



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

EMERGENCIAS AND CRISES IN TREATMENT: KEY SYMPTOMS

Pilar Blanco, Carlos Sirvent, María Villa Moral, Leandro Palacios, Benjamín Salvador, Cruz Rivas, Raquel Delgado, Gloria Campomanes, Rocío García, Lucía Quintana.

pbz@fispiral.com

Adicción, tratamiento, evaluación, síntomas críticos, crisis, emergencia, psicopatología.

Addiction, treatment, evaluation, critical symptoms, crisis, emergency, psychopathology.

RESUMEN

Los tratamientos no son procesos lineales; en su discontinuidad pueden surgir crisis y descompensaciones graves, incluso claudicatorias que los profesionales deben enfrentar. El siguiente trabajo recoge no solo las emergencias, sino toda aquella intervención aguda excepcional que requirió tratamiento biológico inmediato, no solo por la gravedad del cuadro clínico, sino porque la situación y forma de vivirla el paciente podía ser así considerada. La muestra se extiende a 198 pacientes adictos (157 varones y 41 mujeres) de los cuales 101 (51%) presentaron emergencias o crisis intratratamiento, atendidos entre febrero de 2015 y agosto de 2016. Como instrumento de evaluación se emplea el protocolo de registro evaluativo integral (REI) que recoge los síntomas más relevantes manifestados por el paciente y/o observados por el clínico. RESULTADOS: Los síntomas que provocan más crisis intraterapéuticas y requirieron tratamiento psiquiátrico urgente fueron: síntomas depresivos agudos o reagudizados (21,6%), insomnio y otras parasomnias (13%), Impulsividad (9,7%), Ansiedad (8,2%), craving y deseos de consumo (8,2%), afectos negativos (6,6%) manía/ hipomanía (6,6%), claudicación/ deseos de abandono (5,8%), hostilidad/comportamiento destructivo (4,4%), yatrogenia o efectos adversos medicación (4,4%), síntomas de abstinencia (3,6%), síntomas psicóticos (3,8%), síntomas alimentarios (1,9% mujeres). CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: Destaca -por encima de todos los síntomas- la reagudización depresiva como justificante de intervención inmediata. También sorprende la elevada incidencia de la yatrogenia, cuyas principales presentaciones eran la impregnación por un lado y el extrapiramidalismo por otro.

ABSTRACT

Treatments are non-linear processes; in its discontinuity can arise crisis and severe decompensation, even claudicatory, that professionals must face. The following study includes

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

not only emergencies, but all that exceptional acute intervention requiring immediate biological treatment, not only by the severity of the condition, but because the situation and the patient's way of living could be so considered. The sample extends to 198 addicted patients (157 men and 41 women) of which 101 (51%) had intra-treatment emergencies, seen between February 2015 and August 2016. As an assessment tool we use a comprehensive evaluation registration protocol (REI) that collects the most relevant symptoms manifested by the patient and / or observed by the clinician is employed RESULTS: The symptoms that cause more intratherapeutic crisis and required urgent psychiatric treatment acute: depressive symptoms (21.6%), insomnia and other parasomnias (13%), impulsivity (9.7%), anxiety (8.2%), craving and consumer desire (8.2%), negative feelings (6.6%) mania / hypomania (6.6%), claudication / desires to abandon treatment (5.8%), hostility / destructive behavior (4.4%), iatrogenic or medication side effects (4.4%), withdrawal symptoms (3.6%), psychotic symptoms (3.8%), eating symptoms (1.9% women). CONCLUSIONS AND DISCUSSION: Stresses above all symptoms the depressive exacerbation as proof of immediate intervention. Also it surprises the high incidence of iatrogenic, whose main presentations were the on the one hand impregnation and extrapyramidalism on the other.

INTRODUCCIÓN

¿Que entendemos por síntoma crítico, por emergencia dentro del tratamiento? En principio sería toda aquella situación clínica que requiere intervención inmediata o urgente a nivel biológico y/o contingencial. En nuestro caso empleamos la denominada base REI (sistema de registro global de síntomas y tratamientos) que correlaciona la psicopatología del sujeto con la intervención biológica (Sirvent et al., 2009). Repasaremos el binomio síntoma crítico – emergencia y también el carácter predictivo o anticipatorio de dichos síntomas en la literatura científica.

En general nos referimos a una emergencia asimilándola a urgencia positiva. Sin embargo es especialmente interesante el **concepto "urgencia negativa", descrito por Settles et al. (2012)** como la "tendencia a actuar precipitadamente cuando se está angustiado. Se caracteriza por un alto neuroticismo con **escrupulosidad baja, y baja agradabilidad". Consideran que** 1) la urgencia negativa es un predictor particularmente importante de la externalización de la disfunción; 2) los rasgos que mejor reflejan alto neuroticismo predicen la internalización de la disfunción; y 3) los rasgos que mejor reflejan la baja escrupulosidad predicen aquellos tipos de externalización de la disfunción que incluyen afecto intenso con menos fuerza que la urgencia negativa. En tres estudios sucesivos, los autores mostraron que la urgencia negativa predijo simultáneamente síntomas de dependencia de alcohol en mujeres con problemas de bebida; también el potencial de convertirse en fumador en preadolescentes además de la posibilidad de agresión y relaciones sexuales de riesgo en consumidores de drogas ilegales, y –por fin- problemas con la bebida junto a comportamiento y conducta desordenada en estudiantes universitarios. Los rasgos de alto neuroticismo predijeron la internalización de la disfunción, pero no predijeron ninguno de estos

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

criterios de externalización más allá de la urgencia negativa. La baja escrupulosidad no se añadió a la predicción de urgencia negativa, excepto en algunos casos. La tendencia a la acción precipitada del afecto negativo puede ser la base de muchos comportamientos llamativos.

Además de Settles diversos autores emplean el concepto *urgencia negativa*, destacando los trabajos de Menary et al., 2015; Pearson et al., 2015; Pang, et al., 2014; Combs, 2014; Murphy, 2014. Respecto al binomio síntoma crítico-urgencia, Fischer y Smith (2008) examinaron la influencia de la urgencia, la búsqueda de sensaciones y la falta de planificación y de persistencia en bulímicos, jugadores patológicos y abusadores de alcohol, concluyendo que la búsqueda de sensaciones se relacionó con la frecuencia del juego y la bebida, pero no con los síntomas de abuso de alcohol. Además, las expectativas específicas de comportamiento moderaron el efecto de la urgencia en los juegos de azar para los hombres y de los atracones de comida para las mujeres.

La urgencia puede influir en la vulnerabilidad de distintos tipos de conductas adictivas; sin embargo, si los individuos se involucran en la bebida, el juego, o los atracones pueden estar influidos por expectativas específicas de comportamiento. Dichas expectativas cobran importancia en diversas patologías adictivas, bien aliviando afectos negativos, bien incrementado afectos positivos, lo que puede ser especialmente notable en sujetos que tienen síntomas de depresión como la anhedonia (Roys et al., 2016). Estos autores, en un estudio con fumadores, llegaron a la conclusión de que los modelos de adicción al alcohol que incluyen un efecto interactivo de urgencia y ciertos síntomas de la depresión, pueden ser perfectamente aplicados a la dependencia de la nicotina. La comorbilidad con trastornos de personalidad incrementa la gravedad de los síntomas, y también la emocionalidad negativa, la búsqueda de sensaciones y –en definitiva- la urgencia negativa (Pearson et al., 2014).

Los síndromes de abstinencia deparan síntomas críticos que suelen estar bastante estudiados. Por ejemplo, la escala AWS de retirada de alcohol está muy difundida. Driessen et al. (2005) utilizando dicho instrumento encontraron hasta cinco grupos que representan aumento de la gravedad; cada grupo se caracterizaba por una combinación de dos subescalas sintomáticas (vegetativas y psicopatológicas) y otros tres síntomas psicopatológicos adicionales (ansiedad, desorientación y alucinaciones). Un primer grupo (18,4% de pacientes) no presentaba síntomas. El segundo grupo (18,9%) presentó síntomas vegetativos leves o moderados. El tercer grupo (40,6%) mostraba el síntoma ansiedad. Un cuarto grupo (11,1%) desorientación y ansiedad. Finalmente, las alucinaciones podían ser observadas sólo en el quinto grupo (11,1%). Análogo estudio realizaron Anufriev y Treskov (1987) con 154 varones, encontrando cuatro agrupaciones sintomáticas según el tipo de retirada o deprivación: en el primer grupo, los síntomas de abstinencia (WSS) eran principalmente trastornos somato-autonómicos; un segundo grupo estaba marcado por la astenia, que se acompaña de trastornos mentales más graves; el tercer grupo se caracterizaba por estado de ánimo deprimido con sentimiento de culpa y tendencia hacia la auto-condenación; por último, en el cuarto grupo, eran patentes los trastornos

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

psicológicos-autonómicos con sensación de agitación interna, inquietud, y marcados cenestesias. Los autores concluyen que los trastornos dependen más de la persona y menos de la cantidad de alcohol consumido. Otros autores comparten hallazgos sobre el síndrome abstinencial (Lader et al., 2009; Jha y Madison, 2012). El régimen asistencial (ambulatorio vs. residencial) también influye tanto en la incidencia como en morfología sintomática de las crisis (Pani et al., 2014).

La impulsividad es un síntoma crítico habitual, además de un notable predictor de próxima recaída. Pivarunas y Onner, 2015; Farstad, 2015; Vest, Reynolds y Tragesser, 2016, aluden a las relaciones entre las facetas de impulsividad, las medidas de la prescripción y el uso indebido de opiáceos, para lo cual examinaron cuatro facetas de impulsividad: la urgencia, la búsqueda de sensaciones, la falta de premeditación y la falta de perseverancia. Sin embargo, la naturaleza heterogénea de la impulsividad dificulta la comprensión de las relaciones entre el trastorno límite de la personalidad y la conducta suicida o las autolesiones no suicidas (Lynam et al., 2011).

Smith y Cyders (2016) afirman que los rasgos personalológicos de urgencia positivos y negativos se refieren a las tendencias a actuar precipitadamente cuando se experimentan inusualmente emociones positivas o negativas, basándose respectivamente en el modelo de Carver y Johnson (2013) que sugieren que la vulnerabilidad a la depresión implica reactividad elevada a las emociones. Resultados empíricos indican que a) los rasgos de urgencia son predictores particularmente importantes de la aparición de aumento del consumo de sustancias en adolescentes, y b) que -en parte- parecen funcionar polarizando el aprendizaje psicosocial, concluyen Smith y Cyders.

Particularmente interesante es el trabajo de Combs (2014) con mujeres universitarias expuestas a agresión sexual en las cuales, a niveles bajos de urgencia negativa (recordemos que es la tendencia a actuar precipitadamente bajo presión), la exposición al asalto sexual tenía poca relación con problemas de alcohol y drogas. Por contra niveles altos de urgencia negativa en la misma situación fue altamente asociada a comportamientos de externalización. Es decir, cuando se tienen bajos niveles de internalización de los rasgos de personalidad, una situación de agresión no provoca grandes síntomas de depresión y ansiedad; mientras que con elevados niveles de internalización la experiencia de asalto sexual era altamente relacionada con los referidos síntomas y comportamientos.

Simons et al. (2010) examinaron las asociaciones entre el afecto positivo, la ansiedad, la tristeza y la hostilidad y también el papel de la urgencia, la premeditación, y la perseverancia en la predicción de ingesta de alcohol, concluyendo que el afecto positivo se asociaba positivamente con la intoxicación mientras la hostilidad se asoció con la intoxicación en hombres pero no en mujeres. La urgencia negativa mediaba la asociación entre ansiedad e intoxicación, haciéndola más intensa. Sin embargo, la urgencia positiva no moderó el resultado del afecto positivo. Los bebedores más intensos exhibieron el mayor número de síntomas; sin embargo, la asociación entre intoxicación y signos agudos del alcoholismo fue atenuada entre estos individuos.

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

METODOLOGÍA

La muestra definitiva se extiende a 198 adictos (157 varones y 41 mujeres) en tratamiento en los centros terapéuticos de la Fundación Instituto Spiral, de los cuales 101 sujetos (51%) presentaron emergencias o crisis intratratamiento. Fueron atendidos entre febrero de 2015 y agosto de 2016. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 21.0 efectuándose un análisis de frecuencias y análisis comparativo mediante el chi-cuadrado de Pearson.

Como instrumento de evaluación se aplicó el protocolo de registro evaluativo integral (REI) que recoge los síntomas más relevantes manifestados por el paciente y/o observados por el clínico. En el anexo I (figura 1) se pueden ver las evaluaciones REI existentes y su cronología. Las emergencias se recogen en la **evaluación crítica ("CRISIS")** mediante una hoja de evaluación crítica que cubren pacientes y profesionales (ver en el anexo II, hoja de registro de evaluación sintomatológica). El sistema de registro se basa en la recogida de síntomas clave u operativos que son aquellos que por su relevancia clínica justifican una intervención biológica ad hoc o específicos (y a menudo psico o socioterapéutica). Otras denominaciones como síntomas diana o síntomas clave pueden ser afines (Ver "hoja de registro de evaluación sintomatológica" en anexo II).

RESULTADOS

De 198 sujetos atendidos (157 hombres y 41 mujeres) un total de 101 sujetos (51%) presentaron emergencias o crisis intratratamiento. El protocolo se aplicó entre febrero de 2015 y agosto de 2016.

Las edades estaban comprendidas entre los 17 y 70 años, situándose la media en 38,9 años. Más del 68% de los casos son solteros, sin hijos (64,6%), mientras que el 49% vive con sus padres. Respecto al nivel cultural, el 63,6% tienen terminada la enseñanza secundaria y únicamente el 13,6% ha cursado estudios universitarios, encontrándose en paro más de la mitad de la población objeto del estudio (52%) (Tablas 1, 2 y 3).

Edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Menos de 21 años	10 6,4%	1 2,4%	11 5,6%
Entre 21 y 29 años	30 19,1%	7 17,1%	37 18,7%
Entre 30 y 39 años	40 25,5%	7 17,1%	47 23,7%
Entre 40 y 49 años	51 32,5%	15 36,6%	66 33,3%
50 años o más	26 16,6%	11 26,8%	37 18,7%
Total	157 100,0%	41 100,0%	198 100,0%

Tabla 1: comparativa rango de edad/sexo

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

Tabla de contingencia Estado Civil * Sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Estado Civil	Soltero/a	111	24	135
		70,7%	58,5%	68,2%
	Casado/a o convive con pareja	19	6	25
		12,1%	14,6%	12,6%
	Separado/a o Divorciado/a	26	10	36
	16,6%	24,4%	18,2%	
	Viudo/a	1	1	2
		,6%	2,4%	1,0%
Total		157	41	198
		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2: comparativa estado civil/sexo

Tabla de contingencia Nivel de estudios * Sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Nivel de estudios	Enseñanza primaria incompleta	6	1	7
		3,8%	2,4%	3,5%
	Enseñanza primaria	33	5	38
		21,0%	12,2%	19,2%
	Enseñanza Secundaria	97	29	126
		61,8%	70,7%	63,6%
	Universitarios	21	6	27
		13,4%	14,6%	13,6%
Total		157	41	198
		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3: comparativa nivel de estudios/sexo

La sustancia principal motivo del tratamiento es el alcohol (34,8%) seguido de la cocaína (26,3%), mientras que un 15,2% consumían opiáceos, un 9,1% cannabis y un 14,7 % otras drogas (Tabla4).

Tabla de contingencia Motivo del tratamiento * Sexo

% dentro de Sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Motivo del tratamiento	Alcohol	29,3%	53,7%	34,3%
	Cocaína	31,2%	9,8%	26,8%
	Cannabis	10,8%	2,4%	9,1%
	Otras drogas	5,1%	17,1%	7,6%
	Poliadicción	7,6%	4,9%	7,1%
	Opiáceos	15,9%	12,2%	15,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 4: comparativa droga principal motivo del tratamiento/sexo

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

Únicamente el 12,6% de la población objeto del estudio había realizado previamente algún tratamiento (Tabla 5) y un 66,2% del total (131 pacientes) padecía un trastorno psiquiátrico asociado a la adicción siendo la patología dual bastante más frecuente en mujeres (87,8% frente al 60,5% en hombres) con una significatividad bilateral de 0,001 (Tabla 6).

Tabla de contingencia Número tratamientos previos al ingreso * Sexo

		Sexo		
		Hombre	Mujer	Total
Número tratamientos previos al ingreso	Ningún tratamiento previo	19 12,1%	6 14,6%	25 12,6%
	1 tratamiento previo	39 24,8%	11 26,8%	50 25,3%
	2-3 tratamientos previos	56 35,7%	9 22,0%	65 32,8%
	Más de 3 tratamientos previos	43 27,4%	15 36,6%	58 29,3%
Total		157 100,0%	41 100,0%	198 100,0%

Tabla 5: comparativa tratamientos previos/sexo

Tabla de contingencia Trastorno psicopatológico asociado * Sexo

		Sexo		
		Hombre	Mujer	Total
Trastorno psicopatológico asociado	Sí	95 60,5%	36 87,8%	131 66,2%
	No	62 39,5%	5 12,2%	67 33,8%
Total		157 100,0%	41 100,0%	198 100,0%

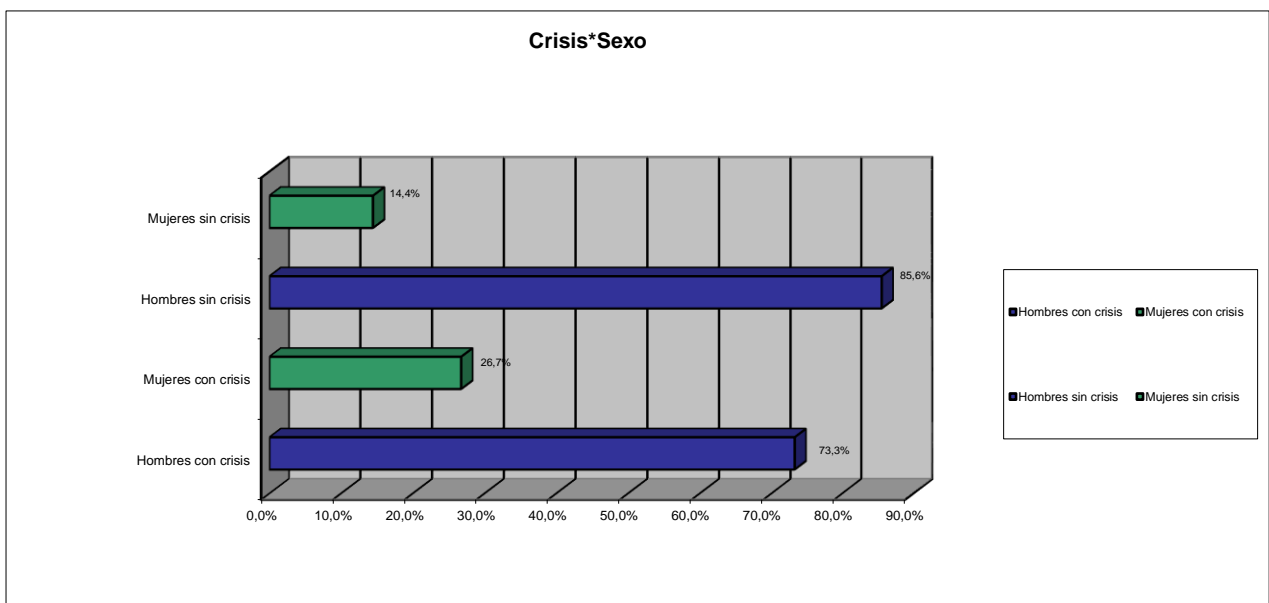
Tabla 6: comparativa trastorno psicopatológico/ sexo

De 198 sujetos estudiados, 101 (51%) 74 hombres y 27 mujeres han sufrido alguna crisis a lo largo del tratamiento, encontrándose diferencias significativas entre las variables crisis y sexo; las mujeres (65,9%) presentan mayor número de crisis que los hombres (47,1%) (tabla 8 y gráfica 3)

Tabla de contingencia Presentan crisis * Sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Presentan crisis	Sí	74 47,1%	27 65,9%	101 51,0%
	No	83 52,9%	14 34,1%	97 49,0%
Total		157 100,0%	41 100,0%	198 100,0%

Tabla 8: comparativa crisis/ sexo



Gráfica1: comparativa crisis/ sexo

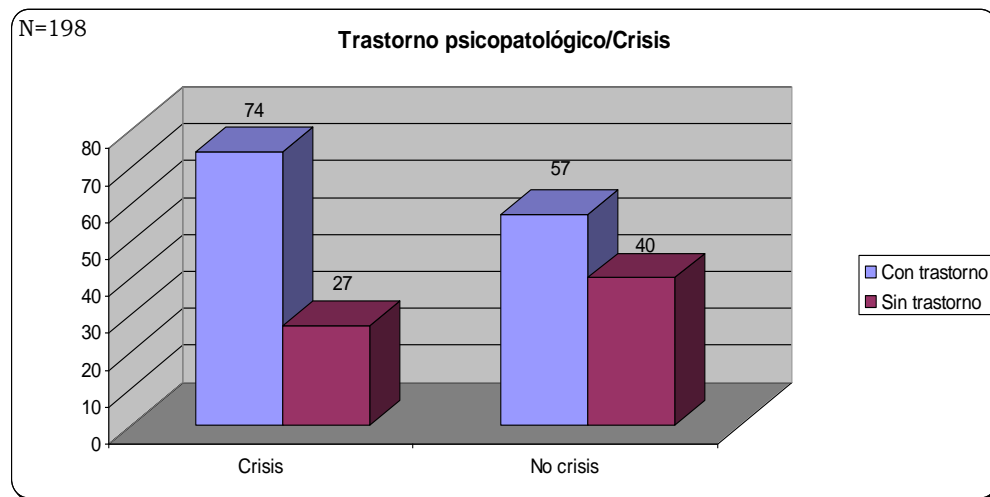
Se ha verificado si la comorbilidad psiquiátrica influye, habiéndose diferencias significativas entre adictos con o sin trastorno psicopatológico asociado, siendo más frecuentes las crisis en aquellos que sufren psicopatología añadida. De 131 sujetos que portan patología dual, el 56,5% ha sufrido alguna crisis (tabla 9 y gráfica 2).

En la tabla 10 podemos comprobar que existen diferencias significativas entre la variable sexo y crisis, con una significación bilateral de 0.033. Asimismo, entre la variable trastorno psicopatológico y crisis hay una significación bilateral de 0.031.

Tabla de contingencia Trastorno psicopatológico asociado * Presentan crisis

		Presentan crisis		Total
		Sí	No	
Trastorno psicopatológico asociado	Sí	74	57	131
		56,5%	43,5%	100,0%
	No	27	40	67
		40,3%	59,7%	100,0%
Total		101	97	198
		51,0%	49,0%	100,0%

Tabla 9: comparativa trastorno psicopatológico/ crisis



Gráfica 2: comparativa trastorno psicopatológico/ crisis

Correlaciones

		Presentan crisis	Sexo	Trastorno psicopatológico asociado
Presentan crisis	Correlación de Pearson	1	-,152*	-,153*
	Sig. (bilateral)		,033	,031
	N	198	198	198
Sexo	Correlación de Pearson	-,152*	1	,234**
	Sig. (bilateral)	,033		,001
	N	198	198	198
Trastorno psicopatológico asociado	Correlación de Pearson	-,153*	,234**	1
	Sig. (bilateral)	,031	,001	
	N	198	198	198

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 10: correlaciones crisis/ sexo

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

Enumeración y descripción de las crisis intratratamiento

De 198 sujetos estudiados, 101 (51%) han presentado crisis, obteniéndose 319 registros o síntomas clave, lo que supone que cada sujeto portador de crisis ha tenido un promedio de más de 3 episodios críticos. Hay que tener muy en cuenta que nos referimos a SÍNTOMAS DE EMERGENCIA OCURRIDOS DURANTE EL TRATAMIENTO; o sea, crisis debutantes e inesperadas que requerían intervención urgente descartándose síntomas habituales y/o descompensaciones no críticas (estas últimas se recogen en la Tabla 12 del anexo III)

En la tabla 11 se recoge la frecuencia y tipo de síntoma según sexo. Observamos que en primer lugar figuran los síntomas depresivos (21,6%) que afectan por igual a hombres y mujeres, seguidos del insomnio y las parasomnias (pesadillas mayormente) (13,1%). La impulsividad (9,7%) también afecta por igual a hombres y mujeres, al igual que el craving y los deseos de consumo (8,2%). Siguen los síntomas negativos (soledad, culpa, vacío emocional, etc), la manía (6,6%), las crisis de claudicación o deseos de abandono (5%) y los comportamientos obsesivos (1,9%)

Respecto a los síntomas diferenciales según sexo, la mujer tiene dos síntomas predominantes: 1) La ansiedad, presente como síntoma crítico en un 12,3% de mujeres frente a 6,1% de hombres (8,2% en total). 2) Los síntomas alimentarios (2% en mujeres frente a 0% en varones. Los síntomas que predominan en hombres son: 1) Hostilidad (6,6% varones frente a 0% en mujeres (no olvidemos que se trata del comportamiento destructivo como síntoma crítico, no como síntoma convencional). 2) Yatrogenia o efectos adversos de la medicación (5,6% en hombres, 1,9% mujeres). 3) Síntomas deprivativos o de abstinencia (5,6% en varones frente a 0% en mujeres). 4) Crisis psicóticas (4,7 % hombres frente a 1,9% en mujeres (Tabla 11).

Tabla de contingencia Síntomas que provocan crisis * Sexo

% dentro de Sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Síntomas que provocan crisis	Síntomas depresivos agudos o reagudizados	21,1%	22,6%	21,6%
	Insomnio, pesadillas y otras parasomnias	12,2%	15,1%	13,2%
	Impulsividad e imperiosidad	10,3%	8,5%	9,7%
	Ansiedad	6,1%	12,3%	8,2%
	Toxicofilia (deseos de consumo) y craving	8,0%	8,5%	8,2%
	Síntomas negativos	6,1%	7,5%	6,6%
	Manía o humor variable tendente a euforia	6,1%	7,5%	6,6%
	Claudicación (deseos de abandono)	5,2%	4,7%	5,0%
	Hostilidad y comportamiento destructivo	6,6%		4,4%
	Yatrogenia o efectos adversos de la medicación	5,6%	1,9%	4,4%
	Síntomas deprivativos o de abstinencia	5,6%		3,8%
	Síntomas psicóticos	4,7%	1,9%	3,8%
	Trastornos de la conducta alimentaria		1,9%	,6%
	Obsesiones	1,9%	,9%	1,6%
	Otros	,5%	6,6%	2,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 11 Síntomas que provocan crisis / sexo

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

CONCLUSIONES

En primer lugar cabe destacar que prácticamente la mitad de los pacientes ingresados en tratamientos de adicciones (51%) sufrirán alguna emergencia durante el tratamiento. Dichas crisis, además, estarán constituidas por tres o más síntomas.

Los episodios depresivos son – a gran distancia del resto- los síntomas críticos más frecuentes (21,6%). La presencia de síntomas depresivos en los controles aleatorios (no críticos) baja a un 7,3% (Ver tabla 12 en anexo III).

Cualquier clínico experimentado sabe que hay síntomas de emergencia que son imponderables sintomáticos. Todos ellos figuran –en mayor o menor medida- en la lista. Así –además de los síntomas depresivos- aparecen el insomnio y las pesadillas, la impulsividad y falta de autocontrol, los síntomas de abstinencia, el craving y deseos de abandono inminente, las crisis psicóticas, y la sorprendentemente elevada incidencia de la yatrogenia o efectos adversos de la medicación, cuyas principales presentaciones eran la impregnación por un lado y el extrapiramidalismo por otro. Los síntomas no críticos son sensiblemente distintos (Ver tabla 12 en anexo III).

Llaman la atención las diferencias según sexo. En la mujer predominan la ansiedad con un 12,3% frente a 6,1% en varones y los síntomas alimentarios (2% frente a 0% en hombres). En hombres predomina la hostilidad y el comportamiento destructivo (6,6% frente a 0% en mujeres); los síntomas deprivativos o de abstinencia (5,6% en varones frente a 0% en mujeres) y las crisis psicóticas (4,7 % hombres frente a 1,9% en mujeres).

DISCUSIÓN

Los síntomas críticos son una realidad inexorable que deben afrontar todos los profesionales de la salud mental en general y de las adicciones en el caso que nos ocupa. Varios de los síntomas descritos en el estudio sorprenden tanto por su elevada incidencia como por la nocividad de algunos procesos, como -por ejemplo- los síntomas alimentarios de las mujeres adictas que cuando adquieren categoría de emergencia son realmente graves.

Los resultados y conclusiones de este estudio invitan a establecer unos protocolos de actuación connotados por la segunda parte del trabajo: la sistematización, o, en su defecto, la recomendación de pautas idóneas para la intervención, tanto biológicas como contextuales. La correlación entre naturaleza del episodio y política de intervención determinará dicha idoneidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anufriev, A. K.; Treskov, V. G. (1986). Types of alcoholic withdrawal. *Soviet Neurology & Psychiatry*, Vol 19(2), 78-86. Vol.19,2,78-86.
URL: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-31528-001>
2. Carver, C. S.; Sheri L. J.; Jutta J. (2013) Major Depressive Disorder and Impulsive Reactivity to Emotion: Toward a Dual Process View of Depresión. *Br J Clin Psychol*; 52 (3): 285-299.

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

DOI: 10.1111 / bjc.12014

3. Combs, J.; Jordan, C.; Smith, G. (2014) Individual differences in personality predict externalizing versus internalizing outcomes following sexual assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Vol.6,4,375-383..
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0032978>
4. Driessen, M.; Lange, W.; Junghanns, K.; Wetterling, T. (2005) Proposal of a comprehensive clinical typology of alcohol withdrawal--a cluster analysis approach. *Alcohol and Alcoholism*. Vol.40,4,308-313..
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agh167>
5. Farstad, S.; Von Ranson, K.; Hodgins, D.; El-Guebaly, N.; Casey, D. M.; Schopflocher, D. (2015) The influence of impulsiveness on binge eating and problem gambling: A prospective study of gender differences in Canadian adults. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol. 29,3,805-812.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/adb0000069>
6. Fischer, S.; Smith, G. (2008) Binge eating, problem drinking, and pathological gambling: Linking behavior to shared traits and social learning. *Personality and Individual Differences*. Vol.44,4,789-800..
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2007.10.008>
7. Jha, C.; Madison, J. (2012) Withdrawal symptoms hindering harm-minimization and drug detoxification efforts: Experiences of injecting drug users in Nepal. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. Vol.11,3,196-209..
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15381501.2012.703545>
8. Lader, M.; Tylee, A.; Donoghue, J. (2009) Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs*. Vol.23,1,19-34..
DOI: <http://dx.doi.org/10.2165/0023210-200923010-00002>
9. Lynam, D.; Miller, J.; Miller, D.; Bornovalova, M.; Lejuez, C. (2011.) Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. Vol.2,2,151-160.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0019978>
10. Menary, K.; Corbin, W.; Leeman, R.; Fucito, L.; Toll, B.; DeMartini, K.; O'Malley, S. (2015.) Interactive and indirect effects of anxiety and negative urgency on alcohol-related problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol.39,7,1267-1274.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/acer.12762>
11. Murphy, C.; Stojek, M.; MacKillop, J. (2014) Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and Body Mass Index. *Appetite*. Vol.73,45-50.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2013.10.008>

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

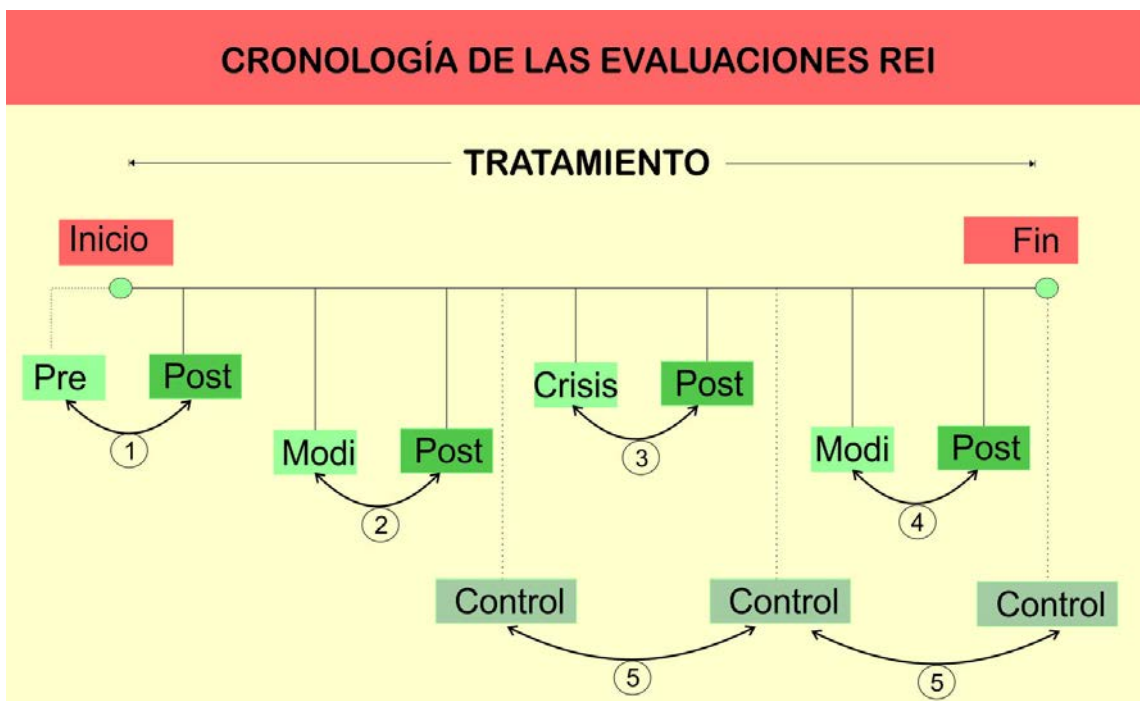
12. Pang, R; Farrahi, L.; Glazier, s.; Sussman, S.; Leventhal, A. (2014) Depressive symptoms, negative urgency and substance use initiation in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol.144,225-230.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.09.771>
13. Pani, P. P.; Trogu, E.; Vigna-Taglianti, F.; Mathis, F.; Diecidue, R.; Kirchmayer, U.; Amato, L.; Davoli, M.; Ghibaudi, J.; Camposeragna, A.; Saponaro, A.; Faggiano, F.; Maremmani, A.G.; Maremmani, I. (2014). Psychopathological symptoms of patients with heroin addiction entering opioid agonist or therapeutic community treatment. *Annals of General Psychiatry*. Vol.13. Document URL: <http://search.proquest.com/docview/1650985097?accountid=14702>
14. Pearson, C.; Zapolski, T.; Smith, G. (2015) A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset. *International Journal of Eating Disorders*. Vol.48,2,230-237.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22277>
15. Pearson, C.; Guller, L.; Smith, G. (2014) Dimensions of personality and neuropsychological function in eating disorders, substance use disorders, and addictions. *Eating disorders, addictions and substance use disorders: Research, clinical and treatment perspectives*, pp.107-126.
DOI: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-45378-6_6
16. Pivarunas, B.; Conner, B. (2015) Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *T. Eating Behaviors*. Vol.19, 9-14.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.007>
17. Roys, M.; Weed, K.; Carrigan, M.; MacKillop, J. (2016) Associations between nicotine dependence, anhedonia, urgency and smoking motives. *Addictive Behaviors*. Vol.62, 145-151.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.06.002>
18. Settles, R.; Fischer, s.; Cyders, M.; Combs, J.; Gunn, R.; Smith, G. (2012) Negative urgency: A personality predictor of externalizing behavior characterized by neuroticism, low conscientiousness, and disagreeableness. *T. Journal of Abnormal Psychology*. Vol.121,1,160-172. Vol.121,1,160-172..
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0024948>
19. Simons, J.; Dvorak, R.; Batién, B.; Wray, T. (2010) Event-level associations between affect, alcohol intoxication, and acute dependence symptoms: Effects of urgency, self-control, and drinking experience. *Addictive Behaviors*. Vol.35,12,1045-1053.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.07.001>
20. Smith G.; Cyders M. (2016) Integrating affect and impulsivity: The role of positive and negative urgency in substance use risk. *Drug Alcohol Depend. 1;163 Suppl 1: S3-S12*.
DOI: 10.1016 / j.drugalcdep.2015.08.038

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

21. Sirvent, C., Blanco, P., Moral, M.V., Martínez, P., Quintana, L., Rivas, C., Linares, M., Campomanes, G., Fernández, C., Palacios, L., Delgado, R. y Casas, L. (2009). Funcionamiento de un Departamento de Investigación Clínica (Departamento de Psicometría). *10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. URL http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/investigacion86/funcionamiento-de-un-departamento-de-investigacion-clinica-departamentode-psicometria/#
22. Sirvent, C.; Martínez, P; Moral, M.V; Rodríguez, F.; Blanco, P.; Delgado, R.; Benjamín, S. (2012) Sistema de registro global de síntomas y tratamientos (base REI). *Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis*. URL <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/sistema-de-registro-global-de-sintomas-y-tratamientos-base-rei/#>
23. Vest, N.; Reynolds, C.; Tragesser, S. (2016) Impulsivity and risk for prescription opioid misuse in a chronic pain patient sample. *Addictive Behaviors*. Vol.60,184-190. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.04.015>

ANEXO I; CRONOGRAMA EVALUATIVO DE LA BASE REI (SIRVENT, 2015)

Figura 1: diferentes evaluaciones REI y su cronología



PRE: Evaluación que se efectúa antes del comienzo del tratamiento.

POST: Evaluación verificadora de la eficacia de un tratamiento

MODI: Evaluación previa a la modificación de un tratamiento rutinario

CRISIS: Evaluación crítica o de emergencia que requiere intervención urgente

CONTROL Evaluación aleatoria intraterapéutica

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

ANEXO II: HOJA DE REGISTRO DE EVALUACIÓN SINTOMATOLÓGICA REGISTRO EVALUACIÓN SÍNTOMAS

Identificador _____ Fecha _____

A continuación se le van a efectuar unas preguntas que tienen por objetivo conocer su situación clínica para mejor ajustar el tratamiento.

Estos datos son absolutamente confidenciales. Sirven para ayudarle en el control clínico y su evolución.

Por favor, informe de su situación psicológica o psiquiátrica actual, con una pequeña descripción de los síntomas que tenga. Asimismo, señale los que a su juicio le producen malestar. Por favor sea breve, preciso y claro.

Se le van a presentar una serie de síntomas habidos durante el período de tiempo que se le indica a continuación. Por favor marque el valor o nivel que mejor se corresponda con lo que se le pregunta en cada apartado.

Síntoma nº 1.

Nº	Intensidad del síntoma
0	Ausente
1	Ligera o muy poca
2	Alguna
3	Bastante
4	Mucha

Nº	Frecuencia
0	Nunca
1	A diario o varias veces al día
2	Semanal
3	Mensual
4	Cada 2 meses o mas

.....

Síntoma nº N.

Nº	Intensidad del síntoma
0	Ausente
1	Ligera o muy poca
2	Alguna
3	Bastante
4	Mucha

Nº	Frecuencia
0	Nunca
1	A diario o varias veces al día
2	Semanal
3	Mensual
4	Cada 2 meses o mas

EMERGENCIAS DENTRO DEL TRATAMIENTO: SÍNTOMAS CRÍTICOS

ANEXO III; SÍNTOMAS CLAVE EN CONTROLES ALEATORIOS (JUSTIFICAN INTERVENCIÓN PERO NO URGENTE)

Síntomas DURANTE el tratamiento	N	%
Ansiedad	93	27,19%
Claudicación (deseos de abandono)	40	11,70%
Impulsividad y falta de autocontrol	33	9,65%
Insomnio y parasomnias	29	8,48%
Síntomas depresivos	25	7,31%
Sentimientos negativos	22	6,43%
Comportamiento obsesivo	22	6,43%
Irritabilidad y Hostilidad	20	5,85%
Síntomas de abstinencia	14	4,09%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	9	2,63%
Craving y deseos de consumo	7	2,05%
Síntomas psicóticos	7	2,05%
Otros	21	6,14%
TOTAL	342	52,86%
Síntomas eliminados o muy amortiguados	305	47,14%

Tabla 12: Síntomas (no críticos) hallados en controles aleatorios