



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Facultad de Medicina

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Consumo de alcohol en el paciente con esquizofrenia, apego a tratamiento y síntomas positivos

TESIS DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

Liliana Sixto Hernández

Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez

Dr. Raúl Iván Escamilla Orozco

Tutor Metodológico

Tutor Teórico

México, D.F. Julio de 2014.



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.

Dedicatoria

A mis padres, Israel y Blanca, por el apoyo incondicional a lo largo estos años, por la comprensión y paciencia, por su sabiduría y consejos.

A mis hermanas Gabriela y Brenda, por su compañerismo y comprensión, por hacerme ligero el camino hacia la meta.

Agradecimientos

Un agradecimiento a mis tutores, la Dra. Rosa Díaz y el Dr. Raúl Escamilla, por su valiosa guía y enseñanza, su apoyo y tiempo en la realización de esta tesis.

Al Ing. José Cortés por su apoyo en la parte metodológica.

Tabla de Contenido

<u>Marco teórico</u>	<u>5</u>
<u>Antecedentes</u>	<u>27</u>
<u>Justificación</u>	<u>31</u>
<u>Planteamiento del Problema</u>	<u>33</u>
<u>Pregunta de investigación</u>	<u>33</u>
<u>Objetivo general</u>	<u>33</u>
<u>Objetivos específicos</u>	<u>33</u>
<u>Hipótesis</u>	<u>34</u>
<u>Metodología</u>	<u>35</u>
<u>Consideraciones Éticas</u>	<u>37</u>
<u>Análisis de Resultados</u>	<u>37</u>
<u>Resultados</u>	<u>38</u>
<u>Discusión</u>	<u>42</u>
<u>Conclusiones</u>	<u>44</u>
<u>Literatura citada</u>	<u>45</u>

MARCO TEÓRICO

Definiciones

1.- Esquizofrenia

Según el Manual de Diagnóstico Clínico y Estadístico de las enfermedades mentales ¹ (DSM-IV), las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.

En la Clasificación Internacional de enfermedades en su décima edición ² (CIE-10), describe la esquizofrenia como un trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son

conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado.

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej., de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella.

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son

percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Algunos tipos de alucinaciones auditivas (p. ej., dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto) han sido considerados especialmente característicos de la esquizofrenia y fueron incluidos en la lista de síntomas de primer rango de Schneider.

El pensamiento desorganizado ha sido considerado por algunos autores (en particular Bleuler) como la característica simple más importante de la esquizofrenia. Debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del «trastorno del pensamiento» y puesto que en el contexto clínico las inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto, en la definición de esquizofrenia utilizada en este manual se ha puesto énfasis en el concepto de lenguaje desorganizado. El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede “perder el hilo”, saltando de un tema a otro o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas; y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística. Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación. Durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o el lenguaje menos grave.

El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (p. ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. ej., gritar o insultar). Hay que tener cuidado de no

aplicar este criterio con demasiada amplitud. El comportamiento gravemente desorganizado debe distinguirse del comportamiento simplemente carente de sentido o, en general, sin un propósito concreto y del comportamiento organizado que está motivado por creencias delirantes. Igualmente, unos pocos episodios de inquietud, ira o comportamiento agitado no deben considerarse una prueba de esquizofrenia, especialmente si existe una motivación comprensible.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno. Tres síntomas negativos —aplanamiento afectivo, alogia y abulia— están incluidos en la definición de esquizofrenia; otros síntomas negativos (p. ej., la anhedonia) están incluidos en el apartado referido a los “Síntomas y trastornos asociados”. El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Si bien, en ocasiones, una persona con aplanamiento afectivo puede sonreír y mostrarse cálida, la mayoría del tiempo el abanico de su expresividad emocional está claramente disminuido. Para determinar si el aplanamiento afectivo es suficientemente persistente para cumplir el criterio, es útil observar al sujeto interactuando con sus prójimos. La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla. Esto hay que diferenciarlo de la falta de ganas de hablar, un juicio clínico que puede requerir la observación a lo largo del tiempo y de situaciones diferentes. La abulia está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

Existen discrepancias en la prevalencia de esquizofrenia en diferentes estudios porque se han empleado metodologías diferentes (p. ej., medio rural *versus* urbano, población general *versus* medio clínico u hospitalario) y diferentes definiciones de esquizofrenia (restrictiva *versus* amplia, basada en criterios *versus* clínica). Las estimaciones de la prevalencia en muchos estudios extensos han variado desde el 0,2 al 2,0 %. Las tasas de prevalencia son similares en todo el mundo, pero se ha descrito la existencia de bolsas de alta prevalencia en algunas

áreas específicas. Teniendo en cuenta todas estas fuentes de información, la prevalencia de la esquizofrenia se estima actualmente entre el 0,5 y el 1 %. Puesto que la esquizofrenia tiende a ser crónica, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores a las tasas de prevalencia y se estiman en aproximadamente 1/10.000 al año.

La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej., aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira). La mayoría de los estudios del curso y la evolución de la esquizofrenia sugieren que el curso es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos. Debido a la variabilidad de la definición y la evaluación no es posible disponer de unas conclusiones precisas en cuanto a la evolución a largo plazo de la esquizofrenia.

2.- Consumo y Dependencia al alcohol

El consumo de alcohol se asocia con importantes problemas de salud, tanto físicos como mentales, así como con problemas sociales y personales. De la valoración que se realice de este consumo dependerán numerosas decisiones clínicas, tanto en lo referente al tratamiento de la patología asociada como al manejo del propio uso de alcohol. Por estos motivos es importante realizar una correcta valoración del consumo de alcohol y determinar el patrón de consumo.³

Según los criterios de la CIE- 10, hay varios patrones de consumo de alcohol: el consumo de riesgo, el consumo perjudicial y la dependencia.²

Consumo de riesgo o consumo peligroso: Es aquel patrón de consumo en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol, pero sí riesgo futuro de daño psicológico, social y físico. Para la valoración del consumo de riesgo es importante

registrar el consumo por ocasión de consumo, si existen cambios de consumo particularmente durante el fin de semana y si existen consumos elevados por ocasión de consumo aunque sea de forma infrecuente. En ocasiones, un consumo diario habitual bajo puede coexistir con un consumo semanal de riesgo o con una cantidad de riesgo en las ocasiones en que consume. Este consumo denominado consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado *binge drinking*) consiste en la ingesta de grandes cantidades de alcohol en un corto periodo de tiempo, ya sea una noche, un fin de semana o unas vacaciones, y reúne todos los riesgos del consumo de riesgo y de la intoxicación aguda. ²

Consumo perjudicial: Es aquel patrón de consumo que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej. cirrosis hepática) o mental (depresión asociada al consumo). Las consecuencias sociales en sí mismas no son suficientes para el diagnóstico de consumo perjudicial o dañino. Para hacer el diagnóstico el daño debe de haberse producido. La CIE-10, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial. ²

Dependencia: Se describe como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias como alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. ²

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a

opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.²

La abstinencia se define como un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.²

La característica esencial de la abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o pulsaciones por encima de 100); aumento del temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad, y crisis epilépticas. Cuando se observen alucinaciones o ilusiones, el clínico puede especificar con alteraciones perceptivas.²

Los síntomas pueden provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social y de otras áreas importantes de la actividad de los sujetos. Los síntomas no han de deberse a enfermedad médica ni ser explicados mejor por otro trastorno mental (p. ej., abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o trastorno de ansiedad generalizada). Los síntomas se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (p. ej., entre 4 y 12 horas) después de haber interrumpido o reducido la bebida. Sin embargo, los síntomas de abstinencia pueden aparecer tras largos períodos de tiempo (p. ej., unos días). Debido a la vida media corta del alcohol, los síntomas de abstinencia alcanzan su mayor intensidad durante el segundo día de abstinencia y mejoran de forma marcada al cuarto o quinto días.

Sin embargo, a los síntomas de abstinencia pueden seguir síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción autonómica en distintos grados de intensidad durante períodos de 3 a 6 meses.

Según el DSM-IV-TR, la dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una relativa minoría de sujetos con dependencia del alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5 % de los sujetos con dependencia los experimentan siempre (p. ej., delirium, crisis comiciales de gran mal). Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas.¹

La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez). Beber alcohol puede causar problemas legales (p. ej., detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol). Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea (p. ej., discusiones violentas con la mujer mientras está intoxicado, abuso de los niños). Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.¹

Intoxicación alcohólica: es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece

durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental. El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiazepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre. ²

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerables ⁴. En algún momento de la vida cerca del 90 % de los adultos en Estados Unidos han tenido alguna experiencia con el alcohol, y un número importante (60 % de varones y 30 % de mujeres) han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él (p. ej., conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales o escolares debidas a resacas) ⁵. Por fortuna, a partir de estas experiencias la mayoría de los sujetos aprenden a moderar la bebida y a no desarrollar dependencia o abuso por alcohol. ⁵

El alcohol hace un efecto neurotóxico en el cerebro. Estudios post-mortem y de neuroimagen cerebral de pacientes con trastornos por uso de alcohol (abuso o dependencia) han mostrado daño en el lóbulo frontal.³¹ Estudios con resonancia magnética han mostrado volúmenes más pequeños en la materia gris prefrontal y materia blanca, cerebelo, hipocampo, tallo cerebral y cuerpo calloso. Algunas de las alteraciones en los volúmenes cerebrales parecen ser reversibles en periodos donde los pacientes dejan de consumir alcohol. ³¹ Sin embargo, en un estudio de seguimiento a 5 años de pacientes con trastorno por uso de alcohol comparados con controles de sujetos sanos de edades similares mostraron reducción de volúmenes de materia gris al aumentar de años en los pacientes, indicando pérdida de tejido cerebral progresivo en respuesta al consumo de alcohol.⁶

3. Trastorno Dual: Esquizofrenia y Alcoholismo

La Patología Dual representa la asociación cruzada (coexistencia o comorbilidad) de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental y el uso de sustancias (abuso o dependencia).⁷

Los pacientes con esquizofrenia tienen seis veces más el riesgo de desarrollar un trastorno por uso de sustancias que en la población general. Estudios reportan que entre el 20 y el 65% de los pacientes con esquizofrenia se encontraban en tratamiento comórbido para trastorno por uso de sustancias.⁷

La proporción de pacientes con esquizofrenia y un trastorno por uso de drogas y/o alcohol varía tremendamente en estudios publicados tan bajo como el 10% y tan alto como el 70%. El rango observado es el resultado, por una parte, de la variabilidad en como los pacientes se diagnostican con esquizofrenia, las características del sujeto, los tipos de poblaciones estudiadas y las diferentes maneras de definir los trastornos por uso de sustancias o alcohol.⁸

El abuso de alcohol y la dependencia son trastornos comunes entre los pacientes con esquizofrenia. Un estudio de cohorte en América del Norte encontró la prevalencia a lo largo de la vida de 34% en trastornos por uso de alcohol entre pacientes con esquizofrenia, y en un estudio reciente en Canadá, el 10% de los pacientes con esquizofrenia tenían también criterios para trastorno por uso de alcohol.⁷

El Estudio Epidemiológico Zonal de Captación (Epidemiologic Catchment Area Study, ECA) informa sobre índices de trastornos por uso de alcohol, drogas o trastornos mentales en la población norteamericana y añade un riesgo aumentado atribuible al tener más de un trastorno. En la muestra de pacientes del ECA tanto comunitarios como institucionalizados, 47% de las personas con un diagnóstico a lo largo de la vida de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme cumplían criterios para alguna forma de abuso o dependencia de sustancias, 33.7% para trastorno por uso de alcohol y 27.5% para trastorno por uso de otras sustancias.³

Las posibilidades de tener un trastorno por abuso de sustancias se encontraron 4.6 mayores en personas con esquizofrenia que en el resto de la población, la posibilidad de tener un trastorno por uso de alcohol fueron tres veces mayores y para otras sustancias fueron 6 veces más que para pacientes sin esquizofrenia.³

El trastorno dual confiere un rango de consecuencias psiquiátricas, sociales y económicas serias que comprometen el funcionamiento de una población ya en desventaja y del sistema de salud mental a cargo de dichos pacientes. Las razones para el uso de sustancias de pacientes esquizofrénicos son el tolerar estados afectivos negativos, conflictos interpersonales y presiones sociales, así como problemas en cuanto a socialización y aburrimiento, ya que se ha demostrado que el alcohol disminuye la sintomatología positiva pero aumenta los síntomas positivos.⁹

Los trastornos duales se han asociado a un curso peor de las enfermedades mentales severas, incluyendo mayor cantidad de recaídas y hospitalizaciones, funcionamiento psicosocial pobre, más problemas legales, de salud y de vivienda. La comorbilidad con un trastorno de uso de alcohol u otras sustancia tienen peor pronóstico laboral en comparación a grupos que se estudiaron con tratamiento y aquellos sin consumo de sustancias.¹⁰

4.- Apego terapéutico

Los términos “apego” y “cumplimiento” terapéutico frecuentemente se utilizan intercambiándose al estudiar la conducta en cuanto a los cambios de salud. En el contexto de ensayos clínicos controlados que examinan intervenciones planeadas, un aspecto motivacional a la definición en términos de enfatizar la diferencia entre lo meramente semántico. El apego implica que las personas libremente escogen llevar un plan conductual, tienen control sobre ello, y tienen una intervención colaborativa en desarrollar y ajustar sus planes. En contraste, el cumplimiento terapéutico implica la conducta caracterizada de algún modo, por la obediencia de las personas, seguir instrucciones o usar prescripciones

asignadas por un proveedor de salud. Esta conducta connota un rol más pasivo del individuo como paciente o participante que sigue las instrucciones con fe sin hacer preguntas. ¹¹

Al mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia tiene el potencial de reducir los índices de recaídas y prolongar la remisión, mejorar el funcionamiento y reducir costos de salud. ¹²

Aunque los número de intervenciones efectivas para personas con el diagnóstico de esquizofrenia, como la medicación antipsicótica, terapia cognitiva conductual y las intervenciones familiares, para el pronóstico de los pacientes, el funcionamiento social y vocacional y la mejoría varía. Es importante entender que la causa de estas variaciones en orden para improvisar la situación para los pacientes y sus familiares. El factor que se muestra para explicar la cantidad significativa del pronóstico en la esquizofrenia y el poco apego se define como la respuesta que tiene la conducta de la persona corresponde a las recomendaciones del personal que brinda los servicios de salud. ¹²

Entre el 40 y el 60% de los pacientes del espectro de trastornos de la esquizofrenia no toman sus medicamentos antipsicóticos como se prescriben y el 24% de los individuos con psicosis no acuden a sus citas en consulta externa. Al examinar las razones para el nulo apego a tratamiento, la falta de insight, definida como una nula consciencia de trastorno mental, de los síntomas, consecuencias sociales y necesidad de tratamiento, se identificó como un factor principal de riesgo. ¹²

Aunque la significancia del insight para el apego a tratamiento se ha demostrado de forma adecuada, muchos puntos para su confiabilidad y validez se ha desarrollado, el concepto se ha criticado por su actitud paternalista implícita: el insight refleja cuando los individuos concuerdan con el modelo de la enfermedad en esquizofrenia. ¹²

Las recaídas y re hospitalizaciones empeoran el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia, impactan en tanto pacientes como familiares y su inserción a la sociedad y calidad de vida, y disminuye directamente e indirectamente el costo de salud. Aunque la

respuesta al tratamiento para episodios psicóticos de forma inicial es generalmente favorable, algunos pacientes son incapaces para mantener la mejoría. El pobre apego a tratamiento puede ser particularmente común después del primer episodio de esquizofrenia y puede ocurrir de forma temprana. De acuerdo a Coldham y cols, el 39% no se apegan a tratamiento y el 20% con apego inadecuado en el primer año de tratamiento, la no adherencia del medicamento es la primer causa de recaída, puede ser un punto que se puede prevenir, pero se mantiene como el punto más difícil de resolver.¹²

De acuerdo a la teoría neurodegenerativa, las recaídas y las recurrencias hacen que las estructuras del cerebro sufran neurotoxicidad: ensanchamiento de los ventrículos, atrofia cortical en el cerebro, mayor duración de la enfermedad, menor efectividad de los medicamentos, función cognitiva deficiente y síntomas negativos predominantes¹³. Los predictores de las recaídas incluyen la suspensión del medicamento, como de alto riesgo, la prevención de las recaídas es un objetivo muy importante y el tratamiento a largo plazo está indicado. En publicaciones recientes pacientes en fase temprana de esquizofrenia, con dos riesgos potenciales de re hospitalización se confirma: una primera hospitalización de corta duración (menor a dos semanas) y el nulo apego temprano a tratamiento, aunque los periodos sin tratamiento sean breves.¹²

Los síntomas comórbidos de uso de sustancias abuso/dependencia y síntomas depresivos fueron directamente asociados con pobre adherencia a tratamiento y fueron predictores significativos de suspensión de tratamiento cuando se evaluaron solos en el modelo de adherencia a tratamiento. Estos hallazgos demuestran que la adherencia pueden ser el mediador de estos factores y la persistencia al tratamiento. El trastorno de uso de sustancias se ha asociados a pobre adherencia en otros estudios en el primer episodio psicótico.¹³

Los pacientes con diagnóstico dual de esquizofrenia con uso de sustancias tienen un peor pronóstico en comparación con aquellos con un solo diagnóstico. En un estudio realizado en Omaha, los índices de hospitalización se compraron entre el diagnóstico dual y el diagnóstico único de esquizofrenia en un periodo de 5 años. Los pacientes con diagnóstico dual tenían un promedio de cuatro admisiones hospitalarias por año en comparación con aquellos que sólo

tenían un diagnóstico con 3.1 hospitalizaciones.³⁰ Los pacientes con abuso de sustancias tenían en promedio 2.3 admisiones por año. En suma, 78% de los pacientes que se ingresaron por mal apego a sustancias tenían diagnóstico de abuso de sustancias.¹⁴

El pobre apego terapéutico por abuso de sustancias es una de las principales causas de recaídas en la esquizofrenia (Van Putten 1978 y Kane 1985). Medicamentos intramusculares de depósito se han utilizado para minimizar el pobre apego a tratamiento, así como asegurar la duración de la disponibilidad del medicamento en pacientes con problemas de mala absorción.¹⁴

El uso de sustancias es común en los pacientes con esquizofrenia y añade problemas para el diagnóstico, tratamiento y realización para estudios de investigación al respecto. Los trastornos por abuso de sustancias comórbidos con esquizofrenia es uno de los grandes obstáculos en el tratamiento efectivo de las personas con esquizofrenia. El sistema actual de tratamiento suele fallar en personas con estos dos trastornos por la aproximación fragmentada y muchas veces conflictiva de los servicios de salud.¹⁴

Los pacientes con esquizofrenia muestran un alarmante índice de trastornos por uso de sustancias. Casi un tercio de los individuos del espectro de trastornos de la esquizofrenia también tienen trastorno por uso de sustancias, y las personas con esquizofrenia tienen 6 veces mayor riesgo de desarrollar un trastorno por uso de sustancias que individuos en población general. Algunos estudios han encontrado que entre el 20% y el 65% de las personas con esquizofrenia experimentan comorbilidad con uso de sustancias.¹³

5.- Instrumentos

5.1- CIDI (Composite International Diagnostic Interview)

El Composite International Diagnostic Interview (CIDI) es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada creada dentro de un programa de cooperación entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration (Robins y cols, 1983). Es una revisión y extensión del DIS, elaborada para su utilización internacional, siendo probablemente la entrevista estructurada más ampliamente utilizada en la actualidad.

15

La entrevista se estructura en módulos y abarca los trastornos somatomorfos, de ansiedad, depresivos, psicóticos, de la conducta alimentaria, alteraciones cognitivas, por abuso de sustancias y manía.

15

Los diagnósticos se realizaban mediante un algoritmo informático a partir de los criterios de Feighner, el RDC y el DSM-III. En 1992 el centro de Sidney desarrolló la versión informatizada del CIDI, denominada CIDI-Auto, que permite obtener diagnósticos CIE-10 y DSM-III-R, así como archivos de resultados conteniendo todas las respuestas.

15

Sus características principales son:

1. Permitir la obtención de los diagnósticos principales a través de la recolección recogida de datos con el fin de investigar.

2. Proporcionar una herramienta de aprendizaje para los clínicos, sobre la indagación de los síntomas presentes y la organización de los criterios operativos de la CIE y DSM.

3. Dar un soporte clínico.

La primera entrevista psiquiátrica diagnóstica que se pudo aplicar por entrevistadores entrenados fue la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS). La DIS fue desarrollada por Lee Robins y colegas en la Universidad de Washington con apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental para su uso en el Estudio Epidemiológico de Área (ECA). El ECA fue el estudio basado en comunidades para trastornos mentales llevado a cabo en vecindarios seleccionados en las comunidades de EU. ¹⁵

La diseminación de los resultados del ECA en diversas publicaciones llevo a hacer replicaciones en otros países así como el desarrollo de otras entrevistas estructuradas de diagnóstico. El instrumento más usado fue el OMS CIDI (Organización Mundial de la Salud, 1990). El CIDI es una expansión del DIS y fue desarrollado bajo el auspicio de la OMS por la fuerza de trabajo internacional bajo la supervisión de Lee Robins para modificar el problema de que los diagnósticos por DIS están basados exclusivamente basados en las definiciones y criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). ¹⁵

Fue acertado el expandir el DIS por la OMS para generar diagnósticos basados en las definiciones y criterios de la OMS de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Esto fue especialmente importante para una investigación trans-nacional comparativo, ya que el sistema CIE es el sistema estándar de diagnóstico. ¹⁵

El CIDI fue diseñado para fomentar investigaciones epidemiológicas comunitarias en varios países alrededor del mundo. La OMS creó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (CIEP) en 1997 para reunir y comparar resultados a lo largo de los estudios (Kessler, 1999). El CIEP tuvo publicados de forma subsecuente un número de estudios descriptivos útiles con similitudes y diferencias trans nacionales en la prevalencia y correlaciones socio demográficas de trastornos mentales. ¹⁵

Reconociendo el valor de coordinar la medida de estas grandes áreas de investigación, el CIEP propuso una iniciativa en 1997 para unir a científicos para planear estudios para el CIDI antes de los estudios que se llevaban a cabo para coordinar las mediciones. ¹⁵

El número de los estudios de validación del DIS y del CIDI se llevaron a cabo antes de que la Iniciativa de Investigación de WMH fue establecida. Estos estudios llevaron a determinar si los diagnósticos generados por estos instrumentos eran consistentes con aquellos obtenidos independientemente por entrevistadores clínicos entrenados quienes aplicaban las entrevistas semi estructuradas a una muestra de respondedores que previamente habían completado el DIS y el CIDI. Wittchen en 1994 revisó estos estudios hasta los principios de los años noventa. Sólo una serie de estudios validados de DIS o CIDI se han publicado desde ese momento (Kessler, Wittchen, Abelson, McGonagle, Schwarz, Kendler, Knauper y Zhao, en 1998; Wittchen, Ustun y Kessler en 1999; Brugha, Jenkins, Taub, Meltzer y Bebbington, 2001).¹⁵ Los resultados mostraron que los diagnósticos del DIS y del CIDI estaban significativamente relacionados a diagnósticos clínicos independientes, pero a un nivel individual la concordancia esta lejos de ser perfecta.¹⁵

Alguna parte de esta falta de concordancia es dudosa debido a la confiabilidad de las entrevistas clínicas. En efectos, la literatura es clara al mostrar que la confiabilidad de test- re test es mayor que las clasificaciones diagnósticas basadas en las entrevistas de DIS-CIDI que en entrevistas clínicas semi estructuradas. Sin embargo, también hay un problema de validez, el cual es presumiblemente más alto en las entrevistas clínicas semi estructuradas que una entrevista estructurada DIS-CIDI. Como resultado de la preocupación sobre la validez, considerable interés existía entre quienes desarrollaron el WMHCIDI para mejorar la validez del CIDI para uso en las investigaciones clínicas.¹⁵

Basada en evaluaciones previas del CIDI por investigadores metodológicos en la preparación del Estudio Nacional de Comorbilidad (ENC), cuatro problemas centrales metodológicos fueron el centro del trabajo al revisar las secciones del WMH-CIDI. Un punto fue que los respondedores pueden no entender algunas de las preguntas del CIDI, un número el cual incluía múltiples cláusulas que vagamente definía los términos. Un segundo punto fue que algunos respondedores pueden no entender la tarea que implicaba las preguntas, que algunas veces requerían búsqueda cuidadosa de memoria que no se podía llevar a cabo a menos que se les instruyera a realizarlo. Un tercer punto fue que los respondedores pueden no estar motivados a responder de forma real, especialmente a la luz del hecho de que

muchas preguntas del CIDI conllevan experiencias vergonzosas y estigmatizantes. Un cuarto punto fue que los respondedores pueden no ser capaces de responder algunas preguntas con la verdad, especialmente aquellos que se preguntan sobre características de trastornos mentales que son difíciles de recordar. ¹⁵

Una cantidad considerable de investigación metodológica se ha llevado a cabo por las investigaciones de cada uno de los cuatro problemas metodológicos enumerados anteriormente. ¹⁵

El CIDI es un instrumento largo, con un promedio de tiempo de administración de aproximadamente 2 horas en una entrevista completa. Este tiempo de aplicación tan largo puede crear complicaciones prácticas, la más importante que es necesario administrar la entrevista en dos sesiones. Para solucionar este problema, un acercamiento que se usa para el CIDI para algunos respondedores que completaron la primera parte de la entrevista, incluye el acercamiento diagnóstico. Todos los respondedores que cuentan con criterios para cualquier diagnóstico de enfermedad mental a lo largo de la vida en la parte 1, en comparación, se retienen en la segunda mitad de la entrevista (Parte 2). ¹⁵

Como un propósito central de llevar a cabo las investigaciones del CIDI es estimar la prevalencia y correlacionar los trastornos mentales, esto implica que en una sub muestra de los que no son casos en la parte 2 demuestra la máxima eficiencia de la muestra completa en los análisis centrales y reducía substancialmente los costos del campo. ¹⁵

Algunas secciones importantes del CIDI incluidos en la parte 2 tienen que ver con el trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y psicosis no afectiva. En adición, los trastornos que se incluyen en el CIDI para propósitos de exploración se incluyen en la parte 2, dentro de los cuales están los trastornos de la alimentación, neurastenia, dependencia a la nicotina, juego patológico, trastorno premenstrual y tamizaje para trastornos de personalidad.

¹⁵

La razón principal para desarrollar el CIDI es expandir el instrumento más allá del enfoque inicial en diagnósticos que incluyen factores de riesgo, consecuencias y tratamiento. El CIDI incluye 14 sesiones de este tipo. Seis secciones incluye información socio demográfica. Dos secciones incluyen tratamiento y las otras seis secciones incluyen disfunción, condiciones crónicas, estrés no psicológico, redes sociales, familia y experiencias de la infancia.¹⁵

5.2 PANSS (Escala de síntomas positivos y negativos para pacientes con esquizofrenia)

La esquizofrenia se ha estudiado como una entidad heterogénea, y a lo largo de las décadas los investigadores han buscado sub patrones consistentes que expliquen los diferentes aspectos de este trastorno completo. Crow (1980) y Andersen (1982) propusieron dos diferentes síndromes en esquizofrenia que pueden discernirse de perfiles fenomenológicos. El tipo I, o positivo, este síndrome se compone de síntomas floridos, como ideas delirantes, alucinaciones y pensamiento desorganizado, los cuales están sobre impuestos al estado mental.¹⁶

El tipo II, o negativos, este síndrome está caracterizado por déficits en las funciones cognitivas, afectivas y sociales, incluyendo aplanamiento del afecto y retirada pasiva.¹⁶

Se ha especulado que estos síndromes en la esquizofrenia cargan una importancia fundamental en cuanto a la etiología, farmacología y pronóstico. Crow (1980) consideró a los síntomas positivos como un aspecto de la hiperdopaminergia en contraste a un déficit cerebral estructural que se pensaba subyacían los síntomas negativos.¹⁶

La escala de síndromes positivos y negativos (PANSS), fue propuesta por primera vez por Kay y cols (1987), es una escala de evaluación de 30 ítems del 1 al 7 para síntomas psicopatológicos observados en pacientes que presentaban síndrome psicótico, especialmente en estados de esquizofrenia. Hay tres resultados que se obtienen con este instrumento de evaluación, evaluando tres dimensiones de este síndrome: positivos, negativos y psicopatología general, como una parte de la perspectiva categórica o dimensional. Los

estudios principales que validaban la escala de PANSS se han involucrado en algunos estudios de análisis factoriales y comparando información obtenida utilizando otras escalas para esquizofrenia como el SANS y SAPS. Los tres factores más importantes aislados corresponden a dimensiones clínicas: positivos, negativos y desorganización. Actualmente, la escala de PANSS se usa de forma más frecuente. Esto permite que se estudie el perfil sintomático en una gran cantidad de población de pacientes psicóticos y la evaluación del pronóstico entre las dimensiones negativas y positivas.¹⁶

La escala de síndromes positivos y negativos tiene rangos los cuales están basados en toda la información concerniente a un periodo específico, usualmente la semana previa. La información deriva de la entrevista clínica y los reportes de miembros de la familia o cuidadores. Las otras preguntas vienen de una entrevista semi formalizada de 30 a 40 minutos, la cual permite observación directa de funciones afectivas, motoras, cognitivas, perceptuales, atencionales, integrativas e interactivas. La entrevista puede ser conceptualizada al incluir cuatro fases.¹⁷ En los primeros 10 a 15 minutos, los pacientes son incitados a hablar sobre su historia, las circunstancias en torno a su hospitalización, su situación de vida actual y sus síntomas. El objetivo de esta fase es establecer el rapport y permitir que el paciente exprese las áreas que le preocupan. En la segunda fase que dura de 10 a 15 minutos, el objetivo es investigar síntomas productivos que pueden ser interpretados del reporte del paciente, como alucinaciones, ideas delirantes, suspicacia y grandiosidad. Para este propósito el entrevistador intenta establecer primero la presencia de síntomas y después la severidad de los mismos. La tercera parte requiere otros 5 a 10 minutos e incluye una serie de preguntas específicas para confirmar la información antes adquirida.¹⁷

5.3 AUDIT (Test para la Identificación de Trastornos de Uso de Alcohol)

El Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), fue desarrollado como un instrumento de tamizaje para consumo perjudicial y de riesgo como parte de un estudio de seis países por parte de la Organización Mundial de la Salud sobre intervenciones breves de alcohol. Este test mide el consumo de alcohol, la conducta en cuanto al consumo, y problemas en relación al alcohol durante el año pasado y enfatiza la detección de trastornos actuales. Se conforma de 10 preguntas que se marcan de una escala del 0 al 4, con un rango

de posibles respuestas del 0 al 40. Un puntaje de 8 o más se sugiere como el punto de corte para la evaluación. ¹⁸

El test AUDIT es utilizado como un método de screening en la atención primaria y otros niveles de atención, con varios grupos diana. La investigación clínica al utilizar el AUDIT se ha llevado a cabo en países en desarrollo y se enfoca en grupos de riesgo en adultos. Se ha sugerido que el tamizaje con el AUDIT se expanda para incluir grupos adicionales de riesgo con problemas relacionados al alcohol, como adolescentes. El AUDIT debe ser evaluado con especial atención su validez y confiabilidad en este grupo. Dado a que el AUDIT fue diseñado como un instrumento de tamizaje para uso internacional, se ha enfatizado en varios países su adaptación sobre todo dependiendo de las características culturales del país. ¹⁹

Antecedentes

La prevalencia a lo largo de la vida en pacientes con esquizofrenia se ha estimado hasta del 47%, siendo en promedio el 33.7% de pacientes con esquizofrenia quienes padecen comorbilidad con trastorno por uso de alcohol.⁵ Regier y cols en 1990 reportaron que las personas con esquizofrenia tienen 3 veces mayor riesgo de padecer alcoholismo a diferencia de la población general. Dixon y cols en 1990 señalaron que aunque el abuso de sustancias puede exacerbar los síntomas psicóticos.³

De acuerdo de Westmeyer en 1992, el uso de sustancias se ha asociado a un 50% de las re hospitalizaciones para esquizofrenia. Ardnt y cols en 1992 encontraron que los pacientes con esquizofrenia que no eran consumidores eran patológicamente similares en sintomatología y número de hospitalizaciones, encontrándose que los pacientes consumidores tuvieron un mejor funcionamiento premórbida.²⁰

El estudio ECA es muy consistente con otros estudios para la prevalencia del uso de sustancias en la esquizofrenia. El alcohol tiende a ser la droga frecuentemente asociada con el abuso o dependencia. Después del alcohol, los índices de otro tipo de trastorno por uso de sustancias varían, con la cocaína y cannabis enseguida del trastorno por uso de alcohol. La utilización de otras sustancias, como estimulantes, alucinógenos, opiáceos, hipnóticos-sedantes y otros son menos comunes.³

Se ha estimado que en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo).²¹

En el país existen 9.3% hombres y 0.7% mujeres con abuso/dependencia al alcohol en poblaciones urbanas y 10.5% y 0.4% respectivamente en poblaciones rurales; la dependencia a drogas representa tan sólo 0.44% de la población adulta entre 18 y 65 años. Medina Mora y

Cole en el 2003 reportaron que uno de cada cinco individuos presenta un trastorno mental a lo largo de su vida. Entre los hombres la dependencia al alcohol es más común.²¹

El Instituto Nacional de Salud Mental fundó el estudio Clínico de intervención de Efectividad de ensayos de antipsicóticos (CATIE) es el estudio más largo y amplio hasta la fecha que examina la efectividad de varios antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia crónica. Este estudio prospectivo fue realizado en 57 clínicas de Estados Unidos e incluyó a 1460 individuos con esquizofrenia diagnosticado por el DSM-IV.⁵

El primer objetivo del estudio CATIE fue determinar la efectividad comparativa de antipsicóticos representativos convencionales y diferentes medicamentos antipsicóticos medidos por el índice de discontinuación del tratamiento y las medidas asociadas para la efectividad y seguridad. Los datos resultantes incluyen información demográfica, historia de la niñez y clínica, y estado clínico actual y funcionamiento comunitario dentro de 18 meses de seguimiento en ese periodo de tiempo. La información también incluyó medidas para el uso de sustancias, incluyendo las entrevistas diagnósticas, el auto reporte, los índices clínicos reportes de familia, exámenes de sustancias en orina, y radio inmuno ensayo de cabello para sustancias ilícitas.⁵

En la muestra base, el 60% utilizaban al menos una sustancia de abuso (sustancias ilícitas y alcohol), incluyendo el 37% con la evidencia de un trastorno por uso de sustancias. Cuando se comparó con no usuarios, usuarios (con o sin trastorno de uso de sustancias) fue más frecuente que fueran hombres, afro americanos, con poca educación y recientemente sin hogar. Se reportaron con más frecuencia problemas de conducta en la niñez, historial de depresión mayor y que han sufrido episodios recientes de exacerbación de síntomas de esquizofrenia.⁵

Esquizofrenia y uso de sustancias: consecuencias

Los estudios que se han realizado entre la relación de pobre pronóstico y el uso comórbido de sustancias en pacientes con esquizofrenia tienen varias limitaciones. La mayoría de los estudios fueron publicados antes del año 2000 y varios refieren muestras pequeñas y locales²². Adicionalmente, varios estudios se han centrado en subpoblaciones específicas, como pacientes con enfermedad mental severas, limitando su generalización. Otros estudios no diferencian claramente a la esquizofrenia de otros trastornos mentales como trastorno bipolar y otros trastornos psicóticos y algunos estudios tienen medidas sub óptimas para medir el uso de sustancias como auto-reportes o reporte clínico, medidas sin confiabilidad. La literatura es en cierta manera inconsistente, ya que algunos estudios han fallado en encontrar peores pronósticos entre pacientes con diagnóstico dual.³

El abuso de sustancias por pacientes con esquizofrenia tiene las mismas consecuencias adversas sociales, de salud, económicas y psiquiátricas que se tienen con individuos sanos, pero añade otras consecuencias para estos pacientes de por si en desventaja. El abuso comórbido de sustancias impacta severamente en el curso de la esquizofrenia y compromete el tratamiento efectivo.²³

Los pacientes con esquizofrenia y uso de sustancias muestran un curso más pobre y caótico del trastorno, con síntomas más severos, hospitalizaciones más frecuentes, y frecuentes recaídas que pacientes sin diagnóstico dual. Haywood y cols en 1995 encontraron que el abuso de sustancias, junto con un nulo apego a tratamiento, era el predictor más importante para la rehospitalización entre pacientes con esquizofrenia. La combinación de abuso de sustancias y el pobre apego a tratamiento se ha ligado a riesgos mayores de conducta violenta entre personas con enfermedades mentales severas, así como a un riesgo mayor de suicidios en esquizofrenia.²³

Drake y Wallach reportaron que los pacientes con diagnóstico dual con uso de sustancias y enfermedades mentales tienen casi el doble de riesgo de ser re hospitalizados durante el año de seguimiento.²³ Esto es consistente con el estudio realizado Swofford et al en 1995 en el

cual se encontró casi el doble de riesgo de tener rehospitalizaciones en pacientes con uso de sustancias.⁷

La dependencia al alcohol se ha definido a lo largo de todas las versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y a pesar de los cambios en los criterios, como un trastorno caracterizado por efectos fisiológicos y psicológicos en los individuos que consumen grandes cantidades de alcohol²⁴. Los individuos “adictos” al alcohol tienden a demostrar uno o todos los siguientes puntos: una necesidad o craving de la sustancia, nula habilidad para limitar la cantidad del consumo y/o el diagnóstico de dependencia, definido en el DSM. A pesar de las implicaciones negativas para el uso de alcohol, la dependencia continúa siendo un problema público mayor en todo el mundo.⁴

El deterioro cognitivo es una característica central y duradera en la esquizofrenia. Las investigaciones demuestran alteraciones en la atención, memoria, aprendizaje y funcionamiento ejecutivo (resolución ordenada de problemas). Estos déficits se caracterizan por problemas en la planeación y finalización de tareas, dificultades al iniciar respuestas, desinhibición, distraibilidad y fallas en la auto monitorización.¹³

El deterioro cognitivo es una característica también del alcoholismo. Entre el 50%-80% de los individuos con trastornos por uso de alcohol experimentan deterioro moderado a severo. El consumo crónico y fuerte de alcohol se asocia a daño estructural y funcional de las áreas prefrontales y temporales involucradas en la memoria de trabajo, planeamiento, selección de metas y respuesta de inhibición. Los déficits cognitivos pueden variar en la severidad de déficits de memoria severos como en el Síndrome de Wernicke-Korsakoff, a déficits moderados en consumidores sociales fuertes.¹³

Justificación

Se ha estimado que en el mundo hay 23 millones de sujetos con esquizofrenia, lo que equivale a 1- 1.5% de la población mundial. En México se ha reportado una prevalencia de 0.7 a 2% de esquizofrenia. Por otro lado, los trastornos adictivos entre la población psiquiátrica son elevados y abarcan entre el 25 y el 80%. De los pacientes con esquizofrenia, más del 50% consume sustancias ilícitas o alcohol. (Díaz Martínez R.L. y cols, 2005)

Los trastornos del consumo de alcohol en esquizofrenia se asocian a una morbilidad aumentada, mal apego a tratamiento y agresividad. Clínicamente es importante identificar aquellos pacientes con esquizofrenia quienes pudieran desarrollar algún trastorno por dependencia o abuso de alcohol, para posteriormente dar el mejor tratamiento para ambos trastornos. (Medina-Mora y cols, 2003)

El estrés juega un rol importante en el desarrollo de trastorno comórbido por uso de alcohol. Asimismo, el trastorno por consumo de etanol empeora el pronóstico de pacientes psiquiátricos con respecto a la severidad de la enfermedad, situación social y dificultades socioeconómicas. (Díaz Martínez R.L. y cols, 2005)

Los trastornos por consumo de alcohol son enfermedades severas y complejas con una tasa de prevalencia hasta del 30% en la población general. El tratamiento de dichos trastornos se dificulta por las altas tasas de recaídas posteriores a la desintoxicación clínica y el tiempo de abstinencia. En enfermedades psiquiátricas, como esquizofrenia, la comorbilidad del consumo de etanol alcanza una prevalencia mayor y más dramática (Dixon, 1999).

En el Estudio de Demarcación Epidemiológica, el 47% de los pacientes con esquizofrenia llenaron los criterios para cualquier trastorno de uso de sustancias. Aunque los números disminuyen cuando se considera únicamente el trastorno por consumo de etanol (34%), los individuos con esquizofrenia se encuentran con un mayor riesgo de desarrollar trastorno por consumo de etanol. El trastorno por abuso o consumo de etanol deteriora el curso de la enfermedad y su pronóstico, provoca un mayor porcentaje de problemas en la casa, discapacidad y admisiones hospitalarias. (Bennet y cols, 2006)

En los pacientes con esquizofrenia se ha visto que el abuso y la dependencia del alcohol condicionan un autocuidado deficiente, un rechazo al tratamiento, un incremento de los síntomas positivos (ideas delirantes y alucinaciones) y un mayor índice de recaídas de la enfermedad con hospitalizaciones frecuentes. (Jones RM, 2011)

En un estudio de población psiquiátrica que incluía a pacientes con esquizofrenia, se encontró que, en los tres meses anteriores, uno de cada tres había abusado más frecuentemente del alcohol en comparación con otras sustancias. Otros estudios reportaron que el abuso de sustancias asociado a la esquizofrenia produce mayor deterioro del funcionamiento establecido previamente. (Jones RM, 2011)

Se plantea realizar un estudio de tipo descriptivo. En los estudios descriptivos el problema científico ha alcanzado cierto nivel de claridad pero aún se necesita información para poder llegar a establecer caminos que conduzcan al esclarecimiento de relaciones causales. El problema muchas veces es de naturaleza práctica, y su solución transita por el conocimiento de las causas, pero las hipótesis causales sólo pueden partir de la descripción completa y profunda del problema en cuestión. (Feinstein AR, 1985).

En México se han conducido pocos estudios sobre consumo de alcohol asociado a enfermedades psiquiátricas. Uno de estos, realizado en pacientes psiquiátricos de un hospital general, concluyó que el consumo de alcohol tendía a ocasionar importantes problemas en los enfermos psiquiátricos. Las enfermedades psiquiátricas asociadas más frecuentemente con el abuso y la dependencia del alcohol fueron los trastornos de ansiedad, las disfunciones sexuales, los trastornos afectivos y la farmacodependencia (Díaz Martínez R.L. y cols, 2005).

Si bien existen investigaciones que asocian estas dos variables, (el consumo de alcohol y trastornos mentales), el panorama epidemiológico respecto al consumo de alcohol en México ha cambiado en los últimos años, ya que existe un nuevo patrón de consumo de alcohol que de una u otra forma influye en el apego a tratamiento en pacientes con trastornos mentales, como esquizofrenia y las consecuencias de dicho consumo. Si lo anterior se relaciona al trastorno por uso de alcohol en la esquizofrenia, se pueden plantear dos preguntas importantes: ¿El consumo de alcohol interfiere en el apego a tratamiento en pacientes con esquizofrenia? ¿El consumo de alcohol aumenta la severidad de síntomas positivos en

pacientes con esquizofrenia? Con base en lo anterior y tomando en cuenta los pocos estudios realizados sobre este tema en México, se plantea como objetivo de la presente investigación conocer la relación que existe entre el alcoholismo, la esquizofrenia y el apego a tratamiento así como la severidad de síntomas positivos.

Planteamiento del problema

En México, actualmente no contamos con estudios sobre la comorbilidad que existe entre los pacientes con esquizofrenia, el alcoholismo y el impacto que el diagnóstico dual en esquizofrenia tiene sobre el apego a tratamiento y los síntomas positivos, por lo que se plantea realizar la investigación para conocer más datos acerca del alcoholismo, la esquizofrenia, los síntomas positivos y el apego a tratamiento.

Pregunta de Investigación

¿La comorbilidad con el consumo excesivo y/o la dependencia al alcohol altera el apego a tratamiento de pacientes con esquizofrenia y aumenta los síntomas positivos?

Objetivo General:

Evaluar consumo de alcohol en pacientes con esquizofrenia y la relación de éste con el apego a tratamiento y severidad de síntomas positivos.

Objetivos específicos:

1. Identificar el tipo de consumo de alcohol en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
2. Evaluar el apego a tratamiento en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo al tipo de consumo de alcohol.
3. Evaluar el puntaje de síntomas positivos en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo al tipo de consumo de alcohol.

Hipótesis:

- H0: Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y consumo excesivo de alcohol no tienen cambio alguno en la escala de síntomas positivos en comparación a pacientes con esquizofrenia sin consumo de alcohol.
- H1: Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y consumo excesivo de alcohol tienen un mayor puntaje en la escala de síntomas positivos que los pacientes con esquizofrenia sin consumo de alcohol.

- H0: Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y consumo excesivo de alcohol tienen un apego a tratamiento igual a los pacientes con esquizofrenia sin consumo excesivo de alcohol.
- H1: Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y consumo excesivo de alcohol tienen un menor apego a tratamiento que los pacientes con esquizofrenia sin consumo excesivo de alcohol

4.- METDOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado es de tipo descriptivo, observacional, comparativo, homodémico y de corte transversal de acuerdo a la taxonomía expuesta por Feinstein ²⁵.

4.2 MUESTRA DE ESTUDIO: SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 50 pacientes que participaron en el Programa de Rehabilitación de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría, divididos en dos grupos diferentes:

1. Pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia sin consumo excesivo de alcohol.
2. Pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia y consumo excesivo de alcohol.

El reclutamiento de los pacientes participantes se realizó con previa explicación e invitación verbal del investigador, quién explicó el estudio de forma más extensa, tras lo anterior se invitó a firmar el consentimiento informado para poder participar en la investigación.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

1. Sexo masculino o femenino
2. Edad de 18 a 60 años
3. Que se encuentren actualmente participando o que hayan participado en el Programa de Rehabilitación en Esquizofrenia del INPRF.
4. Cumplir los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo al DSM IV-TR
5. Pacientes que aceptaran firmar voluntariamente el consentimiento informado para participar en el actual estudio.

Criterio de exclusión:

1. Pacientes con déficit cognitivo severo

2. Pacientes que no hablen español
3. Pacientes que no sepan leer o escribir
4. Pacientes que no firmaran voluntariamente el consentimiento informado

4.4. VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Variable dependiente:

- Apego terapéutico en pacientes con esquizofrenia medido a través del expediente clínico. (Expediente Clínico)
- Severidad de sintomatología positiva (PANSS)

Variable independiente: Consumo Excesivo de alcohol (AUDIT)

Cuadro 1. Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio

Variables	Tipo	Medición
Sociodemográficas		
Edad	Dimensional	Masculino/Femenino
Sexo	Nominal	Años
Clínicas		
Severidad de la enfermedad mediante escala PANSS	Ordinal	Puntaje
Síntomas positivos		
Síntomas negativos		
Psicopatología General		
Cuestionario AUDIT	Ordinal	Puntaje (Tipo de alcohol)

4.6 PROCEDIMIENTO

Los sujetos fueron captados del Programa de Rehabilitación en Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, a quienes se le propuso de forma verbal participar en el estudio, el investigador explicó ampliamente en qué consistía su participación; posteriormente se les otorgó una carta de consentimiento informado para la autorización voluntaria de su participación en el presente estudio. Posteriormente se les aplicó el instrumento CIDI para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia, así como la escala PANSS para valoración de síntomas positivos, negativos y psicopatología general de la esquizofrenia y el AUDIT como tamizaje para evaluar el consumo de alcohol. Tras la aplicación de dichos instrumentos, se procedió la valoración por medio del expediente clínico para evaluar el apego a tratamiento y citas subsecuentes.

5.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se realizó para contribuir al conocimiento sobre aspectos del paciente con esquizofrenia y consumo de alcohol, con la finalidad de mejorar las intervenciones terapéuticas en relación al diagnóstico dual de este trastorno. La aplicación de los instrumentos para la medición de las variables descritas no constituyó ningún riesgo para los pacientes participantes. Toda la información fue manejada por medio de códigos para proporcionar un carácter estrictamente confidencial de los pacientes. Los pacientes que decidieron no participar en el estudio no tuvieron repercusiones para continuar su atención y tratamiento en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Dentro del procedimiento se garantizaron en todo momento los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

6.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizaron con frecuencias y porcentajes para variables categóricas y con medias y desviaciones estándar para las variables dimensionales. Los datos obtenidos fueron analizados por medio de un modelo de regresión lineal. Se utilizó también la chi cuadrada y la prueba exacta de Fisher para grupos

de comparación. Para el análisis se utilizó el programa SPSS versión 21. El nivel de significancia estadística se fijó en una $p \leq 0.05$.

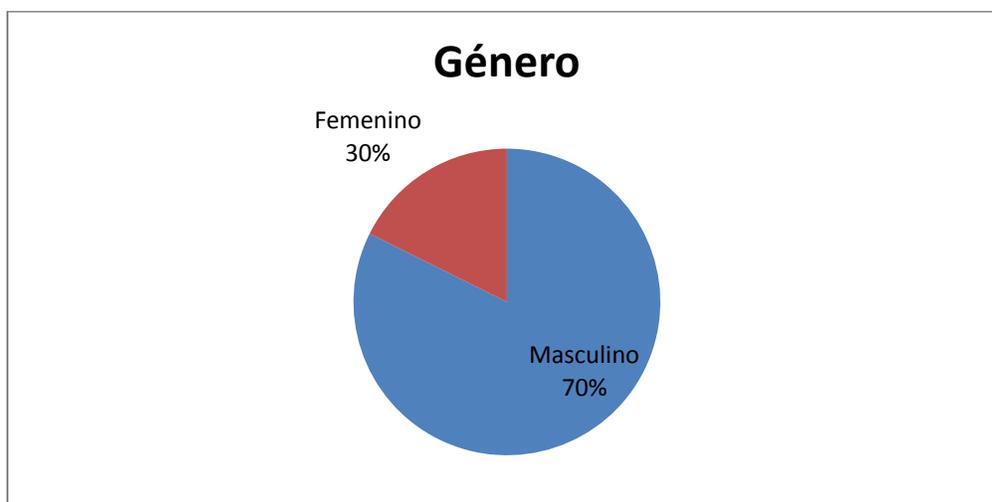
7.- RESULTADOS

Características socio demográficas de los pacientes

De los pacientes incluidos en el estudio ($n= 50$), el 70% ($n=35$) fueron hombres y el 30% ($n=15$) mujeres, con una edad promedio de 31.8 años (D.Std= 9.9) (rango 18-54 años).

Tabla 1 Datos sociodemográficos (edad y género) de pacientes participando en el estudio.

		Edad	
Género	N	Media	D. Std
Femenino	15	28.3	10.24
Masculino	35	34.2	9.8
Total	50	31.8	9.9



Grupos de Comparación

Con base a la aplicación del AUDIT, se reportaron en total 13 pacientes con consumo excesivo de alcohol, con un punto de corte de 8 o más. El 100% de los pacientes que se reportaron con consumo excesivo de alcohol fueron de sexo masculino.

Tabla 2. Grupos de comparación Esquizofrenia/Esquizofrenia y consumo excesivo de alcohol

	n
Esquizofrenia sin problemas con el alcohol	37
Esquizofrenia + Consumo Excesivo de alcohol	13
Total	50

Relación entre Puntajes de PANSS, Edad, Dependencia a etanol y Consumo Perjudicial

Se realizó la comparación de las variables mediante el Análisis de Varianza de un Factor (ANOVA) en el grupo de pacientes con consumo excesivo de alcohol, edad y puntuaciones de la PANSS.

Hubo diferencias significativas en la escala de síntomas positivos con una p de .007 y una media de 18.38 y en la escala de síntomas negativos con una p de .043 y una media de 20.48 (Tablas 3 y 4); no se encontraron diferencias significativas en la escala de psicopatología general ni diferencias significativas en el total de la escala de PANSS. En la comparación de casos no se encontraron diferencias significativas en relación a la edad

Tabla 3. Comparación de síntomas positivos, negativos y consumo excesivo de alcohol

	GI	F	Sig.
Síntomas Positivos	Inter-grupos	1	7.816
	Intra-grupos	48	
	Total	49	
Síntomas Negativos	Inter-grupos	1	4.312
	Intra-grupos	48	
	Total	49	
Psicopatología General	Inter-grupos	1	.036
	Intra-grupos	48	
	Total	49	
TOTAL	Inter-grupos	1	.261
	Intra-grupos	48	
	Total	49	
AUDIT	Inter-grupos	1	131.124
	Intra-grupos	48	
	Total	49	
EDAD	Inter-grupos	1	.001
	Intra-grupos	48	
	Total	49	

Apego a tratamiento, sexo y consumo excesivo de alcohol

Se utilizó la prueba de chi cuadrada para comparar apego a tratamiento con el grupo de consumo excesivo de alcohol (tabla 4). En relación al sexo, se encontró estadísticamente significativa la relación de sexo masculino con el consumo excesivo de alcohol.

Tabla 4. Tabla de contingencia. Apego a tratamiento y consumo excesivo de alcohol

Recuento		SIN C. EXCESIVO	C. EXCESIVO	Total
		0	1	
APEGO	0	11	5	16
	1	26	8	34
Total		37	13	50

Tabla 5. Pruebas de Chi cuadrado. Sexo y consumo excesivo de alcohol

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.267 ^a	1	.004	
Estadístico exacto de Fisher				.004
N de casos válidos	50			

6. DISCUSION

Es importante notar que los pacientes que contaron con consumo excesivo de alcohol fueron de sexo masculino, lo que correlaciona con otros estudios donde la prevalencia de trastornos por uso de sustancias es más común en el sexo masculino. En el estudio realizado por Campillo y Cols en 1993 ²⁶ en población general de un Hospital General de la Ciudad de México, la muestra fue en su totalidad individuos de sexo masculino quienes reportaron ser bebedores riesgosos o con daño. En otro reporte, realizado por Jiménez Castro y cols ²⁷ en el 2010 en población del sur de los Estados Unidos, México y América Central (Costa Rica y Guatemala), se estudió a 518 pacientes con esquizofrenia y la relación con el consumo de sustancias, encontrándose que el 23.5% de los pacientes tenía un trastorno por uso de sustancias, donde la sustancia mas utilizada fue el alcohol. El uso de sustancias comórbido se asoció con el sexo masculino, la residencia en Estados Unidos, la migración de hombres mexicanos a los Estados Unidos, historial de episodio o síndrome depresivo y desempleo. En otro estudio realizado por Gerding y cols ²³ en 1999 en pacientes hospitalizados en una Clínica de Salud Mental en Carolina del Sur, se reclutaron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y dependencia a etanol, encontrándose que el 100% (26 participantes) de la muestra fueron pacientes de sexo masculino. Esto se puede explicar por la misma prevalencia de consumo de sustancias, a cual es mayor en individuos de sexo masculino que en individuos de sexo femenino, asimismo la muestra total fue de 50 participantes, 70% de los cuales eran individuos de sexo masculino, lo cual reduce la posibilidad de encontrar mujeres con esquizofrenia y consumo excesivo de alcohol.

Pudimos comprobar la hipótesis planteada, acerca de que los pacientes con consumo excesivo de alcohol tienen un mayor puntaje en sintomatología positiva como negativa de acuerdo a la PANSS, no así en subescalas de patología general y puntaje total. Estos resultados se pueden correlacionar con hallazgos encontrados en otros estudios, donde hay mayor puntaje de la PANSS de síntomas positivos en relación al consumo excesivo de alcohol.

Meszaros y cols ²⁰ en 2011 publicaron un estudio realizado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo y consumo comórbido de tabaco y etanol; entre sus resultados encontraron un mayor puntaje en la escala PANSS de síntomas positivos en

pacientes con dependencia a etanol. Batki y cols en el 2008 reportaron en un estudio de pacientes con esquizofrenia y dependencia a etanol mayor puntaje en la escala PANSS de síntomas positivos para pacientes con mayor craving a etanol. El aumento en los síntomas positivos de la escala PANSS en relación con el consumo excesivo de alcohol se encontró estadísticamente significativo en el presente estudio. Se ha visto que el consumo de alcohol reduce de manera importante la sintomatología negativa y mejora la socialización en pacientes con esquizofrenia, sin embargo exacerba la sintomatología positiva ⁹.

En relación al apego a tratamiento, no hubo diferencias significativas, ya que los pacientes con esquizofrenia y sin diagnóstico dual, tenían un apego similar al tratamiento. Esto podría estar relacionado a que se tomó en cuenta para medir el apego terapéutico únicamente la asistencia a las consultas, sin embargo no se midió el apego a medicamentos, lo cual hace una medición poco confiable. Los pacientes con diagnóstico dual pueden tener un buen apego a las consultas, sin embargo debido al consumo excesivo de alcohol en muchos casos suspenden el tratamiento, lo que lleva a exacerbación de síntomas positivos ¹⁴.

Tomando en cuenta que la esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico altamente incapacitante que tiene un gran impacto en la vida cotidiana del paciente en varias esferas, como la social, económica, laboral, académica y familiar, la presentación sintomática de la esquizofrenia se caracteriza por alteraciones del pensamiento, sensopercepción, afecto y conducta ²⁸. Por otro lado, los trastornos por uso de alcohol son enfermedades severas y complejas con una prevalencia aproximadamente de 30% en población general.²⁹ El tratamiento de estos trastornos es obstaculizado por las altas tasas de recaídas después de la desintoxicación clínica y meses de abstinencia. Los pacientes con esquizofrenia tienen un riesgo mayor para tener un trastorno comórbido de uso de etanol y otras sustancias, lo cual deteriora el curso de la enfermedad así como el pronóstico y provoca asimismo mayor discapacidad y recaídas. ²⁹

Como limitaciones del presente estudio, en primer lugar el número de la muestra (n=50), una muestra más amplia podría haber resultado de mayor información en relación al apego a tratamiento, e inclusión de más individuos de sexo femenino. Otra limitación fue el grupo seleccionado para el estudio. Los pacientes que se encuentran en el grupo de rehabilitación, tienen una red de apoyo mejor que otros pacientes, por lo cual puede variar el apego a tratamiento así como el diagnóstico comórbido de sustancias como alcohol.

Las fortalezas del presente estudio fueron que actualmente hay pocos estudios que relacionen apego a tratamiento y síntomas positivos en pacientes con esquizofrenia y consumo de alcohol, por lo que se pudo capturar a estos pacientes y también se pudo comparar con un grupo de pacientes con esquizofrenia sin consumo de alcohol. Otra fortaleza fue que se logró llevar un adecuado seguimiento de pacientes.

7. CONCLUSIONES

En este estudio se confirmó la hipótesis inicial de que los pacientes con consumo excesivo de alcohol tenían puntajes positivos mayor en la escala PANSS que aquellos no consumidores. No hubo diferencias significativas entre el consumo de alcohol y el apego a tratamiento. A pesar de las consecuencias negativas y la prevalencia del uso de alcohol entre personas con esquizofrenia, hay pocos ensayos clínicos controlados con intervenciones para el diagnóstico dual, por lo que se tendrán que continuar realizando estudios comparativos que valoren estos trastornos, para posteriormente realizar una propuesta para su oportuna identificación y tratamiento.

Es importante en un futuro llevar a cabo ensayos clínicos controlados en pacientes de la práctica psiquiátrica general que no estén participando en grupos cerrados de tratamiento psicosocial; con la finalidad de elucidar la influencia de la comorbilidad esquizofrenia-consumo excesivo de alcohol sobre el apego a tratamiento.

Literatura Citada

1. ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA: **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**. Cuarta Edición (DSM-IV) Editorial Masson SA, Barcelona, 1995.
2. **Clasificación Internacional de los trastornos mentales CIE-10**, Editorial Masson, España 1994, pp. 200-203, 280-289
3. Dixon, L.. **Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes**. Schizophrenia Research, (1999) 35, 93-100.
4. Tapia Conyer R., **Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas**, Editorial Manual Moderno, México 2001, Pp. 22-23
5. Bennett ME, Bellack AS, Gearon JS, **Development of a comprehensive measure to assess clinical issues in dual diagnosis patients: The Substance Use Event Survey for Severe Mental Illness**. Addict Behav. 2006 Dec;31(12):2249-67.
6. Nesvåg R, Frigessi A, Jönsson EG, et al, **Effects of alcohol consumption and antipsychotic medication on brain morphology in schizophrenia** . Schizophr Res. 2007 Feb;90(1-3):52-61
7. Jones RM, Lichtenstein P, Grann M et al, **Alcohol use disorders in schizophrenia: a national cohort study of 12,653 patients**. J Clin Psychiatry. 2011 Jun ;72(6):775-9
8. Ribbe K, Ackermann V, Schwitulla J, et al, **Prediction of the risk of comorbid alcoholism in schizophrenia by interaction of common genetic variants in the corticotropin-releasing factor system**. Arch Gen Psychiatry. 2011 Dec;68(12):1247-56.
9. Batki SL, Leontieva L, Dimmock JA, et al, **Negative symptoms are associated with less alcohol use, craving, and "high" in alcohol dependent patients with schizophrenia**. Schizophr Res. 2008 Oct;105(1-3):201-7.
10. Swofford C., Kasckow J.W., Scheller-Gilkey G., **Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia**, Schizophr Res, 20 (1996) 145-151
11. Brawley LR, Culos, SN.
Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations, Control Clin Trials. 2000 Oct; 21

12. Schulz M, Gray R, Spiekermann A, Abderhalden C, et al,
Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: A multi-centre randomised controlled trial. Schizophr Res. 2013 Feb 26.
13. Thomas RJ, Hanlon FM, Miller GA, et al, **Neuropsychological and sensory gating deficits related to remote alcohol abuse history in schizophrenia.** J Int Neuropsychol Soc. 2006 Jan;12(1):34-44.
14. Gupta S., Hendricks S, Kenkel AM, **Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse?** Schizophr Res 20 (1996) 153-156
15. Wittchen HU, **Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review.** J Psychiatr Res. 1994 Jan-Feb;28(1):57-84.
16. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. **The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia.** Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76.
17. Guelfi JD. **The PANSS (Positive And Negative Symptom) Scale.** Encephale. 1997 Apr;23 Spec No 2:35-8.
18. Santis R, Garmendia ML, Acuña G,
The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. Drug Alcohol Depend. 2009 Aug 1;103(3):155-8.
19. Villamil V, Valencia M, Medina Mora MA, **Validación de la prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia,** Rev Panam Salud Pública, Vol. 26n. 4, Washington, Oct 2009
20. Meszaros ZS, Dimmock JA, Ploutz-Snyder RJ, et al, **Predictors of smoking severity in patients with schizophrenia and alcohol use disorders.** Am J Addict. 2011 Sep-Oct;20(5):462-7.
21. Medina-Mora M.E., Borges G., Lara Muñoz C. et al, **Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México,** Salud Mental, Vol. 26, No. 4, agosto 2003
22. Schorling, J.B, Buchsbaum D.G., **Screening for alcohol and drug abuse,** Med Clin North Am, 1997 Jul 84 (4), 845-865

23. Guerding LB, Labbate LA, Measom MO et al, **Alcohol Dependence an hospitalization in schizophrenia**. Schizophr Res. 199 Jul 27; 38(1): 71-5
24. Silla Stoel M., Rosón Hernández B., **Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo**, Trastornos Adictivos 11 (2009) 191-199
25. Feinstein AR, Clinical Epidemiology. The Architecture of Clinical Research. Saunders, EU 1985.
26. Campillo Serrano C, Díaz Martínez R, Romero Martínez M et al, **La intervención eficaz del médico general en bebedores cuyo hábito representa un riesgo para la salud o ya les ha ocasionado algún daño. (Resultado preliminares de un ensayo doble ciego y prospectivo)**. Salud Mental, Vol: 15 (2); 14-19 Junio 1992
27. Jimenez Castro L, Hare E, Medina R et al, **Substance use disorder comorbidity with schizophrenia in families of Mexican and Central American ancestry**. Schizophr Res. 2010 Jul; 120(1-3):87-94
28. A.Viala, F. Cornic, M.N. Vacheron, **Treatment Adherence with Early Prescription of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Recent-Onset, Schizophrenia**, Schizophr Res and Treat, 2 (2012) , 1-5.
29. Villamil V, Valencia CM, Díaz Martínez RL, Medina Mora ME et al, **Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol**. Salud Mental 2005; 28 (4)
30. Cavelti M., Contin G., Beck EM, **Validation of the Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia in a German-Speaking Sample of Outpatients with Chronic Schizophrenia**, Psychopathology 2012;45:259–269
31. Palmer RH, McGeary JE, Francazio S, Raphael BJ, Lander AD, Heath AC, Knopik VS., **The genetics of alcohol dependence: Advancing towards systems-based approaches**. Drug Alcohol Depend. 2012 Oct 1;125(3):179-91.