caracterizaban por un especial sentido del orden y una exactitud que llega hasta la meticulosidad, por un nivel alto de exigencia productiva y por una relación simbiótica en las personas próximas.

Los enfoques conductuales del trastorno afectivo bipolar, comparten una misma base teórica en las teorías del aprendizaje, en especial en el condicionamiento operante. Ya que, la principal característica de esta enfermedad es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas.

Charles Fester, (1.965-1.973) fue uno de los principales y primeros psicólogos que estudió el fenómeno maniacodepreisvo dentro de un marco

clínico/experimental y la principal característica de este, es la reducida frecuencia de conducta reforzada positivamente que sirven para controlar el medio (por ejemplo, reducción drástica de los contactos sociales o de la actividad profesional), mientras que por el contrario, se reduce un exceso de conductas de evitación o escapa ante estímulos aversivos. Charles Fester (1965), señala las siguientes cuantías procesos que, aislados o en combinación podrían explicar la patología maniacodepresiva.

a. Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan perdidas de fuentes de refuerzo o de estímulos discriminativos importantes para el individuo.

b. Programas de refuerzo de gran vaste, que requiere grandes cambios de conducta para reducir consecuencias en el medio.

c. Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicos en las que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conducta, lo que supone a

su vez una mala adaptación al medio, y por ende, en menor número de refuerzos positivos que a su vez producirá una reducción conductual.

d. Repertorio de observación limitados que llevarían a los depresivos y maniacos a distorsionar la realidad y las conductas que son reforzadas en pocas ocasiones.

Dentro de las características de personalidad de los pacientes con trastornos afectivos bipolares se encuentran los tipos de personalidad agresiva y agresiva pasiva.

Agresiva: según el DSM III-R, en una nueva e importante dirección, detectan individuos que no son juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás, y violan sus derechos y sentimientos.

Dependiendo de las clases sociales y de otros factores moderadores se encontraría en exhibición de un estilo de carácter parecido al refuerzo competitivo de la personalidad tipo A, llamadas personalidades agresivas; son

generalmente hostiles, acentuadamente belicosas y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de su comportamiento contenciosos, abusivos y brutales. Aunque muchos recubren sus tendencias más dominadores y maléficas mediante roles y profesiones socialmente aprobadas, muestran conducta dominante, y con frecuencia persecutorias.

Agresiva/pasiva: la orientación activa-ambivalente se aproxima al trastorno de personalidad pasivo-agresiva del DSM III-R, aunque es más extenso en el número y la diversidad de características que comprende.

Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismo. Esta pugna representa una incapacidad para resolver conflictos parecidos a los del pasivo ambivalente. Estos pacientes se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entre mezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza.

Dentro de los diferentes tipos de pensamiento suicida y parasuicida en los pacientes con trastorno afectivo bipolar se encuentra el pensamiento psicótico.

Pensamiento psicótico: estos pacientes pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados e incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento sigiloso o vigilante.

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.1 DEFINICION CONCEPTUAL.

Las características clínicas de personalidad se define como el conjunto de elementos que describen y definen a un individuo en cuanto a su personalidad, entendida ésta como "nuestra naturaleza psicológica e individual. Es por lo tanto una identidad individual que tiene diversos componentes, algunos son mas centrales y definen a las personas, mientras que otros son periféricos y están sujetos a cambios".[17]

[17] DICAPRIO, Nicholas. Teorías de la personalidad. México: Mc Graw Hill, 1.995. p. 74.

6.2 DEFINICION OPERACIONAL.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
Características Clínicas de personalidad.	-Hipocondriasis.	-Preocupación por la salud.	-Bajo (0-30)
	-Depresión suicida.	-Satisfacción con la vida.	-Medio (30-70)
	-Agitación.	-Gusto por la aventura y el peligro.	-Alto (70-100)
	-Depresión ansiosa.	-Grado de perturbabilidad en momentos de emergencias.	
	-Depresión baja energía.	-Entusiasmo por las cosas que realiza.	
	-Culpabilidad-resentimiento.	-Presencia de sentimientos de culpa.	
	-Apatía-retirada.	-Actitud ante los contactos interpersonales.	
	-Paranoia.	-Presencia de sentimientos de celos y envidias.	
	-Desviación psicopática.	-Actitud ante las conductas antisociales.	
	-Esquizofrenia.	-Evaluación de la realidad.	
	-Psicastenia.	-Hábitos compulsivos e ideas repetitivas.	
	-Desajuste psicológico.	-Sentimientos de confianza e inutilidad.	

7. CONTROL DE VARIABLES.

7.1 EN LOS SUJETOS.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Diagnóstico.	Seleccionando personas diagnosticadas con trastorno afectivo bipolar por un psiquiatra calificado.	El estudio requiere de la certeza del diagnóstico para evitar confusiones.
Edad.	Seleccionando personas de 18 a 47 años de edad.	Estas son las edades predominantes en el instituto "Cari".
Estrato socioeconómico.	Seleccionando personas pertenecientes al estrato socioeconómico medio y medio-bajo.	Esta institución recibe mayoritariamente pacientes provenientes de este estrato socioeconómico.

7.2 EN EL AMBIENTE.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Forma de aplicación del instrumento.	Aplicando el instrumento de modo individual.	De esta forma se garantiza privacidad durante el proceso de aplicación de las pruebas.

7.3 EN LOS INVESTIGADORES.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Unidad de criterios.	Suministrando la información a todos por igual y en un lenguaje sencillo.	Estas personas tienen un bajo nivel cultural y educativo, por lo que se requiere utilizar un lenguaje accesible.

7.4 EN LOS INSTRUMENTOS.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Validez.	Seleccionando instrumentos válidos y confiables.	Esto aumenta el valor científico del estudio.

7.5 VARIABLES NO CONTROLADAS.

QUE?	POR QUE?
Género, religión, estado civil y evolución de la patología.	Reducían de manera significativa el tamaño de la muestra del estudio.

8. METODOLOGÍA.

8.1 PARADIGMA.

El paradigma de investigación que sustentó epistemológicamente el estudio fue el empírico-analítico, el cual se interesa por el conocimiento fundamentado en un enfoque cuantitativo, y mediante la prueba de hechos objetivos.

8.2 DISEÑO.

El diseño de investigación que metodológicamente permitió orientar el estudio es el descriptivo-comparativo, el cual es definido por Abello y Madariaga (1.986) como "el tipo de investigación que intenta describir las principales modalidades de formación, cambio o estructura de un fenómeno, como también su comparación con otros, pero sin intentar determinar relaciones causales".[18]

[18] ABELLO, Raimundo y MADARIAGA, Camilo. Estrategias de evaluación de programas sociales. Barraquilla: Uninorte, 1.986. p. 97.

8.3 POBLACION.

Los sujetos de la población de estudio estuvo conformada por la totalidad de personas (12), pacientes, hombres y mujeres de 18 a 47 años de edad, de estratos socioeconómico bajo y medio bajo, con niveles de escolaridad primario y secundario, con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, recluidas en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral "Cari" en la ciudad de Barranquilla.

8.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS.

El instrumento que permitió la recolección de la información fue el CAQ, el cual fue elaborado por Samuel Krug (1.980), es de tipo factorial y tiene grandes criterios de validez y confiabilidad, por lo que ha sido ampliamente utilizada, en especial en las áreas clínicas, y evalúa los siguientes elementos:

Escala D1: Hipocondriasis. Evalúa el grado en que la mente trabaja bien y las preocupaciones por la salud y las funciones corporales.

Escala D2: Depresión suicida. Evalúa el grado de satisfacción por la vida.

Escala D3: Agitación. Evalúa las necesidades de excitación y el grado de interés por el peligro y las situaciones de aventura.

Escala D4: Depresión ansiosa. Evalúa el comportamiento y actitud en las situaciones de emergencia y la confianza en el medio que le rodea.

Escala D5: Depresión baja energía. Evalúa el entusiasmo por el trabajo, los sentimientos de intranquilidad y las preocupaciones.

Escala D6: Culpabilidad-resentimiento. Evalúa la perturbabilidad por los sentimientos de culpabilidad y la autocrítica.

Escala D7: Apatía-retirada. Evalúa la animosidad y grado en que conceptúa las relaciones interpersonales.

Escala Pa: Paranoia. Evalúa los sentimientos de envidia y celos.

Escala Pp: Desviación psicopática. Evalúa la complacencia y aceptación por las conductas antisociales propias o ajenas.

Escala Sc: Esquizofrenia. Evalúa la presencia de conductas regresivas, la evaluación de la realidad y el control por los impulsos repentinos.

Escala As: Psicastenia. Evalúa la presencia de sentimientos o ideas inoportunas y los hábitos compulsivos.

Escala Ps: Desajuste psicológico. Evalúa los sentimientos de inferioridad e inutilidad.

8.5 PROCEDIMIENTO.

Para llevar a cabo el estudio, se determinó inicialmente la temática de interés, a partir de lo cual se delimitó el tema y se establecieron los objetivos o metas a conseguir.

Para esto se realizaron revisiones bibliográficas y consultas de diferentes docentes en el área de la psicopatología y psiquiatría, quienes orientaron a los investigadores.

Luego se delimitó la población, consultando con expertos y solicitando autorizaciones a las directivas de la institución de donde se escogerían las personas que conformarían dicha población.

Posteriormente, se escogió el diseño metodológico más apropiado para la investigación. También se seleccionaron las técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

Seguidamente se aplicaron los instrumentos y se comenzó el proceso de organización de resultados, el procesamiento estadístico de los mismo, y la posterior interpretación y comunicación en el presente informa final de investigación.

9. RESULTADOS.

A continuación se presentan los resultados encontrados en el estudio que evaluó el perfil clínico de personalidad de personas con diagnostico afectivo bipolar institucionalizados en el instituto "Cari" en la ciudad de Barranquilla.

Para el procesamiento de los resultados fué necesario la construcción de una base de datos computarizada, realizada con base en hojas de cálculo en lenguaje de sistemas excel, que permitió posteriormente clasificar los puntajes en bajos, medios y altos, en términos de porcentajes, al igual que compararlos de acuerdo a variables tales como edad, nivel educativo y género.

Dichos resultados se presentan en tablas y fueron interpretados a la luz del contexto sociocultural de la población y del marco teórico de referencia.

TABLA 1

RESULTADOS EN LA ESCALA GENERAL

ESCALAS	TOTALES	PROMEDIOS	TENDENCIA
HIPOCONDRIASIS	51	4.63	MEDIA
DEPRESIÓN SUICIDA	58	5.27	MEDIA
AGITACIÓN	77	7.00	MEDIA
DEPRESIÓN ANSIOSA	55	5.00	MEDIA
DEPRESIÓN BAJA ENERGIA	48	4.36	MEDIA
CULPABILIDAD-RESENTIMIENTO	48	4.36	MEDIA
APATÍA-RETIRADA	54	4.90	MEDIA
PARANOIA	75	6.81	MEDIA
DESVIACIÓN PSICOPATICA	70	6.36	MEDIA
ESQUIZOFRENIA	79	7.18	MEDIA
PSICASTENIA	48	4.36	MEDIA
DESAJUSTE PSICOLOGICO	52	4.72	MEDIA

En la tabla 1 se pueden observar los resultados generales en cada una de las subescala del test CAQ, donde se puede apreciar que en todas ellas los puntajes son medios, promediando cada una de los datos.

TABLA 2

RESULTADOS EN LA ESCALA HIPOCONDRIASIS

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
27.27 %	63.63 %	9.09 %

En la tabla 2 se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "hipocondriasis" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta a los temores por su salud. Sin embargo, un porcentaje significativo de estas personas se muestran en esta escala como contentos, sin temores por su salud y por sus funciones corporales. Un porcentaje muy bajo están preocupados por la salud, los desarreglos y las funciones corporales.

En términos generales estos datos están indicando que la mayoría de las personas de la muestra del estudio no son depresivas en el sentido de que le preocupen la alteración de las funciones corporales.

En este mismo sentido se puede afirmar que el autoestima exacerbado es característica de pacientes con trastorno afectivo bipolar en fases de manía e hipomanía, de esta manera es natural un puntaje medio-bajo en esta escala que evalúa temores por la salud de los pacientes, debido a que el estar con la atención activa, hipervigilantes y contentos les disminuye el riesgo de tener temores por su salud y sus funciones corporales. Esto se pudo corrobora en algunos pacientes cuando su evaluación puso de manifiesto una dualidad de

diagnóstico físico, como lo es la gastritis severa, mientras que los demás pacientes no presentaron diagnóstico médico evidente en el eje III.[19]

TABLA 3

RESULTADOS EN LA ESCALA DEPRESIÓN SUICIDA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
18.18 %	72.72 %	9.09 %

En la tabla 3 se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "depresión suicida" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta a la satisfacción por la vida. Sin embargo, un porcentaje significativo de estas personas se muestran en esta escala como satisfechos de la vida, por lo que gozan de ella. Un porcentaje muy bajo está insatisfecho de la vida, y lo acogen pensamientos autodestructivos.

En términos generales estos datos están indicando que la mayoría de las personas de la muestra del estudio no poseen sentimientos de autodestruccción.

[19] DSM IV. Op. Cit. P. 338.

El puntaje bajo-medio en esta escala es coherente con los síntomas de hipomanía como lo son: lenguaje verborreico, fuga de ideas, agitación psicomotora, entre otros. Ellos en este estado expresan lo opuesto a la conducta deficiente y una de las características de la conducta excesiva es la agitación e inquietud, así como el lenguaje acelerado y desenfrenado que se pudo observar fácilmente en la evaluación de sus signos manifiestos de conductas tanto físicos como verbales.[20]

Además de lo anterior estas personas tienen la ilusión de que todo esta bien, bajo control y por lo mismo buscan actividades placenteras. [21]

Teniendo en cuenta que el contenido de los elementos de esta escala se centran en los pensamientos de autodestrucción e ideación suicida, se puede inferir que los pacientes que puntúan medio bajo en esta escala no presentan suficiente ideación suicida y de autodestrucción como para atentar contra su propia vida.

---

[20] AMAR, José. Psicopatología. Barranquilla:
[21] DSM IV. Op. Cit. P. 37.

TABLA 4

RESULTADOS EN LA ESCALA AGITACION

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	54.54 %	45.45 %

En la tabla 4 se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "agitación" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta a la búsqueda por las situaciones que implican riesgos. Sin embargo, un porcentaje muy significativo son incansables, buscan la excitación, aceptan los riesgos e intentan lo nuevo. En ningún caso hubo personas en las que se encontraran como características el hecho de evitar situaciones de riesgo y con poca necesidad de excitación.

En términos generales, estos datos están indicando que una mayoría de las personas de la muestra del estudio presentan lo que teóricamente de ha denominado síndrome hipomaniaco, por lo que estas personas son gustosas de hacer cosas arriesgadas e intentar cosas nuevas, o que están a disgusto hasta que encuentran algo arriesgado que hacer y buscan la agitación. Teóricamente se afirma que debajo de estos deseos puede haber un anhelo de muerte

asociado a esta dimensión y que explicaría esta búsqueda inquieta de aventura y riesgo.

Una de las características del estado de hipomanía es una conducta manifiesta excesiva en lo que respecta a la parte motora; traducida en un aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora. Por lo tanto, un puntaje medio-alto en esta escala está asociada a la realización de actividades riesgosas. Además, la matriz de correlaciones entre otros tests y CAQ sugiere una conexión entre las puntuaciones de esta escala y lo que originalmente se concibió como síndrome hipomaniaco.[22]

TABLA 5

RESULTADOS EN LA ESCALA DEPRESIÓN ANSIOSA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
36.36 %	45.45 %	18.18 %

En la tabla 5 se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "depresión ansiosa" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta a estar sosegado o en estado de calma. Sin embargo, un porcentaje significativo de

[22] CAQ. Op. Cit. P. 38.

estas personas se muestran en esta escala como sosegadas, calmadas en situaciones de emergencia y muy confiadas en su entorno. Un porcentaje muy bajo se muestra tensa, perturbadas y presenta sueños molestos.

El puntaje medio-bajo en esta escala, predominando al medio, nos dice que la mayoría de los pacientes se encuentran en equilibrio en lo que a seguridad de sí mismo y tranquilidad se refiere. Sin embargo un porcentaje significativo puntúa bajo en esta escala, lo cual corrobora un estado de calma e inhibición en lo que a reacciones depresivas se refiere.[23]

TABLA 6

RESULTADOS EN LA ESCALA DEPRESIÓN BAJA ENERGIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
9.09 %	90.90 %	0.00 %

En la tabla 6 se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "depresión baja energía" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta a ser enérgicas o preocupadas. Sin embargo, un porcentaje bajo y poco significativo de estas personas se muestran en esta escala como

[23] CAQ. Op. Cit. P. 38.

estusiastas por el trabajo, presentan sueños profundos y son enérgicas. En ningún caso hubo personas con sentimientos de intranquilidad y sin energías para actuar.

En términos generales estos datos están indicando que la mayoría de las personas de la muestra del estudio son relativamente entusiastas frente a la vida, se sienten con energía para comenzar un día y duermen bien y profundamente.

El predominio de los puntajes medios-bajos significa pacientes que no se sienten agotados ni con baja energía, como tampoco con sentimientos de tristeza y mal humor. Este resultado es coherente con los puntajes de las escalas D1 y D2 debido a que las tres forman una tríada de peso en el factor secundario de la depresión, y en todas ellas las puntuaciones se alejan de estados depresivos relacionados con la hipocondriasis, la ideación suicida y la baja energía respectivamente.[24]

[24] CAQ. Op. Cit. P. 39.

TABLA 7

RESULTADOS EN LA ESCALA CULPABILIDAD-RESENTIMIENTO

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
36.36 %	54.54 %	9.09 %

En la tabla 7, se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "culpabilidad-resentimiento" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta a la autocrítica. Sin embargo, un porcentaje significativo de estas personas se muestran en esta escala sin perturbaciones por culpabilidad o turbados por el hecho de poder realizar cosas importantes. Un porcentaje muy bajo son autocríticos, se acusan de los errores y presentan sentimientos de culpabilidad.

En términos generales estos datos están indicando que la mayoría de las personas de la muestra del estudio no le perturban sentimientos de culpabilidad.

El hecho de obtener un puntaje medio hacia abajo de personas "libres de culpabilidad" refuerza su estado de tranquilidad-placer momentáneo

manifestado por síntomas como habla incesante, lo cual sugiere una atención activa y es un síntoma de bienestar siempre y cuando este no se convierta en una manifestación de displacer y de ansiedad.

En la observación clínica, se contempla un cierto estado de hipervigilia lo cual les hace captar numerosos estímulos externos, fenómenos o acontecimientos de poca importancia, sin poder captar un estado en particularidad. De hecho el paciente en este estado se observa lo suficientemente ocupado en estímulos bananales y con una reducción de la atención activa que no les permite fijar la atención sobre un estado en particular y claramente definido como seria percibir sensaciones de inutilidad o impotencia.

Esta dimensión se caracteriza por dos rasgos principales, la sensación de que la vida es bastante absurda y sin sentido como para preocuparse; en primera instancia, y como segundo rasgo la tendencia a evitar el trato con los demás. En este caso los pacientes evaluados obtienen puntajes de medio-bajos lo cual significa que son individuos que no rehuyen del contacto social y se sienten bien cuando están acompañados. De hecho durante la aplicación de pruebas, muchos de ellos recibieron visitas de familiares donde se corrobora su emoción e

interés por ser sociables, incluso; con nuestra presencia se sentían bien y disfrutaban mucho. Suelen puntuar alto en esta escala los ezquizofrénicos y los narcoadictos. Escala coherente con su tríada cognitiva (D1, D2, D3).

Los resultados en esta escala son coherentes con los dos anteriores Pp, Pa los cuales no hacen parte ya de los factores primarios de la depresión.

TABLA 8

RESULTADOS EN LA ESCALA APATÍA-RETIRADA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
27.27 %	63.63 %	9.09 %

En la tabla 8, se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "apatía-retirada" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta a sus relaciones interpersonales. Sin embargo, un porcentaje significativo de estas personas se muestran en esta escala como relajadas, consideradas y animosas con las demás personas. Un porcentaje, muy bajo evita los contactos interpersonales y no se hallan confortables con los demás.

Los resultados medio-bajos en esta escala revela ciertos contenidos del síndrome paranoico en algunos pacientes. De hecho muchas veces ellos suspendían las pruebas a veces por distractibilidad con sus compañeros y otras veces por declaraciones y comentarios de injusticia o recelo, así como también muchos de ellos presentaban una y otra vez que era lo que le estaban aplicando (instrumentos) y para que servían.

La puntuación medio-alta significativa refuerza la búsqueda de excitación, característica que comparte con D3 y con la que existe una elevada correlación, sin embargo la diferencia clave entre estas dos escalas es que Pp (desviación psicopática) tiene implicaciones patalógicas en si en lo que tiene que ver con inhibiciones respecto al peligro y dolor físico.

Lo anterior, se explica fácilmente por ellos cuando afirman contener la fuerza y energía suficientes para estar dos o tres días sin dormir. De hecho la gran mayoria de los pacientes afirmaban que les encantaban las situaciones de discusión y emergencia.

En términos generales estos datos están indicando que la mayoría de las personas de la muestra del estudio le encuentran un sentido positivo a la vida y son mucho más dados al contacto con las personas, por lo que muestran preferencia por las relaciones interpersonales.

TABLA 9

RESULTADOS EN LA ESCALA PARANOIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
9.09 %	63.63 %	27.27 %

En la tabla 9, se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "paranoia" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta a aspectos tales como la confianza, los celos y la envidia. Sin embargo, un porcentaje significativo de estas personas se muestran en esta escala con creencias de que son perseguidas, espiadas, controladas o maltratadas. Un porcentaje muy bajo no le afectan los celos o los pensamientos de envidia, y son muy confiadas.

El puntaje medio-alto se evidencia sobretodo en los síntomas observados de perdida de la memoria y dificultades para expresar sus ideas.

Nunca se observa a los pacientes con síntomas positivos de esquizofrenia, sin embargo los comportamientos incluidos en esta escala no son privativos del diagnostico de esquizofrenia sino que están también presentes en otras perturbaciones.

TABLA 10

RESULTADOS EN LA ESCALA DESVIACIÓN PSICOPATICA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
9.09 %	54.54 %	36.36 %

En la tabla 10, se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "desviación psicopática" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta a las normas sociales. Sin embargo, un porcentaje significativo de estas personas se muestran en esta escala como personas que no les molestan las criticas y aceptan comportamientos antisociales de sí y de los demás. Un porcentaje muy bajo son sensatas, y suelen evitar implicarse en asuntos ilegales o en romper las normas.

Un porcentaje muy bajo se presenta en esta escala como foco de conductas tanto motoras como ideativas de tipo obsesivo. Generalmente se dan puntuaciones altas en esta escala en el caso de neuróticos del tipo obsesivo compulsivo y en narcoadictos.

En términos generales, estos datos están indicando que la mayoría de las personas de la muestra del estudio son relativamente menos inhibida que el resto de las personas, tanto con respecto al peligro o dolor físico como a las críticas de la sociedad. Esto es lo que teóricamente se ha denominado "anestesia emocional".

TABLA 11

RESULTADOS EN LA ESCALA ESQUIZOFRENIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	54.54 %	45.45 %

En la tabla 11, se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "esquizofrenia" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta al control de sus impulsos. Sin embargo, un porcentaje muy significativo de estas personas

se muestran en esta escala con impulsos repentinos o incontrolados, por lo que se alejan de la realidad. En ningún caso evalúan con realidad a las personas y no presentan conductas regresivas.

Los resultados medio-bajos en el puntaje de esta escala refuerzan la tesis de que los sentimientos de desesperanza y minusvalía, así como de timidez y desaplomo no son persistentes en ellos, de hecho sería como indicar un tipo de conducta manifiesta deficiente, cuando la de ellos es excesiva y ansiosa al momento de la evaluación.

En términos generales estos datos están indicando que una gran mayoría de las personas de la muestra del estudio encuentran dificultades para expresar sus ideas, tienen impulsos extraños, creen que las personas no le comprenden, tienen pérdidas de la memoria, sentimientos de irrealidad y alucinaciones.

TABLA 12

RESULTADOS EN LA ESCALA PSICASTENIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
36.36 %	54.54 %	9.09 %

En la tabla 12, se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "psicastenia" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta al control de sus hábitos compulsivos. Sin embargo, un porcentaje significativo de estas personas se muestran en esta escala como personas que no les molestan las ideas inoportunas o los hábitos compulsivos. Un porcentaje muy bajo de estas personas si le molestan las ideas repetitivas insistentes y los hábitos compulsivos.

TABLA 13

RESULTADOS EN LA ESCALA DESAJUSTE PSICOLOGICO

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
36.36 %	54.54 %	9.09 %

En la tabla 13, se observa que hay mayor tendencia a puntajes medios en la escala de "desajuste psicológico" lo cual significa que la mayoría de las personas de la muestra del estudio están en un término medio en lo que respecta a la timidez. Sin embargo, un porcentaje significativo de estas personas se muestran en esta escala como aptas, confiables y agradables como

la mayoría de las personas. Un porcentaje muy bajo se consideran tímidos, pierden su aplomo y presentan sentimientos de inferioridad.

TABLA 14

RESULTADOS EN LA ESCALA GENERAL COMPARATIVA SEGÚN GENERO

ESCALAS	PROMEDIO MASCULINO	TENDENCIAS MASCULINO	PROMEDIO FEMENINO	TENDENCIA FEMENINO
HIPOCONDRIASIS	5.37	MEDIO	4.25	MEDIO
DEPRESIÓN SUICIDA	5.50	MEDIO	5.50	MEDIO
AGITACIÓN	6.87	MEDIO	7.00	MEDIO
DEPRESIÓN ANSIOSA	5.62	MEDIO	4.75	MEDIO
DEPRESIÓN BAJA ENERGIA	4.62	MEDIO	4.00	MEDIO
CULPABILIDAD-RESENTIMIENTO	5.12	MEDIO	3.50	MEDIO
APATÍA-RETIRADA	5.62	MEDIO	4.75	MEDIO
PARANOIA	6.87	MEDIO	7.25	MEDIO
DESVIACIÓN PSICOPATICA	5.75	MEDIO	7.00	MEDIO
ESQUIZOFRENIA	7.62	MEDIO	7.00	MEDIO
PSICASTENIA	4.12	MEDIO	5.50	MEDIO
DESAJUSTE PSICOLOGICO	5.50	MEDIO	4.25	MEDIO

En la tabla 14, se pueden observar los resultados al comparar las características clínicas de personalidad en relación al género, encontrándose que no hay diferencias significativas al respecto, es decir, el perfil clínico de personalidad no varía de acuerdo al género, lo cual contradice lo esperado

teóricamente, pues se consideran que en otros contextos si hay diferencias en este sentido.

TABLA 15

RESULTADOS EN LA ESCALA GENERAL COMPARATIVA SEGÚN EDAD

ESCALAS	PROMEDIO 18-32 AÑOS	TENDENCIAS 18-32 AÑOS	PROMEDIO 23-47 AÑOS	TENDENCIA 33-47 AÑOS
HIPOCONDRIASIS	5.33	MEDIO	4.66	MEDIO
DEPRESIÓN SUICIDA	5.66	MEDIO	5.33	MEDIO
AGITACIÓN	6.66	MEDIO	7.16	MEDIO
DEPRESIÓN ANSIOSA	6.16	MEDIO	4.50	MEDIO
DEPRESIÓN BAJA ENERGIA	4.66	MEDIO	4.16	MEDIO
CULPABILIDAD-RESENTIMIENTO	5.50	MEDIO	3.66	MEDIO
APATÍA-RETIRADA	5.83	MEDIO	4.83	MEDIO
PARANOIA	6.83	MEDIO	7.16	MEDIO
DESVIACIÓN PSICOPATICA	5.83	MEDIO	6.50	MEDIO
ESQUIZOFRENIA	8.16	ALTO	6.66	MEDIO
PSICASTENIA	4.33	MEDIO	4.83	MEDIO
DESAJUSTE PSICOLOGICO	6.00	MEDIO	4.16	MEDIO

En la tabla 15, se pueden observar los resultados al comparar las características clínicas de personalidad en relación a la edad, encontrándose que no hay diferencias significativas al respecto, es decir, el perfil clínico de personalidad no varía de acuerdo a la edad, lo cual contradice lo esperado teóricamente, pues se consideran que en otros contextos si hay diferencias en

este sentido. Sin embargo, en la escala esquizofrenia si hay diferencias significativas, pues las personas de menor edad puntuaron mas alto que las de mayor edad, lo que significa que tienen mayores características esquizofrénicas.

TABLA 16

RESULTADOS EN LA ESCALA GENERAL COMPARATIVA

POR NIVEL EDUCATIVO

ESCALAS	PROMEDIO PRIMARIA	TENDENCIAS PRIMARIA	PROMEDIO SECUNDARIA	TENDENCIA SECUNDARIA
HIPOCONDRIASIS	4.40	MEDIO	5.42	MEDIO
DEPRESIÓN SUICIDA	4.80	MEDIO	6.00	MEDIO
AGITACIÓN	7.40	MEDIO	6.57	MEDIO
DEPRESIÓN ANSIOSA	3.80	MEDIO	6.42	MEDIO
DEPRESIÓN BAJA ENERGIA	4.40	MEDIO	4.42	MEDIO
CULPABILIDAD-RESENTIMIENTO	4.20	MEDIO	4.85	MEDIO
APATÍA-RETIRADA	3.80	MEDIO	6.42	MEDIO
PARANOIA	5.60	MEDIO	8.00	ALTO
DESVIACIÓN PSICOPATICA	7.00	MEDIO	5.57	MEDIO
ESQUIZOFRENIA	6.20	MEDIO	8.28	ALTO
PSICASTENIA	4.60	MEDIO	4.57	MEDIO
DESAJUSTE PSICOLOGICO	4.00	MEDIO	5.85	MEDIO

En la tabla 16, se pueden observar los resultados al comparar las características clínicas de personalidad en relación al nivel educativo,

encontrándose que no hay diferencias significativas al respecto, es decir, el perfil clínico de personalidad no varía de acuerdo al nivel cultural y educativo, lo cual contradice lo esperado teóricamente, pues se consideran que en otros contextos si hay diferencias en este sentido. Sin embargo, en la escala esquizofrenia y paranoia si hay diferencias significativas, pues las personas que han cursados estudio secundarios puntuaron mas alto que las que han realizado estudios primarios, lo que significa que tienen mayores características esquizofrénicas y paranoicas.

10. CONCLUSIONES.

A continuación se presentan las conclusiones encontradas en el estudio:

Hubo coherencia en lo que respecta a la ausencia de factores depresivos, corroborado por las puntuaciones medias-bajas en las 3 de las 12 escalas básicas como lo son D1 (hipocondiasis) , D2 (depresión suicida) y D5 (depresión baja energía), las cuales conforman la triada de mayor peso para cada una de las dimensiones secundarias que evalúa el tests CAQ como lo es la depresión.

En esta triada de mayor peso para la dimensión de la depresión, el promedio fue medio, siendo el bajo el segundo en importancia, sobre todo el de hipocondriasis, seguido del de depresión suicida y por último el de depresión baja energía.

Hubo también coherencia en las escalas D3 (agitación), D4 (depresión ansiosa), D6 (culpabilidad-resentimiento) y D7 (apatía-retirada), en lo que a síntomas hipomaníacos se refiere, predominando un puntaje medio, con puntajes altos significativos, sobre todo en la escala de agitación.

Los resultados en la escalas Pa (paranoia), Pp (desviación psicopática), y Sc (esquizofrénica), fueron coherentes en lo que a síntomas de conducta inhabitual se refiere, predominando los puntajes medios en estas escalas y como segunda instancia los puntajes altos en las escalas de esquizofrenia y desviación psicopática.

En las escalas As (psicastenia) y Ps (desajuste psicológico) hubo un puntaje medio con predominancia luego de puntajes bajos, lo cual ratifica la ausencia de conductas neuróticas.

Al establecer comparación de las características clínicas de personalidad según el género, la edad y el nivel educativo, se pudo determinar que contrario a lo teóricamente esperado no hay diferencias significativas de modo general, existiendo tan solo algunas según la edad y el nivel educativo, pues las personas

mas jóvenes suelen ser mas esquizofrénicas que las mas adultas, mientras que quienes han cursado estudios secundarios son mas paranoicas y esquizoides que las que han cursado estudios primarios.

De manera general y queriendo establecer un perfil clínico de personalidad se pudo establecer que las características predominantes de las personas de la muestra del estudio son: poca presencia de síntomas depresivos, agitación, depresión suicida y depresión ansiosa, escasa tendencia suicida debido a la agitación, presencia de conducta inhabituales considerables, lo cual es coherente con el estado hipomaniaco.

En comparación con el género se concluyó que los hombres se deprimen mas, mientras que las mujeres se agitan mas y son a la vez mas obsesivas y paranoicas.

En lo que respecta a la comparación por edades encontramos que los pacientes mas jóvenes son mas depresivos, aislados y evitativos y con estado de hipomania, por lo que se alejan mas de la realidad y los de mayor edad se agitan mas y son mas paranoicos y poseen impulsos antisociales.

En lo que a la comparación por nivel educativo se refiere las personas que han terminado la secundaria tienen rasgos mas patológicos, específicamente en las dimensiones secundarias tales como depresión y psicosis, y en las áreas de autocrítica, culpabilidad, resentimiento y apatía-retirada, mientras que las personas que solo han terminado primaria se agitan mas y son mas antisociales y con tendencias psicopáticas.

11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con base en los resultados encontrados, y a partir de las experiencias y vivencias encontradas en el contexto de interacción con las personas que conformaron la muestra del estudio, teniendo además en cuenta las problemáticas y dificultades encontradas a lo largo del estudio, y fundamentado en el marco teórico de referencia los investigadores plantean las siguientes recomendaciones:

Para la Universidad Simón Bolívar:

- Poner al servicio del "Cari" un equipo interdisciplinario, que bien pudieran ser estudiantes en prácticas profesionales, para que realicen un trabajo que permita un seguimiento y acompañamiento a los pacientes en su proceso de recuperación. Esto debido a que se pudo verificar que en

esta institución es poco el trabajo que se realiza con las familias de los pacientes, lo cual se considera necesario para su mejoría.

- Diseñar programas de capacitación en el área laboral puestos al servicio del "Cari", de tal forma que los pacientes desarrollen y exploten su potencial. Esto debido a que se pudo determinar que estas personas conocen artes y oficios, pero por el hecho de estar institucionalizados no hacen uso de este talento, lo cual desde el punto de vista ocupacional sería de gran ayuda para la rehabilitación de estas personas.

- Realizar un acompañamiento a los estudiantes en cuanto a las asesorías se refieren, puesto que hay muchos vacíos conceptuales y metodológicos al momento de realizar las investigaciones, situación que es viable solucionar si se tiene en cuenta que el programa de psicología cuenta con una planta docente idónea para brindar esta orientación.

Para la institución "Cari":

- Involucrar a las familias de los pacientes, pues se pudo observar poca participación de éstas en el proceso de recuperación, lo cual es vital, pues hubo manifestaciones de estos pacientes en el sentido que se sienten solos y que no reciben visitas.

- Realizar programas de acompañamiento y seguimiento a los pacientes, pues se pudo determinar que en esta institución una vez los pacientes son dados de alta, no se realizan visitas domiciliarias para observar todo el proceso de recuperación.

- Conformar un equipo interdisciplinario, que realice no solo el abordaje terapéutico a los pacientes, sino que también diseñe investigaciones que permitan la obtención de un conocimiento mucho mas profundo de la realidad de cada uno de los pacientes que allí se encuentran, así como también realice seguimiento al proceso de rehabilitación y acompañamiento con las familias, además de diseñar programas de

capacitación de tipo ocupacional, para aprovechar el potencial laboral de los pacientes y reeducarlos para su futura vida laboral.

Para futuros investigadores:

- Diseñar investigaciones donde la población de estudio siga siendo las personas con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, pero mediante la utilización de otras estrategias epistemológicas y metodológicas como lo son: otros paradigmas como el hermenéutico, que permita una comprensión mas profunda de la verdadera realidad y cotidianeidad de estas personas; otros enfoque diferentes como el sistémico, que además de estudiar al paciente lo analice en su contexto familiar; otras modelos, como el cualitativo que utilice instrumentos que proporcionen mayor información.

- Diseñar investigaciones donde la unidad de análisis no sean solo los pacientes, sino también las familias, de allí que se proponga evaluar el clima social familiar tomando como instrumento el FES. Esto como

consecuencia de observar que las familias poco se comprometen con el proceso de recuperación de estos pacientes.

- Diseñar investigaciones comparativas, donde se indaguen sobre los perfiles clínicos de personalidad según el la fase o tiempo de evolución de la patología, pues se cree que esto juega un papel importante no solo en la comprensión del fenómeno, sino además en el proceso de recuperación.

- Realizar un estudio donde no solo se evalúe a los pacientes con diagnóstico de trastornos afectivo bipolar, sino comparándolo con la posibilidad de tener pacientes duales, es decir, donde presenten un diagnóstico diferente para paralelo, como por ejemplo, los esquizofrénicos, los paranoicos y los adictos a sustancias psicoactivas.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLO, Raimundo y MADARIAGA, Camilo. Estrategias de evaluación de programas sociales. Barranquilla: Uninorte, 1.987.

AMAR, José. Psicopatología. Barranquilla: Efemérides, 1.990

AYUSO, José. Manual de psiquiatría. México: Mc Graw Hill, 1995.

BATEGAY, Raymond. Diccionario de psiquiatría. España: Herder, 1989.

BOURGEOIS, M.L. trastornos bipolares del estado de ánimo. Barcelona: Masson, 1997.

DICAPRIO, Nicholas. Teorías de la personalidad. México: Mc Graw Hill, 1.987.

KRAUSS, O. Ocurrencias delirantes depresivas del trastorno afectivo bipolar. Barcelona: Printer, 1.977.

LECYNA, O. Teoría del aprendizaje social. México: Prentice Hall, 1.990.

PAXTON, Paul. Medicina y salud. Santafé de Bogotá: Círculo de lectores, 1997.

PICHOT, Pierre. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson, 1997.

RAINER, L. Trasmisión genética dentro del trastornos afectivo bipolar. Barcelona: Printer, 1.977.

SARASON, Irwing y SARASON, Bárbara. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: Prentice Hall, 1998.

SCHNEIDER, K. Ocurrencias delirantes depresivas del trastorno afectivo bipolar. Barcelona: Printer, 1.980.

TABORDA, Luis Carlos. Principios de semiología psiquiátrica. Bogota: Pinel, 1991.

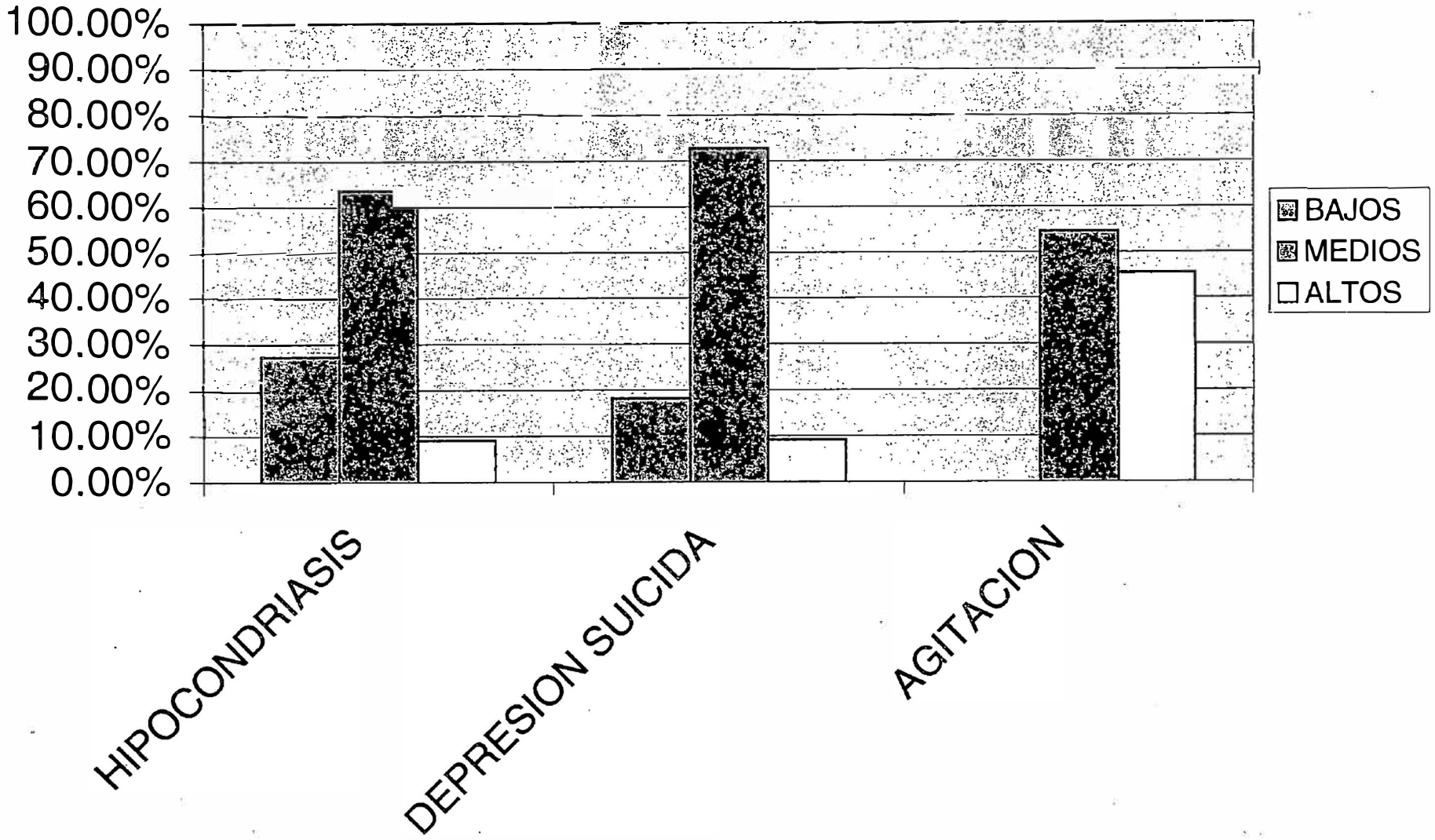
TORO, Ricardo. Fundamentos de medicina y psiquiatría. Medellín: Coordinación para investigaciones biológicas, 1998.

VALLEJO, Julio. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Bogotá: Salvat, 1991.

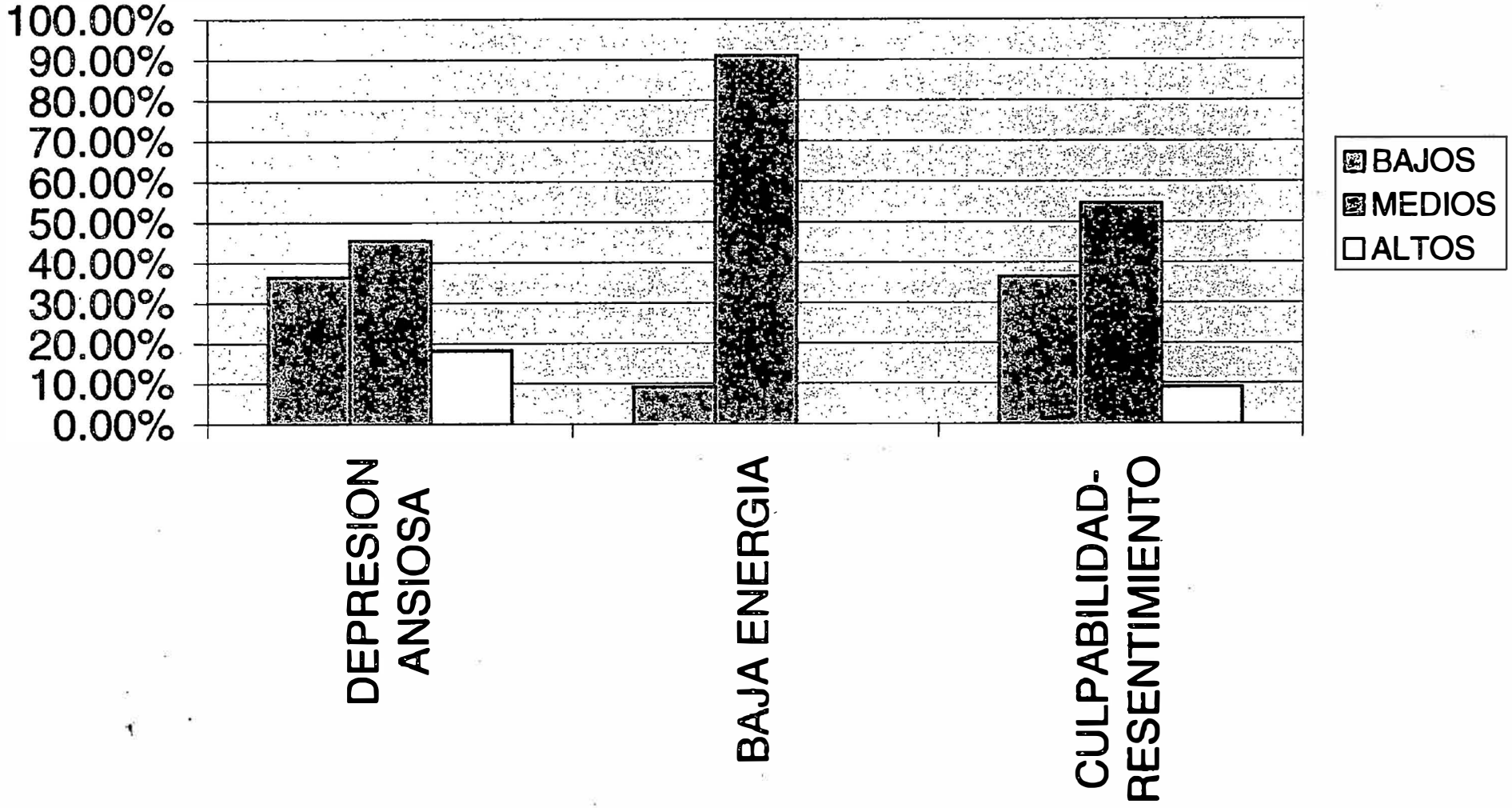
YEPES, Luis Eduardo. Fundamentos de medicina psiquiátrica. Medellín: Quebecer, 1.998.

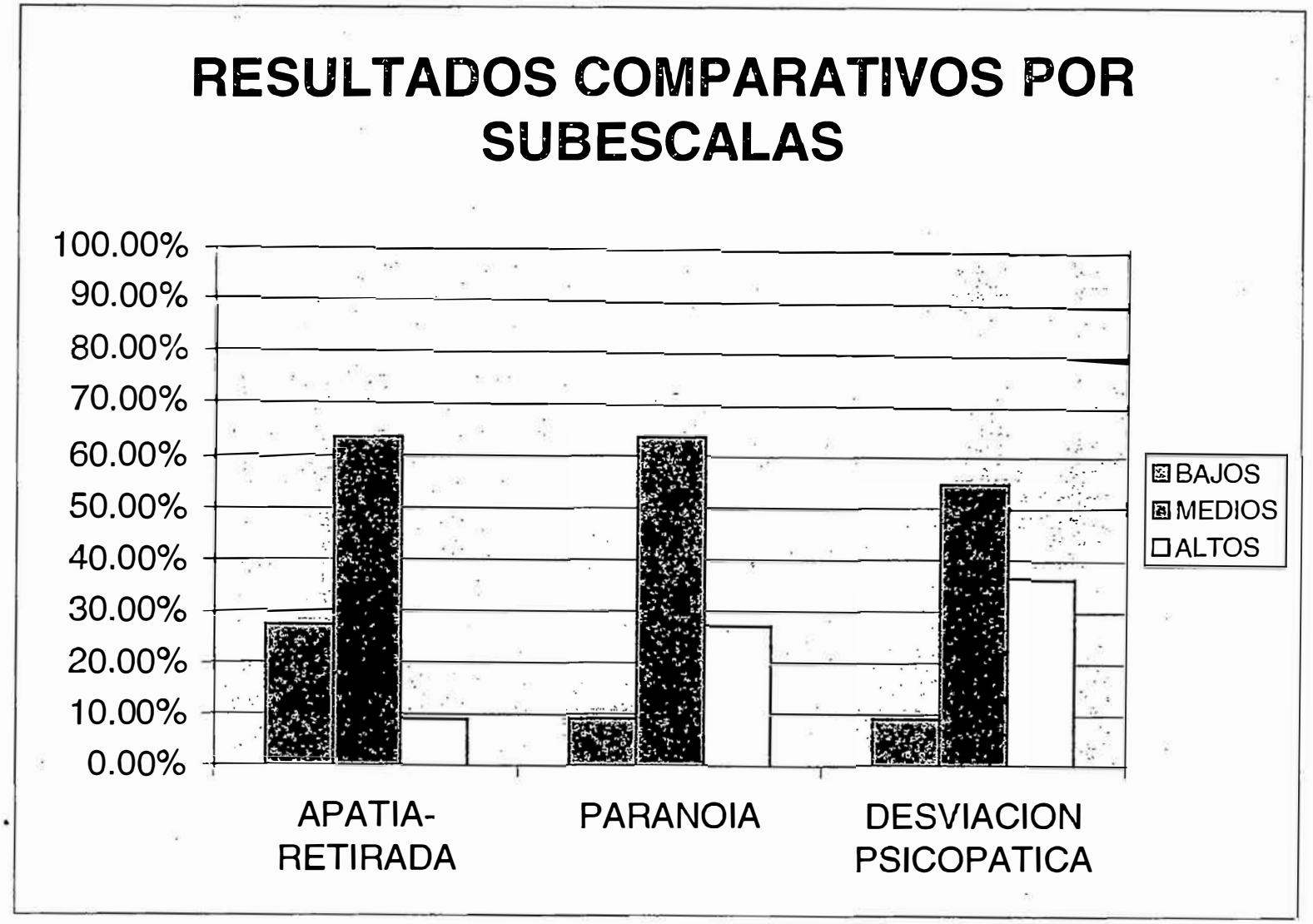
ANEXOS

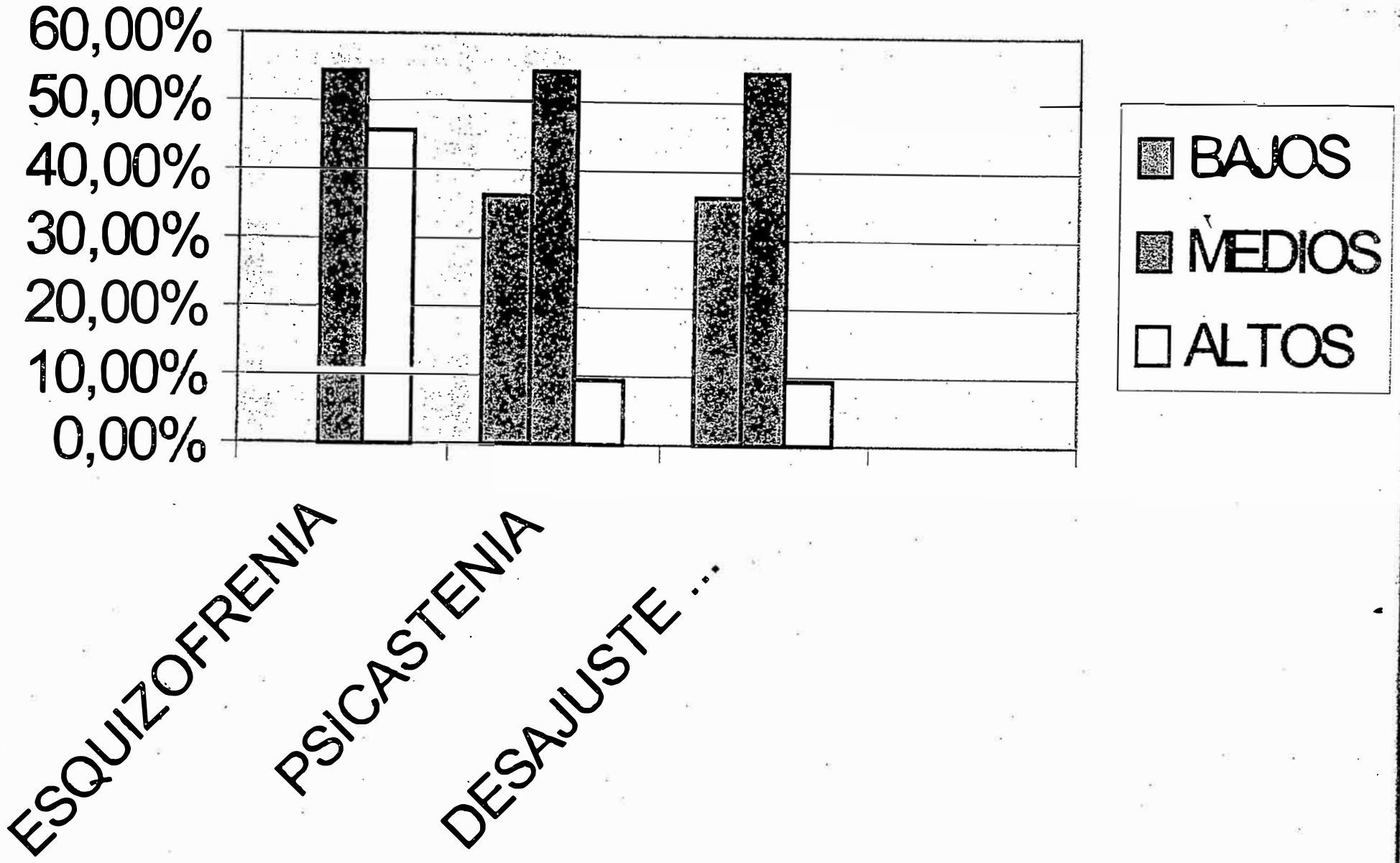
RESULTADOS COMPARATIVOS POR SUBESCALAS



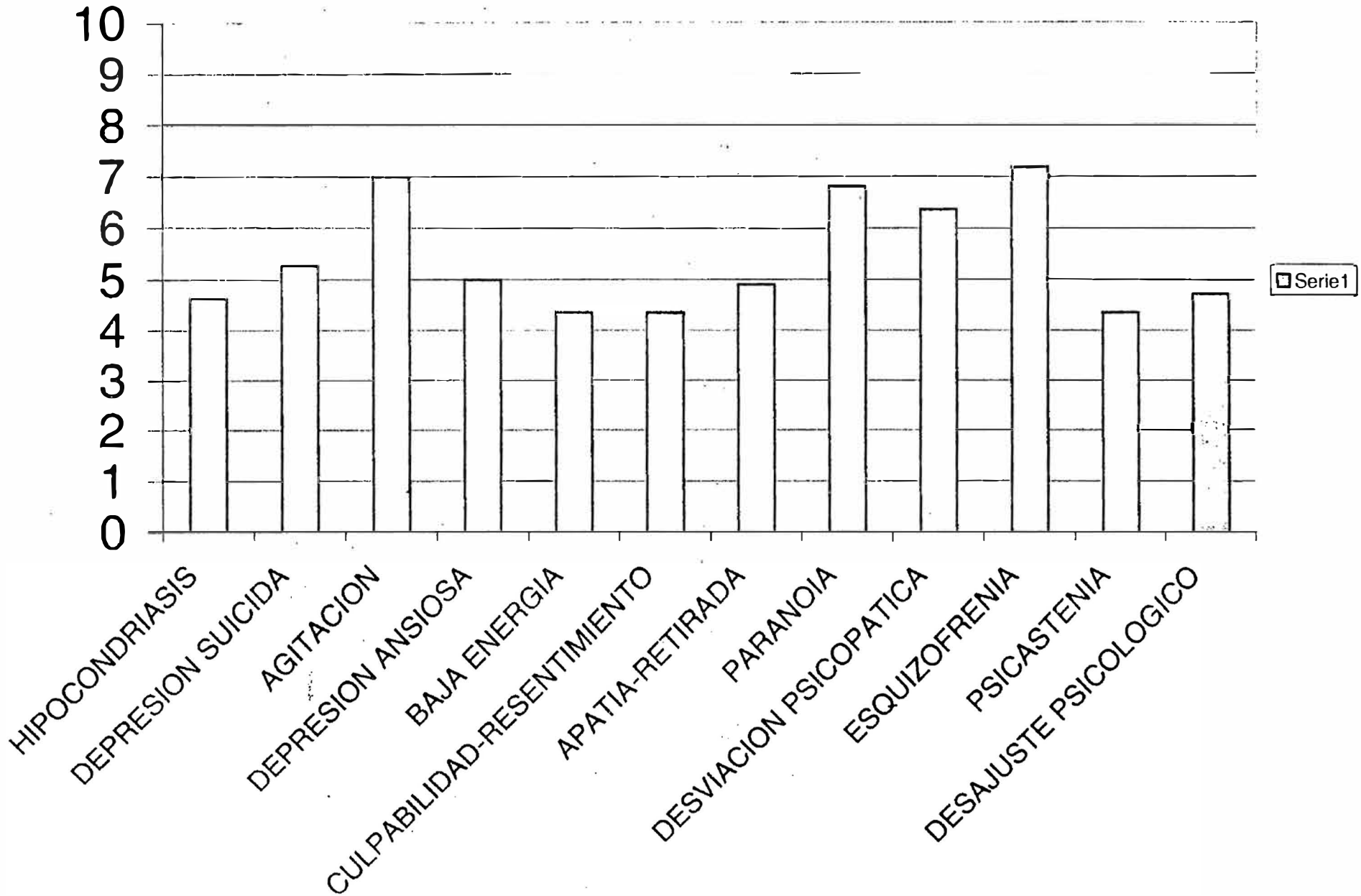
RESULTADOS COMPARATIVOS POR SUBESCALAS



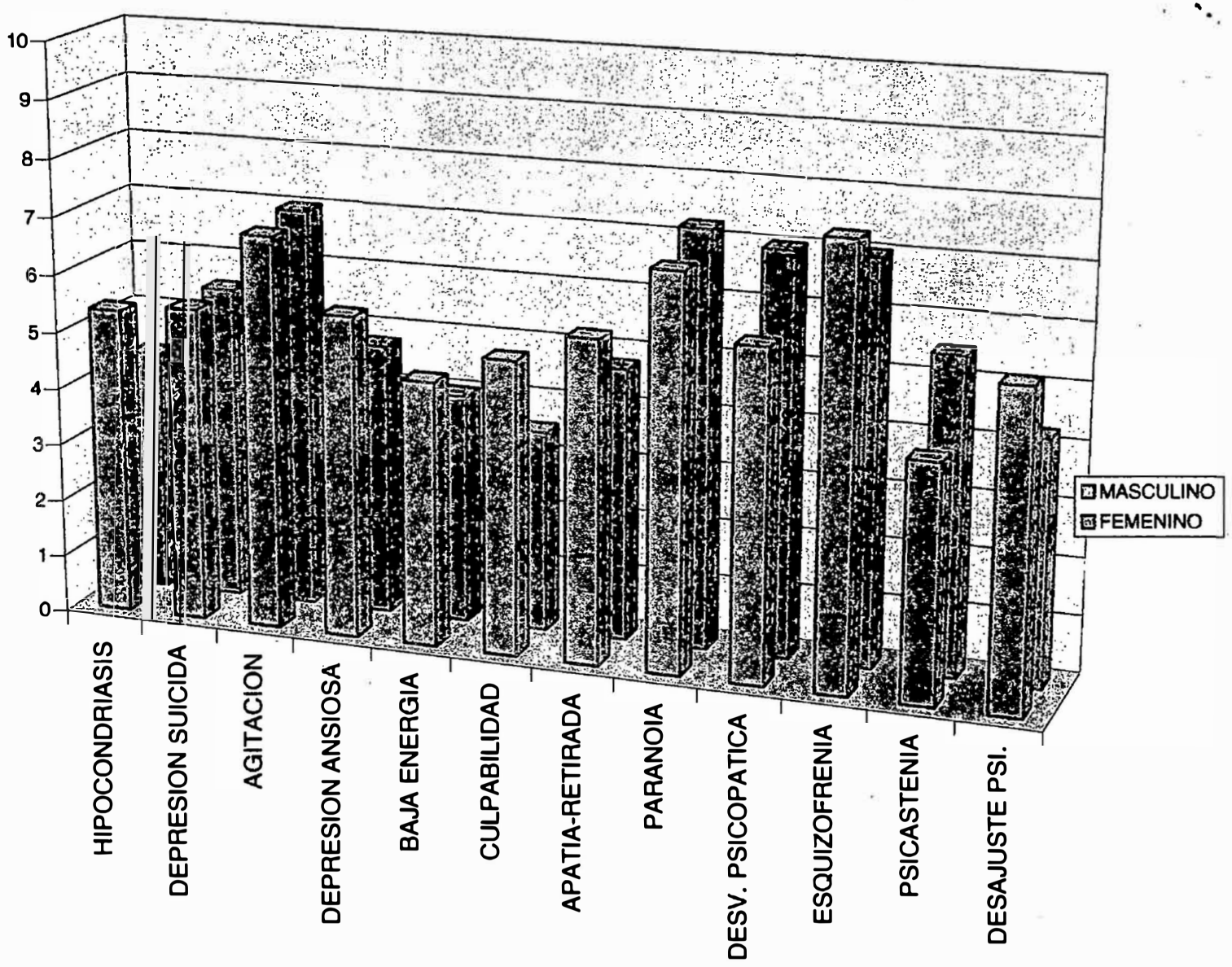

RESULTADOS COMPARATIVOS POR SUBESCALAS
100.00%
90.00%
80.00%
70.00%
60.00%
50.00%
40.00%
30.00%
20.00%
10.00%
0.00%
APATIA-RETIRADA
PARANOIA
DESVIACION PSICOPATICA
BAJOS
MEDIOS
ALTOS


60,00%
50,00%
40,00%
30,00%
20,00%
10,00%
0,00%
ESQUIZOFRENIA
PSICASTENIA
DESAJUSTE ...
BAJOS
MEDIOS
ALTOS

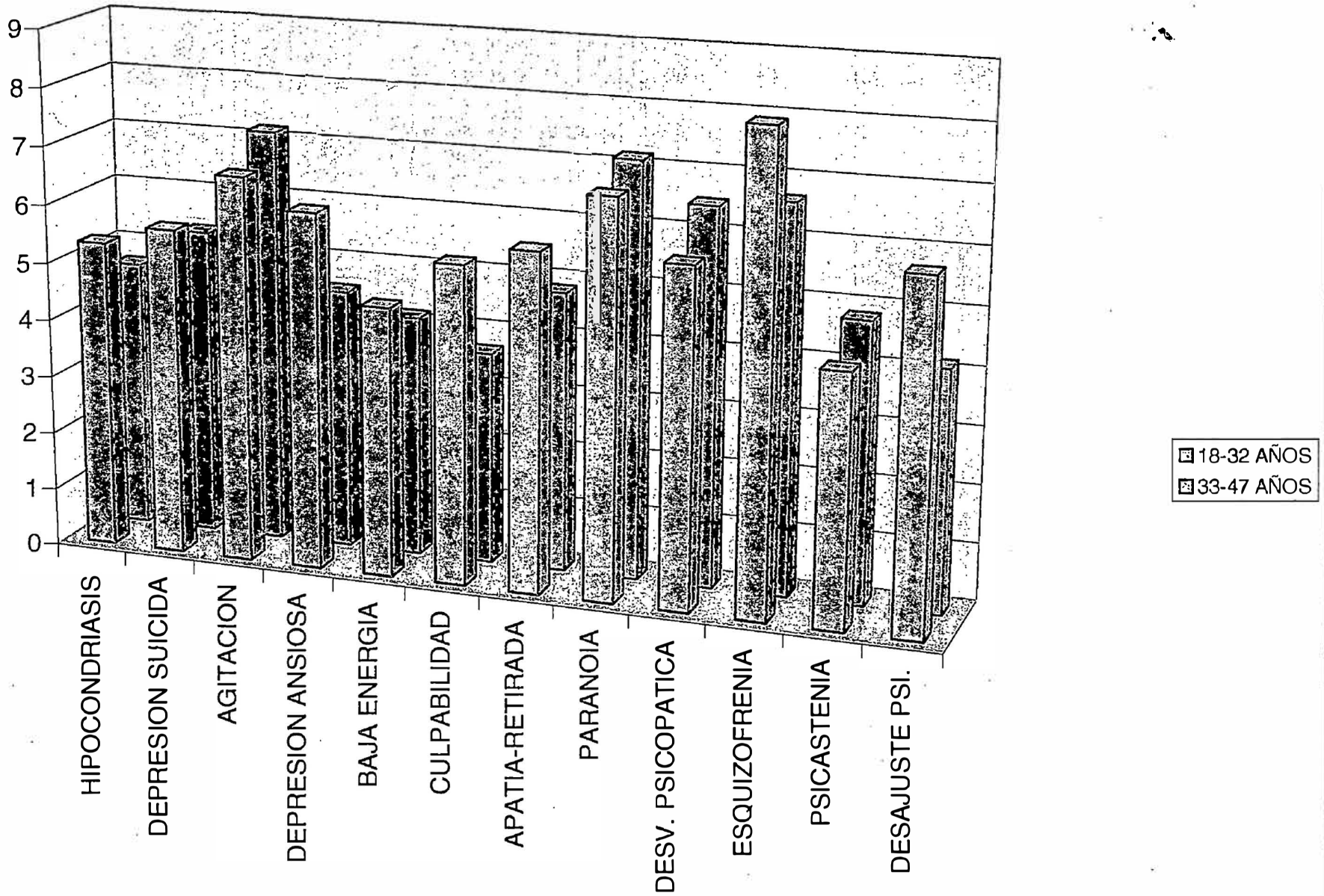
RESULTADOS GENERALES CAQ



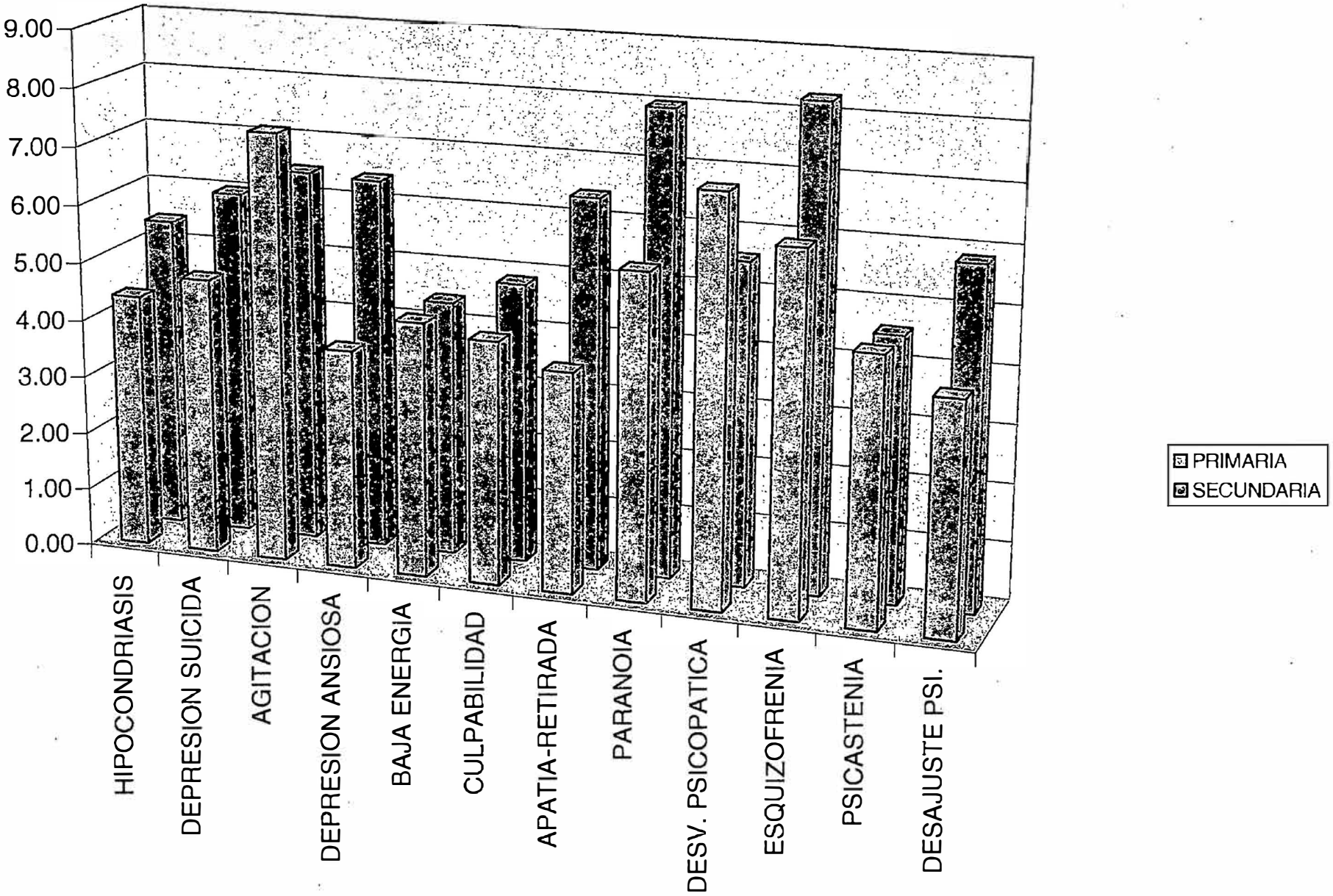
RESULTADOS COMPARATIVOS POR GENERO



RESULTADOS COMPARATIVOS POR EDAD



RESULTADOS COMPARATIVOS POR NIVEL EDUCATIVO



610 I27 v 10
p 40/41

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de cuestiones que permitirán conocer sus actitudes e intereses. No hay respuestas correctas o incorrectas (cada persona tiene un modo de ser distinto). Por tanto, conteste con sinceridad.

Después de escribir sus datos personales en la parte superior de la **Hoja de respuestas**, anote todas sus contestaciones en la misma. Como verá, cada cuestión tiene en este **Cuadernillo** tres posibles respuestas **(A, B, C)**, que también están en la Hoja. Lea atentamente cada cuestión y las tres posibles respuestas; así le será más fácil decidirse.

Ahora, conteste a los ejemplos de práctica que vienen aquí, y para dar sus respuestas marque en la Hoja el espacio que hay debajo de la letra correspondiente. Si tiene dudas pregunte ahora al examinador.

EJEMPLOS

1. Me gusta presenciar una competición deportiva:

   A. Sí **B. A veces** **C. No**

2. Prefiero las personas:

   A. Reservadas **B. Término medio** **C. Que hacen amigos con facilidad**

3. El dinero no hace la felicidad:

   A. Cierto **B. A medias** **C. Falso**

4. He comprendido las instrucciones:

   A. Sí **B. A medias** **C. No**

Al contestar, tenga en cuenta lo siguiente:

— No piense demasiado las frases, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle más detalles. Debe contestar lo que es habitual en usted. Generalmente, se contestan 5/6 cuestiones por minuto, y se tarda unos tres cuartos de hora en completar toda la prueba.

— Evite señalar muchas veces la respuesta «intermedia» (B). Si puede, decídase por uno de los extremos **(A, C)**.

— Procure no dejar ninguna cuestión sin contestar. Es posible que alguna no tenga mucho que ver con usted; intente elegir la respuesta que se acerque más a su manera de ser. Si alguna cuestión le parece muy personal, no se preocupe; recuerde que las Hojas se guardan como documentos confidenciales, y no pueden ser valoradas sin una plantilla especial. Además, al obtener los resultados no se consideran las marcas una a una, sino globalmente.

— Conteste sinceramente; es lo mejor. No lo haga pensando en «lo que es bueno» o «lo que interesa» para impresionar al examinador.

ESPERE, NO PASE A LA PAGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LO INDIQUEN

1. En la actualidad mi mente trabaja muy bien y con rapidez:

A. Sí, casi siempre **B. Algunas veces** **C. Casi nunca**

2. Me siento a gusto y contento:

A. Casi siempre **B. Algunas veces** **C. Casi nunca**

3. Jamás me siento tan molesto o aburrido que tenga necesidad de destruir todo lo que me rodea:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso, me ocurre a menudo**

4. Las cosas me salen bien porque soy una persona echada para adelante:

A. Cierto **B. A medias** **C. Falso**

5. Los ruidos me despiertan hasta del sueño más profundo:

A. Sí, a menudo **B. A veces** **C. No, casi nunca**

6. Creo que soy una persona torpe y desmañada al manejar objetos:

A. Siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

7. Suelo tener bastantes ganas de hacer cosas:

A. Casi siempre **B. Algunas veces** **C. Casi nunca**

8. Me siento solo y desgraciado:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

9. Los sentimientos de culpabilidad:

A. No me molestan **B. A medias** **C. Me perturban**

10. Me resulta fácil estar cariñoso, alegre y a gusto con los niños pequeños de los demás:

A. Casi siempre **B. Algunas veces** **C. Casi nunca**

11. Critico las creencias habituales de la gente sin importarme lo que piensen de mí:

A. Sí **B. Término medio** **C. No**

12. Casi nadie dice la verdad ni confía en lo que cuentan los demás:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

13. Personalmente siento que la gente:

A. Se porta bien conmigo **B. Término medio** **C. Ha sido bastante injusta conmigo**

14. Cuando me quedo desanimado me cuesta recuperarme:

A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

15. Tengo la sensación de que caigo realmente bien a la mayoría de la gente que me conoce:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

16. A veces tengo que hablar muy despacio, como si estuviera esperando que las palabras me vengan a la lengua:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

17. Es raro que compruebe una y otra vez si he hecho correctamente una cosa:

A. Cierto B. A medias C. Falso, lo hago para asegurarme

18. Algunas ideas o palabras sin importancia me pasan por la cabeza y me están rondando una y otra vez durante días:

A. Sí, a menudo B. Alguna vez C. No, muy raramente

19. Mis emociones son tan poco lógicas que soy incapaz de controlarlas:

A. A menudo me pasa eso B. A veces C. Nunca me pasa

20. A veces siento que mis nervios están a punto de estallar:

A. Cierto B. Término medio C Falso

21. No puedo llevar al día mis tareas porque no me siento bien:

A. Me pasa eso muchas veces B. A veces C. Casi nunca

22. Ultimamente veo todo muy negro:

A. Falso B. A medias C. Cierto

23. Cuando veo una persona atrevida que se arriesga por tonterías, aunque le salgan bien:

A. No me conmuevo B. Término medio C. Me conmuevo

24. Me gustaría hacer cosas arriesgadas, como las de un piloto de carreras o de aviación:

A. Sí, mucho B. A veces C. No, nada

25. Odio la idea de tener que ir a un hospital si caigo enfermo:

A. Cierto B. No mucho C. Falso, me hago a la idea

26. Me siento triste y de mal humor:

A. Casi nunca B. A veces C. A menudo

27. Al despertarme por las mañanas, me siento sin energías para comenzar el día:

A. Cierto B. A medias C. Nunca

28. Suelo estar tan tenso y agitado que me tiemblan las manos:

A. No, casi nunca B. Término medio C. Sí, a menudo

29. Me encuentro a gusto cuando estoy solo, sin los demás:

A. Cierto B. Término medio C. Falso

30. Sé muy bien que cosas valiosas quiero hacer en esta vida:

A. Cierto B. A medias C. Falso, no lo sé

31. Siempre hay gente poniendo reglas para fastidiarme y dejarme sin libertad:

A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso

32. Cuando la gente me gasta bromas y dice que soy un tipo «curioso»:

A. No me importa B. No estoy seguro C. Me molesta

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

33. Comparado con los demás, tengo menos fuerza y energía para estar dos o tres días sin dormir:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso, me sobran energías**

34. Me llegan a cansar tanto las personas que me están molestando, que ni me preocupo de contestarles:

A. A menudo **B. Algunas veces** **C. Casi nunca**

35. A veces me han tratado mal algunos familiares o personas que creía amigos:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

36. Cuando estoy de viaje o vacaciones compruebo frecuentemente cuánto dinero me queda:

A. Falso **B. A medias** **C. Sí, lo cuento a menudo**

37. Cuando estoy en un lugar de silencio o de reposo, temo que me entren ganas de gritar:

A. A menudo **B. A veces** **C. Nunca**

38. Suelo ver el «lado alegre de la vida» y sacarle gusto a lo que hago:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

39. Cada pocos días tengo el vientre molesto o hinchado:

A. Cierto **B. Término medio** **C. No me pasa eso**

40. Me siento débil y enfermo:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

41. Cosas que realmente me merezcan la pena en esta vida:

A. Hay muy pocas **B. Término medio** **C. Hay muchas**

42. Cuando veo una injusticia, suelo pensar:

A. ¡No hay derecho! **B. Término medio** **C. Bueno, ¡la vida es así!**

43. En el colegio evitaba tareas en las que debía llevar la voz cantante o hacerme cargo de cosas nuevas:

A. Sí **B. A veces** **C. No**

44. Si algo me trastorna, mis músculos se tensan y están a punto de estallar:

A. Sí **B. A veces** **C. No**

45. Hay muy pocos momentos en que mi vida me parece vacía y solitaria:

A. Sí **B. A medias** **C. No, me ocurre a menudo**

46. Casi nunca tengo esos momentos en que, sin ton ni son, el ánimo y el humor se vienen abajo:

A. Cierto, no me pasa eso **B. Término medio** **C. Falso, tengo esos momentos**

47. Pensando en las cosas que debiera haber hecho:

A. A veces no puedo dormir **B. Término medio** **C. Puedo dormir tan tranquilo**

48. Me siento demasiado decaído e inútil como para querer hablar con la gente:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

49. Tengo un estómago delicado, y fácilmente tengo trastornos digestivos:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

50. Ante reglas y normas que me obliguen a algo:

A. Las acepto sin molestarme **B. Término medio** **C. Me rebelo y afirmo mis derechos**

51. Puedo soportar el dolor y las incomodidades:

A. Menos que los demás **B. No estoy seguro** **C. Tanto o más que los demás**

52. Las críticas hieren fácilmente mis sentimientos y pueden conmigo:

A. Cierto **B. A veces** **C. Falso, nunca**

53. La mayoría de las personas son amables y están dispuestas a ayudarte:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

54. Creo que la gente me evita por motivos que desconozco:

A. Falso **B. Término medio** **C. Cierto**

55. Me preocupo una y otra vez por cosas sin importancia si no están bien hechas:

A. A menudo **B. A veces** **C. No, nunca**

56. Tengo dudas de haberle sido útil a alguien en esta vida:

A. A menudo **B. A veces** **C. Estoy seguro de haber sido útil**

57. Tengo muchas y muy buenas cualidades que los demás aprecian y reconocen

A. Sí **B. Término medio** **C. No, tengo muy pocas**

58. Casi nunca me siento mal o indispuesto:

A. Cierto, no me pasa **B. Término medio** **C. Falso, me ocurre a menudo**

59. Cuando oigo hablar de una enfermedad empiezo a pensar que tengo algo parecido:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

60. Me encuentro a gusto conmigo mismo y con lo que me rodea:

A. Cierto **B. A medias** **C. Falso, estoy harto de todo**

61. Me preocupan y pienso mucho las cosas que puedan salir mal:

A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

62. Me siento aburrido por la rutina, y me gusta intentar cosas nuevas:

A. Cierto, a menudo **B. Término medio** **C. Falso, no me pasa eso**

63. Lo que pienso sobre lo que hacen los demás, sea bueno o malo:

A. Pocas veces lo digo **B. Término medio** **C. Lo digo abiertamente**

64. Es raro que esté tan tenso que necesite un gran esfuerzo para hacer frente a algo:

A. Cierto, casi nunca me ocurre **B. No estoy seguro** **C. Falso, me pasa eso**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

65. Casi siempre me levanto cansado y necesitaría dormir más:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

66. Suelo pensar que he fracasado en mis tareas:

A. No, casi nunca **B. Término medio** **C. Sí, y me siento culpable**

67. Pienso que la vida es tan absurda y sin sentido, que no merece la pena decirle a los demás cómo me siento:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

68. Me resulta fácil hablar con la gente de cosas sin importancia pero alegres:

A. Siempre **B. A veces** **C. Nunca**

69. La gente elige sus amistades:

A. Por los beneficios que le den **B. Término medio** **C. Por verdadera amistad**

70. La gente que no tiene demasiadas «agallas» para cuidarse por sí misma debería, sin más, ser atendida por otros:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

71 Soy más feliz cuando sigo mi camino, sin prestar atención a lo que dice la gente:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

72. No tengo momentos en los que me cueste recordar dónde estoy o el nombre de mis amigos:

A. Cierto, no tengo esos olvidos **B. Término medio** **C. Falso, me ocurre a menudo**

73. Los demás me dejan en paz en cosas que no quiero hacer:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso, me obligan a hacerlas**

74. Tengo la costumbre de contar las cosas (mis pasos, farolas, ladrillos, etc.), sin ninguna razón aparente:

A. A menudo **B. A veces** **C. Raras veces**

75. Soy del tipo de personas a quien los demás suelen respetar y pedir consejo:

A. Sí **B. Término medio** **C. No**

76. Pienso que no valgo para nada:

A. Sí, muchas veces **B. A veces** **C. No, casi nunca**

77. La mayor parte del tiempo me siento flojo y tan cansado que apenas puedo moverme:

A. Cierto **B. En parte** **C. No, casi nunca**

78. Raras veces me siento harto y a disgusto con mi vida:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso, a menudo me siento así**

79. Pienso que la muerte es el final de todos nuestros problemas:

A. Lo pienso a menudo **B. A veces** **C. No, casi nunca**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

80. Estoy a disgusto hasta que encuentro algo arriesgado que hacer:

A. Sí **B. Término medio** **C. No**

81. Me gusta hacerme responsable del dinero familiar y de la marcha de los negocios:

A. Sí **B. Poco** **C. Nada**

82. Tengo confianza en mí para dar la cara y resolver la mayoría de los imprevistos que me salen al paso:

A. Cierto **B. A veces** **C. Falso**

83. Me pongo de mal humor cuando estoy decaído:

A. A menudo **B. Alguna vez** **C. Casi nunca**

84. Pienso que nadie me quiere realmente:

A. Lo pienso a menudo **B. Alguna vez** **C. Nunca**

85. Cuando pienso lo que me va a pasar por los errores que he cometido:

A. Puedo dormirme **B. Término medio** **C. No logro dormirme**

86. Mi vida está llena de momentos de alegría y animación:

A. Sí, muchos **B. Término medio** **C. No, casi ninguno**

87. Cuando he hecho alguna cosa bien, he encontrado:

A. Aliento y ánimo **B. Término medio** **C. Celos y envidia**

88. Cuando se alaba públicamente el trabajo de personas que conozco, pienso que yo valgo poco:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

89. Siento placer ante los imprevistos y discusiones que desconciertan a los demás:

A. A menudo **B. A veces** **C. Nunca**

90. La gente murmura de las cosas atrevidas que hago, pero no me importa ser el centro de su atención:

A. Cierto **B. Sólo alguna vez** **C. Falso, me preocupa**

91. La gente parece estar de acuerdo en tratarme como si mis opiniones no valieran la pena:

A. Sí, suelen tratarme así **B. A veces** **C. No, nunca me tratan así**

92. Cuando pienso que he podido hacer algún mal sin querer a un familiar:

A. No me preocupo **B. A medias** **C. Me preocupo**

93. Pienso que hay cosas en mi vida diaria que debo hacer con precisión, no importa cuánto tiempo o trabajo me lleven:

A. Sí, me ocurre con muchas cosas **B. Sólo con una o dos** **C. Con ninguna**

94. Me decido fácil y rápidamente, y es raro que tenga que cambiar de decisión:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

95. Tengo sólo unas pocas amistades que confían en mí y en las que yo puedo confiar:

A. Cierto, son pocas **B. Término medio** **C. Falso, tengo muchas**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

96. Siento que la vida es una carga muy pesada:

A. Pocas veces B. Término medio C. Muchas veces

97. Ultimamente me importa un comino lo que me pueda pasar:

A. Cierto, no me importa B. A veces C. Falso, me importa mucho

98. La vida me parece ya vacía, sin sentido ni propósito:

A. Muy cierto B. En parte C. Falso

99. Me gusta estar con personas que gastan bromas, aunque éstas sean un poco peligrosas:

A. Sí, es cierto B. Tal vez C. No, no me gusta

100. Conservo la sangre fría ante un accidente grave:

A. Casi nunca B. A veces C. Casi siempre

101. Si me dicen que alguien ha hablado mal de mí, prefiero:

A. Verme con él cara a cara B. Término medio C. No darme por enterado

102. Duermo profundamente y me despierto lleno de energías:

A. Casi siempre B. Sólo a veces C. Casi ningún día

103. Suelo culparme de todo lo que me sale mal y siempre soy crítico conmigo mismo:

A. Sí, la mayoría de las veces B. Algunas veces C. Nunca

104. Me siento como si hubiera hecho algo malo, pero no sé qué ha sido:

A. Sí, a menudo B. Alguna vez C. Nunca

105. Si la gente dice que soy descuidado con la parte que me toca hacer:

A. No me importa B. A medias C. Me preocupa

106. Puedo confiar en la mayoría de los que dicen que son mis amigos:

A. Sí, completamente B. A medias C. No, nada

107. Se puede confiar en que la mayoría de los fontaneros no te cobrarán demasiado por sus servicios:

A. Cierto B. Tal vez C. Falso, hay que desconfiar

108. No me causan gran temor las enfermedades que desconozco:

A. Cierto B. En parte, cierto C. Falso, me atemorizan

109. Cuando estoy en medio de una multitud, me pone nervioso pensar que puedan lesionarme:

A. A menudo B. A veces C. Casi nunca

110. Creo ver gente observándome desde lugares ocultos, pero desaparecen cuando miro atentamente:

A. Sí, a menudo B. Alguna vez C. Falso, nunca

111. Nunca he sentido el impulso de ser violento o de llevar una vida desordenada:

A. Nunca lo he sentido B. A veces C. Lo siento a menudo

112. Cuando estoy en un lugar donde hay otros usos y costumbres:

A. Me siento perdido B. Término medio C. No sé cómo actuar y me pongo nervioso

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

113. Algunas veces creo que soy una persona sin éxito, un desastre:

A. Cierto **B. Tal vez** **C. Falso**

114. Cuando me excito pierdo la cabeza y hago tonterías:

A. Sí, a menudo **B. Sólo alguna vez** **C. No, raramente**

115. Al sentarme a la mesa, no me cuesta comer:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso, me cuesta tragar comida**

116. Casi nunca deseo «¡Que se acabe ya todo!»:

A. Cierto, no lo deseo **B. Término medio** **C. Falso, lo deseo**

117. Son ya muy pocas las cosas que me apetece hacer:

A. Sí **B. Término medio** **C. No, hay muchas**

118. La vida diaria no me da oportunidades para expresarme tal como soy:

A. Sí, me falta algo **B. Término medio** **C. Falso, yo tengo oportunidades**

119. Sueño mucho sobre cosas que me dan miedo:

A. Sí, a menudo **B. A veces** **C. No, casi nunca**

120. Las ratas, arañas o culebras:

A. Me dejan tan tranquilo **B. A medias** **C. Me dan escalofríos**

121. Me preocupo porque no hago mucho por resolver mis problemas:

A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca me preocupo por eso**

122. Cuando pienso en los errores que he cometido en mi vida:

A. Me siento muy mal **B. Término medio** **C. No le doy muchas vueltas**

123. En sueños, tengo pesadillas en las que estoy solo y abandonado:

A. Sí, a menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

124. Disfruto y me esfuerzo en salir de casa para conocer gente nueva:

A. Sí **B. A medias** **C. No**

125. En la mayoría de las ciudades pequeñas o pueblos no hay peligro de ser atacado cuando se sale a dar un paseo:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

126. Cuando hablan contigo, muchas personas intentan averiguar tus asuntos personales o negocios privados:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

127. Me gusta que la gente esté muy en desacuerdo conmigo y lo tomo como un desafío o estímulo:

A. A menudo **B. Pocas veces** **C. Nunca**

128. Creo que recibo la simpatía y comprensión que toda persona debe esperar:

A. Sí **B. A medias** **C. No**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

129. Nunca he sentido la sensación de que me estuvieran obligando a hacer algo mediante hipnotismo o con magia:

A. Cierto, nunca **B. A veces** **C. Falso, la he tenido**

130. Los demás nunca dicen de mí que soy demasiado ordenado, aseado y limpio:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso, dicen que soy así**

131. Me pasan por la mente palabrotas o ideas sucias y no puedo librarme de ellas:

A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

132. Tengo pocos éxitos en la vida por mi poca valía:

A. Falso **B. Término medio** **C. Cierto**

133. Me considero una persona feliz y contenta, a pesar de tener problemas como todos:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

134. No creo estar peor de salud que los demás:

A. Cierto, estoy como todos **B. No estoy seguro** **C. Falso, estoy peor que ellos**

135. Creo que he llegado al final de mi camino, y prefiero detenerme:

A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

136. Cuando me levanto por la mañana me siento en forma para hacer frente a los problemas diarios:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

137. Al encontrarme con peligros y problemas, las demás personas:

A. Se alteran menos que yo **B. No estoy seguro** **C. Se alteran más que yo**

138. Me siento seguro de mí y tranquilo:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

139. Ante una emergencia, pienso con calma y serenidad:

A. Siempre **B. A veces** **C. Nunca**

140. Me siento cansado y no consigo descansar lo suficiente:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Raras veces**

141. Al recordar los aciertos y fallos de mi vida pasada:

A. Pienso más en los aciertos **B. Término medio** **C. Pienso más en los fallos**

142. Casi nunca tengo molestias de estómago o de vientre:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

143. Me resulta fácil charlar y gastar bromas a una persona del otro sexo:

A. Cierto **B. A medias** **C. Falso, me cuesta hacerlo**

144. «No confíes en nadie» es una norma segura en esta vida:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

LA PRUEBA HA TERMINADO.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES

1- Depresión Mental
2- Neurosis
3- Psicosis
4- Desordenes Mentales
5- Psicopatología
6- Hipocondría
7- Suicidio
8- Locura
9- Alcoholismo
10- Barranquilla - Centro de Atención y Rehabilitación "CORI"