

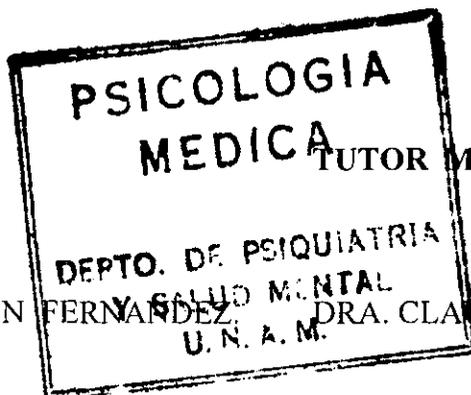
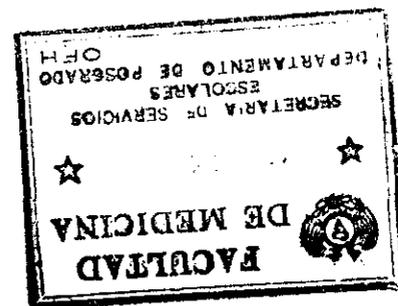
11241

18  
2es.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y  
SALUD MENTAL**

**Titulo :                    RESPUESTA A TRATAMIENTO  
FARMACOLOGICO DE PACIENTES  
HOSPITALIZADOS CON PSICOSIS  
POR FARMACODEPENDENCIA**

**Alumno :                    MARIO ROGELIO ORTIZ GIMENEZ.**



**TUTOR TEORICO**

*[Signature]*

**DRA. A. CRISTINA BROISSIN FERNANDEZ**

**TUTOR METODOLOGICO**

*[Signature]*

**DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1998

274412



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

UNAM

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY  
BERNARDINO ALVAREZ

1998

AGRADECIMIENTOS.

\*A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO  
POR PERMITIRME REALIZAR MI SUEÑO DE  
SUPERACION.

\*AL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ  
POR DARME LA OPORTUNIDAD DE APRENDER  
BAJO SU ABRIGO.

\*A LOS PACIENTES POR HONRARME CON LA  
OPORTUNIDAD DE PENETRAR EN SU SENTIR  
Y SU PENSAR.

## INDICE

1.-MARCO TEORICO Y ANTECEDENTE	1
2.-JUSTIFICACION	11
3.-OBJETIVO	12
4.-MATERIAL Y METODOS	13
5.-RESULTADOS	15
6.-DISCUSION	18
7.-CONCLUSIONES	20
8.-ANEXO ILUSTRACIONES	21
9.-BIBLIOGRAFIA	30

## MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

Existen múltiples definiciones del término "*Farmacodependencia*" siendo la establecida por la Organización Mundial de la Salud como "*Estado Psíquico y a veces Físico resultante de la Interacción de un Organismo vivo y una Droga, caracterizado por un conjunto de respuestas compartamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continua con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o en ocasiones evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona, los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes, un individuo puede ser dependiente de más de una Droga. (1)*"

Existen evidencias que indican un incremento del consumo entre niños y adolescentes menores de 18 años, el abuso y la dependencia son fenómenos más comunes entre hombres que en mujeres, el abuso también es mayor en desempleados, aproximadamente el 30% de ellos han utilizado sustancias no alcohólicas, por lo menos una vez, y un 16% ha probado por lo menos una vez sustancias como las anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, sedantes o cocaína. (2)

Es común en pacientes que llegan al Servicio de Urgencias Psiquiátricas, que lleguen bajo influencia de drogas, estudios tratan de determinar el impacto de los pacientes que llegan después de haber entrado en abuso de drogas y describir parámetros con el abuso de sustancias y enfermedad mental (3). Aunque pocos datos documentan sistemáticamente los efectos de la exposición a drogas en la enfermedad psicótica, los efectos del abuso de drogas

en proporciones y respuesta de tratamiento de las alucinaciones en la población psiquiátrica crónica.

Los estudios toman en cuenta los síntomas alucinatorios y el antecedente de abuso de drogas, se reportan internamientos en edades más tempranas y mayor número de hospitalizaciones, mayores experiencias alucinatorias y el abuso de sustancias fue asociado a disminución en la respuesta tratamiento (4).

Es importante referir que dentro de las complicaciones provocadas por el uso de drogas están los trastornos psiquiátricos como: En los trastornos por el uso de cannabis, es relativamente frecuente la aparición de ideas paranoides, los episodios psicóticos se relacionan con la toxicidad del cannabis y el trastorno psicótico por cannabis puede ir asociado con algún trastorno de la personalidad.

El trastorno psicótico inducido por cocaína se asocia a ideas delirantes paranoides y alucinaciones hasta un 50% de los consumidores y depende de la dosis, la duración del consumo y la sensibilidad individual, se puede asociar conducta sexual impropia y conductas homicidas violentas. El trastorno inducido por alucinógenos pueden aparecer síntomas psicóticos sin alteraciones de juicio de la realidad. En el trastorno psicótico inducido por inhalantes, los estados paranoides son el síndrome psicótico más común que se da durante la intoxicación pero en algunos pueden predominar las alucinaciones. Con la fenclidina predominan alucinaciones e ideas delirantes paranoides. Los sedantes pueden provocar

síntomas indistinguibles del delirium inducido por alcohol y después de una semana de abstinencia puede haber agitación, ideas delirantes, alucinaciones visuales, táctiles y auditivas (2).

Algunas teorías intentan explicar la etiología de la farmacodependencia como:

La teoría psicodinámica, esta sugiere que el abuso de drogas es un equivalente de la masturbación, una defensa contra los impulsos homosexuales o una manifestación de regresión a la etapa oral.

La teoría psicosocial aboga por la relaciones con la familia y con la sociedad en general, existen muchas razones para sospechar del papel que la sociedad puede desempeñar en el desarrollo de patrones de abuso o dependencias.

La teoría genética existen pruebas claras derivadas de los estudios con gemelos, adoptados, y hermanos criados en diferentes ambientes, sobre el peso del componente genético en la farmacodependencia, recientemente se ha utilizado técnicas de fragmentación cromosómica para el estudio del abuso y dependencia de sustancias.

La teoría neuroquímica, para la mayoría de las sustancias con excepción del alcohol se han identificado neurotransmisores o receptores específicos sobre los que estos ejercen sus efectos.

Una de las clasificaciones más aceptadas de las sustancias de abuso es:

1. Alcohol
2. Alucinógenos
3. Anfetaminas
4. Canábis
5. Cocaína
6. Fenciclidina
7. Inhalantes
8. Opiáceos
9. Sedantes (1)

Es claro que el uso de drogas es un gran problema de Salud Pública y de aumento en la incidencia de psicosis, diversos análisis han mostrado que exámenes con cannabinoides positivos, consumos de alcohol e historia familiar de enfermedad mental son factores de riesgo significativos para psicosis (5).

Se hizo un estudio en que pacientes psicóticos con historia de abuso de canábis mostraron un signo clínico de ulceración en las yemas de primer y segundo dedos, apoyan la posibilidad de usar esto como diferencia entre el abuso de canábis y la psicosis funcional (6).

El consumo ilegal de drogas que afectan las funciones cerebrales ha causado tales estragos en la sociedad, que se ha definido la situación como *“una guerra química en casa”*, hacer un cálculo sobre los efectos del uso de drogas en la sociedad es difícil, debido a que alguno de sus efectos tardan décadas en manifestarse, entre estos últimos se incluyen los efectos sobre el desarrollo de personas cuyos padres las consumían y los efectos sobre la estructura de la sociedad medidos a través de las tasas de desempleo educación y pobreza (2). El fenómeno del abuso de sustancias tiene muchas implicaciones en la investigación

sobre el funcionamiento del cerebro, la psiquiatría clínica y la sociedad en general.

Una clara alteración persistente producida por el continuo abuso de anfetaminas es neurotoxicidad de las inervaciones dopaminérgicas en el caudado que ni aún el continuo uso de cocaína produce, pero el uso continuo de ambas induce fuerte patrón de degeneración confinado a la habenula y su salida el fascículo retroflexo, lo que ha originado una reconsideración del papel de éstas estructuras en la psicosis. La habenula contiene el núcleo de mando del sistema descendente dorsal diencefálico, importante lazo entre lóbulo frontal, límbico y estriado y los centros diencefálicos y mesencefálicos bajos y la habenula es más sensible a los agonistas que a los antagonistas de dopamina, éste es un argumento válido para considerar que las lesiones en estas vías ocasionan alteraciones del comportamiento en las psicosis (7).

Patrones de degeneración neuronal fueron comparados después del uso continuo de 4 drogas de abuso que inducen psicosis en adictos crónicos; D-anfetamina, cocaína, fenciclidina (PCP) y metanfetamina. La D-anfetamina y la cocaína, ambas indujeron degeneración en el fascículo retroflexo pero sólo la D-anfetamina produjo degeneración en el estriado, el PCP produjo degeneración en la corteza posterior, el giro ventral dentado y en el cíngulo, la metanfetamina a altas dosis y en menor tiempo, indujo degeneración en el estriado y degeneración cortical difusa, de manera que las drogas de abuso con propiedad psicóticomiméticas inducen diferentes patrones de degeneración neuronal que asocian psicosis y adicción (8).

La descaboxilasa de los L-aminoácidos aromáticos se ha mostrado regulada a niveles altos por su actividad proteínica y abundancia de mRNA y regulada a niveles bajos por agonistas a dopamina, incluyendo anfetaminas y que pueden condicionar psicosis ya que dos productos de ésta enzima están implicados en la génesis de la psicosis (9).

Claro que hay diferentes opiniones acerca de los síndromes psiquiátricos crónicos en los abusadores de drogas, pero hay coincidencia en reconocer a la psicosis crónica como resultado del abuso de drogas, en estudios con abusadores de inhalantes, a los que se le divide como abusadores, dependientes y con psicosis en los que se reportan como síntomas psicóticos; alucinaciones, ilusiones y alteraciones en el contenido del pensamiento, aún desintoxicados, se encontró que el promedio de edad para el abuso de inhalantes con psicosis fue de 14.7 años y manifestaron síntomas psicóticos crónicos a los 5.7 años después de la primera vez de uso de inhalantes, aunque también se les ha adjudicado factores genéticos para la psicosis, aunque claro que también existía el antecedente de abuso asociado de otras drogas (10).

Se ha establecido que la psicosis puede surgir en el contexto del abuso de drogas como las anfetaminas (11). En grupos caseros se ha reportado prevalencia y relación de variables demográfico-psiquiátricas, personas que reciben psicotrópicos para alteraciones emocionales, se les ha reportado algunas desventajas físicas y/o mentales y se les ha asociado a psicosis y alteraciones del humor relacionadas a dosis consideradas elevadas (12).

La methcathinona, última de una serie de anfetaminas, los hallazgos en las investigaciones de toxicidad reportan alucinaciones, en ocasiones acompañadas de síntomas generales como fiebre y taquicardia, posteriormente bradicardia, pero el uso crónico reporta psicosis paranoide (13).

La intoxicación aguda por fenciclidina causa psicosis y muchos otros signos y síntomas, incluso algunos de amenaza contra la vida, el envenenamiento por anticolinérgicos es también una amenaza médica y en ocasiones con la necesidad del uso de Unidades de Cuidados Intensivos (14).

La metanfetamina, también conocida como "*éxtasis o Adán*" y su análogo conocido como "*Eva*" producen efectos psicotrópicos y la mayoría de estos como estimulación general, aumento psicomotriz, logorrea, disforia, ansiedad y psicosis (15).

La psicosis que se desarrollo en el contexto del uso de canábis no tiene una psicopatología o modo de establecimiento característico, sin embargo se sostiene la validez de la psicosis por canábis como una entidad diagnóstica (16). El fenómeno usual de la intoxicación por canábis, incluye experiencias que sin intoxicación pudieran considerarse síntomas psiquiátricos, lo más usual es ansiedad y psicosis aguda seguidas del consumo, aunque pudieran considerarse estados confucionales, la evidencia de que la canábis tiene un rol causal de desordenes psicóticos, para algunos no es clara, aunque considera que podria

modificar el curso de una enfermedad psiquiátrica ya establecida (17). El uso prolongado de cannabis ha mostrado marcadores más altos de patrón esquizotípico que los que nunca la habían usado, de manera que el uso de cannabis está relacionado con una personalidad de dimensión de propensión a psicosis (18). Un estudio reporta que pacientes con psicosis aguda, cannabis positivo, tuvieron un riesgo de morbilidad a esquizofrenia significativamente más alto, se encontró patrón de riesgo familiar, se sugiere que el desarrollo o recurrencia de psicosis aguda en el contexto del uso de cannabis puede estar asociada con una predisposición genética a la esquizofrenia (19). La literatura sugiere que el abuso de drogas de diferentes clases pueden causar o incrementar la susceptibilidad a psicosis crónica y la combinación de éstas capaces de inducir psicosis (18). La marihuana y los alucinógenos raramente han resultado en muerte directa por sobre dosis pero la intoxicación puede ocasionar accidentes o autodaño, los inhalantes causan muertes por arritmia cardíaca, sofocación y accidentes.

Un estudio reporta que la morbilidad psiquiátrica y el patrón de uso de drogas en pacientes admitidos en hospitales para desintoxicación por benzodiazepinas, los pacientes usaban benzodiazepinas y otras drogas por largos periodos y elevadas dosis, se refiere que los diagnósticos más frecuentemente asociados fueron Depresión Mayor y Trastorno de Pánico y el consumo asociado a otras drogas como opiáceos, cocaína y/o alcohol se reportó ansiedad generalizada, trastorno de personalidad incluido el antisocial y psicosis (20).

Se ha encontrado que stress, depresión y alteraciones psicóticas son asociadas a alteraciones inmunológicas en abusadores de benzodiacepinas, en los que se ha encontrado relación o potencia inmunodepresora, al parecer después de suspender el uso días posteriores había desordenes inmunológicos, aunque no hay certeza de que estos desordenes estén relacionado a trastornos afectivos o psicóticos preexistentes (21).

Se ha propuesto la sensibilización selectiva a los efectos de la psicosis inducida por cocaína como un posible marcador de vulnerabilidad en lapsos de adicción, se les preguntó a abusadores de cocaína sí comparado con el tiempo de su primer uso regular, pudieran ahora, identificar los cambios en los efectos con similares dosis de cocaína, sí los consideraban más intensos igual o menos intensos y cerca de la mitad de los examinados habían desarrollado psicosis paranoide y se propuso que la sensibilización mezolimbica dopaminergica podría contribuir a la severidad de la adicción y a rehospitalizaciones (22). Se les reporta como sustancias psicomiméticas productoras de psicosis autónoma como cocaína y LSD (23).

Para establecer la diferencia entre la dependencia a cocaína y la complicada con uso de alcohol, con registros de usos de sustancias y psicopatología, sin diferencias en cuanto a edad, raza o estatus socioeconómico se encontró mayor psicosis en la combinación y mayor uso de sustancias adicionales y también menor apego a tratamiento (24).

El uso de alcohol por esquizofrénicos es común y se ha asociado con un severo incremento en los síntomas psicóticos, psicosociales, abuso de otras drogas y pobre

respuesta a tratamiento, es común encontrar coexistencia de abuso en estos pacientes, el abuso de alcohol se relacionó con la inestabilidad en el hogar, desorganización de pensamiento, negación de la enfermedad mental y rehospitalizaciones por síntomas positivos de psicosis (25). Se realizó un estudio en el tratamiento del delirium alcohólico en que se valoró la eficacia del método de cargas de diazepam en bolo, con dosis entre 40 y 210 mgs., los resultados mostraron una mayor eficacia en la dosis total única con una substancial reducción de la duración de la psicosis (26).

Se ha establecido en la practica, el uso de antipsicóticos en el manejo de las psicosis asociadas a farmacodependencia, aunque estudios han reportado beneficio con la administración de carbamazepina en pacientes que no responden al manejo solamente con antipsicoticos usuales (27). Hay estudios que reportan buena respuesta con el uso de clorpromacina a dosis de 100 mgs I.M. dia en el manejo de las psicosis asociadas al uso de fenilciclidina. (28). Se reporta tambien buena respuesta a las psicosis por farmacodependencia, con haloperidol, refiriendo mayor beneficio si se asocia con acido ascorbico. (29).

## JUSTIFICACION

Se ha observado en los últimos años el *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez* un incremento en el número de pacientes hospitalizados con diagnóstico de psicosis y de éstos un alto porcentaje son inducidos por sustancias de abuso.

No se han recabado los datos inherentes a éstos pacientes en cuanto a su estancia hospitalaria como respuesta al manejo farmacológico dependiendo del tiempo y tipo de sustancia de uso, considero esto de vital importancia ya que de saberlo nos podría dar luz sobre el manejo y pronóstico de éstos pacientes, de sus áreas de funcionamiento, tanto individual como colectivo.

## OBJETIVO

Identificar si el tipo de sustancia y tiempo de uso tiene valor pronóstico de respuesta a tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias en pacientes hospitalizados de primera vez.

## MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio retrospectivo transversal descriptivo en el que se utilizaron los expedientes clínicos del Hospital Psiquiatrico "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" de pacientes ingresados por primera vez, en el lapso del 1° de enero al 31 de diciembre de 1996 con diagnostico de "Trastorno psicótico inducido por sustancias".

Se manejaron las variables de.

Edad	Dias estancia
Edad inicio	Síntomas de ingreso
Años de uso	Tratamiento
Ocupación	Respuesta
Adicción	Síntomas persistentes.

### CRITERIOS DE INCLUSION.

- \*Pacientes que llegaron al servicio de urgencias del Hospital.
- \*Hospitalizados por primera vez.
- \*Con diagnostico de trastorno psicótico inducido por sustancias.
- \*Masculinos.
- \*En rango de edad entre 18 y 45 años.

## CRITERIOS DE EXCLUSION.

\*Diagnostico previo de trastorno psicótico

\*Con enfermedad medica crónica o degenerativa.

Se recopilaron los datos de los expedientes clínicos, la información recopilada se vació en un formato matricial diseñado expresamente para los fines del estudio, el formato contenia todas las variables usadas en el estudio como títulos de columna y un consecutivo que enumera los renglones para los casos vistos.

Fue creada una base de datos tanto en el programa visual dBase como en excel micro soft 5.0 para su procesamiento estadístico.

Se procesaron análisis de frecuencia en las variables descritas.

Se realizaron análisis de correlación para establecer la significancia de la relación entre las variables y la respuesta al tratamiento.

## RESULTADOS.

Se estudiaron 127 pacientes con un rango de edad entre 18 y 40 años de edad, con una media de 26.14 y una desviación estándar de 5.87. La mayor frecuencia se encontró entre los 20 y los 26 años de edad con un 52%. (ilustración 1)

La edad de inicio en el uso de sustancias de abuso se registró dentro de un rango de entre los 9 y los 35 años de edad con una media de 14.29 y una desviación estándar de 3.567 (ilustración 2)

También se revisaron los años de uso, a partir de la edad de inicio a la edad del paciente al momento del ingreso, el rango en los años de uso osciló entre 1 y 26 años con una media de 7.154 y una desviación estándar de 6.107 (ilustración 3).

En relación a la ocupación se encontró que de los 127 pacientes 52 (40.9%) no tenían ocupación 34 pacientes (26.8%) eran empleados, 27 pacientes (21.3%) eran trabajadores independientes, 9 pacientes (7.1%) fueron campesinos y solamente 5 casos (3.9%) eran estudiantes. (ilustración 4).

Se revisaron las frecuencias de adicción, por sustancia y por cantidad de sustancias, se encontró que la sustancia mas utilizada fueron los inhalantes en 104 pacientes (82%), en segundo lugar la marihuana en 92 pacientes (72%), alcohol 60 pacientes (47%), cocaína 30

pacientes (24%), anfetaminas 17 pacientes (13%), benzodiazepinas 14 pacientes (11%), y heroína 4 pacientes (3%), (ilustración 5), de los 127 pacientes solamente 20 tenían una sola adicción y 107 tenían 2 o más adicciones, como muestra la (ilustración 6).

El rango de hospitalización osciló entre los 5 hasta los 259 días con una media de 27.67 y una desviación estándar de 26.25.

Los síntomas predominantes a su ingreso fueron las alucinaciones auditivas en 117 pacientes (92%), ideas de daño en 94 pacientes (74%), heteroagresividad en 73 pacientes (57%) y alucinaciones visuales en 69 pacientes (54%), también se encontraron ideas de grandeza, de referencia, de persecución, transmisión y control de pensamiento, místicas, mesiánicas, desorganización de pensamiento y alucinaciones olfatorias.(ilustración 7).

En el tratamiento se emplearon múltiples esquemas pero se reporta el uso de antipsicótico en todos los casos, el tipo de antipsicótico y las dosis variaron de acuerdo a cada caso, se utilizaron además como parte de los esquemas, anticomiciales, antiparkinsonianos como correctores y benzodiazepinas.

En cuanto a la respuesta se evaluaron 3 posibilidades; a-buena en la que se considera la remisión total de la sintomatología de ingreso; b-parcial en la que persistieron algunos de los síntomas reportados al ingreso y c-nula, en la que a su egreso persistía la sintomatología de ingreso. El análisis de la respuesta arroja que 57 pacientes (44.9%)

egresaron con buena respuesta, 51 pacientes (40.2%) con respuesta parcial y 19 pacientes (15%) egresaron con reporte de nula respuesta.(ilustración 8).

Se realizaron análisis de correlación entre variables establecidas y solamente se encontró una relación significativa entre el tiempo de uso de las sustancias y la no respuesta al tratamiento con un índice de correlación de 0.82215964 la cantidad de adicciones fue poco significativa en relación a la no respuesta, con un índice de correlación de 0.14275463, se realizó análisis de correlación por tipo de sustancia contra tratamiento, encontrando únicamente una relación pobremente significativa entre los inhalantes y la no respuesta al tratamiento con un índice de correlación de 0.10847434, el resto de las sustancias no mostró relación, se analizaron el resto de las variables contra la no respuesta al tratamiento pero no mostraron relación significativa alguna.

## DISCUSION

El presente estudio concuerda con los reportes de la literatura, en relación a que las evidencias indican un incremento del consumo de sustancias de abuso entre niños y adolescentes menores de 18 años y que el abuso también es mayor en desempleados, aunque llama la atención el que 55% fueran sujetos productivos. Pocos datos documentan de manera sistemática los efectos de la exposición a drogas, la enfermedad psicótica y la pobre respuesta a tratamiento, pero si se reportan internamientos en edades cada vez mas tempranas, mayores experiencias alucinatorias, estados paranoides y una disminución en la respuesta al tratamiento.

Se han reportado algunas teorías para explicar la etiología de las farmacodependencias, como la psicodinamica, la psicosocial, la genética y la neuroquimica, pero es importante considerar la coexistencia de ellas en el paciente farmacodependiente.

Es evidente que el uso de drogas es un problema de salud publica y una fuente de aumento en la incidencia de psicosis, causa estragos en la sociedad y afecta las funciones cerebrales, las que en ocasiones tardan décadas en manifestarse.

Se coincide con los resultados de estudios hechos en abusadores de inhalantes, en que se reporta que el promedio de edad para el abuso de estos y psicosis fue de 14.7 años de edad pero que manifestaron síntomas psicóticos 5.7 años después de la primera vez que usaron inhalantes.

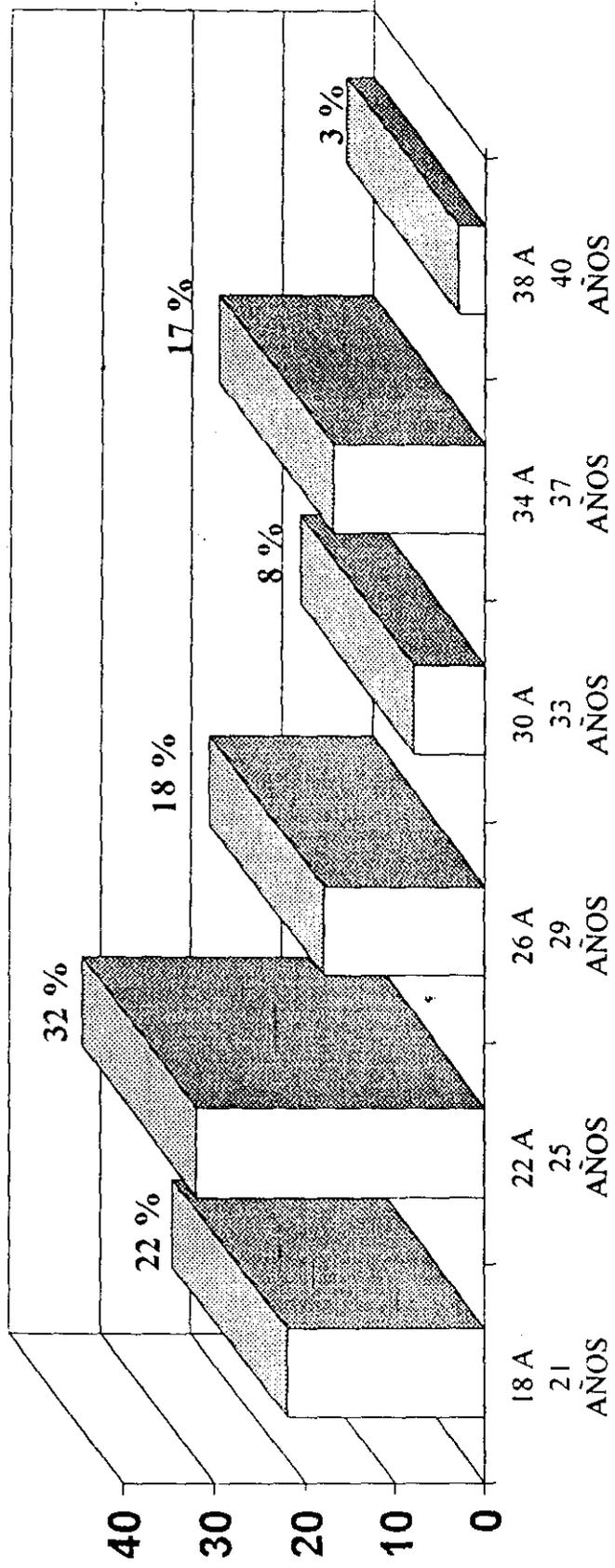
Pero también se ha de considerar el hecho, de que el abuso de drogas puede causar, psicosis crónica.

A lo que no se hace una clara referencia y que es el motivo del presente estudio, es la respuesta al tratamiento del paciente con psicosis por farmacodependencia, pero en lo que hemos de considerar como su primer brote psicótico, establecer la relación de la pobre o no respuesta al tratamiento con parámetros, como el tiempo de uso, el tipo de sustancia y la cantidad de sustancias utilizadas. Aunque si hay reportes de que los internamientos son a edades cada vez mas tempranas y disminución en los índices de respuesta a tratamiento, no se establece el hecho de ser un primer brote psicótico o recaídas y que es lo que establece el presente estudio.

## CONCLUSIONES.

Por los resultados obtenidos en el presente estudio, se concluye la relación de estados psicóticos en el contexto de uso de drogas, pero también de que existe una estrecha relación entre el tiempo de uso, aunque no fué concluyente la relación con el tipo de sustancia y la cantidad de sustancias utilizadas y aunque sea infrecuente encontrar solo una adicción y que por regla general coexistan 2 o más adicciones no se demostró una relación significativa con éstos parametros.

ANEXO ILUSTRACIONES

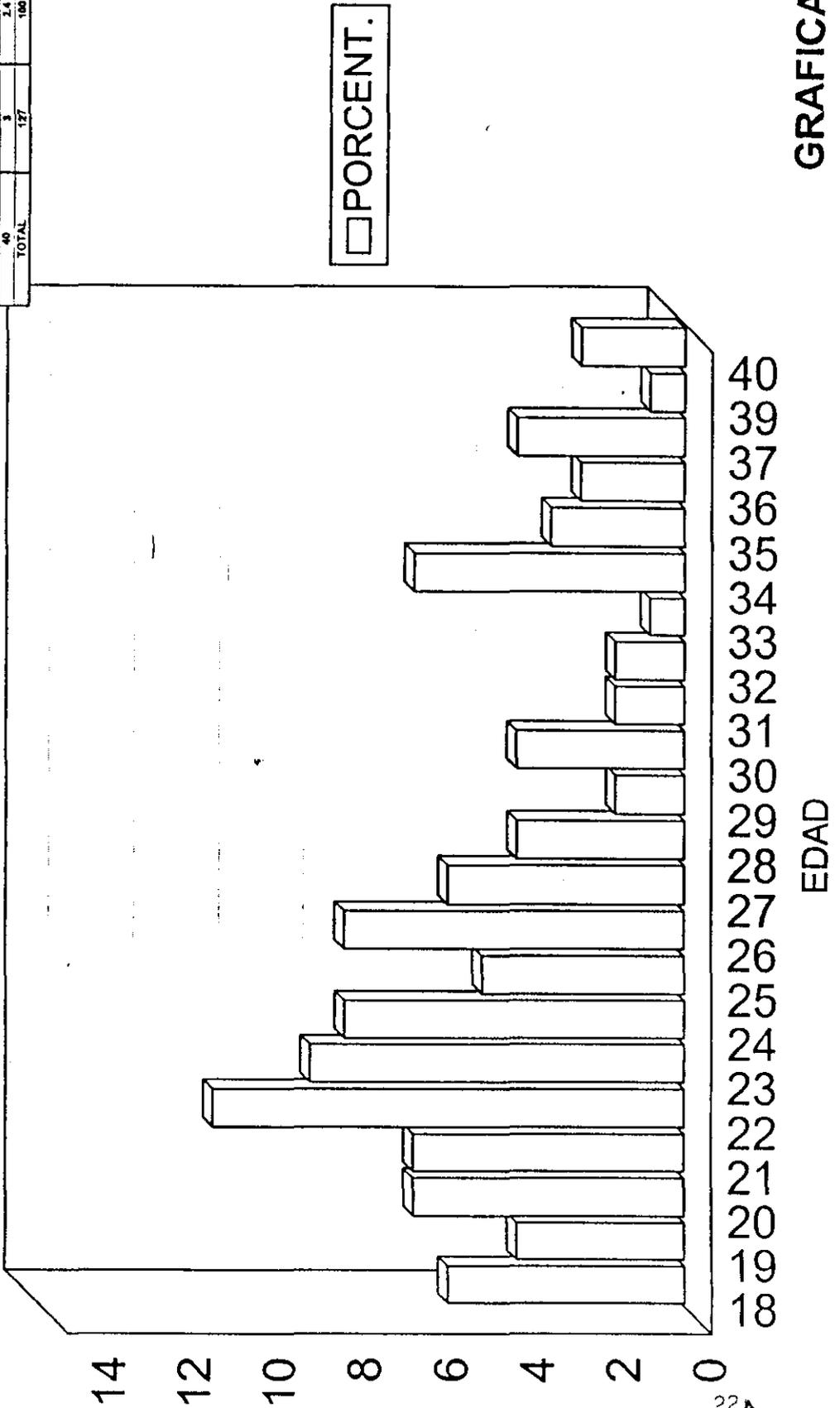


# EDAD

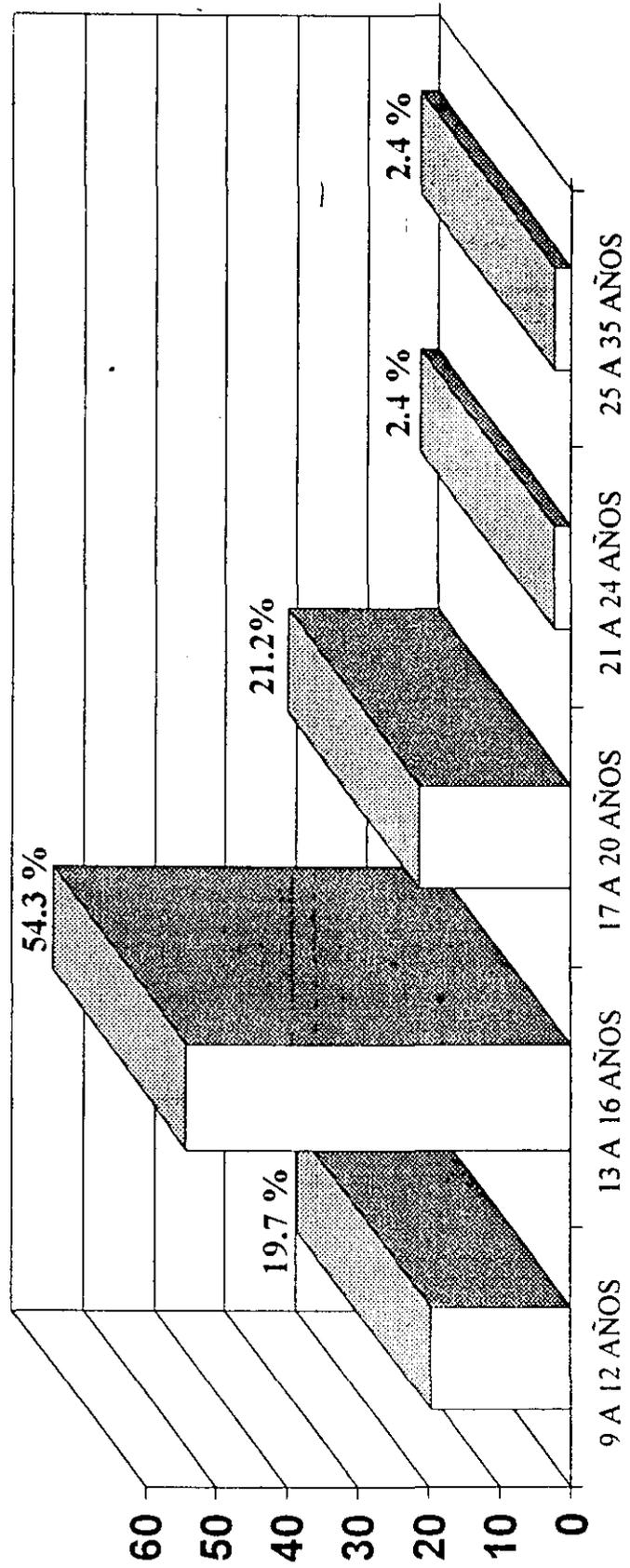
Ilustración No. 1

# EDAD

EDAD	FREQ.	PERCENT.	ACUM.
18	7	5.3	5.3
19	5	3.9	9.4
20	5	4.3	15.7
21	6	5.3	22
22	14	11	33
23	11	8.7	41.7
24	10	7.8	49.8
25	6	4.7	54.3
26	10	7.8	62.3
27	7	5.5	67.7
28	5	3.9	71.8
29	2	1.6	73.2
30	5	3.9	77.1
31	2	1.6	78.7
32	2	1.6	80.3
33	1	0.8	81.1
34	8	6.3	87.4
35	4	3.1	90.5
36	3	2.4	92.9
37	5	3.9	96.8
38	1	0.8	97.6
39	3	2.4	100
40	1	0.8	100
TOTAL	127	100	



GRAFICA 1

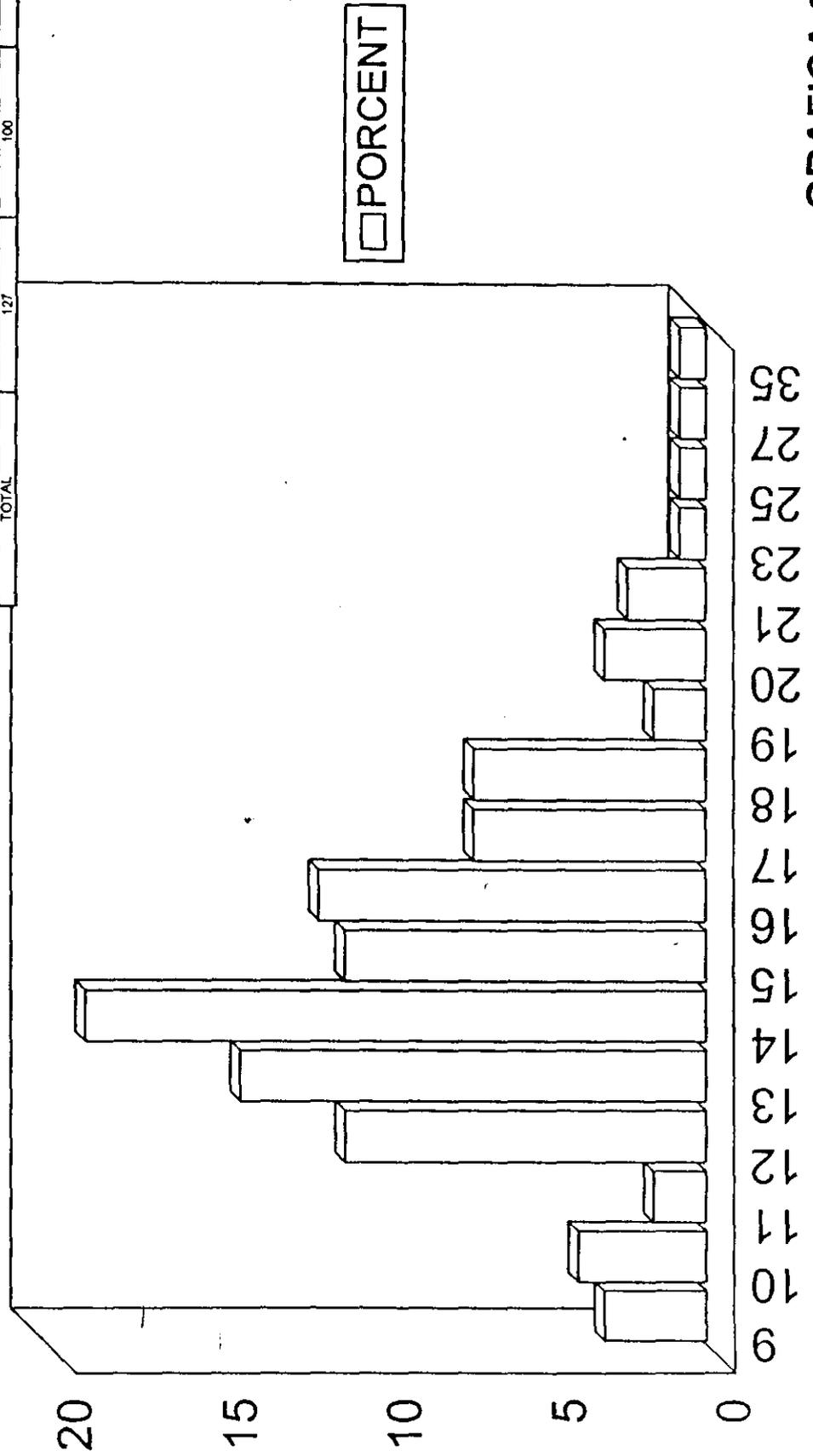


## EDAD INICIO

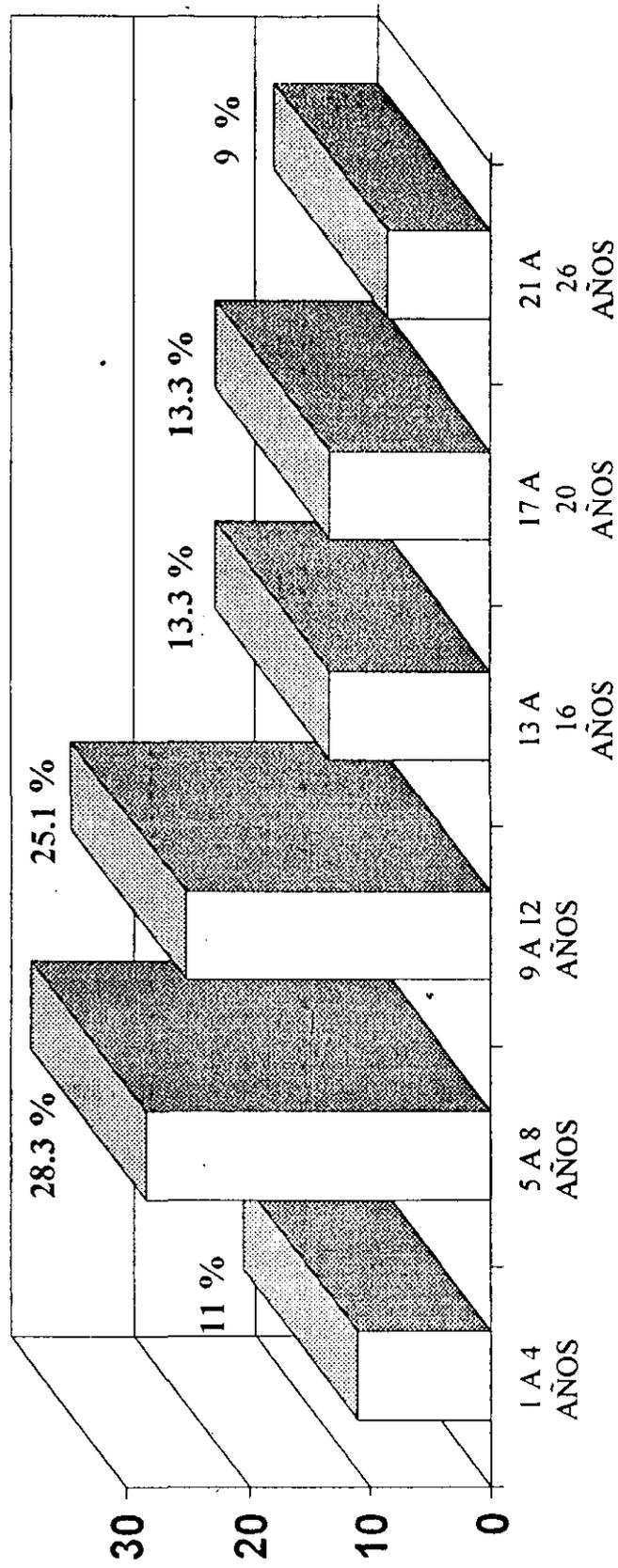
Ilustración No. 2

# EDAD INICIO

EDAD INICIO	FREQ.	PORCENT	ACUM
9	4	3.1	3.1
10	5	3.9	7
11	2	1.6	8.6
12	14	11	19.6
13	18	14.2	33.8
14	24	18.9	52.7
15	14	11	63.7
16	15	11.8	75.5
17	9	7.1	82.6
18	9	7.1	89.7
19	2	1.6	91.3
20	4	3.1	94.4
21	3	2.4	96.8
23	1	0.8	97.6
25	1	0.8	98.4
27	1	0.8	99.2
35	1	0.8	100
TOTAL	127	100	

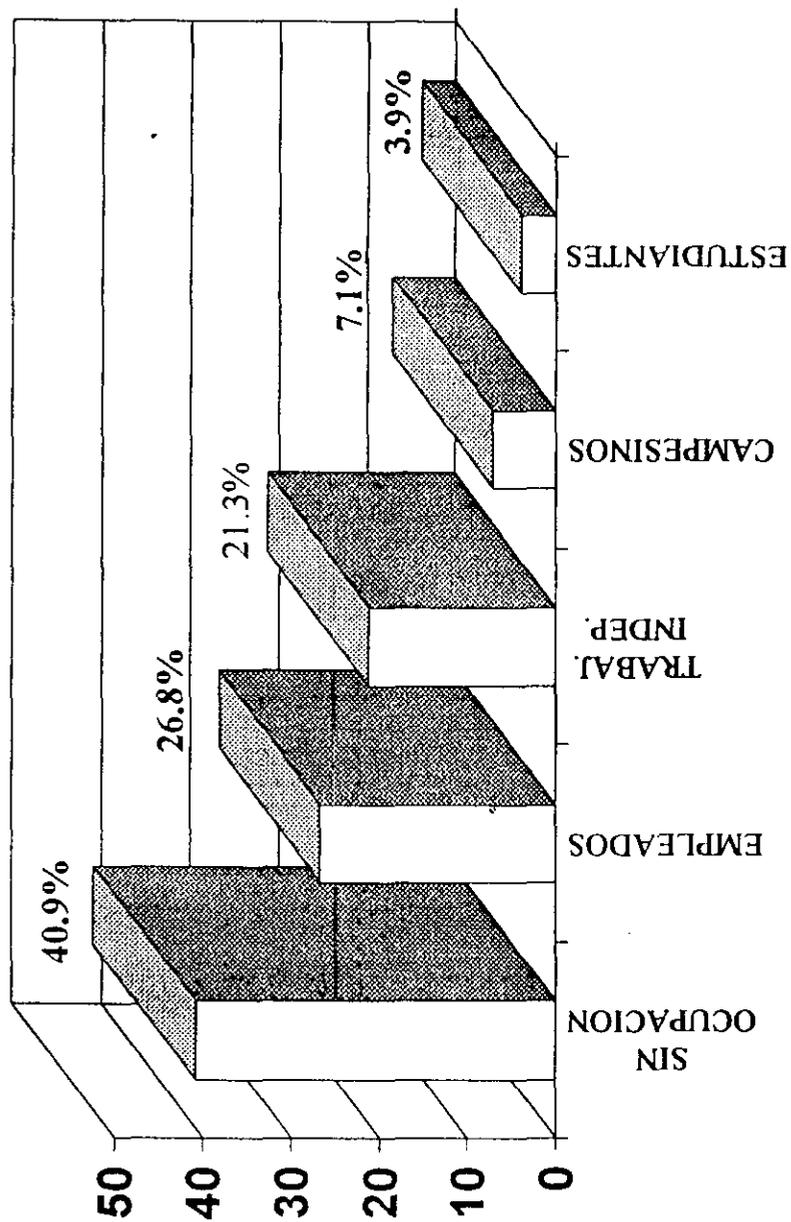


GRAFICA 2



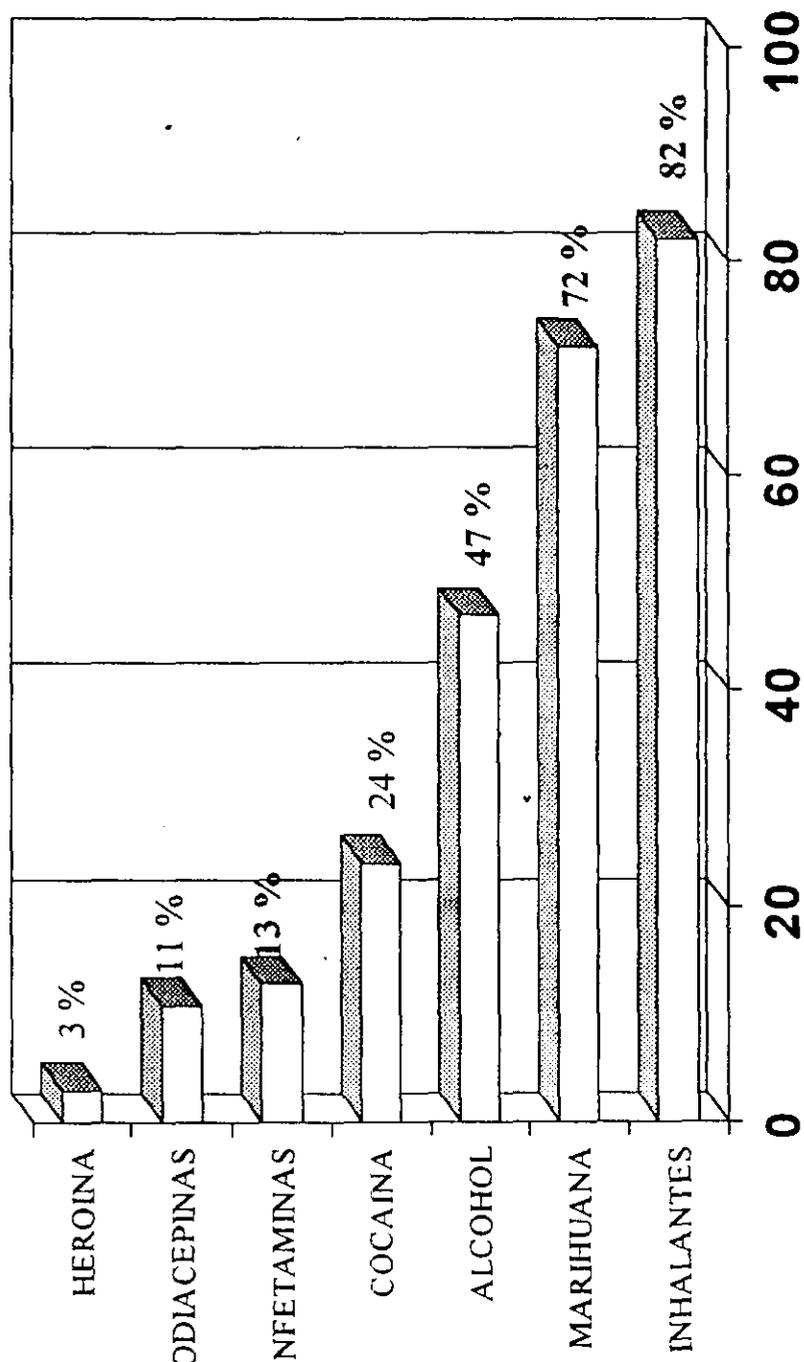
## AÑOS DE USO

Ilustración No. 3



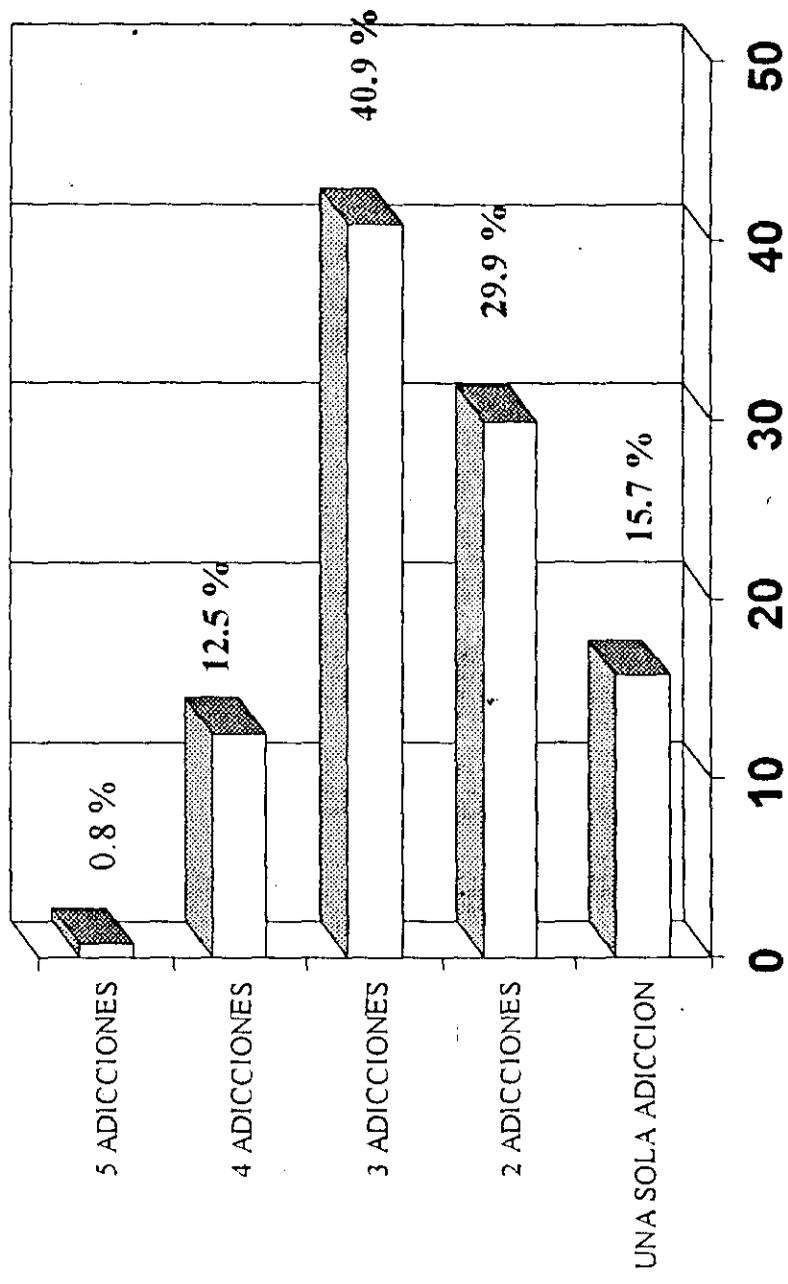
## OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES

Ilustración No. 4



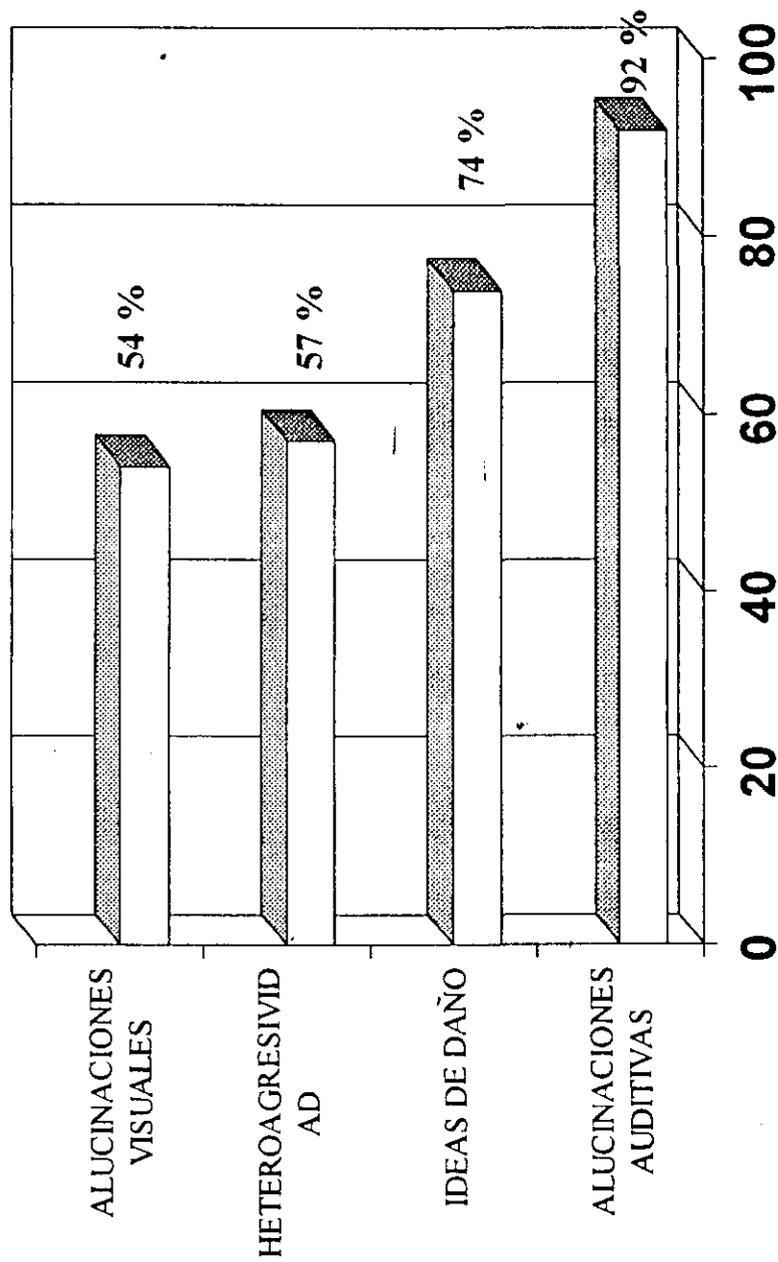
## SUSTANCIAS UTILIZADAS

Ilustracion No. 5



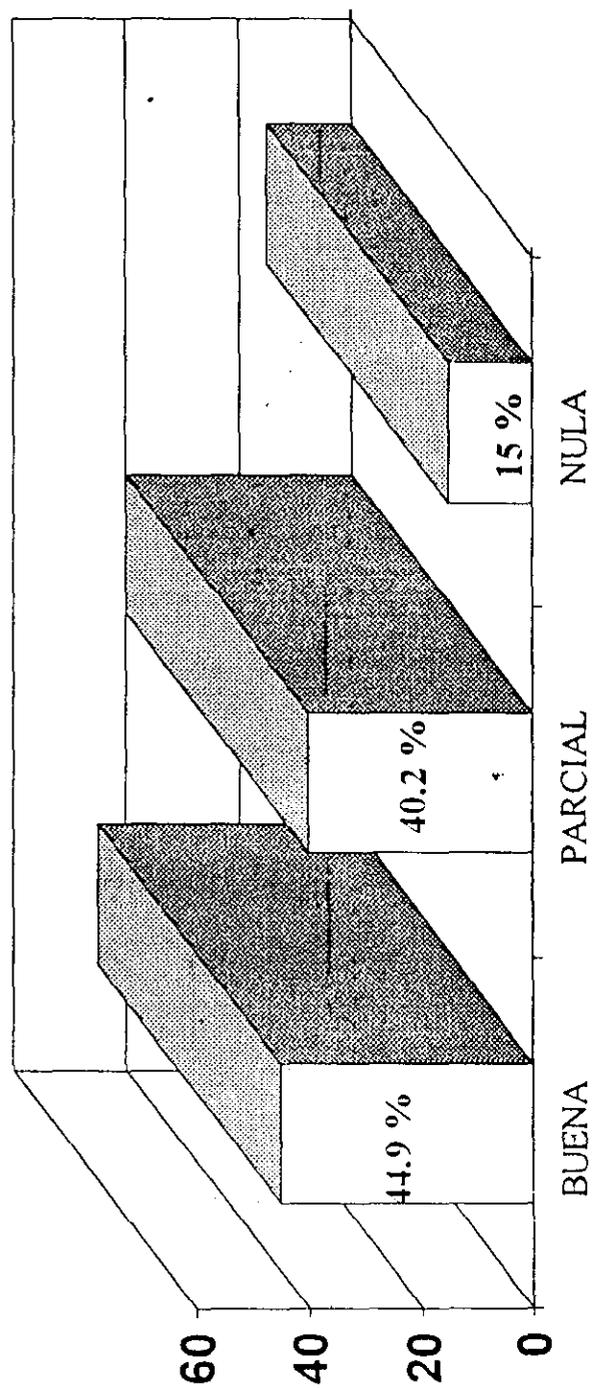
**CANTIDAD DE SUSTANCIAS**

Ilustracion No. 6



**LOS SINTOMAS PREDOMINANTES A SU INGRESO.**

Ilustración No.7



## RESPUESTAS AL TRATAMIENTO

Ilustración No. 8

## BIBLIOGRAFIA

1. Kolb L.C; HK Brodre. *Psiquiatria Clínica* 10 edición. Ed. Interamericana 1985 pags. 615-640.
2. Kaplan H.I; Saduck B.J. Grebb J. *Sinopsis de Psiquiatria*. 7<sup>a</sup> Edición Ed. Interamericana 1996 pag. 396-464.
3. Breslow RE; Klinger BI; Erickson B.J. Acute intoxication and Substance abuse among patients presenting to a psychiatric emergency service. *Gen-Hosp-Psychiatry* 1996 may; 18(3): pag. 183-191.
4. Sokoloski KN; Cummings JL; Abrams BI; Demet EM; Kets LS; Costa JF. Effects of Substance abuse on hallucination rates and treatment responses in chronic psychiatric patients. *J-Clin-Psychiatry* 1994 Sep 55(9) pag. 380-387.
5. Rolfe M; Psychosis and cannabis abuse in the Gumbk. A case Control (see coments) *C.M. Psychiatry* 1993 dec; 163: 798-801.
6. Turkson SN. Obeng-Bekoe O; Asamoah V. A clinical sing for persistent harmful cannabis abuse a pilot study. *East-Afr-Med-J.* 1996 Feb;73(2) 137-139.

7. Ellison G. Stimulant Induced Psychosis, the dopamine theory of schizophrenia, and the habenula. *Brain-Res-Brain-Res-Rev.* 1994 may; 19(2):223-239.
8. Ellinson G; Switzer de RC; Dissimilar patterns of degeneration in brain following four different addictive stimulants. *Neuroreport* 1993 Oct 25; 5 (1): 17-20.
9. Buckland PR; Sprulock G; Me Guffin P. Amphetamine and Vigabatrin down regulate aromatic L-aminoacid decarboxylase mRNA. *Brain-Res-Mol-Brain-Res* 1996 Ja; 35 (1-2); 69-76.
10. Okudaira K; Yobang T; Takahashi H; Iizuka H; Nakajima K; Arto A. [Inhalant abusers and psychiatrics symtoms]. *Seishin-Shinkeigaku-Zasshi.* 1996; 98 (4): 203-212.
11. Yousef G; Zhuq; Lambert T. Kaht checuing as a cause of psychosis. *Br-J-Hosp-Med* 1995 Oct 4-17; 54 (7); 322-326.
12. Aman MG; Sarpbare G; Borrow WH. Psychotropic drugs in group homes; prevalence and relation to demographic/psychiatric variables. *Am-J-Ment-Retard.* 1995 Mar; 99 (5): 500-509.
13. Emerson TS; Cisek JE. Methcathinone: a Russian Designer amphetamine infiltrates the rural midwest. *Ann-Emerg-Med.* 1993 dec.; 22 (12): 1897-1903.

14. Brust JC. Other agents. Phencyclidine, marijuana, hallucinogens, inhalants, and anticholinergics. *Neurol-Clin.* 1993 aug; 11 (3) 555-561.
15. Hermle L; Spitzer M; Burchardt D; Kovar KA; Gouzoulis E. Psychological effects of MDE in normal subjects. Are entactogens a new class of Psychoactive agents  
*Neuropsychopharmacology.* 1993 Feb.; 8 (2): 171-176.
16. McGuire PK; Jones P; Harvey I; Bbbington P; Toone B; Lewis S; Murray RM.  
Cannabis and acute psychosis *Schizophr-Res.* 1994 Sep; 13 (2): 161-167.
17. Thomas H. Psychiatric Symptoms in Cannabis users [see comments] *Br-J-Psychiatry.*  
1993 Aug; 163; 141-149.
18. Williams JH; Wellman NA; Rawlins JN. Cannabis use correlates with schizotypi in healthy people *Addiction.* 1996 Jun; 91 (6): 896-907.
19. Mc. Guire PK; Jones P; Harbey I; Wiliams M; Mc. Guffin P; Murray RM. Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis associated psychosis.  
*Schizophr-Res.* 1995 May; 15 (3): 277-281.

20. Busto VE; Romach MK; Sellers EM. Multiple drug use and psychiatric comorbidity in patients admitted to the hospital with severe benzodiazepine dependence. *J-Clin Psychopharmacol* 1996 feb; 16 (1): 51-57.
21. Lechin F; Van-Der-Dijs B; Vitelli-Flores G; Baez S; Lechin ME; Lechin AE; Orozco B; Roda I; Leon G; Jimenez V. Periphery blood immunological parameters in long-term benzodiazepine users. *Clin- Neuropharmacol*. 1994 feb; 17 (1): 63-72
22. Bartlett E; Halin A; Citpman B; Angrist B. Selective sensitization to the psychosis-inducing effects of cocaine: a possible marker for Addiction relapse vulnerability. *Neuropsychopharmacology*. 1997 Jan; 16 (1): 77-82
23. Bower MB Jr.; Imirowicz R; Cruss B; Mazure CM. Autonomous Psychosis following psychotogenic substance abuse [letter]*Bid-Psychiatry*. 1995 Jan 15; 37 (2): 136-137.
24. Brady KT; Sonne S; Randall CL; Adinoff B; Malcom R. Features of cocaine dependence with concurrent alcohol abuse. *Drug-Alcohol-Depend* 1995 Jul; 39 (1): 69-71
25. Osher FC; Drake RE; Noordsy DL; Teague GB; Hurlabut SC; Bresozanz JC; Beaudett MS. Correlates and autocomes of alcohol use disorder among rural outpatients with schizophrenia. *J-Clin-Psychratry*. 1994 MAR; 55 (3) 109-113.

26. Wasllewshi D; Matsumoto H; Kur E; Dziklinsk A; Wozny E; Stencka K; Skalski M; -  
Chaba P; Zelenberger W. Assessment of diazepam loading dose therapy off delirium  
tremens. *Alcohol-Alcohol*. 1996 May; 31 (3): 273-8
  
27. Scher M; Neppe V. Carbamazepine adjunct for nonresponsive psychosis with prior  
hallucinogenic abuse. *J Nerv Ment Dis*. 1989 Dec;177 (12):755-757.
  
28. Giannini AJ; Giannini MC; Price WA; Loiselle RH. Chlorpromazine Vs. meperidine  
in the treatment of phencyclidine psychosis. *J Clin Psychiatry* 1985 Feb;46 (2): 52-54.
  
29. Giannini AJ; Giannini MC; DiMarzio LR; Loiselle RH. Augmentation of haloperidol by  
ascorbic acid in phencyclidine intoxication. *Am. J Psychiatry* 1987 Sep;144(9):1207-  
1209.