



11241

16
2ej

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

ESTUDIO DE LA COMORBILIDAD DE ABUSO DE
SUBSTANCIAS Y ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL
PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

E. Psiquiatria

ALUMNO : DR. GABRIEL EDUARDO MENDEZ CARDENAS

TUTOR TEORICO

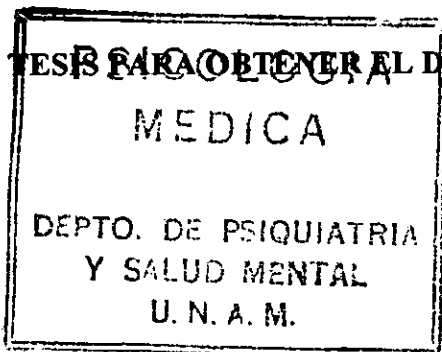
TUTOR METODOLOGICO

DRA. L. ROSA DIAZ MARTINEZ

DRA. Ma. SOLEDAD RODRIGUEZ VERDUGO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

277906



Vo. Bo.

1999

Alejandro Diaz Martinez
Dr. Alejandro Diaz Martinez



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.

1. RESUMEN:

El presente estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en el servicio de hospitalización continua, se tomó una muestra de 82 pacientes esquizofrénicos de los cuales 59 (72%) fueron hombres y 23 (28%) mujeres, en quienes se estudió la frecuencia de comorbilidad con abuso y dependencia al alcohol y a sustancias psicoactivas, motivo de dicho estudio, para ello se utilizó una entrevista estructurada, la cual se aplicó a los 82 pacientes, dicha entrevista cuenta con una base de datos computarizada, la cual arroja resultados diagnósticos para las dos variables principales que se querían estudiar, esquizofrenia y abuso y dependencia a sustancias y alcohol, posteriormente se analizaron los datos demográficos como son edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, y se obtuvieron las frecuencias en relación al consumo de sustancias y a la esquizofrenia, posteriormente se obtuvieron los subtipos de esquizofrenia y se analizaron con respecto a la relación con el abuso y dependencia de sustancias y de alcohol. En el estudio se obtuvo que los pacientes con esquizofrenia tiene un mayor riesgo para presentar en forma comorbida abuso o dependencia a sustancias o alcohol, se encontró que en el grupo de hombres el 45% presentó abuso y dependencia al alcohol y abuso o dependencia a sustancias en un 62%, considerando el total de la población estudiada (N=82) 61 (74%) de los pacientes esquizofrénicos presentó algún tipo de dependencia a sustancias o alcohol, lo que nos lleva a concluir de que estas entidades son frecuentes en los servicios de hospitalización continua y por lo tanto requieren de un manejo especializado de tipo integral, así mismo se corroboraron las características demográficas que normalmente presentan estos pacientes, como es un deterioro en el nivel laboral, profesional, así como el gran impacto que tiene en la sociedad, se destacan las diferencias que se presentaron por sexo y rangos de edad, así como tipo de sustancias utilizadas en los diferentes tipos de esquizofrenia.

***A MIS HIJOS YOALLI E IZTAC CON TODO MI AMOR
YA QUE SON UN GRAN ESTIMULO PARA SEGUIR
SUPERANDOME EN LA VIDA.***

***A MI ESPOSA SUSANA POR SU AMOR, COMPRENSION Y
APOYO QUE SIEMPRE ESTUVIERON PRESENTES EN
LOS MOMENTOS DIFICILES.***

***EN AGRADECIMIENTO A TODAS LAS PERSONAS QUE COLABORARON PARA LA
REALIZACION DE ESTE TRABAJO; A LOS PACIENTES POR SU GENEROSA
ACEPTACION, A LA DRA. SOLEDAD RODRIGUEZ QUIEN ENTREGO SU PACIENCIA,
EMPÉÑO Y DEDICACIÓN PARA HACER POSIBLE ESTE OBJETIVO, A LA DRA. L.
ROSA DIAZ POR SUS VALIOSAS APORTACIONES Y EN ESPECIAL A LA LIC. LORENA
BASALDUA POR SU GRAN DISPOSICION PARA LA CULMINACION DE ESTE
TRABAJO.***

INDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCION	5
3. ANTECEDENTES	10
3.1 MARCO TEORICO	10
3.1.2 EVOLUCION DE LA COMORBILIDAD	12
3.1.3 EPIDEMIOLOGIA	15
4. JUSTIFICACIÓN	24
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
6. OBJETIVOS	30
7. HIPOTESIS	31
8. METODOLOGIA	32
8.1 TIPO DE ESTUDIO	32
8.2 UNIVERSO DE ESTUDIO	32
8.3 MUESTRA	32
8.4 CRITERIOS DE INCLUSION	33
8.5 CRITERIOS DE EXCLUSION	33
8.6 INSTRUMENTOS	34
8.7 PROCEDIMIENTO	35
8.8 ANALISIS ESTADISTICO	36
9. ANALISIS DE LOS DATOS	37
9.1 ESPECIFICACION DE VARIABLES	37
9.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	37
9.3 ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE VARIABLES	38
10. RESULTADOS	40
11. DISCUSION	45
12. CONCLUSIONES	47
13. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	48
14. TABLAS	49
15. BIBLOGRAFIA	58

2. INTRODUCCION:

El estudio de la *esquizofrenia* en nuestro país al igual que en todo el mundo, ha sido de gran interés para muchos investigadores, de hecho ocupa una de las principales líneas de investigación en el área de la psiquiatría. La esquizofrenia ha sido estudiada desde varios puntos de vista, englobados dentro de los aspectos *biogénicos, psicológicos y socioculturales*; los estudios han tenido su justificación en dos aspectos principales: 1.- La esquizofrenia es una de las categorías más comúnmente diagnosticadas de los *trastornos mentales severos* en psiquiatría, ocupa un porcentaje importante en la población hospitalaria psiquiátrica y dentro de la población general en los distintos países, y 2.- La esquizofrenia en la actualidad sigue guardando diversos enigmas dentro de los diferentes aspectos que han sido estudiados.

Existen algunos avances relevantes dentro del conocimiento de la esquizofrenia, en primer lugar están los adelantos en neuroimagen, en especial la resonancia magnética, que ha llevado a identificar algunas de las áreas cerebrales implicadas dentro de esta patología, en segundo lugar se encuentra la introducción de los *neurolepticos llamados atípicos*, que han tenido resultados favorables en la sintomatología y con menos efectos neurológicos adversos, y en tercer lugar, en la medida que se identifican y perfeccionan los aspectos biológicos y los tratamientos farmacológicos, aumenta el interés sobre los *aspectos psicosociales* que afectan a la esquizofrenia.^{1, 16, 23, 25}

La *esquizofrenia* es tal vez una de las más graves enfermedades que padece un ser humano, es altamente *incapacitante* y generadora de conflictos sociales,

generalmente de grandes consecuencias como son la desintegración del principal núcleo que compone la sociedad que es la *familia*, así como la incapacidad *profesional, laboral y educativa* que sufre el enfermo. Hasta el momento actual la esquizofrenia se considera una *enfermedad multicausal*, con formas similares de presentación, ocupando según la mayoría de los estudios entre el 1% al 1.5% del total de la población y del 40% al 50% de las enfermedades psiquiátricas más severas, lo que ha fomentado el interés por su estudio en diversas áreas, por otro lado los registros de información sobre el consumo de *substancias de abuso* han dado pauta para emprender otros estudios, en los cuales se ha tratado de buscar los *factores predisponentes* al consumo de sustancias dentro de la población de nuestro país, dándole diversos enfoques y explicaciones al problema, por un lado, se han estudiado los aspectos *biogénicos y psicológicos* implicados y por otro los aspectos *socioculturales y epidemiológicos* en dicho problema de salud.

En México, al igual que en los demás países, el problema del *consumo de drogas* por un lado ha tenido cada vez más relevancia dentro de los programas gubernamentales prioritarios, ya que se ha visto que el problema del consumo de drogas abarca amplios sectores de la población, y por otro lado se señalan las grandes limitaciones para combatir a este problema, como son los *recursos económicos* de que se dispone, los aspectos *legales* implicados, los factores *culturales*, las políticas de los gobiernos, y lo que respecta al tráfico de drogas y un importante y no menos relevante involucramiento ilícito de los representantes de la ley que dificultan en general la atención a este problema.

En México, al parecer, el consumo de *substancias de abuso* no alcanza las dimensiones de otros países como los Estados Unidos, pero es importante señalar

que las instituciones especializadas en tratamiento y atención de adictos indican que un incremento, aunque pausado debe ser señal de preocupación para todas las personas y organismos dedicados a la *prevención, tratamiento y rehabilitación* de las *adicciones*. De lo anterior se desprende la necesidad de contar con información que ayude al manejo del problema en los diferentes niveles.

Desde 1974 se han realizado diversos esfuerzos encaminados a la información para el estudio del fenómeno, por lo que se han logrado la realización de encuestas nacionales. En 1988 la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, realizaron en un esfuerzo conjunto la *Encuesta Nacional de Adicciones* (ENA-88) entre la población urbana de 12 a 65 años de edad. Para 1993 se realizó la segunda *Encuesta Nacional de Adicciones* (ENA-93), lo que ayudó a actualizar la información sobre la magnitud del consumo de *substancias adictivas* (tabaco, alcohol, drogas médicas e ilegales).⁴

Una población de la que se conoce poco con respecto al consumo de sustancias de abuso, es la población psiquiátrica, ya que en México se han realizado solo algunas investigaciones que estudiaron en forma específica la *comorbilidad* con las *entidades psiquiátricas* y en especial la *esquizofrenia*^{11, 13, 14, 34}

Es de importancia observar que hasta la fecha se han interesado por esta área pocos investigadores, a pesar de las evidencias que indican que la población psiquiátrica es más propensa o susceptible a desarrollar problemas de consumo de sustancias de abuso, en razón de su condición inherente y a los efectos sinérgicos que desarrollan diversas dificultades y consecuencias en su tratamiento, evolución y pronóstico.

Con respecto al consumo de *substancias de abuso* y la *comorbilidad* con entidades psiquiátricas, se han realizado investigaciones enfocadas a diversas sustancias de consumo, como son el *tabaco*, la *marihuana*, la *cocaína*, *anfetaminas*, *inhalantes* (solventes industriales) y el *alcohol* entre otros.^{13,24}

En México, se estudió en los últimos años con un mayor enfoque a la *comorbilidad* entre el consumo de *alcohol* y la *enfermedad mental*. Estas investigaciones se dividieron en dos grandes grupos, respecto a la forma de abordar el problema: a) estudios que investigaron el consumo de alcohol en el paciente psiquiátrico y b) estudios que investigaron problemas psiquiátricos en los pacientes que presentaron algún problema relacionado con el consumo de alcohol. Entre otros hallazgos se ha encontrado diferencias en el porcentaje de pacientes *esquizofrénicos* que consumieron alcohol según el nivel de consumo, obteniéndose que en un nivel intermedio de consumo el 50% de los hombres y el 33% de las mujeres estudiados presentaron dicha *comorbilidad*.^{13,34}

Uniendo estos dos problemas de salud, es decir, la *esquizofrenia* y el *consumo de sustancias* de abuso; una gran parte de los estudios realizados en estas dos áreas fueron enfocados principalmente a los aspectos *biogénicos* (incluyendo los terapéuticos y farmacológicos), secundariamente los aspectos *psicológicos* y *socioculturales*, y por último, los *epidemiológicos* en una menor proporción, dentro de estos últimos, en lo que respecta a la *frecuencia* de las *enfermedades psiquiátricas* en correlación con el consumo de sustancias de *abuso*, no se tienen suficientes investigaciones en nuestro país.

Los datos anteriores señalaron que la población psiquiátrica en una forma general y

en particular la que presento el *trastorno esquizofrénico* se encontró en mayor riesgo del *consumo de sustancias* de abuso y por consecuencia se enfrentó a diferentes problemas para su tratamiento, evolución y pronóstico.

Con base en las consideraciones anteriores, se planteó como motivo del presente estudio, por un lado, saber cual es la *frecuencia* de la *comorbilidad* del *consumo de sustancias de abuso y esquizofrenia*, así como saber la relación entre el tipo de sustancias consumidas y las *características demográficas* de esta población en estudio, y por otro lado, conocer la relación con las diferentes formas de presentación de la *esquizofrenia*. Lo anterior se realizó en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez en el área de hospitalización continua.

3. ANTECEDENTES

3.1 MARCO TEÓRICO:

3.1.1 ASPECTOS HISTORICOS Y CONTEXTO SOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA Y EL CONSUMO DE SUBSTANCIAS:

Emil Kreapelin latinizó el término de Benedict A. Morel en 1902 y llamó “*Dementia Praecox*” a lo que ahora se denomina *esquizofrenia*, Kreapelin consideró que los síntomas típicos, como los delirios, alucinaciones, déficit de atención y actividad motriz bizarra con un curso deteriorante se debían a una forma de deterioro mental que comenzaban en la adolescencia.²

Eugen Bleuler en 1911 observó que muchos pacientes que presentaban tales síntomas no presentaban un curso de deterioro y que con mucha frecuencia, la enfermedad comenzaba mucho después de la adolescencia, en consecuencia acuñó el término de “*esquizofrenia*”, que sustituyó en la literatura al de “*Dementia Praecox*”, y que tiene el significado de “*Mente escindida*”, para describir una enfermedad en la que la personalidad pierde su unidad. Una distinción fundamental entre ambos conceptos, es que la presencia de un curso *deteriorante* no era imprescindible en el concepto de esquizofrenia como lo era en el de demencia precoz. Bleuler describió los síntomas fundamentales o primarios de la esquizofrenia: Trastorno en la capacidad de las asociaciones del pensamiento, alteraciones en la afectividad, el autismo y la ambivalencia. El diagnóstico de esquizofrenia se fundamentó en el Reino Unido, en lo que Kurt Schneider

denominó síntomas de primer rango, en presencia de uno o más de ellos y en ausencia de enfermedad cerebral, haciéndose así el diagnóstico de esquizofrenia, y también definió los síntomas de segundo rango para hacer el diagnóstico en caso de ausencia de los síntomas de primer rango.²

Crow en 1980 en Inglaterra y posteriormente Andreasen en los Estados Unidos, propusieron que en la esquizofrenia podían ser diferenciados dos síndromes distintos a partir de los perfiles fenomenológicos que presentaban. El síndrome de tipo I o positivo que se caracterizaba por los síntomas floridos, tales como las ideas delirantes, las alucinaciones y la desorganización conceptual y el síndrome tipo II o negativo caracterizado por déficit en el área cognitiva afectiva y en las funciones sociales incluyendo aplanamiento afectivo y aislamiento social.²⁶

Actualmente para el diagnóstico de la esquizofrenia se han utilizado diferentes criterios los cuales se concretaron en lo que ahora es el *Manual Diagnóstico y Estadístico en su cuarta revisión (DSM-IV)* de la Asociación Psiquiátrica Americana.³

Por otro lado las descripciones sobre las manifestaciones *premorbidas* de la esquizofrenia se han estudiado poco, se considera que las afecciones *psicosociales* que conlleva la esquizofrenia no solo se presentan al momento en el que aparecen los síntomas, sino que se pueden documentar tiempo antes de que el cuadro clínico sea florido, es decir que el *periodo premorbido* es la determinación del punto máximo que el sujeto alcanzó en sus diversas esferas *psicosociales* antes de que sus síntomas aparecieran y lo afectaran. Debido a lo anterior se realizaron diversos instrumentos de estudio de las *manifestaciones premorbidas*, siendo hasta el

momento la *Escala de Ajuste Premórbido de Cannon Spoor* una de las más completas para evaluar el desarrollo mental del individuo en las diferentes etapas de su vida, por lo que se ha determinado que el individuo con pobre *ajuste premórbido*, es el que no puede realizar una o más metas del desarrollo mental, antes de la aparición de la enfermedad, o bien, que se realizaron en un periodo más tardío del que se considero más apropiado.²⁷ En México en 1996 se realizó un estudio para la validación de la escala de ajuste premórbido, lo que permitió conocer mejor cuales son las características de ajuste premórbido en los pacientes esquizofrénicos mexicanos.²⁸ Asimismo los *diagnósticos diferenciales* que deben realizarse en la *esquizofrenia*, son con los trastornos *psicóticos secundarios* de tipo *médico y neurológico* en los cuales se incluyo, entre otros, los inducidos por *substancias*.¹

3.1.2 EVOLUCIÓN DE LA COMORBILIDAD:

En lo que respecta a la *comorbilidad* de *esquizofrenia* y *abuso de substancias* se tienen algunos registros desde los principios en el estudio de la esquizofrenia. Entre las descripciones que Bleuler realizó con relación a la *comorbilidad*, se sabe que las observó dentro de dos apartados de su libro “Demencia Precoz”, uno de ellos cuando se refirió a la *impulsividad* como una manifestación que se presenta en estos pacientes, ante una necesidad de “*descarga*” de “*tensión*” debido a las impresiones sensoriales, así como a sus pensamientos que lo atormentan e irritan, con lo cual esta *impulsividad* es como un estado desenfrenado que lo lleva a adoptar conductas imprudentes, ataques físicos, malos tratos, súbita interrupción del trabajo y *alcoholismo*, y el segundo, es cuando describió la “*Dipsomania*”: “Algunos esquizofrénicos, aunque no muchos, sufren ataques de *dipsomanía*. En

cuanto concierne a la bebida, comprenden en cierto grado sus dificultades. Si no están muy seriamente enfermos, tomarán inclusive, bellas resoluciones de no beber nunca más. Pero de tanto en tanto, padecen de estados de tensión y ansiedad que los induce a obtener alcohol, por cualquier medio hasta que después de unos pocos días de copiosa bebida se les encuentra yaciendo en alguna parte completamente exhaustos".²

Las *substancias psicoactivas* se han utilizado en todas las culturas a lo largo de la historia (y prehistoria) de la humanidad. Este consumo tiene una serie de funciones; en un nivel *individual* esto lleva al *alivio* de estados mentales y emocionales adversos (ansiedad anticipatoria antes de una batalla o la atenuación de una fobia social en una festividad), también se han utilizado para aliviar malestares físicos (dolor, diarrea), para estimular el funcionamiento y la ejecución de una tarea a pesar de la fatiga o el aburrimiento y para sustraerse de la rutina diaria. En un nivel *social*, también hay una serie de justificaciones a la utilización de *substancias psicoactivas*; el *alcohol* por ejemplo, se utiliza en diversas ceremonias religiosas, tanto en el judaísmo, como en el catolicismo. En algunas ceremonias de matrimonios hindúes se acostumbra la utilización de *opio*, lo mismo ocurre con el *peyote* y el tabaco silvestre que se utiliza en algunos pueblos mesoamericanos.¹⁴

Registros históricos del uso del *alcohol*, el *opio* y otras *substancias psicoactivas* aparecen en escritos tempranos de culturas como las que habitaron en Egipto y China. El uso de *substancias psicotrópicas* está bien documentado en las culturas americanas (mayas, azteca e inca). En la edad media una forma de hospitalidad en algunas regiones consistía en ofrecer alcohol, opio y otras *substancias psicoactivas*.

En los últimos dos siglos los avances técnicos, comerciales y políticos modificaron el tipo, costo, manera de suplementarse y disponibilidad de las drogas psicoactivas. Al hacerse más fácil el transporte de mercancía permitió la mayor distribución de drogas a lo largo y ancho del mundo. En el siglo XIX, el desarrollo de la administración parenteral de los medicamentos con fines terapéuticos hizo que también esta vía de administración fuera empleada para la administración de sustancias psicoactivas. Al mismo tiempo, la purificación y síntesis de principios activos de plantas con propiedades psicoactivas, hizo que se contara con productos más potentes y más fácil de introducir ilegalmente.

Los aspectos históricos y culturales han influido en los aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos, así como la farmacología de estas sustancias ha afectado su historia y sus usos tradicionales. Un ejemplo de lo anterior lo constituyó la reacción de tipo hipertensivo (enrojecimiento facial, sensación de bochorno, cefalea intensa, náusea, vómito), que se observa entre algunos orientales y nativos americanos con la utilización del alcohol. En los asiáticos este tipo de respuesta hacia el alcohol hace que las personas dejen de beber y que culturalmente el alcohol no se vea favorecido. Mientras que en los Estados Unidos el grupo étnico de los indios americanos que beben alcohol y que presentan también dicha reacción, siguen bebiendo con el objeto de experimentar otros aspectos de la intoxicación etílica.¹⁴

Soportar estos efectos tóxicos es visto como un hecho de hombría y además como una manera de avanzar hacia estados de euforia y bienestar.

El patrón característico del consumo de las *sustancias psicoactivas* era *episódico* y

se observaba en tiempo de celebraciones personales, o en celebraciones estacionales. Una de las consecuencias del avance tecnológico en nuestra civilización ha sido el *uso epidémico*, o de tipo *endémico de larga duración* de una serie de sustancias psicoactivas.¹⁴

3.1.3 EPIDEMIOLOGIA:

En la actualidad los estudios de *comorbilidad* han tomado un poco más de importancia dentro de estos trastornos, por un lado en la búsqueda de explicaciones de los trastornos y sus relaciones, así como de sus posibles causas, y por otro lado por el interés creciente que tienen los aspectos *psicosociales* en cuanto a su *tratamiento, evolución y pronóstico*.

La *esquizofrenia* es una de las categorías que ha sido comúnmente diagnosticada de los *trastornos mentales severos* (40% a 50% de todos los pacientes psiquiátricos) y en el 1% en el total de la población mundial en algún momento de su vida.¹

Kaplan manifiesta que la *comorbilidad* de *esquizofrenia* y *abuso de sustancia* es frecuente aunque las implicaciones del abuso de sustancias en estos pacientes es poco clara, se menciona que entre un 30% a 50% de los pacientes cumplen el criterio de *abuso* o *dependencia* del alcohol, 15% a 25% marihuana y 5% a 10% cocaína, y que ésta *comorbilidad* se ha relacionado a un peor *pronóstico*.¹

El abuso de sustancias *comórbidos* con enfermedad psiquiátrica mayor son alarmantemente frecuentes y difíciles de tratar eficazmente. Las estimaciones del predominio de abuso de sustancias en poblaciones psiquiátricas han ido de 18% a

70%. Las estimaciones en los Estados Unidos (E.U) de la *frecuencia* de abuso de sustancias en la población psiquiátrica, fue semejante a la de la población general, rangos del 80%. Quizás los mejores datos de *prevalencia* provinieron del área epidemiológica cerrada, como en la que se examinó a 20,291 personas en la comunidad de los Estados Unidos y las áreas institucionales. Se encontró que, entre las personas con un diagnóstico de *desorden mental* prevaleció el *abuso de sustancias*; 22% también tenían un antecedente de *abuso de alcohol* o *dependencia*, y 15% tenían alguna otra *dependencia a drogas* con un total de 28% de cualquier forma de *abuso de sustancias*. Las proporciones de *comorbilidad* de *desórdenes mentales* en las personas que reconocieron el abuso de alcohol u otras drogas de abuso son aun más altos; 36% de las personas con un diagnóstico de algún *trastorno por alcohol* también se tuvieron criterios para un diagnóstico de *trastorno mental* no debido al abuso de sustancias. Para aquéllos con *desórdenes por droga*, correspondió a un 52%. En forma global, en el 38% de las personas con cualquier trastorno por alcohol o por droga también se encontró criterios para algún *trastorno mental* no debido al abuso de sustancias.³⁰

Se han realizado algunos estudios sobre *abuso de sustancias* y la *comorbilidad* en el eje II, destacándose algunos resultados importantes. Edgar P. Nace en 1991 publicó un estudio en donde seleccionó a 100 pacientes con los antecedentes de cuadros psicóticos previos y que habían sido hospitalizados, a los que se les aplicó 5 escalas diferentes y entre ellas el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), en donde se encontró en el área de esquizofrenia un promedio de 71.93 con una desviación estándar de 14.77 en el grupo de pacientes con trastornos de la personalidad (N=57), y un promedio de 58.28 con una desviación estándar de 9.73 para el grupo que no tuvo trastornos de la personalidad (N=43).⁷

En 1990, Brady y colaboradores realizaron un estudio comparativo entre pacientes *esquizofrénicos* con y sin antecedente de *abuso* de cocaína, este estudio se llevó a cabo con 30 pacientes masculinos, de los cuales 17 tenían antecedentes de *abuso* de cocaína y 22 no, a todos se les aplicó la *Entrevista Clínica Estructurada DSM-III-R (SCID)* para la confirmación diagnóstica, la *Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS)* para los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia, también se realizaron entrevistas no estructuradas para la obtención del número de *hospitalizaciones* previas, *situación laboral*, dosis de neuroléptico, así como para la descripción subjetiva de los efectos de la cocaína, en particular de los efectos alucinatorios, paranoia y humor. Con lo anterior se demostró que el uso de cocaína *prevaleció* más en *esquizofrénicos*, comprobándose que existieron diferencias, ya que se observó que los pacientes que tenían *abuso* de cocaína se hospitalizaron con mayor frecuencia, y por otro lado existió una *relación* asociada al *subtipo paranoide* propensos a la *depresión*. Por lo anterior se hacen algunas consideraciones al respecto; por un lado, un aumento en la proporción de abuso de sustancias en los Estados Unidos, y por otro los efectos remunerables de la *cocaína* debidos a un incremento en la *función dopaminérgica* sináptica y la hipótesis dopaminérgica con respecto a los *síntomas psicóticos* que son producidos por una función excesiva de *dopamina* en ciertas áreas del cerebro. Una limitación en este estudio puede ser que no fue ciego por lo que pudiera limitar las interpretaciones de los hallazgos, así como por el tamaño de la muestra.⁸

Dixon y Cols en 1991 investigaron la correlación clínica de *abuso* de drogas entre pacientes *esquizofrénicos*, *esquizoafectivos* y *esquizofreniformes*. Se sabe que de un 15 a un 60% de pacientes esquizofrénicos abusaron de *drogas psicoactivas*, una hipótesis de esta vulnerabilidad o *comorbilidad* puede ser explicada en razón de

que el uso de las sustancias puede causar o incrementar la *esquizofrenia*, se han encontrado en algunos estudios que los adictos a las *anfetaminas* desarrollaron psicosis, mientras que los de *barbitúricos* no, por otro lado en estudios con consumidores de *marihuana* tenían un relativo riesgo de padecer esquizofrenia en una relación 6:1, se mencionó que los esquizofrénicos jóvenes adictos desarrollaron más tempranamente la enfermedad. Un segundo modelo explica que los pacientes esquizofrénicos se automedicaron para "*mejorar*" sus síntomas, por ejemplo se ha mencionado que la *cocaína* ha sido utilizada por los pacientes para contrarrestar los *síntomas negativos*, un tercer modelo explica que fueron utilizadas para contrarrestar los *efectos colaterales* de los neurolepticos. En una investigación se estudiaron a 83 pacientes, de los cuales 68 eran esquizofrénicos, 12 esquizoafectivos y 3 esquizofreniformes, mediante varias escalas diagnósticas se encontró que 40 de los 83 pacientes fueron diagnosticados como alcohólicos y adictos, para un total de 76 diagnósticos: *Cannabis* 26, *alcohol* 21, *cocaína* 14, *alucinógenos* 5, *estimulantes* 5, *hipnóticos* y *sedantes* 3, y otros 2. 21 pacientes utilizaron múltiples sustancias, 19 pacientes una sola droga. En la *Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS)* el puntaje de *paranoia* y *susplicacia* fue más bajo en los esquizofrénicos no abusadores, en la *Escala de Cannon Spoor* los esquizofrénicos abusadores tuvieron mejor *ajuste sexual*, así como *escolaridad*. En este estudio los hallazgos de las drogas que utilizaron los pacientes con mayor frecuencia fueron el alcohol, cannabis y cocaína. En conclusión, los *esquizofrénicos* con *abuso* de sustancias pueden representar un subgrupo de pacientes con mejor pronóstico y menores manifestaciones de esquizofrenia, pero al observar en forma global al paciente, se determinó que existe un mayor deterioro a largo plazo.¹²

Kevin L y cols. en 1995 publicaron un estudio sobre la correlación *psicosocial* en pacientes con antecedentes de enfermedad mental y *abuso* de sustancias. Los autores examinaron la correlación psicosocial de los siguientes aspectos: 1) Antecedentes de cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico y 2) personas identificadas como candidatas para el tratamiento de un programa de *diagnóstico dual* de enfermos ambulatorios. Revisaron a 1,303 pacientes consecutivamente en un periodo de 16 meses a quienes se les valoró por *abuso* de sustancia y/o tratamiento por *diagnóstico dual* en un hospital de la Administración de Veteranos (VA). La muestra incluyó 665 individuos que tuvieron un antecedente de tratamiento psiquiátrico anterior, 126 se enviaron para el tratamiento de *diagnóstico dual* para enfermos ambulatorios. Los datos fueron recolectados al momento de la aplicación del tratamiento e incluyeron *demografía*, el *empleo* y antecedentes de tratamiento, así como el reciente uso de sustancias. Incluso la definición más amplia de *diagnóstico dual* (teniendo un antecedente de cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico) fue asociada a las proporciones más altas de personas sin hogar, apartadas de los sistemas de apoyo sociales, con *desempleo*, *invalidez profesional*, y tratamiento crónico. Una respuesta a éstas dificultades del tratamiento ha sido la creación de programas llamados "*diagnóstico dual*". No hay ningún acuerdo general, de cómo deben definirse los límites de la estructura del diagnóstico dual y no hay ningún dato en el nivel de severidad psiquiátrica que proporcione prioridad en componentes del tratamiento adicional al mejor resultado.³⁰

El antecedente de tratamiento psiquiátrico, sin tener en cuenta el diagnóstico, se asoció con deterioro mayor en las medidas de *funcionamiento social y profesional*. Los pacientes que fueron enviados como consecuencia a un programa especializado

para el tratamiento de trastorno de *comorbilidad* fueron los más enfermos y con mayor *morbilidad social y profesional*. En la muestra fueron predominantemente hombres y principalmente blancos, pero una minoría eran negros. La media de edad era 43 años. La mitad eran *divorciados* o se quedaron *viudos*, y sólo 14% estaban *casados* en el momento de la aplicación del tratamiento. Aunque 38% vivió con algún miembro de su familia, la mitad vivía solo totalmente o estaba en alguna forma de arreglo viviendo en forma inestable. 80% eran *desempleados*, y más de uno tercio no habían trabajado la mayoría en los 3 años previos. También, casi 10% fue considerado que tenían un 50% de invalidez.³⁰

Al momento de aplicar el tratamiento de abuso de sustancias, 44% estaban bajo alguna obligación legal para obtener el tratamiento. 69% ya tenían anteriores tratamientos de abuso de sustancias. De aquéllos con tratamiento anterior en el sistema de la VA, 16% tuvieron tres o más tratamientos previos. 19% tenían antecedentes de uso de drogas intravenosas. Los resultados en la *Prueba Para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)* promediaron 21%, indicando un abuso considerable de alcohol.³⁰

De la muestra global de 1,303 pacientes, 665 (51%) tuvieron antecedentes de tratamiento psiquiátrico anterior, y 564 (43%) negaron cualquier antecedente. 74 pacientes (6%) no respondieron a las preguntas y se excluyeron del análisis.³⁰

En la *División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* desde la época de los 80's a la fecha se han venido realizando *investigaciones epidemiológicas* en el terreno de la psiquiatría

(Campillo, Caraveo, Dirección General de Epidemiología, Gutiérrez) donde se le ha dado importancia a la realización de estudios que estimen de una manera más completa los padecimientos que aquejan a la población, para ello se ha requerido de tres ámbitos para su estudio: 1) Las instituciones, representadas por los hospitales psiquiátricos y los servicios de consulta externa de psiquiatría y salud mental, 2) los servicios generales de salud, y 3) la comunidad general. Así mismo se han investigado e implementado instrumentos para detectar casos probables de trastornos psiquiátricos en las poblaciones de los tres ámbitos mencionados. Ultimamente se han utilizado nuevas entrevistas epidemiológicas altamente estructuradas como el *Catálogo de Entrevista Diagnóstica DIS* y la *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)* ⁶ de las cuales nos referiremos posteriormente.

En 1988 se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones como ya se mencionó, en una muestra representativa de la población urbana del país, de la cual se tomó una submuestra de 2,025 personas adultas con edades entre 18 y 65 años, a quienes se aplicó la *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Este estudio es el primero en su género que ha intentado estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos específicos en México, y se encontró una prevalencia general entre el 15 y el 18%, considerando solo las clases diagnósticas con mayor certeza de definición y de mayor severidad. En cuanto a las clases diagnósticas relativas a psicosis se estimó una prevalencia del 0.7% para las sugestivas de un *trastorno esquizofrénico*, las cuales afectaron por igual a hombres y mujeres, predominando en el grupo de edad de los jóvenes.⁶

En 1992 De la Parra y Cols, realizaron una investigación sobre las *características*

psicosociales de los pacientes crónicos en 9 hospitales psiquiátricos que albergaron a este tipo de pacientes, entrevistaron a 2141 pacientes de los cuales 51% eran mujeres y 49% hombres, encontrando por diagnósticos una distribución de 34% que padecían *esquizofrenia* y 2% *alcoholismo* y *abuso de sustancias*.¹⁰

En 1992 Caraveo y Cols, realizaron un estudio con la finalidad de actualizar información de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en las unidades de la Secretaría de Salud en la República, con la meta de desarrollar una base de datos que en el futuro pueda integrar un sistema de *vigilancia epidemiológica* para los hospitales psiquiátricos. Esta información es indispensable para la planeación, programación, operación y evaluación de los servicios. De la investigación anterior se destacaron los diagnósticos más frecuentes que son *trastornos esquizofrénicos* y el retraso mental, representando cada uno el 32% del total de diagnósticos, las psicosis orgánicas crónicas con un 28%, la epilepsia con 12%, la *dependencia de drogas* con 7%, la *dependencia al alcohol* con 6% y las demencias seniles y preseniles con 4%. Entre los hombres destacó principalmente las adicciones al alcohol y a las drogas y en menor proporción a los trastornos esquizofrénicos a diferencia que en las mujeres, en las que destacaron las psicosis afectivas, las demencias y otras psicosis no orgánicas.¹¹

En México, se inició en 1994 la concentración de registros de información epidemiológica de diversas unidades de atención médica en el Distrito Federal con respecto a la morbilidad de los trastornos psiquiátricos.^{5, 6, 10, 11}

En lo que respecta al *Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" (HPFBA)* se realizaron algunos registros de *morbilidad* y se participó junto con otras

instituciones para un diagnóstico de morbilidad de algunas entidades, entre ellas sobre *abuso de substancias o adicciones*.⁵ Se obtuvieron en algunos registros las causas principales de morbilidad que se atendieron en la consulta del Hospital “Fray Bernardino Alvarez” de las cuales el 6% fueron de primera vez (2821 consultas) siendo el 8% *trastornos asociados a drogas*, *trastorno mental por alcohol* 4% y un 7% de *esquizofrenias* ocupando la quinta, novena y sexta causa respectivamente de los principales diagnósticos. De las consultas subsecuentes (94%) que se atendieron (45320 consultas) la *esquizofrenia* ocupó el segundo lugar de las diez principales entidades con un 19.1% y los *trastornos asociados a drogas* fue del 4.8% (séptima causa).⁵ Como se observa poco se ha hecho para el registro de entidades *comórbidas*, y en el estudio anterior no se consideró a la población mayor de 54 años, ya que se le consideró aparte y esto pudo implicar un posible sesgo.

4. JUSTIFICACION:

Dada la frecuencia tan alta de pacientes *esquizofrénicos* con el antecedente de *abuso de sustancias* que fueron atendidos en el HPFBA,⁵ la hospitalización de larga estancia y la rehospitalización en este tipo de pacientes, ha llevado en la práctica a que muchos de estos enfermos sean vistos como pacientes “*farmacodependientes*” y con “*daño orgánico*”, y en consecuencia su valoración, tratamiento, intervención con la familia, rehabilitación y pronóstico han sido considerados con poca objetividad, lo que ha llevado a una evolución más desfavorable. Por consiguiente el tomar en cuenta los antecedentes premórbidos de los pacientes,^{27, 28} así como el considerar la *comorbilidad* de estas entidades como una circunstancia frecuente, puede contribuir para una detección oportuna de la enfermedad y en consecuencia el inicio y mantenimiento de un manejo psiquiátrico *integral* adecuado para un mejor pronóstico en las expectativas de los pacientes.

Algunos estudios han demostrado que la *atención integral* en pacientes con problemas de esquizofrenia, han mejorado las condiciones de los pacientes en forma global, lo que nos ha llevado a pensar que la *detección* oportuna de la *comorbilidad* con *abuso* de sustancias en los servicios de salud mental, así como su adecuada canalización a programas de intervención integral, mejoran las expectativas de vida de estos pacientes.^{21, 22, 23, 29}

David J. Hellerstein, realizó un estudio prospectivo en el cual estudió a un grupo de pacientes con el diagnóstico de *esquizofrenia y abuso de sustancias*, asignó al azar a dos programas de tratamiento de pacientes externos: 1) tratamiento psiquiátrico integral y abuso de sustancias, y 2) tratamiento no integral. En un seguimiento de

cuatro meses, 16 de 23 pacientes (69.6%) con tratamiento integrado permanecieron en el programa de tratamiento, 9 de 24 pacientes (37.5%) con tratamiento no integral no permanecieron en el programa. A los ocho meses la adicción y la severidad psiquiátrica disminuyeron significativamente en los pacientes sometidos a *tratamiento integral* y se encontró que la *rehospitalización* bajó en forma importante en el grupo de pacientes que habían promediado una mayor estancia previa de hospitalización, en el año anterior al tratamiento.¹⁵

Se sabe que pacientes con *comorbilidad* de esquizofrenia y abuso de sustancias son difíciles de mantener y comprometer a un tratamiento. Algunos estudios han demostrado que estos pacientes permanecieron con más frecuencia hospitalizados.

En este tipo de tratamiento integral, debe de haber criterios específicos para obtener resultados positivos, por lo que se prestó atención a los siguientes aspectos: a) medición de la *sobriedad*, b) *sintomatología* psiquiátrica, c) *funcionamiento psicosocial* y d) *impacto social y económico*.³¹

Se ha visto que los pacientes que presentaron *comorbilidad* de esquizofrenia y abuso y dependencia de sustancias conllevó a tener más hospitalizaciones, encarcelamientos, *sintomatología*, y tratamientos inadecuados debido a que no se diagnosticaron en forma dual en la población con *enfermedad mental grave*.³¹

Considerando que la *comorbilidad* está individualmente asociada con proporciones altas de anulación del tratamiento e incumplimiento, la combinación de estos desórdenes parece haber producido una menor condescendencia. Recientemente, los acercamientos del tratamiento dieron énfasis a la persuasión, el compromiso,

y la integración de personal de salud mental en alcohol y drogas y con conceptos para encontrar el tratamiento especializado que necesitan estos individuos. Virtualmente todos los *enfermos ambulatorios* a largo plazo se acercaron a los pacientes gravemente enfermos; los diagnosticados en forma *dual* han promovido el manejo del tratamiento en forma acertada haciendo que los pacientes se comprometieran y participaran en el tratamiento apropiado.³¹

Personas diagnosticadas en forma *dual* y que tuvieron incapacidad mental de larga evolución se beneficiaron con el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) para SMI al gastar cantidades significativas de su ingreso en unos días en *alcohol* o *drogas*, en lugar de comida apropiada o resguardo. A menudo tales individuos compulsivamente compraron drogas o alcohol y pronto acabaron sin recursos pero con síntomas aumentados y una conducta anormal. Esto resultó en pacientes agudos en admisión, con compromiso involuntario, o encarcelamiento. Frecuentemente, el uso de la sustancia no pudo reconocerse. Por ejemplo, un reciente estudio de personas admitidas con enfermedad mental severa, como esquizofrenia, se encontró que 27% tenían pruebas toxicológicas de orina positivas a cocaína, aunque la mayoría no había sido reconocido clínicamente.³¹

En este contexto, el beneficio del manejo de la incapacidad pudo ser considerado como una intervención del tratamiento en ciertas condiciones, en el siguiente orden: 1) asegurando que los beneficios del incapacitado o pagos de bienestar se hallan utilizados en comida, albergue, y otras necesidades básicas, en vez de uso de sustancias, y 2) aumentando la complacencia del tratamiento, donde las proporciones de no complacencia fueron claramente altas, relacionado al incremento de sufrimiento, morbilidad, y/o el costo público. Un lenguaje similar y

metas fueron adoptados por la Administración del seguro social en desarrollo del sistema de portador representativo para el Ingreso de Seguridad Suplementario / Ingreso de Seguro de Invalidez Suplementario (ISS/ISIS) en beneficio de la incapacidad y por algunos estados en términos de Ayuda General al Desempleado (AGD). La conservación legal que incluyó el manejo del beneficio como bueno, así como otros problemas, también fueron propuestas para este tipo de situaciones. Sin embargo, a pesar del potencial diverso de beneficios con el uso de la substancia, poco es conocido sobre el uso apropiado o inapropiado real del beneficio para las poblaciones con *comorbilidad*, cómo el manejo terapéutico de las cosas que podrían beneficiar para el trabajo. Los recientes informes indicaron una ambigua relación entre el uso de sustancias y el haber tenido o no un portador; un resultado adverso, desde haber recibido la suma total del pago por beneficio de invalidez; a un resultado positivo que utilizó pagos de contingencia por orinas negativas dentro de un estudio piloto, y que muchos centros comunitarios de salud mental actuaron como portadores representativos y aplicaron los principios del manejo de contingencia en un desembolso benéfico. Recientes datos del seguro social en los (E.U) en 1994 indicaron que hay aproximadamente 50,000 adultos enfermos mentales graves con representantes quienes recibieron el ISS o ISIS. Se desconoce cuántos de éstos tuvieron problemas de *alcohol* o *drogas* como *comorbilidad*, pero es seguro probablemente asumir que aproximadamente la mitad estuvieron afectados.³¹

También han demostrado que la esquizofrenia ha llegado a ser una enfermedad crónica, cuyos resultados en promedio han sido peores que cualquier otro trastorno mental, y que, además, ha estado asociada con el incremento de riesgo en suicidio, enfermedades físicas y mortalidad,¹⁷ y que pudieron prevenirse con el conocimiento

de la *comorbilidad* o al haber abordado el problema desde un punto de vista diferente al habitual.

En el *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez* el promedio de estancia de los pacientes hospitalizados fue de 30 días, por lo que al conocerse la *frecuencia* de la *comorbilidad* de *esquizofrenia* y *abuso y dependencia* de sustancias, pudiera dar paso a una modificación en el tipo de abordaje y con ello crear un programa específico para los pacientes que presentan *comorbilidad*, lo que podría incidir en el tratamiento y pronóstico de estos pacientes y con ello también la disminución de los días estancia *intrahospitalarios*.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1. ¿Cuál es la frecuencia con que aparece la comorbilidad de esquizofrenia y abuso y dependencia de sustancias en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"?
2. ¿Existen diferencias en el tipo de sustancias ingeridas en cada uno de los subtipos de esquizofrenia?

6. OBJETIVOS:

GENERAL:

Determinar la frecuencia de la comorbilidad de esquizofrenia y abuso y dependencia de sustancias en la población de pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

ESPECIFICOS:

1. Identificar el tipo de sustancias de abuso y dependencia que utilizaron los pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia.
2. Identificar la relación del tipo de sustancias de abuso y dependencia con los subtipos de esquizofrenia.

7. HIPOTESIS:

1. La frecuencia de comorbilidad de esquizofrenia y abuso y dependencia de sustancias en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" es más elevada de lo que se ha considerado anteriormente, 19.1% presentaron esquizofrenia y con antecedentes de abuso de sustancias 4.8% y con antecedentes de trastorno por alcohol 4%, pero nosotros consideramos que ocupa alrededor del 50% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentran hospitalizados.
2. El tipo de sustancias que utilizan los pacientes esquizofrénicos está relacionado al subtipo de esquizofrenia, la sintomatología y características demográficas de los pacientes.

8. METODOLOGÍA:

8.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio transversal de tipo descriptivo y observacional.

8.2 UNIVERSO DE ESTUDIO:

Pacientes hospitalizados en el servicio de hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

8.3 MUESTRA:

Se tomaron en cuenta los siguientes parámetros para la selección de la muestra:

- a) Frecuencia de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el servicio de hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".
- b) Frecuencia de pacientes con abuso y dependencia de sustancias en el servicio de hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".
- c) Frecuencia de comorbilidad de esquizofrenia y abuso y dependencia de sustancias registrados en la literatura mundial.

El tamaño de la muestra se calculó en base a la tabla de proporciones con un valor aproximado de $P = 0.30$ (30%), con una precisión de 0.20 (20%) obteniéndose una muestra de 59 pacientes, aunque en este estudio se pudo obtener una muestra de 82 pacientes.¹⁹

8.4 CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Pacientes de ambos sexos.
2. Con edad entre 18 y 55 años.
3. Que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM III-R y CIE-10 para esquizofrenia.
4. Que no presentaron enfermedad física corroborada por examen clínico y de laboratorio.

8.5 CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes que presentaron un brote psicótico grave que impidió la entrevista.
2. Negación a participar en el estudio.

8.6 INSTRUMENTOS:

La Entrevista de Diagnóstico Internacional compuesta (CIDI), fue realizada en demanda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Administración Norteamericana de Salud Mental para instrumentos de valoración psiquiátrica para Abuso de Drogas y Alcohol (ADAMHA). La CIDI es completamente estructurada para permitir una entrevista laica totalmente y anotar un diagnóstico por computadora. Un Módulo de Abuso de Substancia especial abarca sobre tabaco, alcohol, y otro tipo de abusos de drogas en detalle, permitiendo la valoración de la calidad y severidad de la dependencia y su curso. En 1979 la OMS y la División de Salud Mental de la ADAMHA acordaron unir su esfuerzo, en forma cooperativa, para una revisión mundial y valoración científica del estado de abuso de alcohol, drogas, y diagnóstico de los trastornos mentales y su clasificación. La primera fase, en 1980-1981, se consagró a la preparación de material de la posición y revisiones por grupos de expertos. La segunda fase, en 1981-1982, cubrió la preparación y convenio de una Conferencia Internacional de Diagnóstico y Clasificación de Trastornos Mentales y los problemas relacionados a alcohol y drogas.

En la tercera fase del proyecto que empezó en 1982 y todavía está activa, se formó una tarea en Instrumentos de Diagnóstico para desarrollar entrevistas de diagnóstico que serían basadas en las definiciones de diagnóstico ampliamente aceptadas como criterio, como la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el DSM-III R de la Asociación Psiquiátrica Americana, el Examen del Estado Actual (PSE) sistema CATEGO y otros. Los esfuerzos expusieron el desarrollo de dos instrumentos; uno pensado principalmente para los

estudios de muestras clínicas, las Escalas para la Valoración Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN), y otro principalmente para los estudios en la población general, el CIDI.³² La CIDI fue diseñada para poder ser utilizada en diversas culturas y actualmente esta traducida y adaptada a 16 idiomas, se utiliza en la actualidad para estudios epidemiológicos de los trastornos mentales, de uso clínico diagnóstico y de investigación. Las correcciones y adaptaciones finales se realizaron y la versión en español se adaptó de la elaborada en 1990.

8.7 PROCEDIMIENTO:

Se consideró para este estudio a la población de pacientes hospitalizados en el servicio de hospitalización continua y en quienes se había diagnosticado esquizofrenia al momento de su ingreso, enseguida se les explicó el motivo de estudio y se procedió a la aplicación de la CIDI para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia y obtener la frecuencia de abuso y dependencia de sustancias.

El consentimiento para la aplicación de la CIDI a los pacientes se realizó posteriormente a haber hablado con el paciente y explicado el motivo del estudio conjuntamente con los familiares.

La aplicación del instrumento a los pacientes fue realizada por el residente en Psiquiatría titular del estudio.

Después de un periodo de entrenamiento en la aplicación del instrumento, se aplicó la entrevista a un grupo piloto de 10 pacientes.

Después de haber aplicado los instrumentos, éstos se vaciaron en una base de datos para dicho instrumento de donde se obtuvieron los resultados para su análisis.

8.8 ANALISIS ESTADISTICO:

Para el análisis estadístico de los resultados arrojados por la CIDI se utilizó el Sistema Estadístico Para las Ciencias Sociales (SPSS) en un programa computarizado para el análisis de los datos en donde se obtuvieron los promedios y frecuencias de los resultados.

Se presentan los resultados de las variables como frecuencias o promedios y las variables que se cruzaron para este estudio fueron:

1. Tipo de esquizofrenia por sexo.
2. Tipo de esquizofrenia por rangos de edad.
3. Abuso y Dependencia de alcohol por rangos de edad y sexo.
4. Tipo de esquizofrenia y abuso y dependencia de alcohol por rangos de edad y sexo.

9. ANALISIS DE LOS DATOS:

El análisis para este estudio se realizó por medio de la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI). Mediante la cual se obtuvieron los diagnósticos según el DSM III-R y el CIE-10. Posteriormente se consideraron solamente los pacientes de ambos sexos y que presentaron el diagnóstico de esquizofrenia, se analizaron las variables para obtener las frecuencias y porcentajes para los grupos de edad, sexo y a su vez se hicieron recodificaciones para la clasificación de escolaridad, edad, ocupación, estado civil, tiempo de evolución del padecimiento y número de internamientos, obteniendo las frecuencias y porcentajes.

9.1 ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de ambos sexos.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Frecuencia de la comorbilidad de Esquizofrenia y Abuso y Dependencia de sustancias.

Relación del tipo de sustancias y características de los pacientes con esquizofrenia.

9.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de ambos sexos:

Son los pacientes de sexo masculinos y femeninos entre 18 y 55 años de edad que se hospitalizaron y a quienes en ese momento se les ha diagnosticado algún tipo de esquizofrenia según el DSM-III-R o CIE-10.^{10, 33}

Frecuencia de la comorbilidad de Esquizofrenia y Abuso y Dependencia de sustancias:

Es la proporción de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y con antecedentes de Abuso y dependencia de sustancias que se encontraron en ese momento hospitalizados en el mismo periodo de tiempo.

Relación del tipo de sustancias y características de los pacientes con esquizofrenia:

Es la relación que se obtuvo entre el tipo de sustancias ingeridas por los pacientes esquizofrénicos y los datos demográficos y clínicos obtenidos en la CIDI y que se analizaron en una base de datos sistematizada del mismo instrumento.

9.3 ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES:

Abuso de sustancias: Se considerará en base a los criterios propuestos por el DSM-III R y CIE-10 para este concepto y que son los mismos que se utilizaron en la CIDI.

Esquizofrenia: Fueron los pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-III R y CIE-10 y que son los que utiliza también la CIDI.

Comorbilidad: Es la presencia del diagnóstico de Esquizofrenia en pacientes que también cumplen el criterio diagnóstico de Abuso y Dependencia de sustancias.

Frecuencia : Es la proporción de pacientes con comorbilidad de Esquizofrenia y Abuso y Dependencia de sustancias, de primera vez y subsecuentes que se encontraron en ese momento hospitalizados.

10. RESULTADOS:

SOCIODEMOGRAFICOS:

En el estudio que se realizó se analizaron un total de 82 pacientes (N=82), de los cuales 59 (72%) fueron *hombres* y 23 (28%) eran *mujeres*, el rango de edad para el total de la muestra fue de 17 a 55 años, la media de edad para los hombres fue de 33.0 y para las mujeres de 34.8 con un promedio global de 33.4 del total de la muestra; el rango de edad del total de la muestra de *mayor frecuencia* fue el de 26 a 35 años con un 37.8% y el de *menor frecuencia* fue el de 45 a 55 años con un 18.3% (tabla 1); la *media* de escolaridad para los hombres fue de 2.6 años de estudio y en las mujeres fue de 2.43 años de estudio; la mayor frecuencia de nivel de escolaridad en los hombres fue de preparatoria y licenciatura ambos con un 28.8% y la menor frecuencia fue de primaria con un 18.6%, seguido del nivel secundaria con un 23.7%, en las mujeres la frecuencia mayor de nivel de escolaridad fue de preparatoria con un 30.4%, y las de menor frecuencia fueron de nivel licenciatura y postgrado siendo de 13% y 4.3% respectivamente, y finalmente la frecuencia de nivel primaria y secundaria fue de 26.1% para ambas (tabla 2). En lo que respecta al estado civil, en el grupo de los hombres el 84.7% fueron solteros, 8.5% eran casados o vivían en unión libre, y 6.8% eran separados o divorciados; en el grupo de las mujeres el 34.8% fueron solteras, 34.8% fueron casadas o vivían en unión libre, 30.4% eran separadas, divorciadas o viudas (tabla 3); en cuanto a la ocupación se destacó que en el grupo de hombres el 55.9% fueron desempleados y en el grupo de mujeres el 47.9 fueron desempleadas (tabla 4).

COMORBILIDAD:

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA:

En los diagnósticos de *esquizofrenia*, con respecto a los subtipos, en el total de la muestra se encontró que 62 (75.6%) de los pacientes presentaron el tipo *Paranoide*, 14 (17.1%) fue *Indiferenciada*, 5 (6.1%) *Desorganizada* y 1 (1.2%) fue *Residual*; en el grupo de *hombres* 42 (71.2%) fue *Paranoide*, 5 (8.5%) *Desorganizada*, 11 (18.6%) *Indiferenciada* y 1 (1.7%) *Residual*; en el grupo de *mujeres* 20 (87%) fue *Paranoide* y 3 (13%) *Indiferenciada*; por rangos de edad en el grupo de *hombres* el rango con mayor frecuencia que presentó algún tipo de esquizofrenia fue el de 26 a 35 años con un 44.1% y en el grupo de *mujeres* el rango que presentó con mayor frecuencia algún tipo de esquizofrenia fue el de 36 a 45 años con un 47.8% del total de los casos para ese grupo (tabla 5 y 6).

ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL:

En los diagnósticos de *abuso y dependencia de Alcohol* en el grupo de los *hombres* 59 (72%), se encontró que 1 (1.7%) tuvo *abuso* de alcohol, 26 (44.1%) presentó *dependencia* al alcohol y 32 (54.2%) no tuvieron ninguna de las dos variantes; en el grupo de las *mujeres* 23 (28%), se encontró que 3 (13%) presentaron *dependencia* y 20 (87%) no tuvo *ninguna* de las variantes (tabla 7); por rangos de edad se observó que en los *hombres* de 26 a 35 años tuvieron la mayor frecuencia de *dependencia* con 12 pacientes que representan el 44.4% de los hombres con *dependencia*, en el grupo de *mujeres* solo se presentaron 3 casos de *dependencia*

correspondiendo a los tres primeros rangos de edad, siendo del 33.3% para cada uno de los casos (tabla 8).

ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUBSTANCIAS:

En los diagnósticos de *abuso de sustancias* se encontró en el grupo de *hombres*, el *abuso de sustancias* en forma global fue de 9 (15.3%) de los pacientes esquizofrénicos, y en el grupo de *mujeres* 2 (8.6%) presentaron *abuso a las sustancias* (tabla 9); en el grupo de *hombres* la *dependencia* a las *sustancias* fue de 28 (47.5%) pacientes para las diferentes sustancias, siendo la más frecuente cannabis 17 (28.8%); en el grupo de *mujeres* la *dependencia* se presentó en 4 (17.3%) para cannabis, sedantes e inhalantes solamente siendo la de *mayor frecuencia* los sedantes con 2(8.7%) de las pacientes (tabla 10); en cuanto al *abuso* de sustancias por *rango* de edad en los *hombres*, se encontraron que en los dos primeros rangos de 17 a 25 y de 26 a 35 años se presentaron la mayor frecuencia siendo para cada uno un total de 3 pacientes con distintas sustancias de abuso y que representan para cada rango el 33.3% de los hombres que tuvieron abuso, en el grupo de las *mujeres* solo se presentaron dos pacientes con *abuso* las cuales una perteneció al rango de 26 a 35 años y la otra de 36 a 45 años siendo para cada una el 50% de las pacientes que abusaron de sustancias en forma respectiva (tablas 11 y 12); en cuanto a la *dependencia* en el grupo de *hombres* por *rango* de edad se observó que el 53.6% de los pacientes que tuvieron dependencia se encontraron en el rango de 26 a 35 años en las diferentes sustancias y la sustancia que con mayor frecuencia se consumió por todos los rangos de edad fue *cannabis* con un 62.9% del total de pacientes que tuvieron dependencia a sustancias (tabla 13); en el grupo

de *mujeres* por *rango* de edad, 2 (50%) de las mujeres con dependencia se encontró en el rango de 36 a 45 años de un total de 4 mujeres con dependencia y siendo los *sedantes* la sustancia con mayor frecuencia con un 50% (tabla 14).

ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL POR TIPO DE ESQUIZOFRENIA:

En los pacientes que presentaron *abuso de alcohol* en *hombres* el tipo de esquizofrenia fue la *paranoide* que se presentó en un paciente, y con *dependencia* fueron 20 pacientes haciendo un total de 77.8% de tipo *Paranoide* para ambos tipos de uso de alcohol, 1(3.7%) con esquizofrenia *Desorganizada* y 5 (18.5%) *Indiferenciada*; en el grupo de *mujeres* solo se presentó por *dependencia al alcohol* 2 casos que representaron el 66.7% de tipo *Paranoide* y 1(33.3%) de *Indiferenciada* (tabla 15).

ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUBSTANCIAS POR TIPO DE ESQUIZOFRENIA:

En el grupo de *hombres* se encontró en los pacientes con *abuso a sustancias* 4 (44.4%) fue *Paranoide* y 3 (33.3%) fue *Indiferenciada*; 2 (22.2%) *Desorganizada* en las diferentes sustancias; en el grupo de las *mujeres* se presentó 1 (50%) *Paranoide* para *abuso* de sedantes y 1 (50%) *Indiferenciada* para abuso de cocaína (tabla 16 y 17); en el grupo de *hombres* la *dependencia a sustancias* se presentó en *Paranoides* 22 (78.5%), para el tipo *Desorganizada* 1 (3.6%), y del tipo *Indiferenciada* se presentaron 5 casos que representó el 17.9% de los tipos de

esquizofrenia en las diversas sustancias de dependencia (tabla 18); en el grupo de *mujeres* la *dependencia a sustancias* se presentó en 4 pacientes con diversas sustancias y fueron del tipo Paranoide representando el 100% de las pacientes con dependencia (tabla 19).

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA:

En cuanto al tiempo de *evolución* que los pacientes tenían de padecer *esquizofrenia* en los hombres fue un promedio de 11.7 años y en las mujeres fue de 8.5 años (tabla 20).

NUMERO DE HOSPITALIZACIONES:

El rango de *Internamientos* para el grupo de *hombres* con mayor porcentaje fue el de 1 a 3 Internamientos en 37 (62.7%) de los pacientes, y para el grupo de *mujeres* fue en 16 (69.4%) de las pacientes (tabla 21).

11. DISCUSION:

En el presente estudio se pudo comparar los resultados con los datos registrados en otras investigaciones. Con respecto a algunos *datos demográficos* obtenidos se observó que el *rango* de edad de mayor frecuencia para la enfermedad de *esquizofrenia* es muy similar a la referida en la literatura siendo en este estudio el de *26 a 35 años* que correspondió al 37.8% alejándose la frecuencia en el rango de mayor edad; relacionado al nivel de *escolaridad* cabe destacar que un poco más de la mitad de los pacientes había alcanzado un nivel de preparatoria y licenciatura, lo que confirma algunas observaciones al respecto, ya que se dice que los pacientes antes de enfermar han tenido un nivel intelectual mayor que después de que empieza el padecimiento; al analizar los aspectos que nos hablan de las grandes consecuencias *sociales* que conlleva la *esquizofrenia*, se evidencia el importante daño al principal núcleo de la sociedad, la "*familia*" que en este estudio se observó al respecto al observar el *estado civil*, siendo frecuente el número de *solteros* 70% y un 15% de pacientes *divorciados o separados*, por otro lado el desempleo se presento en este estudio en más de la mitad de los pacientes, lo que finalmente habla de ese deterioro ya que no se cumplen las etapas normales del desarrollo de la familia. Con respecto al *subtipo de esquizofrenia* predominó la *paranoide*, y dentro del rango de edad de 26 a 35 años como es también reportado en la literatura.

En referencia al *abuso y dependencia* de alcohol existieron diferencias en el grupo de hombres y mujeres, siendo con mayor frecuencia en los hombres 45.8% a diferencia de las mujeres que fue de 13%, y en forma global es muy similar a lo referido en otras investigaciones que hablan de un *30 a 50%* que cumplen los

criterios de *abuso o dependencia* al alcohol; en lo que respecta a *cannabis*, alrededor del 25% de los pacientes presentó abuso o dependencia lo que también es muy similar a lo reportado por otras investigaciones (15 -25%); pero para *cocaína* el consumo se presentó en un 1.2% y en relación de lo reportado (5 a 10%) fue diferente, aunque cabe señalar que del total de la muestra 15 (18%) pacientes tuvieron contacto por lo menos en 5 ocasiones con la cocaína, aunque por sus características de consumo no se diagnosticó *abuso o dependencia*, más sin embargo pudiera ser que esté relacionado al tiempo de inicio, la edad ú otras circunstancias que salen de nuestro alcance.

La *comorbilidad* más frecuente encontrada en este estudio con respecto al tipo de *esquizofrenia* fue con la *Paranoide* con un 28% con *abuso o dependencia al alcohol*, y con respecto al *abuso o dependencia de sustancias* fue de 37% para ese mismo subtipo, lo que nos hace pensar, que esto pueda tener relación a la sintomatología que caracteriza al paciente con dicho subtipo y que va en relación a lo descrito por la literatura, parece que "*alivia*" la *tensión y la ansiedad*, e *impulsa* a la persona a "*descargar esa tensión*" consumiendo alguna sustancia, llamese alcohol, *cannabis* o *cocaína*, etc.

12. CONCLUSIONES:

En este estudio podemos concluir con las siguientes consideraciones:

1. Los pacientes con esquizofrenia tienen un alto riesgo para presentar abuso o dependencia a alguna o varias de las sustancias psicoactivas a diferencia de la población general.
2. En el grupo de hombres el abuso o dependencia al alcohol se presenta con mayor frecuencia que las mujeres, siendo éste de alrededor de 45% al igual que lo reportado en otros estudios, recordando también que el consumo de alcohol por esta población es mayor al de la población general masculina.
3. El abuso o dependencia a sustancias se presenta con mayor frecuencia en el grupo de hombres respecto a las mujeres en un 62% para ese grupo. El consumo en la población general en lo que respecta al alcohol en hombres es de 50% y en mujeres un 33%; respecto al consumo de alcohol en pacientes esquizofrénicos del 30 al 50% cumplen criterios de abuso, y en un 52% por abuso de sustancias.
4. Considerando cualquier tipo de dependencia (alcohol o sustancias), el grupo de los hombres presentó una alta frecuencia a estos rubros, con un 91.5% de dependencia a alguna sustancia.
5. Considerando el total de la muestra, 74% de los pacientes esquizofrénicos presentó algún tipo de dependencia a sustancias o alcohol, lo que habla de la importancia de diagnosticar la comorbilidad para un manejo integral que mejore el pronóstico de estos pacientes.
6. La incapacidad laboral, el desempleo elevado (53%), el abandono escolar y profesional (relacionado al desempleo), y el estado civil (84% solteros, separados o divorciados) hablan del deterioro social que este grupo de personas tiene y que repercute más cuando se agrega el problema del abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.

13. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES:

En este estudio debemos de enfatizar nuevamente el hecho de que la muestra de pacientes no estuvo apareada por sexo, existiendo una gran diferencia en la proporción de hombres que de mujeres. Este sesgo impidió hacer comparaciones por género en algunas variables. En cuanto al tamaño de la muestra y a los rangos de edad, estos sólo pudieron ser captados por un solo entrevistador, por lo que consideramos que fue una limitante para el apareamiento de la muestra.

En cuanto al análisis estadístico, otra limitante que se pudo observar, fue el no poder deducir en base a la correlación de las variables; tiempo de evolución de la esquizofrenia y tiempo de evolución de abuso o dependencia de las sustancias, ya que no se contaba con una variable única de consumo de abuso o dependencia de sustancias, llámese alcohol o drogas, debido a que el instrumento nos da resultados por separado para cada tipo de sustancia, al igual que para la variable de abuso o dependencia. Sería recomendable que para posteriores estudios se pudiese agrupar en una sola variable la dependencia o el abuso de sustancias, con la finalidad de poder hacer correlaciones, ya que desde nuestro punto de vista lo importante es que se tiene una dependencia o abuso marcado a alguna sustancia.

14. TABLAS:

EDAD POR RANGOS Y POR SEXO

TABLA 1

HOMBRES (N=59) MUJERES (N=23) GLOBAL (N=82)

RANGOS	N	%	N	%	TOTAL %	TOTAL N
17-25	16	19.5	4	4.9	24.4	20
26-35	27	32.9	4	4.9	37.8	31
36-44	4	4.9	12	14.6	19.5	16
45-55	12	14.6	3	3.7	18.3	15
TOTAL	59	72	23	28	100	82

ESCOLARIDAD POR SEXO

TABLA 2

**HOMBRES
(N=59)**

**MUJERES
(N=23)**

ESCOLARIDAD	N	%	N	%
PRIMARIA	11	18.6	6	26.1
SECUNDARIA	14	23.7	6	26.1
PREPARATORIA	17	28.8	7	30.4
LICENCIATURA	17	28.8	3	13.0
POSTGRADO	-	-	1	4.3

ESTADO CIVIL POR SEXO

TABLA 3

ESTADO CIVIL	HOMBRES (N=59)		MUJERES (N=23)		GLOBAL (N=82)	
	N	%	N	%	N	%
SOLTERO	50	84.7	8	34.8	58	70.7
CASADO / U. LIBRE	5	8.5	8	34.8	13	15.9
DIVOR./ SEPA/ VDO.	4	6.8	7	30.4	11	13.4
	59	100	23	100	82	100

TIPO DE OCUPACION POR SEXO

TABLA 4

HOMBRES **MUJERES**
(N=59) **(N=23)**

OCUPACION	N	%	N	%
CAMPESINO	1	1.7	-	-
OBRERO	3	5.1	1	4.3
EMPLEADO	6	10.1	2	8.7
COMERCIANTE	3	5.1	3	13
JUBILADO/PENSIONADO	2	3.4	-	-
TRABA.CTA. PROPIA	8	13.6	5	21.8
PROFESIONISTA	3	5.1	1	4.3
DESEMPLEADO	33	55.9	11	47.9

ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL POR RANGO Y SEXO

TABLA 8 HOMBRES (N=59)

MUJERES (N=23)

RANGOS	ABUSO	DEPENDENCIA	%	ABUSO	DEPENDENCIA	%
17-25	-	6	22.2	-	1	33.3
26-35	-	12	44.4	-	1	33.3
36-45	1	1	7.4	-	1	33.3
45-55	-	7	25.9	-	-	-

ABUSO DE SUSTANCIAS POR SEXO

TABLA 9

HOMBRES (N=59)

MUJERES (N=23)

SUSTANCIAS	N	%	N	%
CANNABIS	2	3.4	-	-
ANFETAMINAS	1	1.7	-	-
SEDANTES	3	5.1	1	4.3
OPIODES	1	1.7	-	-
INHALANTES	1	1.7	-	-
COCAINA	-	-	1	4.3
SUST. NO ESP.	1	1.7	-	-
TOTAL	9	15.3	2	8.6
NO CONSUME	50	84.7	21	91.3
GLOBAL	59	100	23	100

DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS POR SEXO

TABLA 10 HOMBRES (N=59) MUJERES (N=23)

SUSTANCIAS	N	%	N	%
CANNABIS	17	28.8	1	43.
ANFETAMINAS	1	1.7	-	-
SEDANTES	8	13.6	2	8.7
INHALANTES	1	1.7	-	-
SUST. NO ESP.	1	1.7	1	4.3
TOTAL	28	47.5	4	17.3
NO CONSUME	31	52.5	19	82.6
GLOBAL	59	100	23	100

ABUSO DE SUSTANCIAS POR RANGO DE EDAD HOMBRES(N=59)

TABLA 11

RANGO	CANNABIS	ANFETAMINAS	SEDANTES	INHALANTES	OPIOIDES	SUB. NO ESP.	%
17-25	1	-	2	-	-	-	33.3
26-35	-	-	1	-	1	1	33.3
36-45	-	1	-	1	-	-	22.2
45-55	1	-	-	-	-	-	11.1

**ABUSO DE SUSTANCIAS POR RANGO DE EDAD
MUJERES (N=23)**

TABLA 12

RANGO	CANNABIS	ANFETAMINAS	SEDANTES	COCAINA	SUB. NO ESP.	%
17-25	-	-	-	-	-	-
26-35	-	-	1	-	-	50
36-45	-	-	-	1	-	50
45-55	-	-	-	-	-	-

**DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS POR RANGO DE EDAD
HOMBRES(N=59)**

TABLA 13

RANGO	CANNABIS	ANFETAMINAS	SEDANTES	INHALANTES	SUB. NO ESP.	%
17-25	5	-	-	1	-	21.4
26-35	7	1	6	-	-	53.6
36-45	2	-	-	-	-	7.1
45-55	3	-	2	-	-	17.9
%	62.9	3.7	29.6	3.7		

**DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS POR RANGO DE EDAD
MUJERES (N=23)**

TABLA 14

RANGOS	CANNABIS	ANFETAMINAS	SEDANTES	INHALANTES	SUB. NO ESP.	%
17-25	1	-	-	-	-	25
26-35	-	-	-	-	1	25
36-45	-	-	2	-	-	50
45-55	-	-	-	-	-	
%	25		50		25	

TIPO DE ESQUIZOFRENIA Y ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL POR SEXO

TABLA 15 HOMBRES (N=59) MUJERES (N=23)

TIPO	ABUSO	DEPENDENCIA	%	ABUSO	DEPENDENCIA	%
PARAN.	1	20	77.8	-	2	66.7
DESORG.	-	1	3.7	-	-	-
INDIFER.	-	5	18.5	-	1	33.3

**TIPO DE ESQUIZOFRENIA Y ABUSO DE SUSTANCIAS
HOMBRES (N=59)**

TABLA 16

TIPO	CANNABIS	ANFETAMINAS	OPIACIOS	SEDANTES	INHALANTES	SUB. NO ESP.	%
PARANOIDE	1	1	-	2	-	-	44.4
DESORGANIZADA	-	-	1	-	-	1	22.2
INDIFERENCIADA	1	-	-	1	1	-	33.3

**TIPO DE ESQUIZOFRENIA Y ABUSO DE SUSTANCIAS
MUJERES (N=23)**

TABLA 17

TIPO	CANNABIS	ANFETAMINAS	SEDANTES	COCAINA	SUB. NO ESP.	%
PARANOIDE	-	-	1	-	-	50
DESORGANIZADA	-	-	-	-	-	-
INDIFERENCIADA	-	-	-	1	-	50

**TIPO DE ESQUIZOFRENIA Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
HOMBRES (N=59)**

TABLA 18

TIPO	CANNABIS	ANFETAMINAS	SEDANTES	INHALANTES	SUB. NO ESP.	%
PARANOIDE	13	1	6	1	1	78.5
DESORGANI ZADA	1	-	-	-	-	3.6
INDIFEREN CIADA	3	-	2	-	-	17.9

**TIPO DE ESQUIZOFRENIA Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
MUJERES (N=23)**

TABLA 19

TIPO	CANNABIS	ANFETAMININAS	SEDANTES	INHALANTES	SUB. NO ESP.	%
PARANOIDE	1	-	2	-	1	100
DESORGANI ZADA	-	-	-	-	-	-
INDIFEREN CIADA	-	-	-	-	-	-

**TIEMPO DE EVOLUCION DEL DIAGNOSTICO
POR SEXO**

TABLA 20

SEXO	AÑOS
HOMBRES	11.7
MUJERES	8.5

**NUMERO DE INTERNAMIENTOS POR RANGOS
Y SEXO**

TABLA 21 HOMBRES MUJERES
(N=59) (N=23)

RANGO INT.	N	%	N	%
1 - 3	37	62.7	16	69.4
4 - 6	10	16.9	5	21.8
7 - 9	9	15.3	2	8.8
14 - 16	3	5.1	-	-
TOTAL	59	100	23	100

14. Bibliografía:

1. Kaplan H, y cols. :Sinopsis de Psiquiatría. 7ª ed., Panamericana 1996: 471-500
2. Bleuler E: Demencia Precoz. 2a ed., Lumen 1993: 9-239
3. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson 1988: 201-240
4. Dirección General de Epidemiología S.S.A: Encuesta Nacional de Adicciones: 1993: 21-69
5. Rico H. y cols. : Frecuencia de Diagnósticos en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Psiquis (México) 1997; 6 (6): 135-140
6. Caraveo AJ y cols. : La Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en la Población Mexicana. Salud Mental. 1996; 19 (Suplemento Abril): 8-12
7. Nace EP y cols. : Axis II Comorbidity in Substance Abusers. American Journal Psychiatry 1991; 148 (1): 118-120
8. Brady K y cols. : Cocaine Abuse Among Schizophrenic Patients. American Journal Psychiatry 1990; 147 (9): 1164-1167
9. Franklin R. Y cols. : A Review of Psychoactive Substance Use and Abuse in Schizophrenia 1987; 175 (11): 641-652

10. De la Parra CA y cols. : Características Psicosociales de Pacientes Crónicos Hospitalizados. Salud Pública de México 1983; 25 (161): 161-172
11. Caraveo AJ y cols. : Encuesta nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados. Salud Mental 1995; 18 (4): 1-9
12. Dixon L y cols. : Drug Abuse in Schizophrenic Patients: Clinical Correlates and Reasons for Use. Am. J. Psychiatry 1991; 148 (2): 224-230
13. Díaz LR y cols. : El Consumo de Alcohol en la Población Psiquiátrica. Anales del Insituto Mexicano de Psiquiatría 1992: 108-116
14. Salín RJ y cols. : Aspectos Neurobiológicos de la Adicción a las Drogas. Psiquis (México) 1994; 3 (6): 137-150
15. David J y cols. : A Prospective Study of Integrated Outpatient Treatment for Substance-Abusing Schizophrenic Patients. The American Journal on Addictions 1995; 4 (1): 33-42
16. Valencia M y cols. : Dieciocho meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia. Salud Pública de México 1994; 36 (6): 662-669
17. Volavka J y cols. : History of Violent Behaviour and Schizophrenia in Different Cultures. The Journal of Psychiatry 1997; 171: 9-14
18. Tapia R y cols. : La Encuesta Nacional de Adicciones en México. Salud Pública de México 1990; 32 (5): 507-522

19. Cañedo DL, y cols. : Principios de Investigación Médica. Primera reimpression , Libro editado por el DIF 1980: 391- 404
20. Torner C, y cols. : Diferencias debidas al sexo en esquizofrenia. Reporte preliminar de la experiencia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Psiquis (México) 1993; 2(4): 96-99
21. De la Fuente R y cols. : Consideraciones sobre los problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo: el caso de México. Salud Mental 1990; 13 (3): 1-7
22. Pustilnik PS y cols. : Expresividad emotiva y esquizofrenia. Influencia de la familia en el curso de la enfermedad. Salud Mental 1990; 13 (3): 45-49
23. Diaz LR y cols. : Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. Rev. Fac. Med. UNAM 1998; 41 (2): 51-59
24. Herrera M y cols. : Comorbilidad en pacientes que abusan de solventes industriales. Psiquis (México) 1995; 4 (6): 112-115
25. Galindo G y cols. : Estudio del paciente esquizofrénico por medio de una metodología neuropsicológica dinámica. Salud Mental 1995; 18 (3): 1-12
26. Crow TJ y cols.: Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process ?. British Medical Journal 1980; 280: 66-68
27. Cannon Spoor E y cols.: Measurement of premorbid adjustment in chronics schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1982; 8: 470-484

28. López M y cols. : Estudio de traducción y validación de la Escala de Ajuste Premórbido para Pacientes con Esquizofrenia. Salud Mental 1996; 19 (supl. Oct.): 24-29
29. Richard K and cols. : Managing Disability Benefits as Part of Treatment for persons With Severe Mental Illness and Comorbid Drug/ Alcohol Disorders. The American Journal on Addictions 1997; 6 (4): 330-339
30. Kevin L, and cols. : Substance Abuse and Psychiatric Illnes. The American Journal on Addictions 1995; 4 (1): 60-69
31. Richard K, y cols. : Managing Disability Benefits as Part of Treatment for Persons With Severe Mental Illness and Comorbid Drug/ Alcohol Disorders. The American Journal on Addictions 1997; 6 (4): 330-339
32. Robins LN, and cols. : The Composite International Diagnostic Interview. Archives Generals The Psychiatry 1988; 45(12): 1069-1077
33. Clasificación Internacional de las Enfermedades Decima revisión.
34. Díaz LR. Comorbilidad Psiquiátrica: Consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. Consejo Nacional Contra las Adicciones 1994: 100-105