

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

“Frecuencia de dependencia a la nicotina en pacientes con trastornos mentales con episodio agudo en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS”

TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

JIMÉNEZ MÉNDEZ CIRENIA

Tutor teórico
Dr. José Francisco Ángel Mendoza García
Psiquiatría
Hospital Regional de Psiquiatría Unidad
Morelos. IMSS.

Tutor metodológico
Dra. María del Carmen Flores Miranda
Psiquiatría
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Subirán.

FEBRERO 2008



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.

INDICE.

Resumen e Introducción.....	2
Marco teórico.....	3
Planteamiento del problema.....	12
Variables.....	13
Material y métodos.....	16
Análisis estadístico.....	17
Resultados.....	18
Discusión.....	21
Conclusiones.....	22
Referencias bibliográficas.....	23
Anexos.....	25

“FRECUENCIA DE DEPENDENCIA A NICOTINA EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES CON EPISODIO AGUDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA UNIDAD MORELOS DEL IMSS”

AUTOR: Dra Cirenía Jiménez Méndez. Médico Residente de Cuarto Año de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Teléfono del lugar de trabajo: 57 81 75 61 o 55 77 44 19 extensión 115-6. Correo electrónico: cireni2a@yahoo.com

RESUMEN.

Objetivo: Determinar la frecuencia de dependencia a la nicotina en pacientes hospitalizados con trastornos mentales con episodios agudos en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS.

Método: se evaluaron a 75 pacientes derechohabientes entre 18 a 65 años del 30 de noviembre del 2007 al 1 de enero del 2008, que cursaron con trastorno mental, de acuerdo a los criterios diagnósticos de la CIE-10, que ameritaron atención intrahospitalaria en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS, se les aplicó el Cuestionario de Fargestrom para determinar la dependencia a la nicotina.

Análisis estadístico: análisis descriptivo y chi cuadrada.

Resultados: ingresaron a 75 pacientes, y se excluyeron a 4 de ellos, aplicando el Cuestionario de Fargestrom a 71, de éstos: 32 (45.07%) presentaron dependencia a la nicotina y 39 (54.92%) no presentaron dependencia a la nicotina. De acuerdo al puntaje total del cuestionario se encontró que el 34.37% tienen “muy baja dependencia a la nicotina”. En cuanto al género de los pacientes evaluados con dependencia a la nicotina no hubo diferencia de porcentajes; respecto al grupo de edad, entre 40 a 49 años tuvo un porcentaje de 34.37%, con educación media en un 25%, solteros en el 50%. En relación al análisis de asociación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: en nuestro estudio se utilizó el concepto de dependencia a la nicotina a diferencia de la literatura internacional, donde consideran otras definiciones; aún con dicha observación, en esta y otras investigaciones se ha reportado que existe mayor consumo a la nicotina en pacientes con trastornos psicóticos que en pacientes con trastornos no psicóticos. En el análisis de chi cuadrada no se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa. Este estudio puede formar parte del inicio de investigaciones a futuro de la dependencia a la nicotina en la población psiquiátrica de México.

INTRODUCCIÓN.

Al evaluar al paciente con trastorno mental en la mayoría de las ocasiones soslayamos el diagnóstico de dependencia a la nicotina, siendo que esta adicción se puede encontrar en comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresión y trastornos psicóticos. El uso continuo de nicotina se considera una forma de automedicación en las enfermedades psiquiátricas, la nicotina mejora el estado de ánimo, disminuye la ansiedad, mejora algunas funciones cognitivas, proporciona relajación; en los trastornos psicóticos la nicotina puede ser usada para el alivio de síntomas negativos o atenuar el efecto extrapiramidal de los medicamentos

antipsicóticos; pero las secuelas físicas de dicha adicción son graves llevando al paciente hasta la muerte, por lo que es importante el tratamiento para los trastornos afectivos y psicóticos que se pueden encontrar detrás de la dependencia a la nicotina.

Este estudio se realiza con el objetivo de conocer la frecuencia de dependencia a la nicotina en pacientes con trastornos mentales, ya que se ha encontrado que la dependencia a la nicotina es mayor que en la población general, además que en los pacientes psicóticos tienen mayor prevalencia de dependencia que en los pacientes con trastornos afectivos. Se espera en este estudio que en la población del Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS se encuentren los resultados similares que en la literatura.

MARCO TEÓRICO.

La nicotina es una sustancia incolora que se torna café al exponerse al aire, fue aislada en 1828. Es un alcaloide, que posee la cualidad de licuarse espontáneamente en condiciones naturales lo cual facilita su rápida absorción por la piel, mucosas y tracto digestivo. Una aspiración o "puff" del humo de cigarrillo, logra niveles medibles de nicotina en el cerebro en segundos después de la inhalación, y aproximadamente 10 aspiraciones logran un cambio significativo de la función cerebral o conductual. Después de la ingestión, el nivel de concentración en el plasma es de 25 a 60 ng/ml, con una vida media de 30 a 120 minutos. Luego de haber fumado en el día y pasar una noche sin consumir, los niveles de nicotina en la mañana siguiente son de 5 a 10 ng/ml. Se ha demostrado que existen variaciones étnicas significativas en la velocidad de metabolizar la nicotina y la concentración de su metabolito, lo cual puede determinar una biotransformación más lenta e indirectamente un aumento en la cantidad de cigarrillos consumidos, en especial en los individuos afroamericanos. Esta metabolización más lenta significa un mayor riesgo para el desarrollo de complicaciones médicas graves como el desarrollo de cáncer. (1)

La nicotina tiene efectos periféricos y centrales. Los efectos periféricos, como la inhibición de la contracción gástrica, el aumento de la frecuencia cardíaca, la liberación periférica de noradrenalina, etc., no parecen desempeñar un papel importante en el efecto reforzador de la nicotina. A nivel central estimula la liberación de sustancias hormonales, aumenta los niveles plasmáticos de noradrenalina y produce liberación de vasopresina y aumento de los niveles plasmáticos de ACTH, beta lipoproteínas y beta endorfinas. Si tenemos en cuenta que la ACTH y la vasopresina pueden tener efectos directos sobre la memoria y la conducta, dentro de la amplia gama de efectos de los péptidos opioides, la acción de la nicotina sobre estas sustancias podría tener relación con su efecto reforzador. (2)

Los sistemas de recompensa son centros en el sistema nervioso central que responden a estímulos específicos y naturales regulados por neurotransmisores, los cuales permiten que el individuo desarrolle conductas aprendidas a hechos placenteros o desagradados. (3)

El área tegmental ventral y sus proyecciones dopaminérgicas hacia el núcleo accumbens son las dos principales áreas que permiten desarrollar estas conductas. Se reconoce como la vía de recompensa cerebral mesoaccumbens. Esta vía natural es un circuito emocional que está presente en todos los mamíferos y motivan las conductas aprendidas para la sobrevivencia y la reproducción. El área tegmental ventral contiene células que sintetizan dopamina pero a su

vez estas células están controladas por interneuronas inhibitorias que presentan receptores en sus superficie de tipo mu del grupo de los opiáceos y que al ser bloqueadas por la presencia de un opiáceo liberan dopamina. Esta liberación de dopamina también está regulada por la facilitación del sistema glutamatergico y gabaérgico. Las proyecciones dopaminérgicas del área tegmental ventral son dirigidas hacia el núcleo accumbens y es importante puntualizar que estas neuronas no solamente se estimulan ante la presencia de dopamina, sino que también existen células que responden a proyecciones de tipo serotoninérgico provenientes del rafe así como neuronas de tipo glutamatergicas de la corteza cerebral y del tálamo. La acción directa de las diferentes sustancias sobre los centros de recompensa puede ser altamente específica. (3)

Los estímulos que producen recompensas son diversos e incluyen los que inducen las sustancias exógenas que se administran a un individuo. Si la conducta es placentera los sistemas de recompensa agregarán esta conducta aprendida a los mecanismos o repertorios conductuales. Las manifestaciones obtenidas ante la presencia de una droga, pueden estimular de manera intensa estos centros de placer, con lo que se puede desarrollar una dependencia a la sustancia. Con el paso del tiempo y el uso continuo se produce la habituación y la dependencia física del individuo ante la presencia de la sustancia. Los modelos experimentales han ayudado a entender los fenómenos de la formación y el mantenimiento de la adicción, entre ellos el reforzamiento positivo que ejerce una sustancia ante la autoadministración de la misma y los efectos placenteros que ésta produce. Los fenómenos de condicionamiento pueden tener bases de reforzamiento positivas o negativas; la forma positiva es cuando la búsqueda de la sustancia se hace para obtener beneficios de su administración: placer, incremento del talante, euforia, etc... mientras que los reforzamientos negativos, la búsqueda se hace para aliviar el dolor, la depresión, el aislamiento social, etc... Estas dos teorías pueden aplicarse al ser humano en las conductas de búsqueda, de tolerancia, de avidez así como de las recaídas ante la persistencia de un medio ambiente nocivo para el individuo en donde aprendió este tipo de conducta.(3)

Una de las características de todas las sustancias adictivas es su capacidad de reducir el número de mecanismos de afrontamiento a la realidad. Así, mientras que una persona no dependiente dispone de variados recursos para enfrentarse a una situación de estrés, quien es dependiente habitualmente sólo recurre a su sustancia. En el caso del alcohol, ante cualquier situación generadora de estrés (o de incertidumbre o soledad), quien es alcohólico acudirá al alcohol. En el caso del tabaco, los fumadores acuden a la nicotina. Acostumbrados a lo largo de los años a enfrentarse así al estrés (o a cualquier otro estado de ánimo negativo), han ido perdiendo u olvidando recursos que en el pasado utilizaban ante esas situaciones.

Por este motivo, es especialmente relevante conocer qué aporta la conducta de fumar a cada fumador. Si esto no se realiza, es muy probable que el paciente desarrolle: 1) carencias o vacíos, que pueden acabar precipitando la recaída; o 2) mecanismos alternativos deficientes, que a la larga también pueden dar lugar a recaídas.

Quien usa el tabaco como herramienta de afrontamiento de estados de ánimo negativos, ineludiblemente debe desarrollar mecanismos alternativos para enfrentarse a los mismos, ya que es evidente que estos no van a desaparecer por el hecho de dejar de fumar. Cuando no se desarrollan mecanismos alternativos, se pueden contener un cierto tiempo (más o menos prolongado), pero al final casi siempre acaba llegando una situación que se desborda. (16)

A continuación se comentará del consumo de la nicotina y su relación con los trastornos mentales psicóticos y afectivos. Como representativo de los trastornos psicóticos se detallará a la esquizofrenia y como representativo de los trastornos afectivos será el trastorno depresivo y ansioso:

El uso continuo de nicotina presente en el tabaco se considera una forma de automedicación orientada a afrontar las experiencias negativas emocionales y sociales. (3)

Se ha demostrado que el tabaquismo crónico inhibe la monoamino-oxidasa B, la enzima que participa en la degradación de la dopamina y de la monoamino-oxidasa A. Esta acción explica en parte la acción antidepresiva de la nicotina. (4)

La nicotina mejora el estado ánimo, disminuye la ansiedad, la respuesta a estímulos estresantes y la agresividad; mejora las funciones cognitivas y el desempeño personal: mejora el tiempo de reacción, la concentración, la vigilia y la capacidad de procesar estímulos; igualmente, disminuye el apetito por carbohidratos simples, y también disminuye el deseo de comer inducido por el estrés y aumenta la tasa metabólica en reposo. (5)

La nicotina alivia el estrés y la ansiedad, reduce la frustración, el mal humor y la agresividad, y proporciona un agradable estado de relajación. Muchos fumadores sufren depresión, situación patológica que intentan resolver automedicándose con nicotina. Se puede cuantificar la mejoría en la atención y en la capacidad de concentración, pero estos efectos tal vez sean una consecuencia secundaria de la reducción del estrés. (7)

Estudios realizados indican que el tabaquismo podría representar una forma de automedicación en enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad así como en la depresión y ansiedad. (4)

En un trabajo reciente se evaluó la instalación de la depresión durante el tratamiento para la dependencia nicotínica. Monitorizaron la emergencia de depresión mayor entre 224 fumadores. El 4% (n=10) experimentaron la instalación de la depresión durante el curso del estudio, 4 hombres y 6 mujeres. Sólo 2 de los 10 casos pudieron sobrellevar la abstinencia hasta el final del tratamiento. Aquellos que reportaron alto incremento en los síntomas de depresión entre el comienzo del estudio y el final del tratamiento tuvieron más dificultad para permanecer en abstinencia hasta la semana 26. Como se esperaba, aquellos que experimentaron un episodio de depresión durante el tratamiento volvieron a fumar rápidamente. La evidencia indica que aquellos que tratan la dependencia a la nicotina deben estar preparados para monitorizar y responder a la emergencia de episodios de depresión asociados con el tratamiento. (4)

Entre los grandes fumadores existen antecedentes de episodios depresivos con mayor incidencia que entre los no fumadores, por lo que los fumadores recalcitrantes tratan de administrarse una automedicación de su estado depresivo.

Los estudios de pacientes con esquizofrenia que fuman en el momento de la evaluación, revelan que son pacientes preferentemente jóvenes, con inicio temprano de la enfermedad, mayor número de hospitalizaciones y usuarios de dosis más elevadas de antipsicóticos. Una

de las hipótesis que explica la patología dual (patología psiquiátrica asociada a un trastorno adictivo, en este caso dependencia de nicotina) es la llamada "automedicación". A partir de las elevadas cifras de prevalencia y la alta especificidad en el uso de tabaco, se ha planteado la automedicación como una hipótesis muy razonable. Si éste fuera el caso se debieran encontrar algunas correlaciones entre síntomas psiquiátricos y fumar; es posible que el uso de nicotina como automedicación esté orientado preferentemente al alivio de los síntomas negativos tales como: retraimiento, desgano, desinterés e incluso otros síntomas afectivos. Sin lugar a dudas se puede plantear que fumar es un indicador de una mayor severidad en la enfermedad psiquiátrica. (1)

El uso de nicotina modula dos sistemas que se encuentran comprometidos en la esquizofrenia, ellos son el sistema dopaminérgico y el glutamaérgico. Estos sistemas de neurotransmisión por influencia de la nicotina, presentan perfiles funcionales propios en el cerebro. Ambos están conectados funcionalmente en un circuito denominado cortico-estriado-pálido-talámico, que vincula la función glutamaérgica y dopaminérgica con las áreas límbicas. La nicotina ejerce un rol modulador sobre estos circuitos y sería capaz incluso de normalizar transitoriamente el desbalance o la disociación que existe entre la actividad cortical-subcortical dopaminérgica. Esta disociación sería la responsable de la actividad psicótica productiva. Los síntomas negativos de la esquizofrenia parecen estar asociados a una hipoactividad cortical y los síntomas positivos a una hiperactividad dopaminérgica subcortical. La nicotina, por otra parte, actuaría incrementando la transmisión glutamaérgica en la corteza cerebral, la cual influye en la actividad dopaminérgica estriatal. Estos efectos demuestran el rol específico de la nicotina en ambos sistemas de neurotransmisión y su vínculo con la esquizofrenia. El efecto de la nicotina en el sistema dopaminérgico es más intenso en la medida que el consumo de nicotina es más crónico o mantenido en el tiempo. (1)

Cuando los pacientes con esquizofrenia son interrogados sobre las razones que los llevan a fumar, sus respuestas son muy similares a las de sujetos sanos, sin embargo el 25% señala que el fumar alivia los síntomas propios de la enfermedad. Existe además un importante empeoramiento de los síntomas durante la abstinencia de fumar, que los motiva a reiniciar con urgencia el consumo de tabaco como una forma de aliviar sus molestias. La hipótesis de la automedicación parece ser bastante razonable para algunos pacientes, más que en otras formas de patología dual. (1)

La discinesia tardía (DT) es un área de especial interés en el estudio de la patología dual, por el aumento de la prevalencia de ésta. Fumar sería un factor independiente del tiempo de exposición a fármacos antipsicóticos, pero asociados aumentarían el riesgo de desarrollar DT. El riesgo aumenta tanto por el hecho de fumar, como en relación al número de cigarrillos fumados diariamente. Esta relación es altamente preocupante porque la mayoría de los pacientes esquizofrénicos -expuestos al riesgo de DT- usan antipsicóticos y fuman, dado el sinergismo de ambos fenómenos. (1)

Fumar se ha relacionado con un incremento del metabolismo de una variedad de medicamentos por inducción de las enzimas microsomales hepáticas del sistema P450. Los fármacos más comprometidos son los psicofármacos de administración crónica, fundamentalmente los antidepresivos y antipsicóticos. Lo cual es importante de tener en cuenta ante la refractariedad al tratamiento y la necesidad de monitorizar y ajustar las dosis

cuando se logra la abstinencia tabáquica. Los medicamentos que utilizan estas vías metabólicas, al cesar el consumo de cigarrillos, pueden subir sus concentraciones plasmáticas a niveles tan altos que pueden generar toxicidad. (1)

Hasta el momento no existen series de seguimiento que muestren si la prevalencia de fumadores es menor con antipsicóticos de nueva generación; lo que sí se conoce como reporte de casos es que pacientes que buscaban ayuda para dejar de fumar y se encontraban en tratamiento con neurolépticos tradicionales, cuando se cambiaron a antipsicóticos de nueva generación tuvieron más éxito que aquellos que se mantuvieron con la misma medicación. (1)

De lo expuesto se puede concluir que existen muchas razones por las cuales las personas con esquizofrenia son más sensibles a desarrollar dependencia a nicotina. Es posible que su propia enfermedad los haga más sensibles al efecto de la nicotina. Esto puede favorecer el proceso de adicción o hacer más difícil la interrupción del uso de tabaco. El uso de cigarrillos puede actuar disminuyendo la severidad de algunos síntomas negativos o atenuar el efecto extrapiramidal de los medicamentos antipsicóticos utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia. (1)

El número mundial de fumadores es alrededor de 1 250 millones de personas, casi 1 000 millones son hombres y 250 millones son mujeres.

En México se cuenta con información periódica sobre el tabaquismo desde 1988, a partir de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA). Las ENA de 1988, 1993 y 1998 se llevaron a cabo en personas de 12 a 65 años de edad en áreas urbanas. Los datos de la ENA 2002 indican que casi 14 millones (26.4%) de personas del área urbana entre 12 y 65 años de edad son fumadoras activas. La mayoría de las personas del área rural de 12 a 65 años de edad corresponden a no fumadores (70.7%), solo 14.3% (2.4 millones) de los sujetos fuma. Desde 1988 se observa en el área urbana la misma tendencia de fumadores por sexo y son sobretodo los hombres los que fuman más (66.4% de hombres y 33.6% de mujeres en el 2002). De manera similar, en el área rural, casi todos los fumadores son masculinos (86.5% de hombres y 13.5% de mujeres). (9)

En el contexto mundial, varios estudios informan la prevalencia de consumo de cigarrillo en la población general, la prevalencia varía de una región a otra. En países del Medio Oriente como Arabia Saudita se informan prevalencias tan bajas como 11 %. En países europeos como Estonia se encuentran prevalencias superiores al 40 %. En Colombia, la prevalencia de consumo de cigarrillo alcanza el 21 %, en promedio, con variaciones regionales importantes. (10)

En la mayoría de los estudios mundiales en pacientes con trastornos mentales se observa una prevalencia de consumo de nicotina mayor que la población en general. Las prevalencias encontradas oscilaron entre 14 y 97% con un promedio de 60%. (11)

A nivel mundial la prevalencia de consumo es significativamente mayor en pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias y en pacientes con trastornos psicóticos o trastorno bipolar con síntomas psicóticos asociados. (11)

- a) Prevalencia en pacientes con esquizofrenia: 88%
- b) Manía: 70%.
- c) Depresión Mayor: 49%.
- d) Trastornos de ansiedad, de adaptación y trastornos de personalidad: 45% a 47%.

Hay evidencias de la asociación entre los trastornos mentales en general y el consumo de nicotina. En la población corriente se observa una relación importante entre el fumar y los trastornos mentales más comunes, trastornos de ansiedad, depresivos, psicóticos y relacionados con el consumo de sustancias. De la misma forma, en personas con un diagnóstico formal de trastorno mental se encuentra con mayor frecuencia el consumo de cigarrillo. Es necesario considerar que no todos los fumadores reúnen criterios para dependencia de nicotina. Se observa en personas con dependencia de nicotina mayor frecuencia de trastornos relacionados con el consumo de sustancias, depresivos y ansiedad. (12)

Aunque la mayoría de los estudios internacionales informa un mayor número de fumadores en pacientes psiquiátricos, en un estudio colombiano se concluyó que la prevalencia de consumo de cigarrillo en pacientes de la consulta psiquiátrica era similar a la documentada en la población general de referencia. Esta diferencia es importante considerarla teniendo en cuenta que el consumo de nicotina es un fenómeno complejo y multifactorial. Existen factores genéticos y ambientales que favorecen la presentación del fenómeno. Es posible que la menor prevalencia encontrada en el estudio colombiano antes anotado se deba a que no se consideraron algunas variables como la procedencia urbana o rural, la comorbilidad médica, la evaluación clínica para determinar el diagnóstico y la definición de fumador. (12)

De los 187 pacientes psiquiátricos de la consulta externa de Bucaramanga, Colombia incluidos en un estudio para determinar la prevalencia de dependencia a la nicotina en pacientes con trastornos mentales, se encontró lo siguiente: los pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico fumaban con mayor frecuencia que los pacientes con trastornos del estado de ánimo (34.5% frente a 7.8%, RP 4.45; IC 95% 1.70-11.92, $p=0.00049$). Las personas que recibían antipsicóticos presentaban una mayor frecuencia de consumo de cigarrillo (19.4% frente a 4.9%; RP 4.64, IC 95% 1.24-20.51, $p=0.009$). (12)

En un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga, Colombia donde se tomó una muestra de 1180 pacientes fumadores y no fumadores, se les aplicó la Escala de Depresión y Ansiedad de Zung encontrando por análisis bivariado que los fumadores reportan más síntomas depresivos que los no fumadores (23.4% vs 12.4%; PR 1.69, IC 95% 1.32-2.17; $p<0.0001$); pero los síntomas de ansiedad fueron similares entre los fumadores y no fumadores (19.7% vs 16.8%; PR 1.18, IC 95%; PR 1.18, IC 95% 0.91- 1.51, $p>0.05$). (13)

En estudios a nivel mundial muestran una frecuencia elevada de fumadores: 51% en pacientes con trastorno bipolar, 26 y 49% con trastorno depresivo mayor. (12)

La prevalencia del tabaquismo entre pacientes esquizofrénicos es de aproximadamente el 90 % frente al 25-30 % de la población general y el 45-70 % de pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Además se ha comprobado que los fumadores esquizofrénicos consumen dosis más altas de nicotina mediante inhalaciones más profundas de los cigarrillos (8)

Hynowitz y cols. (1997) encontraron que un cuarto de la población en Estados Unidos de América son fumadores, y que 70% de éstos son pacientes con esquizofrenia y dependientes a la nicotina. (14)

El predominio del fumar entre individuos con esquizofrenia es una manifestación de la neurobiología subyacente compartida entre esta enfermedad y la vulnerabilidad al uso de nicotina. (14)

En esquizofrenia hay diversos estudios que defienden una posible interrelación fisiopatológica entre los síntomas de la enfermedad y los efectos de la nicotina, lo que justificaría tan alta prevalencia. (8)

En primer lugar, en la esquizofrenia los niveles basales de dopamina en regiones mesolímbicas se encuentran aumentados, incrementando considerablemente el efecto reforzador del consumo de nicotina, lo que podría explicar la existencia de mayores conductas de búsqueda de tabaco y dependencia entre pacientes esquizofrénicos. (8)

En segundo lugar, diversos estudios apuntan hacia una posible relación etiopatogénica entre receptores activados por la nicotina y la esquizofrenia. Concretamente, se ha estudiado la transmisión familiar de una alteración del gen del receptor α -nicotínico de baja sensibilidad, que en pacientes esquizofrénicos se ha relacionado con alteraciones en el umbral sensorial auditivo, anomalías del crecimiento y desarrollo celular, dificultades del aprendizaje y síntomas psicóticos positivos; según esta hipótesis, la ingestión de grandes cantidades de nicotina, permitiría alcanzar concentraciones suficientes para activar el receptor alterado.

Por otra parte, el incremento de la transmisión glutamérgica a nivel cortical producido por la nicotina, fundamentalmente en la corteza frontal y en el hipocampo, podría compensar tanto la hipofrontalidad asociada a la esquizofrenia como las alteraciones del umbral sensorial auditivo, lo que sustentaría la interrelación entre los efectos del consumo de nicotina y las manifestaciones clínicas de la enfermedad. (8)

En tercer lugar, se han descrito correlaciones entre la esquizofrenia y diferentes factores asociados al consumo de tabaco. Así, por ejemplo, investigaciones sobre la heredabilidad del tabaquismo han descrito correlaciones entre éste y psicoticismo, impulsividad, dificultades de socialización y otros factores asociados a la esquizofrenia. (8)

También se ha llegado a sugerir el uso del consumo de tabaco como un marcador de riesgo de esquizofrenia en familias con predisposición genética a la enfermedad. En estudios descriptivos sobre pacientes esquizofrénicos, se han encontrado correlaciones entre fumadores y puntuaciones superiores en síntomas positivos, menores en síntomas negativos y mayores dosis de medicación neuroléptica.

Por otro lado, se han encontrado correlaciones entre el consumo de diferentes tóxicos por pacientes esquizofrénicos, incluyendo la nicotina, y determinados rasgos de personalidad.

En cuarto lugar, se ha sugerido que determinadas alteraciones asociadas a la esquizofrenia, podrían ser parcialmente compensadas por el consumo de tabaco, siendo éste una forma de automedicación por parte del paciente. (8)

Por un lado, la nicotina incrementa la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y en la corteza prefrontal, ambas deficitarias en la esquizofrenia, lo que podría compensar el déficit motivacional y cognitivo característico de estos pacientes. De hecho, la mejora del rendimiento cognitivo con el consumo de nicotina, también ha sido comprobada en pacientes esquizofrénicos.

Por otro lado existen diversos estudios que sugieren una posible relación entre sintomatología afectiva y consumo de tabaco habiéndose llegado a proponer el abandono del tabaquismo como un factor de riesgo de recaídas depresivas en pacientes predispuestos, por lo que el consumo de tabaco podría ser una forma de compensar la sintomatología depresiva frecuentemente asociada a la esquizofrenia. (8)

En cuanto a los síntomas psicóticos, se han publicado casos clínicos que sugieren una relación entre la suspensión brusca del consumo de tabaco y la reactivación de sintomatología psicótica.

En quinto lugar, también se puede contemplar el consumo de tabaco como una forma de contrarrestar los efectos adversos de la medicación. (8)

Se ha encontrado un alto número de pacientes que fuman previo al diagnóstico psiquiátrico, aunque hay mayor probabilidad de iniciar el consumo cuando se diagnostica un trastorno psicótico y se les administran neurolépticos, siendo probable que el consumo de nicotina constituya una forma de automedicación para controlar o manejar síntomas ansiosos o depresivos y/o para reducir los síntomas extrapiramidales en individuos en tratamiento con antipsicóticos. (1).

En algunos estudios se ha observado que el riesgo de dependencia a sustancias es mayor en personas que fuman en forma regular que en no fumadores; en trastornos psicóticos y dependencia a sustancias existe una disfunción en la vía dopaminérgica, esta alteración hace más susceptibles o vulnerables a la dependencia de cualquier sustancia, a los trastornos psicóticos o a ambos. La dopamina juega un papel importante en el sistema central de recompensa y en la etiología de los síntomas psicóticos. (7)

Dada la morbilidad y mortalidad asociadas al tabaquismo, que el consumo de nicotina puede ser una puerta de entrada al consumo de otras drogas y las particulares interacciones de la nicotina con la medicación neuroléptica, alterando sus niveles plasmáticos y por consiguiente su eficacia, se están desarrollando programas específicos para tratar el tabaquismo en esta población, especialmente resistente a abandonar el consumo de tabaco. (8)

Desde un punto de vista farmacológico se está estudiando la conveniencia de usar dosis más altas tanto de parches y/o chicle de nicotina como de medicación neuroléptica. (8).

Las interacciones entre el consumo de tabaco y la medicación se producen a dos niveles. Primero, la nicotina activa determinados enzimas metabólicos, como el citocromo P450 1A2, alterando los niveles plasmáticos de antipsicóticos y antidepresivos, incluyendo los neurolépticos de acción prolongada; al respecto se ha considerado el consumo de grandes cantidades de nicotina como un predictor de falta de respuesta al haloperidol y se ha observado que a medida que los pacientes fuman menos requieren menores dosis de neurolépticos de depósito.

Segundo, la nicotina compensa algunos de los efectos adversos de los neurolepticos; en el caso de los neurolepticos el consumo de nicotina disminuye la incidencia de extrapiramidalismo y temblor parkinsoniano, reduce las dosis de fármacos anticolinérgicos correctores, aunque por otro lado aumenta el riesgo de desarrollo de discinesias tardías. (8)

La dependencia a la nicotina provoca un incremento en el metabolismo de los neurolepticos. Los efectos farmacocinéticos que se han encontrado son: incremento de la dosis promedio de la medicación antipsicótica en fumadores comparado con los no fumadores, además de concentraciones bajas del neuroleptico en sangre en fumadores en comparación con no fumadores. (15)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La prevalencia de dependencia a nicotina en pacientes con padecimientos psiquiátricos es del 60% en promedio. La dependencia a la nicotina se asocia tanto a trastornos psicóticos y no psicóticos, así mismo se asocia a una pobre o limitada respuesta a los neurolépticos en quienes están bajo tratamiento por algún trastorno mental de tipo psicótico, ya que es necesario incrementar la dosis para obtener una respuesta terapéutica debido a que la nicotina activa el citocromo P450 1A2 alterando los niveles plasmáticos de los neurolépticos. Así que la pregunta del actual estudio es: ¿cuál es la frecuencia de la dependencia a la nicotina en pacientes con trastornos mentales en episodio agudo en el Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos del IMSS?

JUSTIFICACIÓN.

Dada la amplia revisión de la literatura, los estudios existentes son en relación a población psiquiátrica, en algunas investigaciones la muestra fue tomada de la consulta externa de un hospital general, más no de pacientes internados de algún hospital psiquiátrico, como es en este estudio; además utilizan definiciones poco objetivas como la de consumo de nicotina, consumo de cigarrillo, entre otras a diferencia de esta investigación que sí utiliza los criterios de dependencia a la nicotina; por lo tanto hasta la fecha no hay un estudio en México que determine la frecuencia de dependencia a la nicotina en pacientes hospitalizados con episodio agudo de un hospital psiquiátrico de seguridad social.

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Determinar la frecuencia de dependencia a la nicotina en pacientes hospitalizados con trastornos mentales en episodio agudo en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS.

Objetivos específicos:

- a) Determinar la frecuencia de dependencia a la nicotina por edad, género y escolaridad.
- b) Determinar la frecuencia de dependencia a la nicotina en pacientes con trastornos psicóticos
- c) Determinar la frecuencia de dependencia a la nicotina en pacientes con trastornos no psicóticos
- d) Determinar si existe una asociación entre dependencia a la nicotina y frecuencia de hospitalizaciones
- e) Determinar si existe una asociación entre dependencia a la nicotina y frecuencia de recaídas

VARIABLES.

Sexo: variable dicotómica

Edad: variable dimensional

Dependencia a la nicotina: variable nominal

Trastorno mental psicótico: variable nominal y también dicotómica para el análisis de asociación

Trastorno mental no psicótico: variable nominal y también dicotómica para el análisis de asociación

Hospitalización: Variable dicotómica (una hospitalización/más de una hospitalización).

Recaída: Variable dicotómica (una recaída/más de una recaída).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA

Trastorno conductual en el que está disminuido el control sobre el consumo de la nicotina. Existencia de una necesidad o compulsión hacia la toma periódica o continuada de la nicotina. (17)

De acuerdo a los criterios diagnósticos del CIE 10: (18)

Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante periodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un periodo de doce meses:

1. deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
2. disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
3. cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia de la nicotina, o por el consumo de la misma con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la nicotina para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de nicotina.
5. preocupación por el consumo de nicotina, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la nicotina; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la nicotina.
6. consumo persistente de la nicotina a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA

Se considera dependencia física a la nicotina cuando el paciente obtiene una puntuación de 5 o mayor a 5 en el cuestionario de Fargestrom, escala validada en México por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TRASTORNO MENTAL CON EPISODIO AGUDO.

De acuerdo con la Norma que establece las disposiciones para la atención psiquiátrica y psicológica en las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, define al trastorno mental como el conjunto de alteraciones en las funciones mentales, que conforman un cuadro clínico que permite definir un tipo de enfermedad o categoría de enfermedades, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades. (19)

Al trastorno controlado lo define como el momento en que la fase o episodio agudo del trastorno ha desaparecido o la gravedad de los síntomas es mínima (19)

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TRASTORNO MENTAL CON EPISODIO AGUDO.

Se considera trastorno mental con episodio agudo, a aquél trastorno mental que requiera de atención y manejo intrahospitalario, de acuerdo a la Norma de las disposiciones técnico médicas para la atención y hospitalización de pacientes con trastornos mentales del IMSS, en el apéndice A, que establece los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica (20), los cuales son:

1. Riesgo inminente de auto lesiones con incapacidad para establecer condiciones de seguridad manifestado por cualquiera de las conductas siguientes:
2. Intento de suicidio, reciente, serio, peligroso, todo esto indicado por el grado de letalidad, la impulsividad o la presencia de intoxicación por sustancias; además de la incapacidad para establecer un acuerdo de seguridad con el personal de salud que lo atiende o la familia.
3. Presencia de ideación suicida persistente con planeación realista o notoriamente peligrosa del intento.
4. Auto mutilación reciente considerada peligrosa o grave.
5. Verbalización reciente o conductas manifiestas que indiquen un alto riesgo de auto-lesiones severas.
6. Riesgo inminente de lesiones a otros manifestadas por cualquiera de las siguientes condiciones:
7. Planeación, búsqueda de recursos o intentos letales de lesionar gravemente a otros.
8. Conductas violentas recientes, que indiquen un alto riesgo de lesiones graves y recurrentes a otros.
9. Actos recientes y serios de destrucción física que indiquen un alto riesgo de lesiones graves a otros.
10. Deterioro agudo y grave desde una condición basal previa de las habilidades del paciente para asumir responsabilidades compatibles con su edad en una o más de las siguientes áreas:
 - 10.1 educación

10.2 vocación

10.3 relaciones familiares

10.4 relaciones sociales o entre iguales.

manifestado por medio de conducta desorganizada, desordenada o grotesca potencialmente insegura para el paciente, su familia o su entorno social.

MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO.

Transversal, descriptivo y prolectivo (los datos se obtuvieron directamente de los pacientes)

1. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR : se llevó a cabo en el servicio de hospitalización del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos, de tercer nivel de atención, con área de influencia correspondiente a la Delegación Norte del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO: se estudió a población derechohabiente que cursó con trastorno mental con episodio agudo que ameritó internamiento en Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos.

3. MUESTREO: se utilizó un muestreo no probabilístico, donde se incluyó a todos los pacientes con trastorno mental con episodio agudo que fueron internados en Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del 30 de noviembre del 2007 al 1 de enero del 2008.

4. METODOLOGÍA: Al ingreso del paciente hospitalizado, el investigador responsable (Dra. Cirenía Jiménez Méndez) les aplicó el cuestionario de Fargestrom para valorar la existencia de dependencia física a la nicotina, el cual se aplicó al término de la valoración psiquiátrica o dentro de las 72 horas posteriores a su ingreso en caso de que el paciente se encontrara con agitación psicomotriz, agresividad o alguna otra condición que impidiera la contestación del cuestionario inmediatamente después de la valoración; así como una hoja de datos generales del paciente; se recabó dicha hoja de datos y el cuestionario de Fargestrom de los pacientes ingresados.

Cada paciente firmó una hoja de consentimiento informado donde se especificó que el estudio no representaba ningún riesgo para el paciente. El presente proyecto de investigación se apegó a la declaración de Helsinki en 1964 y en sus modificaciones de 1983, 1989 para la investigación en seres humanos. A si mismo, este proyecto se apegó a los estatutos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (Título quinto, Artículo 100 en sus siete fracciones y Artículo 101) y a las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social. A cada paciente se le asignó un folio a fin de mantener identificados sus resultados.

5. Criterios de selección:

a) Criterios de Inclusión:

1. población derechohabiente del sexo masculino y femenino
2. con rango de edad entre 18 a 65 años
3. con trastorno mental de acuerdo a los criterios de la CIE-10 con episodio agudo que ameritaron atención intrahospitalaria en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos.
4. pacientes que contestaron de forma completa el cuestionario de Fargestrom
5. pacientes que firmaron el consentimiento informado

b) Criterios de Exclusión.

1. Se excluyeron a pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años
2. Se excluyeron a pacientes con diagnóstico de retraso mental moderado, grave y profundo.
3. Se excluyeron a pacientes reingresados al hospital (a los que ya se les había aplicado el cuestionario de Fargestrom).
4. Se excluyeron a pacientes que no presentaran un episodio agudo.

c) Criterios de Eliminación:

1. Se eliminaron a los pacientes que contestaron de forma incompleta los reactivos del cuestionario.

INSTRUMENTOS: Uno de los cuestionarios para determinar la dependencia a nicotina es el Fargestrom Tolerance Questionnaire o la versión más reciente del mismo, la Fargestrom Test for Nicotine Dependence (5); tomando en cuenta que la puntuación total es de 10 se obtiene el nivel de dependencia a la nicotina:

0-2: muy baja dependencia

3-4: baja dependencia

5: dependencia moderada o media

6-7: alta dependencia

8-10: muy alta dependencia. (6)

Se usó en este estudio el cuestionario validado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias que consta de 6 preguntas y las respuestas serán calificadas con una puntuación de 0 a 3 puntos, se sumaron y se obtuvieron el total del puntaje (máximo de 10); en la primera pregunta si el paciente fuma pipa o puro, se hizo la conversión a cigarros: 1 pipa equivale a 3 cigarros, 1 puro a 4-5 cigarros, 1 puro pequeño a 3 cigarros; si la puntuación total es igual o superior a 5 significa que existe dependencia física a la nicotina. (16)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Análisis descriptivo: se obtuvo la frecuencia de pacientes con dependencia a la nicotina, así como porcentajes de las variables demográficas. También se realizó un análisis de chi cuadrada para determinar si había asociación entre las siguientes variables: dependencia a nicotina y trastorno psicótico, dependencia a nicotina y trastorno afectivo, dependencia a nicotina y más de una hospitalización, dependencia a nicotina y más de una recaída

RESULTADOS.

Ingresaron al Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos a 75 pacientes del 30 de noviembre del 2007 al 1 de enero del 2008, se excluyeron a cuatro pacientes: una de ellas femenina de 79 años con diagnóstico de trastorno delirante orgánico, otra paciente femenina de 26 años con diagnóstico de retraso mental moderado; y dos más por reingreso menor a 10 días, a los que ya se les había aplicado el cuestionario. A 71 pacientes se les aplicó el Cuestionario de Fargestrom.

La dependencia a la nicotina fue igualmente frecuente entre hombres y mujeres, como se ve en la tabla 1. La dependencia a la nicotina fue más frecuente en el grupo de edad de 40 a 49 años, como se observa en la tabla 2. En la tabla 3, la dependencia a la nicotina fue más frecuente en los solteros. Como se observa en la tabla 4, la dependencia a la nicotina fue más frecuente en pacientes con otra escolaridad (técnicos). El grado de dependencia a nicotina más frecuente fue el clasificado como de "muy baja dependencia", (0 a 2) de acuerdo al puntaje total en el Cuestionario de Fargestrom, como se observa en la tabla 5.

Como se puede observar en la tabla 6, en cuanto a los diagnósticos de los pacientes con dependencia a la nicotina, se encontró que el diagnóstico con mayor porcentaje fue el trastorno delirante orgánico con 21.87% (7 casos), seguido del trastorno afectivo orgánico y esquizofrenia paranoide, ambos con 15.62% (5 casos), Se encontró que de los 71 pacientes: 32 (45.07%) presentaron dependencia a la nicotina y 39 (54.92%) no presentaron dependencia a la nicotina.

La frecuencia de dependencia a la nicotina en pacientes (n=32) con trastornos psicóticos fue de 56.25% y en pacientes con trastornos no psicóticos fue de 43.75%.

En el análisis de chi cuadrada no se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre dependencia a nicotina y hospitalizaciones, dependencia a nicotina y recaídas.

TABLA 1. Género.

Género	N=32	%
Femenino	16	50
Masculino	16	50

TABLA 2. Grupos de edad

EDAD	N=32	%
11 a 19 años	2	6.25
20 a 29 años	5	15.62
30 a 39 años	9	28.12
40 a 49 años	11	34.37
50 a 59 años	5	15.62
60 a 65 años	0	0

TABLA 3. Estado civil

ESTADO CIVIL	N=32	%
Casado	13	40.62
Divorciado	1	3.12
Soltero	16	50
Unión libre	1	3.12
Viudo	1	3.12

TABLA 4. Escolaridad.

ESCOLARIDAD	N= 32	%
Educación básica	1	3.12
Educación básica incompleta	1	3.12
Educación media	8	25
Educación media incompleta	3	9.37
Ed. Media superior	4	12.5
Ed. Media superior incompleta	4	12.5
Educación superior	4	12.5
Otros	7	21.87

TABLA 5. Grado de dependencia a la nicotina.

Grado de dependencia	N=32	%
Muy baja dependencia	11	34.37
Baja dependencia	9	28.12
Dependencia moderada	3	9.37
Alta dependencia	7	21.87
Muy alta dependencia	2	6.25

TABLA 6. Diagnósticos psiquiátricos.

DX	Con dependencia. N=32	%	Sin dependencia N=39	%
T delirante orgánico	7	21.87	3	7.69
Esquizofrenia paranoide	5	15.62	5	12.52
T afectivo orgánico	5	15.62	5	12.82
T mixto ansioso depresivo	3	9.37	2	5.12
T psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia	2	6.25	1	2.56
T de ansiedad generalizada	1	3.12		
T bipolar en episodio maniaco	1	3.12	1	2.56
T bipolar en episodio depresivo moderado	1	3.12		
T depresivo recurrente ep actual moderado	1	3.12	1	2.56
T depresivo recurrente ep actual grave sin stms psic	1	3.12	2	5.12
T depresivo recurrente ep actual grave con stms psic	1	3.12	1	2.56
T de las emociones de comienzo habitual en infancia	1	3.12		
T mental y del comp debido	1	3.12	1	2.56

al consumo de múltiples drogas o sustancias tóxicas				
T mental y del comp debido al consumo de alcohol	1	3.12		
T de ideas delirantes	1	3.12	2	5.12
T inestabilidad emocional			2	5.12
T esquizoafectivo			2	5.12
T de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.			2	5.12
T de ideas delirantes persistentes			1	2.56
T disociativo			1	2.56
T psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia			1	2.56
Alucinosis orgánica			1	2.56
T de adaptación			1	2.56
Distimia			1	2.56
Esquizofrenia indiferenciada			1	2.56
Episodio depresivo moderado			1	2.56
T de pánico			1	2.56

DISCUSIÓN.

En nuestro estudio, la frecuencia de dependencia a la nicotina en pacientes con trastornos psicóticos fue de 56.25% y en pacientes con trastornos no psicóticos fue del 43.75%, esto debido probablemente a que los pacientes psicóticos ingieren por tiempo más prolongado neurolépticos, presentando efectos extrapiramidales y para disminuir éstos se “automedican” con la nicotina, sin conocer los pacientes que ésta produce cambios en la farmacocinética de los medicamentos antipsicóticos aumentando su metabolismo hepático, por lo que la mejoría clínica se retarda hasta el incremento de la dosis de los psicofármacos. Además otra causa que podría explicar la existencia de mayores conductas de búsqueda de tabaco y dependencia entre pacientes psicóticos es que en ellos los niveles basales de dopamina se encuentran aumentados, incrementando por lo tanto el efecto reforzador de la dependencia a la nicotina. Otra probable causa puede ser que la nicotina mejora algunos procesos cognitivos, como la atención y la memoria, que se encuentran deteriorados en los pacientes psicóticos y sobretodo en los esquizofrénicos; además el consumo de nicotina puede ser una forma de compensar la sintomatología afectiva que se encuentre en comorbilidad con los trastornos psicóticos. También otra causa probable es que los familiares de los pacientes psicóticos contribuyen de cierta forma con dicha dependencia, llegando en algunos casos a comprarles cajetillas de cigarros, ya que probablemente los familiares no conocen los efectos de la nicotina en relación al uso de psicofármacos, generando mayor dificultad para el tratamiento de esta dependencia y del padecimiento psicótico.

En relación a los pacientes con trastorno afectivo que ocuparon el segundo lugar junto con la esquizofrenia en la frecuencia de padecimientos, es sabido que los pacientes con este tipo de padecimientos también se automedican utilizando el tabaco para mejorar la función cognitiva.

Es importante señalar que los resultados que se obtuvieron en nuestro estudio fueron en base al concepto de “Dependencia a la Nicotina” evaluada por el Cuestionario de Fargestrom y no se estudió a todos los pacientes que hubieran sido calificados como fumador activo, consumidor de nicotina y consumidor de cigarrillo, ya que estas definiciones estuvieron basadas en el criterio del investigador, y en este estudio al aplicar los criterios de inclusión sólo se aceptaron los que cumplieron con criterios para dependencia de acuerdo a la CIE-10, esto dió frecuencias y porcentajes diferentes a otras investigaciones que sí incluyen a población fumadora que no es dependiente a nicotina; además estos trabajos muestran diferencias importantes en el objetivo, metodología y en la población objeto de estudio que pueden ser las responsables de estas diferencias; influyendo también la manera de evaluar el consumo de nicotina que varió de un estudio a otro: para considerar un paciente fumador en unas investigaciones bastaba con responder en forma afirmativa si fumaba, en tanto que en otras incluyeron el número de cigarros que consumían durante el día y nosotros tratamos de tener una definición operacional y que no fuera basada en un criterio subjetivo.

Cabe señalar que los pacientes con muy baja dependencia a la nicotina a la cual corresponden la mayoría de los pacientes de este estudio tienen mejor pronóstico que los pacientes con alta dependencia, porque tienen mayor éxito para dejar de fumar que los segundos.

En el análisis de chi cuadrada no se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa entre dependencia a nicotina y hospitalizaciones, dependencia a nicotina y recaídas; debido a que el tamaño de la muestra fue pequeño, dado que el diseño original del estudio era tan solo describir la frecuencia de dependencia a la nicotina en pacientes agudos en el Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos, y por lo tanto no se realizó un cálculo de tamaño de muestra al iniciar el estudio.

CONCLUSIONES.

En nuestro estudio se utilizó el concepto de dependencia a la nicotina, la cual fue valorada por el Cuestionario de Fargestrom; hasta la fecha las investigaciones realizadas han utilizado diferentes formas de medir el fenómeno, lo cual limita la comparación de los resultados; aún con dicha observación, en este y otros estudios (8,11,12) se ha reportado que existe mayor consumo de nicotina en pacientes con trastornos psicóticos que en pacientes con trastornos no psicóticos.

En esta investigación se observó una alta frecuencia en los pacientes clasificados como “Muy baja dependencia a la nicotina”, esta clasificación de acuerdo al puntaje total obtenido en el Cuestionario de Fargestrom (0 a 2), lo cual implicaría un mejor pronóstico si se implementaran medidas para tratar la dependencia.

La importancia en este tema radica en que la dependencia a la nicotina puede ser un predictor de falta de respuesta a los psicofármacos dado que provoca incremento en el metabolismo de los neurolépticos y en particular de este estudio, en ser el primer estudio en México sobre dependencia a la nicotina en pacientes agudos.

Este estudio puede formar parte del inicio de investigaciones a futuro de la dependencia a la nicotina en la población psiquiátrica de México.

IMPLICACIONES A FUTURO.

La importancia de este estudio radica en ser el primer estudio descriptivo en México sobre la dependencia a la nicotina en pacientes agudos, el cual puede ser la base de futuros estudios en el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Seguel-Lizama M. Esquizofrenia y dependencia de nicotina. Eradicaciones 2001; 8
2. Casas M, Duro P, Pinet C. Otras drogodependencias. En: Vallejo-Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría 5ª edición. Barcelona, España: Masson; reimpresión 2003. p. 651-679.
3. Belsasso Guido, Estañol Bruno, Juárez Humberto. "Los sistemas de recompensa en el cerebro". Neurol Neurocir Psiquiat. Número especial 1994-2001; 22-4
4. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Monografía. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM. 2006; 49 (2) : 66-72
5. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2003- Ars Médica. Capítulo de la Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia de nicotina. Págs. 1183-1254
6. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J of Addictions 1991; 86:1119-27
7. Goldstein A. Nicotina. En: Goldstein A. Adicción de la Biología a la Política de Drogas. Barcelona, España: Ars Médica 2003. p. 117-133.
8. Jiménez-Suárez O, Castro-Alvarez E, Camacho-Oborrego S. Actualización bibliográfica. Reseña de Revistas. ¿Por qué fuman tanto los esquizofrénicos? Psiquiatría Pública 1999; 11 (5-6): 66-9
9. Kuri-Morales P, González-Roldán J, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud Pública Mex 2006; 48 s(1): 591-8
10. Campo-Arias A. Prevalencia de dependencia de nicotina en algunas poblaciones: una revisión sistemática. Revista de Salud Pública 2006; 8 (1): 98-107
11. Campo-Arias A. Prevalencia de tabaquismo en pacientes psiquiátricos: una revisión sistemática. MEDUNAB 2002; 5 (13): 28-33
12. Campo-Arias A, Díaz-Martínez L, Rueda-Jaimes G, Rueda M, Farelo D. Prevalencia de consumo de cigarrillo en pacientes de la consulta psiquiátrica de Bucaramanga. Revista Colombiana Médica 2004; 35 (2): 69-74
13. Campo-Arias A, Díaz-Martínez L, Rueda-Jaimes G. Anxiety and depressive symptoms among smokers: a population study. MedUNAB 2004; 7: 4-8

14. Salín-Pascual R, Delgado-Parra V. Cambios en el patrón de consumo de cigarros y la apetencia a la nicotina en pacientes esquizofrénicos en parches con nicotina transdérmica. *Rev Mex Neuroci* 2006; 7 (3): 200-5.
15. Dalack G, Healy D, Meador-Woodruff J. Nicotine dependence in schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (11): 1490-1501
16. Ruiz-Gaytán C, Prado-García A, Velez-Barajas A, Rubio-Monteverde H, Machetto T. Consejería en Tabaquismo. Actualización Profesional en Salud: 4-16. www.salud.gob.mx
17. Fayesta, F.J, Otero M. El tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica. En: Fayesta, F.J, Otero M. Tratado de Tabaquismo. p. 107-117.
18. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación. CIE-10: CDI-10. Editorial Médica Panamericana. España. 2000
19. Norma 2000-001-015 que establece las disposiciones para la atención psiquiátrica y psicológica en las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social.
20. Norma 2000-001-010 que establece las disposiciones técnico médicas para la atención y hospitalización de pacientes con trastornos mentales. Apéndice A. Criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica.

ANEXOS.

Cuestionario de Fargestrom

Carta de consentimiento informado (adultos)

Hoja de datos generales del paciente

CUESTIONARIO DE FARGESTROM.

1. ¿Cuántos cigarros fuma usted al día?

31 o más	3
21 a 30	2
11 a 20	1
Menos de 10	0

2. ¿Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto?

Sí	1
No	0

3. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos	3
6 a 30 minutos	2
31 a 60 minutos	1
Más de 60 minutos	0

4. ¿Qué cigarrillo le es más difícil de omitir?

El primero de la mañana	1
Algún otro	0

5. ¿Le es difícil no fumar donde se prohíbe fumar?

Sí	1
No	0

6. ¿Fuma usted cuándo está enfermo o incluso en cama?

Sí	1
No	0

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Lugar y fecha:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: “**Frecuencia de la dependencia a nicotina en pacientes con trastornos mentales con episodio agudo en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS**”, registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: saber si hay dependencia física a la nicotina en pacientes con trastornos mentales internados en esta unidad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario, llamado Fargestrom para que sea valorada la presencia de una dependencia física a la nicotina.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: no se corre ningún riesgo, y dentro de los beneficios del estudio es conocer si el paciente es dependiente a la nicotina además del trastorno mental subyacente y orientarlo médicamente para evitar las complicaciones secundarias a la adicción.

El investigador principal (Dra Cirenía Jiménez Méndez) se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevará a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento)

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

Ante cualquier duda me podré comunicar con el investigador principal a los teléfonos: 57 81 75 61 o 55 77 44 19 extensión 115-6.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad será manejada en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

TESTIGO

Dra. Cirenía Jiménez Méndez.
99363856
**NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA
DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL**

TESTIGO

HOJA DE DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

Nombre:

Número de seguridad social:

Domicilio:

Teléfono:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridad: