



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Protocolo de Investigación:

“Características del consumo de sustancias en pacientes de la CITEP en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

Presenta la Tesis para obtener el diploma de Especialista en Psiquiatría

David González Vega

Asesor Teórico

Dr. Miguel Estrella Herrera

Asesor Metodológico

Dr. Pablo Vera Flores

Ciudad de México, mayo de 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos:

A mi familia.

A mis amigos.

A mis profesores, tanto en el salón de clases, como de la vida.

A esa compañera de mi vida, y corazón, quien ha sido sostén importante para superar estos últimos 9 años; y deseo sean muchos más, a ti, Leslye.

ÍNDICE

1. Índice	3
2. Lista de tablas, gráficas y abreviaturas	4
3. Resumen	5
4. Introducción	7
5. Marco teórico	8
6. Material y métodos	
Justificación	20
Planteamiento del problema	20
Pregunta de investigación	21
Objetivos	21
Hipótesis	22
Variables	23
Muestreo y muestra	26
Criterios de selección	26
Tipo de estudio	27
Instrumentos de medición	27
Procedimiento	31
Consideraciones bioéticas	32
7. Resultados	33
8. Discusión	38
9. Conclusiones	42
10. Referencias bibliográficas	44
11. Cronograma	49
12. Anexos	50

Lista de tablas, gráficas y abreviaturas

Tabla 1. Definición de variables		Página 23
Tabla 2. Puntos de corte en la escala	ASSIST	Página 28
Tabla 3. Puntos de corte en la escala	DAST-10	Página 28
Tabla 4. Cronograma de actividades		Página 48
Gráfica 1. Sexo.		Página 33
Gráfica 2. Grupos de Edad.		Página 33
Gráfica 3. Nivel Académico.		Página 34
Gráfica 4. Presencia de Empleo.		Página 34
Gráfica 5. Uso de Antipsicóticos.		Página 34
Gráfica 6. Uso de Antidepresivos.		Página 35
Gráfica 7. Uso de Otros medicamentos.		Página 35
Gráfica 8. Antecedente de Hospitalización.		Página 35
Gráfica 9. Tiempo en CITEP.		Página 35
Gráfica 10. ASSIST Tabaco.		Página 36
Gráfica 11. ASSIST Alcohol.		Página 36
Gráfica 12. ASSIST Cannabis.		Página 36
Gráfica 13. AUDIT.		Página 37
Gráfica 14. DAST-10.		Página 37

Abreviaturas:

ASSIST. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

DAST-10. The Drug Abuse Screening Test

AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test.

RESUMEN

La presencia de consumo de múltiples sustancias, y de esquizofrenia se asocia a un peor pronóstico a corto y largo plazo: aumenta el índice de recaídas, y en general da una menor calidad de vida. Detectar el riesgo de consumo de sustancias, y evaluar las características de este, en pacientes con primer brote psicótico, o, incluso en fase prodrómica de la enfermedad, podrá implementar estrategias terapéuticas más adecuadas para contribuir a un mejor pronóstico y a un mejor tratamiento a fin de permitir la reintegración y recuperación de este grupo vulnerable.

Objetivo: Determinar el patrón y características de consumo de sustancias en pacientes de consulta externa de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP) en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de febrero de 2018 a abril de 2018, mediante la prueba ASSIST, DAST-10 y AUDIT.

Métodos: Se aplicaron las pruebas de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, DAST-10 y AUDIT) a los pacientes de la CITEP que acudan a consulta entre febrero de 2018 a abril de 2018, a un total de 42 pacientes. Se revisó en sus expedientes los tratamientos utilizados, historial de hospitalizaciones, así como datos demográficos.

Resultados: Se estudiaron 42 pacientes, en los cuales se observó que a mayor parte son solteros (92.9%), entre 18 y 25 años (76.2%), nivel medio superior (bachillerato, 59.5%), y no tiene empleo (71.4%). El antipsicótico de mayor uso es la risperidona (45.2%). Las sustancias más utilizadas eran cannabis (21.4% en riesgo moderado y 7.1% en grave), alcohol (21.4% en riesgo moderado y 7.1% en grave), tabaco (26.2% en riesgo moderado y 16.7% en grave), y cocaína (7.1% en riesgo moderado y 7.1% en grave).

Discusión: Existe diferencia con la población general en el consumo de las sustancias estudiadas, siendo mayor en la muestra estudiada. En cuanto a alcohol y tabaco, es mayor el consumo en comparación a población general, y muy similar a población con diagnóstico de esquizofrenia de larga evolución. Respecto a cannabis, el uso es mayor contra la población general, aunque aparentemente menor que otros estudios hechos en pacientes con esquizofrenia.

Conclusiones: Los pacientes con primer brote psicótico, tiene características diferentes tanto a la población general, como también a aquellos con un cuadro ya crónico; situación por la que se tienen que realizar nuevos estudios, para prevenir o tratar de forma inicial y evitar complicaciones mayores asociados al consumo de múltiples sustancias.

Palabras clave: Primer brote psicótico, síndrome de alto riesgo de psicosis, esquizofrenia, cannabis, alcohol, tabaco, alucinógenos, inhalantes, estimulantes, sustancias, ASSIST, DAST-10, AUDIT.

1. INTRODUCCIÓN

En el manejo de la enfermedad mental es necesario detectar aquellos posibles factores que puedan repercutir en un pronóstico desfavorable para quienes la sufren, así como las comorbilidades asociadas que pueden generar un pronóstico aún más adverso.

El consumo de diversos tipos de sustancias psicoactivas data de miles de años, y su uso en la actualidad continua. Ha existido mucho debate sobre sus propiedades, efectos, así como algunos se han llegado a mencionar como una sustancia inocua. Hasta la fecha, su uso de forma legal sigue siendo motivo de controversia a lo largo del mundo; llegando a estar legalizado su empleo con fines terapéuticos en algunos países, e, incluso como recreativo en algunos menos.

La esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo que afecta aproximadamente a 21 millones de personas en todo el mundo, se asocia con una discapacidad considerable y afecta la funcionalidad y productividad del individuo, además de tener un curso crónico. Por ello es de especial importancia su estudio, detección y tratamiento en las etapas iniciales, a fin de disminuir las consecuencias personales, familiares y sociales que trae consigo el trastorno, puesto que desde los primeros años que siguen a un primer brote, inicia el deterioro social y funcional de manera progresiva.

Existe una relación entre el consumo de cannabis y el inicio de la esquizofrenia, e, incluso de su mantenimiento o falta de mejoría a lo largo del padecimiento. Se asocia con un pronóstico deletéreo en esquizofrenia, debido a que, en el curso de la enfermedad, incrementa el riesgo de recaída, agrava los déficits cognitivos, el estigma social, el funcionamiento, la calidad de vida y parece estar asociada a paranoia. El papel del consumo de diversas sustancias en el primer brote de la enfermedad se continúa estudiando, así como su prevención en esta población.

El detectar el consumo de cannabis y otras sustancias durante el primer brote de la enfermedad, e incluso desde la aparición de síntomas prodrómicos de la enfermedad, es de suma importancia, puesto que puede ayudar a diseñar mejores estrategias terapéuticas y psicosociales, que permitan una remisión pronta y mejoría de la funcionalidad a corto plazo. Establecer su relevancia dentro de la evaluación inicial en un paciente hospitalizado y concientizar a los prestadores de salud mental de su importancia, tiene como finalidad limitar el deterioro funcional, los costos económicos y el permitir la reintegración social de este grupo vulnerable.

2. MARCO TEÓRICO

Psicosis y esquizofrenia.

La palabra psicosis proviene de los componentes léxicos *psyche* (alma) más el sufijo *-osis* (formación, impulso o conversión, sufijo frecuente en nombres de enfermedades). Actualmente se puede definir como la presencia de alucinaciones y/o discurso desorganizado y/o comportamiento desorganizado sin advertencia de la naturaleza de los síntomas, causando incapacidad de hacer juicios sobre su entorno y realidad. ⁽¹⁾

Podemos estructurar el significado de primer brote psicótico, a aquel cuadro que se manifiesta con síntomas psicóticos por primera ocasión (tal y como su nombre lo dice). Se comentan diversas fases clínicas dentro del curso de la esquizofrenia: premórbida, prodrómica, y por último la aguda donde propiamente se presenta el brote psicótico; que es cuando por lo regular, se inicia el primer contacto de atención. En los pródromos se presentan alteraciones en el estado mental o en el comportamiento antes del inicio de los síntomas psicóticos francos, así como cambios en el afecto, pensamiento, comportamiento, percepción y funcionamiento global; no todos los pacientes con síntomas prodrómicos desarrollan psicosis. ⁽¹⁻³⁾

La esquizofrenia es conocida como una enfermedad compleja del neurodesarrollo con deterioro progresivo clínico, neuropsicológico, neurofisiológico y neuroestructural. Este deterioro es especialmente importante en los primeros años de evolución de la enfermedad, el cual, regularmente se ve más afectado cuando coexiste el consumo de algún tipo de estupefaciente. Se ha descrito que hasta la mitad de los pacientes con esta enfermedad tienen como comorbilidad o antecedente, el consumo de sustancias ⁽⁴⁾. Una vez establecida la psicosis, el deterioro funcional y cognitivo se da progresivamente. La hipótesis del periodo crítico establece que el deterioro ocurre agresivamente en los primeros 2 a 5 años de inicio de la psicosis. ⁽⁴⁾

Este padecimiento afecta aproximadamente a 21 millones de personas en todo el mundo, pudiendo situar una prevalencia de entre el 0.1% y el 1%; con misma presentación prácticamente en hombres como en mujeres, aunque la edad de inicio y las características pueden diferir. Se puede definir como trastorno psicótico, aquel cuadro con duración de al menos 6 meses, en los que se debe presentar por espacio de un mes, síntomas como: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, catatonía y síntomas negativos. Es evidente la disfunción presente, en la mayoría de los ámbitos del paciente. ^(5,6)

Se ha descrito múltiples teorías acerca de la neurobiología de dicha patología; posee alta heredabilidad; no obstante, el efecto de los genes puede depender además de la interacción entre ellos, con el ambiente, así como alteraciones biológicas y psicosociales. Existe un riesgo relativo del 10% para los nacidos en invierno frente a los nacidos en verano, asociado con el incremento de brotes de influenza en las madres durante esta época; otras infecciones tales como la rubéola en el primer trimestre, polio en el segundo trimestre, varicela en el nacimiento, herpes virus o de meningitis durante la infancia. ⁽⁶⁾

El uso de sustancias psicoactivas es otro factor que se ha estudiado. Cerca de la mitad de los pacientes con primer brote psicótico tienen un historial de abuso o dependencia de alcohol o cannabis. El uso de sustancias posteriores al primer brote es un factor frecuente de recaídas y falta de adherencia al tratamiento. ⁽⁷⁾ Un nivel educativo más bajo y un inicio insidioso de la enfermedad son predictores significativos de la presencia de síntomas residuales. ⁽⁸⁾ Con la finalidad de reducir la duración de psicosis no tratada se han establecido muchos programas de intervención temprana. ^(3,4,9)

La duración de psicosis no tratada se ha relacionado con neurodegeneración, con el consecuente deterioro cognitivo que involucra. Se ha teorizado que mecanismos como la hiperactividad dopaminérgica y la activación prolongada del eje hipotálamo-hipofisario causan alteraciones estructurales. El rol de la inflamación y alteraciones inmunitarias también ha sido estudiado. ⁽¹⁰⁻¹²⁾

Existen varias teorías para explicar la neurobiología de la esquizofrenia, siendo la más aceptada a lo largo de la historia, la hipótesis dopaminérgica, que sostiene que los síntomas se deben a un exceso de dopamina o a una elevada sensibilidad a este neurotransmisor. Se propone que la esquizofrenia se asociaría con: hiperfunción dopaminérgica subcortical en las proyecciones mesolímbicas, (con aparición de sintomatología positiva) además de una hipofunción en las proyecciones dopaminérgicas mesocorticales al córtex prefrontal, (con la consecuente sintomatología negativa, afectiva y cognitiva). ⁽⁶⁾

La bibliografía también menciona a otros neurotransmisores en la neurobiología de la esquizofrenia, como el glutamato, la hipofunción de los receptores NMDA, (específicamente en las proyecciones corticoencefálicas), la serotonina a quien se le ha implicado por su papel trófico en el neurodesarrollo, su interacción con el sistema dopaminérgico y los efectos de la serotonina en la corteza prefrontal a través de sus receptores 5HT2A. Asimismo se describe hiperactividad de la

acetilcolina en la génesis de los síntomas negativos. ⁽⁶⁾ El daño neuronal también podría estar mediado por procesos de excitotoxicidad, genéticamente programados o provocados ambientalmente. ⁽⁶⁾

Los antipsicóticos son capaces de modificar la evolución natural de la enfermedad, sobre todo si son usados en las etapas iniciales. La respuesta al tratamiento neuroléptico en pacientes con un primer episodio psicótico oscila entre un 60 a 87 % de los casos. ^(4,13) Los antidopaminérgicos de segunda generación han mostrado menores tasas de discontinuación y de mejoría de síntomas negativos con los de segunda generación, a pesar de sus efectos metabólicos. ⁽¹⁴⁾

Consumo de sustancias y psicosis.

En un estudio llevado a cabo en 2009, sobre el inicio del consumo de múltiples sustancias, en pacientes que desarrollaron un primer episodio psicótico, se observó que un amplio porcentaje de ellos eran consumidores diarios de cannabis (reportado en un 40.6%), y de tabaco (en un 44.1%), con muy pocos usuarios de alcohol (7.9%). ⁽²⁹⁾ De aquellos que reportaron abuso de cannabis, un 88% se reportó de forma semanal, y un 43.8% diario; al compararse con aquellos con datos de dependencia de cannabis, 90% tuvieron un consumo semanal, y 82.5% consumo diario; en el grupo de pacientes con primer episodio psicótico. Aquellos que usaron alcohol, tanto semanal como diario, presentaron un inicio de psicosis a mayor edad, que aquellos que nunca usaron alcohol. Asimismo, se observó que la única sustancia que expresó una interacción por género, entre la edad de inicio y la frecuencia de uso, fue cannabis; en donde se apreció que el riesgo de consumo en mujeres que empleaban esta sustancia se incrementa de forma importante al compararse con los varones (hazard ratio=5.154 contra hazard ratio=3.359 en hombres). Siendo que, cuando se ha observado a pacientes sin consumo de cannabis, la comparación ha resultado ser de mayor riesgo para los hombres no consumidores (2.250 comparados con 1000, y 2.329 comparados con 2.049, respectivamente). ⁽²⁹⁾ La rápida progresión en el incremento del uso de sustancias (especialmente tabaco y cannabis), está asociada con un riesgo incrementado de pródromos y síntomas psicóticos. Nos enfocaremos más en la descripción de la asociación del uso de cannabis con la aparición de los síntomas psicóticos, dado que, como ya se mencionó anteriormente, es esta la sustancia más involucrada y con mayor repercusión a corto, mediano y largo plazo en la esquizofrenia.

La marihuana (sustancia sustraída de la planta Cannabis) es la sustancia psicoactiva ilegal de mayor uso en el mundo. La Organización de las Naciones Unidas (UNODC) ha estimado que, en el 2009, entre 125 y 203 millones de personas en el mundo usaron esta sustancia, siendo la prevalencia anual de uso de la droga de 2,8-4,5% de la población mundial entre 15 y 64 años ⁽¹⁵⁾. Se han registrado datos de al menos 18.1 millones de usuarios en los Estados Unidos en el 2011; siendo, asimismo, la más utilizada en adolescentes de entre 12-17 años. Por otro lado, las cantidades de delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) se han incrementado de un 3.4% en 1993, hasta un 8.8% en el 2008. En los Estados Unidos, las visitas a la unidad de emergencias, relacionados al uso de cannabis, fueron la segunda con relación a sustancias, sólo por detrás de la cocaína (148 visitas a unidad de emergencias por cada 100'000 frente a 157.8). ⁽¹⁶⁾

Por las tendencias globales, se sabe que en general el consumo de marihuana incrementa conforme crece el desarrollo de los países ⁽¹⁵⁾. Son varios los países en Latinoamérica que van creciendo en su economía sostenidamente, entonces es de esperar que la tendencia de consumo de marihuana también vaya creciendo en los próximos años. Son muchos los problemas de salud para los que se ha sugerido que el uso de marihuana podría tener un papel contribuyente, incluyendo problemas pulmonares, cardiovasculares, reproductivos, teratogénicos, y oncológicos, aunque sin evidencia concluyente. Otros problemas de salud con mayor evidencia de asociación, posiblemente causal, incluyen problemas de tipo neurológico, como el deterioro agudo de habilidades de manipulación neuromotora que son necesarias como por ejemplo para conducir vehículos (como procesamiento de información, reacción temporal, coordinación perceptual-motora, acción motora, memoria de trabajo y atención) ⁽¹⁷⁾.

Varias líneas de investigación han encontrado asociación entre los cannabinoides y la aparición de psicosis. ⁽¹⁸⁾

Estas asociaciones se han categorizado acorde a la proximidad temporal del inicio de los síntomas psicóticos, con la duración de la exposición. Se sugiere que la edad de exposición es crucial (siendo la adolescencia el periodo más vulnerable), asociado al riesgo familiar, desarrollo de personalidad esquizotípica, eventos traumáticos en la infancia, así como factores genéticos implicados.

Cannabis contiene más de 70 diferentes cannabinoides, de los cuales, THC es el que presenta el ingrediente más psicoactivo, asimismo se describen otros como el cannabidiol (que se ha supuesto

que presenta propiedades antipsicóticas) ⁽¹⁸⁾. El tipo o potencia del cannabis, ha sido raramente tomado en cuenta en los estudios epidemiológicos.

Uno de los primeros estudios sistemáticos de los efectos psicomiméticos de cannabis, fue realizado por el psiquiatra francés Jacques-Joseph Moreau (de Tours) en su libro de 1945, Hashish and Mental Illness ⁽¹⁹⁾. El reportó que el hachís (resina de cannabis), podría precipitar “reacciones de psicosis aguda, generalmente con duración de unas pocas horas, pero que ocasionalmente podían durar hasta una hora; la reacción parece verse relacionado con la dosis empleada, e incluye ideas paranoides, ilusiones, alucinaciones, delirios, confusión, despersonalización, y excitación.” ⁽¹⁹⁾.

En una serie de pacientes con reciente inicio de ultra alto riesgo de psicosis, el 37% de los sujetos reportaron que sus primeros síntomas psicóticos aparecen durante la intoxicación por cannabis. Estos sujetos también reportaron sentirse más ansiosos, tristes, y suspicaces inmediatamente después del uso de cannabis ⁽¹⁸⁾. Otro estudio en primer episodio psicótico (n=199) encontró que el uso diario de cannabis fue significativamente mayor para presentar un inicio de psicosis aguda que en los no usuarios ⁽²⁰⁾.

Los síntomas psicóticos manifestados, están regularmente relacionados con la dosis y la afinidad a CB1R.

Hay varios estudios que han examinado la eficacia del dronabinol, la nabilona y el levonantradol para el tratamiento de náuseas y vómito inducidos por quimioterapia; encontrando que los cannabinoides sintéticos, un 6% de los pacientes desarrollando alucinaciones y un 5% paranoia. Asimismo, encontraron que los pacientes que reciben cannabinoides sintéticos tienen riesgo más alto de desarrollar disforia o depresión [RR 8.06 (95% CI 3.38–19.2)], alucinaciones [RR 6.10 (95% CI 2.41–15.4)], y paranoia [RR 8.58 (95% CI 6.38–11.5)] que aquellos que no recibieron antieméticos no cannabinoides ⁽²⁰⁾.

Tanto el consumo de THC solo, como la utilización de extractos de cannabis con cantidades de THC, han mostrado producir síntomas positivos, los cuales son cuantitativamente similares a los síntomas positivos de la esquizofrenia. ^(18,21). Los efectos de antagonistas del receptor D2 en los efectos psicomiméticos del THC aún no están del todo claros. Por ejemplo, en algunos estudios, olanzapina y haloperidol han mostrado atenuar el efecto psicomimético del THC ⁽¹⁸⁾. Delta-9-THC produce algunos efectos similares al rango de síntomas negativos de la esquizofrenia, incluyendo aplanamiento afectivo, retardo psicomotor, falta de espontaneidad, pérdida de emociones ⁽¹⁸⁾.

Cannabis, THC y otros cannabinoides sintéticos, también producen de forma transitoria, alteraciones cognitivas en relación con la dosis, especialmente en dominios como el aprendizaje verbal, la memoria a corto plazo, la memoria de trabajo, la función ejecutiva, la habilidad de abstracción, toma de decisiones y la atención ⁽¹⁸⁾. Las alteraciones cognitivas producidas por THC son más pronunciadas en el dominio del aprendizaje verbal y la memoria, los cuales, también son los dominios más predominantemente afectados en esquizofrenia. ⁽¹⁸⁾

Se ha reconocido que la adolescencia es un periodo crítico importante, en donde se incrementa la vulnerabilidad de los efectos a cannabis. Adicionalmente, factores como personalidad esquizotípica, abuso en la infancia, pueden incrementar el riesgo de presentación de esquizofrenia y el uso persistente de cannabis.

Una posible explicación de esta “teoría de ventana de vulnerabilidad” es que cannabis puede afectar el cerebro en un periodo crítico de desarrollo y maduración, en el cual se incluye migración neuronal y diferenciación, sinaptogénesis, formación de axones, proliferación de dendritas, mielinización, apoptosis, poda, y actividad dependiendo de cambios. ⁽²²⁾ Una explicación alternativa de la asociación entre edad de exposición a cannabis y psicosis, es aquella en que los pacientes con desarrollo más temprano de psicosis pueden “automedicarse” con cannabis como medio para intentar reducir los síntomas.

Estudios han indicado que un historial familiar positivo a esquizofrenia puede incrementar el riesgo de trastornos psicóticos inducidos por cannabis. Uno de estos estudios, encontró que pacientes admitidos por psicosis agudas, que dieron positivo a consumo de cannabis, presentaron un historial 10 veces mayor (7.1 vs 0.7 %) de familiar con esquizofrenia, que aquellos sin resultado positivo en el estudio toxicológico. ⁽¹⁸⁾

Factores genéticos pueden conferir vulnerabilidad a psicosis subsecuente a la exposición a cannabis. En específico, la catecol-o-metiltransferasa (COMT) y el AKT1. Evidencias preliminares sugieren otros genes que también pueden moderar la interacción entre cannabis y psicosis. El COMT tiene muchos polimorfismos en los seres humanos, con resultados con un aumento de un 40% de la actividad enzimática y mayor degradación de dopamina cuando la Valina es sustituida por la metionina en los locus 158/108. ⁽¹⁸⁾ Estudios in vitro mostraron que los cannabinoides son capaces de estimular la vía AKT1, hacia los receptores CB1 y CB2. Más adelante, en estudios postmortem, se encontró disminución de los niveles de AKT1 en linfoblastos en la corteza prefrontal

de paciente con esquizofrenia. ⁽²³⁾ Evidencia de estudios experimentales también han implicado un diferente polimorfismo del gen AKT1 como un moderador de sensibilidad en el efecto de inducción de psicosis por THC ⁽¹⁸⁾. Neurogulina (NRG1), uno de los genes más importantes en la susceptibilidad a esquizofrenia, es relevante en los procesos relacionados a este padecimiento y el neurodesarrollo. La delección heterocigota de NRG1, resulta en un incremento de la sensibilidad de ratones por síntomas semejantes a esquizofrenia inducidos por THC, especialmente en situaciones de estrés. ⁽¹⁸⁾

La literatura epidemiológica es consistente con las alteraciones cognitivas asociadas al uso de cannabis, al mostrar asociación con la frecuencia accidentes de tránsito ⁽²⁴⁾. Entre los problemas psicosociales asociados a la marihuana y que más han interesado a los investigadores está el fracaso en lograr metas académicas. Existe evidencia que muestra asociación entre el consumo de marihuana con un bajo logro académico, especialmente con fracaso para culminar la escuela secundaria a su debido tiempo y con menor nivel de grado académico alcanzado a la edad adulta ⁽²⁴⁾. Una parte considerable de los problemas a la salud y psicosociales que el uso de marihuana podría estar causando, como la mayor probabilidad de sufrir accidentes de tránsito, psicosis, depresión, y problemas educativos, involucran de alguna manera el constructo neuropsicológico conocido como cognición.

La evidencia que los cannabinoides afectan negativamente la memoria de trabajo es relativamente sólida ⁽²⁵⁾, lo cual tiene especial relevancia dado que la memoria de trabajo está alterada en la esquizofrenia, siendo este un nexo más con dicha enfermedad. Además, los hallazgos sugieren que los efectos de los cannabinoides en el adulto son mayores por haber una acumulación de dosis a largo plazo y que hay diferencias para el hombre y la mujer en cuanto a los efectos de los cannabinoides en procesos de memoria de trabajo ⁽²⁶⁾. Estos hallazgos pueden estar añadiendo evidencia útil para el estudio de la asociación marihuana-esquizofrenia. En el ámbito molecular, el efecto de los cannabinoides tanto en la memoria de corto plazo, como en memoria de trabajo se puede explicar por afectar específicamente el receptor CB1, el cual tiene un papel importante en la memoria y en otros aspectos de la cognición, así como también en la percepción del dolor ⁽²⁴⁾. Respecto al efecto de la marihuana en la atención, los estudios muestran que ésta causa una alteración de la atención transitoria que es evidente a los siete días de haber consumido, pero que desaparece a los 28 días ⁽²⁵⁾.

ASSIST, y medición del riesgo de consumo de sustancias.

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente). Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse.

El ASSIST es el resultado de un trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover una prueba de detección de alcohol e intervención breve a través del desarrollo y la validación de la Prueba de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés).

En 1997 la OMS desarrolló el ASSIST con el fin de:

- Administrarlo más rápidamente que las pruebas de diagnóstico de consumo de sustancias existentes. Hacer pruebas de detección de todas las sustancias psicoactivas, no solo de alcohol y tabaco.
- Poder utilizarlo en servicios de atención primaria de salud.
- Tener relevancia transcultural.
- Poder vincularlo fácilmente a una intervención breve.

El ASSIST ha pasado por tres etapas principales de prueba para confirmar su validez y confiabilidad en el ámbito internacional y demostrar que puede vincularse a intervenciones breves. La fase I del proyecto se llevó a cabo entre los años 1997 y 1998 e incluyó la elaboración de la primera versión de la prueba (versión 1.0). El cuestionario constaba de 12 preguntas. Con base en la retroalimentación de los participantes del estudio y para facilitar la administración y comprensión de las preguntas, el cuestionario de 12 preguntas fue modificado a uno de ocho (versión 2.0). El cuestionario modificado (ASSIST v3.0) fue revisado y especialmente acondicionado para su uso en el ámbito de la atención primaria y centros de salud (ASSIST v3.1); la versión 3.0 se recomienda para uso en fines investigativos. Un estudio piloto realizado al mismo tiempo demostró que los participantes provenientes de los servicios de atención primaria redujeron el consumo de sustancias al recibir una intervención breve vinculada a las puntuaciones del ASSIST ⁽¹⁹⁾. Los resultados demostraron que los participantes que recibieron una intervención breve sobre el uso de sustancias ilegales redujeron significativamente las puntuaciones de la prueba después de tres meses, en comparación con los del grupo control, que no recibieron intervención breve sobre su experiencia de consumo de sustancias ilegales. Además, más del 80% de los participantes que recibieron la intervención breve notificaron haber intentado reducir el consumo de sustancias. Asimismo, los participantes hicieron comentarios positivos sobre el impacto de la intervención breve ⁽²⁷⁾.

El ASSIST puede ser administrado por los profesionales de la atención primaria de salud y por cualquier otro profesional de la salud que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, o por los que trabajan con personas cuyo consumo de sustancias puede colocarlos en un mayor riesgo de daños comparados con el resto de la comunidad. Los profesionales de la salud de la comunidad, profesionales de la salud mental, enfermeras, trabajadores sociales, médicos y generalistas, psicólogos, personas que trabajan con jóvenes e indígenas, psiquiatras, obstetras, parteras, asesores, trabajadores del servicio correccional y todos los que trabajan en la prevención del uso de drogas y alcohol podrán realizar la prueba de detección. La prueba de detección realizada en el ámbito de la atención primaria puede aumentar la probabilidad de identificar a aquellos individuos que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, aunque no dependiente, y que son los que tienen mayor probabilidad de responder mejor a una intervención.

Ya se han llevado a cabo estudios para valorar la eficacia, así como la validez del ASSIST en diversos tipos de poblaciones latinoamericanas. Se realizó en Chile un estudio, para estudiar las evidencias de validez del instrumento de cribado ASSIST, orientándose en las validaciones multicéntricas realizadas por la OMS (Humenuk et al., 2008) logrando verificar las propiedades psicométricas del instrumento. El ASSIST mostró una buena consistencia interna para cada sustancia y una buena correlación entre test y aplicación posterior del test. También hubo correspondencia en las categorías de abuso y dependencia entre los instrumentos de referencia y las categorías diagnósticas del ASSIST. ⁽²⁸⁾.

Otro estudio llevado a cabo en estudiantes universitarios en México encontró que hay 4.4 consumidores de tabaco de 18 años por cada uno con 14 años o menos, 38.6% de los jóvenes de 17 años presenta abuso en el consumo de alcohol (Chávez et al., 2013). Con base en datos de estudiantes universitarios de carreras relacionadas con la salud, este estudio informa sobre las propiedades psicométricas de una versión autoadministrada de la prueba ASSIST y la prevalencia de abuso de sustancias entre dichos estudiantes. ⁽²⁹⁾

Por otro lado, en México también se han realizado pruebas para evaluar la confiabilidad, del ASSIST V3.0, resultando ser una prueba con consistencia interna que además posee estabilidad temporal para la mayoría de las categorías medidas, lo cual es una ventaja cuando se desea tamizar a una población en riesgo como pueden ser pacientes con primer cuadro psicótico y consumo de sustancias, ya que ofrece cierta certeza de que las puntuaciones obtenidas están cerca o reflejan la puntuación real o verdadera del examinado ⁽²⁹⁾.

AUDIT, y medición del riesgo de consumo de alcohol.

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas respecto al consumo de alcohol. Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, el AUDIT presenta las siguientes ventajas:

- Una estandarización transnacional.
- Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional.
- Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia.

- Breve, rápido, y flexible.
- Diseñado para el personal de atención primaria.
- Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol.
- Se centra en el consumo reciente de alcohol.

En 1982 la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollaran un instrumento de screening simple. El AUDIT difiere de otros test de screening de autopase en que se basó en datos recogidos de una amplia muestra multinacional, utilizó un razonamiento estadístico-conceptual explícito para la selección de ítems, enfatizó la identificación del consumo de riesgo en lugar de la dependencia de larga duración y las consecuencias adversas de beber y se centraba en síntomas que habían aparecido en un pasado reciente en vez de «alguna vez».

Se han estudiado diversas subpoblaciones entre las que se incluyen pacientes de atención primaria, casos de servicios de urgencias, consumidores de drogas, estudiantes universitarios, pacientes ancianos ingresados y personas con un bajo nivel socioeconómico, viéndose que el AUDIT proporciona una buena discriminación ⁽³⁰⁾. Una revisión sistemática reciente ⁽³¹⁾ de la literatura ha llegado a la conclusión de que el AUDIT es el mejor instrumento de screening para la totalidad de problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de atención primaria. Las puntuaciones del AUDIT predijeron la utilización de los recursos sanitarios y el inicio de un consumo de riesgo en el futuro ⁽³²⁾.

DAST-10, y medición del de consumo de sustancias.

El *Drug Abuse Screening Test* es un cuestionario desarrollado en 1982 por Skinner, el cual posee dos versiones (siendo la original la de 20 preguntas, para posteriormente desarrollar una con 10 reactivos), de fácil aplicación (se requieren tan sólo 5 minutos, con un instrumento de únicamente lápiz y papel) ⁽³³⁾. Junto a su utilidad en el cribaje de consumos problemáticos, las distintas versiones del DAST también han sido utilizadas como patrón de referencia para nuevos instrumentos de screening como el World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST; Newcombe, Humeniuk, y Ali, 2005) ⁽³⁴⁾. EL DAST-10 resultó ser internamente consistente ($\alpha = .86$)

en población psiquiátrica ⁽³⁵⁾.

Como tal, las escalas ASSIST, AUDIT, y DAST-10, no diagnostican una dependencia, sino que los resultados que arrojan permiten revelar casos de presencia con algún problema relacionado al uso o abuso de alcohol y/u otras drogas, cuyas situaciones de riesgo podrían favorecer el desarrollo de una dependencia. Siendo las últimas 3 pruebas descritas, validadas por la IAPA para la valoración del consumo de sustancias, así como estudiadas en población psiquiátrica en Latinoamérica, encontrándose validez de su utilización ^(36, 37). Como un complemento de las pruebas psicométricas se pueden aplicar medidores biológicos como son los antidoping. Para determinar el riesgo de los y las pacientes a desarrollar una dependencia, además del antidoping se requiere considerar aspectos muy específicos como: su historia de consumo, contextos relacionados a su consumo, consecuencias agradables que mantienen su ocurrencia y consecuencias desagradables del consumo que el adolescente pudiera estar devaluando, etc. Situaciones que serán analizadas en una evaluación diagnóstica que favorezca la comprensión de la naturaleza específica del problema en cada paciente.

3. METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN

El consumo de sustancias es un factor predisponente, y que, además repercute severamente en el pronóstico, así como interfiere en el tratamiento de los pacientes con primer brote psicótico. El detectarla durante el primer brote de la enfermedad, e incluso en fase prodrómica, contribuirá a diseñar mejores estrategias terapéuticas y psicosociales, que permitan una remisión pronta y mejoría de la funcionalidad a corto plazo. Establecer su relevancia dentro de la evaluación inicial en un paciente hospitalizado y concientizar a los prestadores de salud mental de su importancia, tiene como finalidad limitar el deterioro funcional, los costos económicos y el permitir la reintegración social de este grupo vulnerable, así como establecer estrategias de tratamiento de consumo acorde al riesgo detectado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presencia de consumo de diversas sustancias, especialmente cannabis, se asocia a un mal pronóstico en los pacientes con psicosis, dificulta un buen apego terapéutico, agrava la manifestación de la sintomatología psicótica, o puede acelerar el deterioro. Por lo que es necesario conocer el riesgo de consumo de sustancias. Se pretende realizar este estudio en pacientes en seguimiento en la consulta externa de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez a fin de cuantificar el riesgo de consumo en esta población mediante el uso de los inventarios ASSIST, AUDIT, y DAST-10. Asimismo, se pretende conocer las características sociodemográficas de dicha población.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de consumo de múltiples sustancias en pacientes de consulta externa de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las características de consumo de sustancias en pacientes de consulta externa de la CITEP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de febrero a abril de 2018

Objetivos específicos:

1. Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Describir el tipo de tratamiento utilizado en dicha población.
3. Valorar el riesgo asociado al consumo de sustancias de dicha población.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula (Ho): En los pacientes de consulta externa de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el consumo de sustancias es igual a lo descrito en la literatura en la población general.

Hipótesis alterna (Hi): En los pacientes de consulta externa de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el consumo de sustancias es diferente a lo descrito en la literatura en la población general.

VARIABLES

Tabla 1. Definición de variables.

DEFINICIÓN DE VARIABLES					
Nombre de la variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Indicador
Sexo	<i>(del lat. Sexus)</i> Condición orgánica que distingue al macho de la hembra dentro de una misma especie.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Sexo al que pertenece el participante, que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Femenino Masculino
Edad	<i>(del lat. Aetas, -atis, vida, tiempo que se vive.)</i> Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Cuantitativa	Discreta	Edad al que pertenece el participante, expresada en años que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Años
Escolaridad	Grado de estudios de una persona hasta el momento actual	Cualitativa	Ordinal	Nivel académico máximo al que llegó la persona, que se obtendrá mediante la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
Tratamiento	Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o estado anormal.	Cualitativa	Nominal	Fármacos orales o parenterales con su posología y dosificación que se administran al paciente durante su hospitalización, que se obtendrá de la información contenida en el expediente.	Fármaco/do sis diaria
Riesgo por consumo de cannabis.	Presencia de consumo de cannabis.	Cualitativa	Ordinal	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo por consumo de alcohol.	Presencia de consumo de alcohol.	Cualitativa	Ordinal	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 10 puntos Riesgo Moderado: 11 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo por consumo de tabaco.	Presencia de consumo de tabaco.	Cualitativa	Ordinal	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 31 puntos

Riesgo por consumo de cocaína.	Presencia de consumo de cocaína.	Cualitativa	Ordinal	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo por consumo de estimulantes tipo anfetamina.	Presencia de consumo de estimulantes tipo anfetamina.	Cualitativa	Ordinal	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo por consumo de inhalantes	Presencia de consumo de inhalantes.	Cualitativa	Ordinal	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo por consumo de alucinógenos.	Presencia de consumo de alucinógenos.	Cualitativa	Ordinal	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo por consumo de sedantes.	Presencia de consumo de sedantes.	Cualitativa	Ordinal	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo por consumo de opiáceos.	Presencia de consumo de opiáceos.	Cualitativa	Ordinal	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Riesgo por consumo de otras drogas.	Presencia de consumo de otras drogas.	Cualitativa	Ordinal	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no	Riesgo bajo: 0 a 3 puntos Riesgo Moderado: 4 a 26 puntos

				tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente)	Riesgo Alto: Mayor a 27 Puntaje total: 0 a 39 puntos
Consumo perjudicial de alcohol.	Riesgo en el consumo de alcohol.	Cualitativa.	Nominal.	Puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Medida por el AUDIT.	Bajo riesgo: 0 a 8 puntos. Riesgo de dependencia : 8 a 39.
Abuso de sustancias.	Desarrollo de problemas relacionados al abuso de drogas.	Cualitativa.	Ordinal.	La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel.	Sin problemas: 0 Bajo nivel de problemas: 1-2 Moderado nivel de problemas: 3-5 Grave nivel de problemas: 6-8 Severo nivel de problemas: 9-10

MUESTRA Y MUESTREO

Muestreo: Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando al azar a un total de 42 pacientes de consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis, quienes cumplieran con los requisitos establecidos en los criterios antes señalados, en el periodo comprendido de febrero a abril de 2018.

El diagnóstico probable de esquizofrenia o de alto riesgo de psicosis en los pacientes, se estableció empleando la determinación diagnóstica realizada por uno o más psiquiatras (verificada en el expediente), en base a las Guías de Práctica Clínica de la institución y a los criterios del CIE-10, mediante notas de ingreso, Historia Clínica, o nota de evolución del paciente en el expediente clínico; así como se observaron otros datos, como el tiempo de estancia en la clínica, el número de hospitalizaciones y el tipo de tratamiento empleado.

Tamaño de muestra: Se obtuvieron 42 pacientes, sin ningún abandono o eliminación por no contestar los test de forma adecuada.

Lugar y tiempo

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 7º piso, Clínica de Intervención Temprana en Psicosis. Escalas para aplicarse de febrero a abril de 2018.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

1. Pacientes de 18 años cumplidos a 35 años, ambos sexos.
2. De nacionalidad mexicana, hispanohablantes.
3. Con seguimiento en la consulta externa de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
4. Con primer brote psicótico compatible con sintomatología de esquizofrenia de acuerdo a los criterios vigentes de la CITEP.
5. Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

1. Pacientes hospitalizados en CITEP por necesidades del servicio que no cumplan con los criterios de ingreso en la clínica.
2. Pacientes con historial de diagnóstico previo de esquizofrenia, trastorno bipolar, discapacidad intelectual, epilepsia, traumatismo craneoencefálico, enfermedad sistémica descontrolada, pacientes con primer brote psicótico afectivo (manía o depresión).
3. Pacientes agitados o desorganizados.

Criterios de eliminación

1. Que entreguen sin terminar de contestar los test a realizar.

TIPO DE ESTUDIO

Se utilizó un diseño No experimental observacional, cualitativo y transversal

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico a fin de conocer variables como sexo, edad, escolaridad, estado civil, presencia de hijos, empleo y vivienda. En el mismo se usará la información contenida en el expediente clínico acerca de la fecha de inicio del seguimiento del paciente y del tratamiento actual, además de su número de hospitalizaciones.

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Para clasificar el consumo de sustancias (incluyendo: alcohol, cannabis, tabaco, cocaína, inhalantes, entre otros) y el riesgo subsecuente, se utilizó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Es un inventario auto aplicado, compuesto de 8 ítems. Las opciones de respuesta para cada pregunta son: P1 (“Si=3” y “No=0”); P2 (“Nunca=0”, “1 o 2 veces=2”, “Cada mes=3”, “Cada semana=4” y “Diario o casi diario=6”); P3 (“Nunca=0”, “1 o 2 veces=3”, “Cada mes=4”, “Cada semana=5” y “Diario o casi diario=6”); P4 (“Nunca=0”, “1 o 2 veces=4”, “Cada mes=5”, “Cada semana=6” y “Diario o casi diario=7”); P5 (“Nunca=0”, “1 o 2 veces=5”, “Cada mes=6”, “Cada semana=7” y “Diario o casi diario=8”); P6-8 (“No, nunca=0”, “Sí en los últimos tres meses=6” y “Si,

pero no en los últimos tres meses=3”) (Ver Tabla 1). Las puntuaciones por sustancia se obtienen sumando cada respuesta de la P2 a la P7 (en total se obtienen 9 puntuaciones de involucramiento; uno por cada droga). No deberán sumarse las puntuaciones de la pregunta P1 y P8, (por ejemplo, la puntuación para cannabis puede calcularse sumando $P2c+P3c+P4c+P5c+P6c+P7c$). La puntuación máxima por categoría puede ser 39 puntos y la más baja 0 (Humenuik et al., 2008). También ofrece una puntuación de involucramiento global. Con base en lo anterior, el ASSIST determina una puntuación de riesgo por sustancia que se puede categorizar en tres niveles de riesgo: “bajo”, “moderado” y “alto”, y que a su vez determina la intervención más adecuada conforme el nivel de uso. Los puntos de corte son: 0 a 3 puntos (No intervención); 4 a 26 puntos (Intervención Breve) y 27 puntos o más (Tratamiento Intensivo). Hasta el momento no se tiene conocimiento de que existan otros estudios que indiquen puntos de corte distintos (Humenuik et al., 2008).

Tabla 2. Grados de severidad de consumo en base a los puntajes del ASSIST (la puntuación de tabaco es hasta 31, puesto que se excluye la pregunta 5).

Riesgo	Rango
Bajo:	0 a 3 puntos
Moderado:	4 a 26 puntos
Alto:	27 a 39 puntos

Tabla 3. Grados de severidad de consumo en base a los puntajes del ASSIST para alcohol.

Riesgo	Rango
Bajo:	0 a 10 puntos
Moderado:	11 a 26 puntos
Alto:	27 a 39 puntos

Cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).

Se empleó, asimismo, el test AUDIT, el cual es fácil de puntuar. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. En el formato de entrevista el entrevistador anota la puntuación correspondiente a la respuesta del paciente (el número dentro de los paréntesis) dentro del cuadro que se encuentra al lado de cada pregunta. En el cuestionario en formato de autopase será el evaluador quien traslade el número de la respuesta marcada por el paciente a la columna de la derecha. Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado «Total». Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales. La selección de los valores de corte debería estar en función de los estándares culturales y nacionales, así como del juicio clínico que también determinará el consumo máximo recomendado. Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol.

El Test de abuso de Drogas (DAST-10).

Es un test de fácil utilización en población con facilidad para caer en abuso de drogas. La lista de preguntas obtiene información acerca de la utilización de drogas en los últimos 12 meses, entre los que se incluyen: cannabis, solventes, hipnóticos, barbitúricos, cocaínas, estimulantes, alucinógenos o narcóticos; con el especial énfasis de que no se suele incluir la evaluación tanto de alcohol como de tabaco. Posteriormente, se le solicita al entrevistado que responda 10 ítems, los cuales se contestan únicamente con la opción “Sí” o la opción “No”.

De las 10 preguntas, todas suman un punto con la respuesta “sí”, a excepción de la pregunta número 3, en donde es la respuesta “no” la que suma un punto.

DAST-10 Score	Desarrollo de problemas relacionados con el uso de drogas.	Acción sugerida.
0	No problemas reportados.	Ninguna.
1-2	Bajo nivel.	Monitorizar, aplicar posteriormente.
3-5	Moderado nivel.	Investigación posterior.
6-8	Nivel Grave.	Manejo Intensivo.
9-10	Nivel Severo.	Manejo Intensivo.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó la aprobación del proyecto de Tesis por parte del Comité de Ética en investigación y de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, así como la autorización para realizar el protocolo de investigación con el jefe de servicio y médicos adscritos de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis.

Se llevó a cabo una prueba piloto aplicando los cuestionarios y escalas durante la última semana de febrero de 2018 para reevaluar criterios y variables, en la cual se observó que, de las 5 escalas aplicadas, aunque todas fueran auto aplicables (el paciente mismo las podía hacer por su cuenta), si llegó a requerirse orientación por parte de alguien para resolver dudas en cuanto a algunos ítems.

Se seleccionó a los pacientes de consulta externa por primer brote psicótico en la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que cumplan con criterios para Esquizofrenia de la clasificación vigente del CIE 10, así como los criterios de inclusión del estudio.

Se solicitó el consentimiento/asentimiento del paciente para la realización del estudio. Realizándose la entrevista semiestructurada del ASSIST, AUDIT Y DAST-10 en una sola sesión de 10 a 20 minutos. Del expediente clínico se tomará la información acerca del tratamiento actual, tiempo de estancia en la clínica, así como historial de hospitalizaciones. Las entrevistas y aplicación de escalas se llevarán a cabo de febrero a abril de 2018. Se mantendrá contacto con el médico tratante, a fin de que éste informe de algún cambio en el diagnóstico del paciente. Una vez completada la muestra, se llevó a cabo el análisis estadístico. Se utilizó el programa estadístico SPSS y para la realización de las gráficas de las variables sociodemográficas el programa Microsoft Excel.

Costos y Materiales: La Clínica de Intervención Temprana en Psicosis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez facilitó sus instalaciones. Se ocuparon copias, lápices y bolígrafos, para su aplicación, todos los costos fueron cubiertos por el Médico Residente de 4º. año David González Vega, quien sustenta este estudio.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Este trabajo se ha basado en principios éticos que no dañen a los participantes, sin implicar malestar o dolor en ellos, así mismo con un riesgo mínimo y ningún costo. El trato que recibieron los participantes ha sido digno y de respeto, con ello hay un compromiso al resguardo de la información obtenida durante el estudio. Previa participación en el estudio, se otorgó carta de consentimiento/asentimiento informado a cada participante y consentimiento informado para sus familiares, en caso de que su ingreso haya sido involuntario. (Véase anexo).

Los principios éticos que se cuidaron durante la elaboración del estudio fueron:

1. Beneficencia: puesto que el interés principal del trabajo es encontrar una forma de detectar sintomatología que agrave la condición del paciente.
2. No maleficencia: durante la realización ningún participante será perjudicado, se respetarán sus derechos fundamentales y no serán lastimados de ninguna forma.
3. Autonomía: los participantes elegirán si ingresan al estudio.
4. Justicia: todos los participantes que cumplan con los criterios de selección pueden participar en el estudio si así lo desean, nadie será discriminado por ninguna condición social, de etnicidad o género.

Clasificación de la Investigación

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17 en: **I. Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;.

La información obtenida en este estudio será utilizada únicamente para fines de investigación, los datos no serán de uso del dominio público.

RESULTADOS.

DEMOGRÁFICOS.

Se obtuvo una muestra total de 42 pacientes que reunían los requisitos establecidos en los criterios y captados en el tiempo establecido del estudio (3 meses).

Se observó que un 57.1 % (24) fueron hombres, y 42.9% (18) fueron mujeres.

Gráfico 1. Sexo

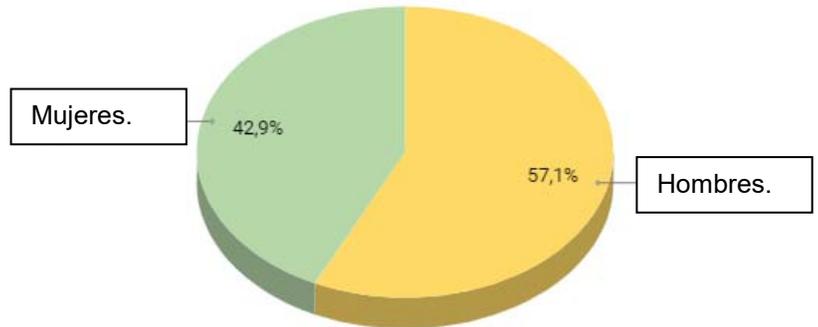
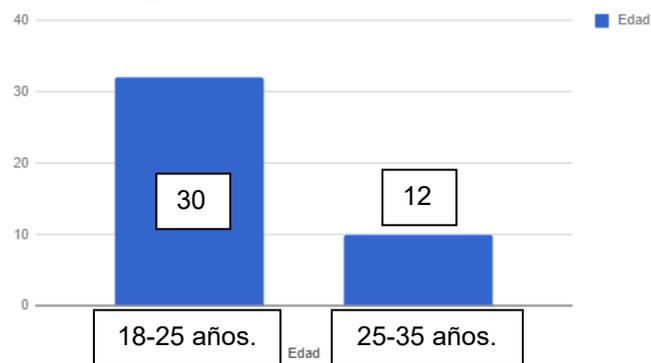


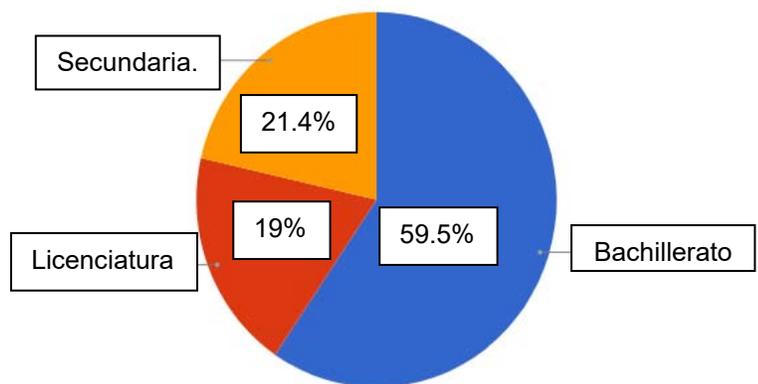
Gráfico 2. Grupos de Edad



Se decidió establecer grupos etarios, conformando un grupo de pacientes de entre 18 y 25 años, con un 76.2% (32), siendo la mayoría de la población, encontrándose un 23.8% (10) con edades entre 25 y 35 años.

Con relación al nivel académico básico, al dividir en grupos, un 21.4% (9), sólo habían estudiado estos niveles antes mencionados; un 59.5% (25), habían llegado a nivel medio superior; un 19% (8), con nivel profesional (licenciatura o ingeniería).

Gráfico 3. Nivel académico



El 71.4% (30) de los pacientes no tenían empleo al momento de aplicarse la prueba, frente a un 28.6% (12).

Respecto al estado civil; se observó de forma muy notoria, que el 92.9% (39) de los pacientes se encontraban solteros; siendo los restantes casados, divorciados o viudos (un 2.4%, con uno en cada grupo). Solo 2 pacientes tenían hijos (4.8%).

La mayoría se encuentra viviendo con sus padres, un 78.6% (33) de los estudiados, frente a un 9.5% (4) que viven solos, un 7.1% (3) que viven con su pareja (e hijos), así como 2 pacientes (el 4.8%) viven con otros miembros de su familia.

SEGUIMIENTO PSIQUIÁTRICO.

Al observar los datos de las características de estos pacientes, en relación a su seguimiento psiquiátrico y atención en la CITEP, encontramos que el 14.3% (6 pacientes), no se encontraban utilizando algún antipsicótico al momento de la evaluación; de aquellos que sí (85.7%), siendo el fármaco más utilizado es la risperidona con un 45.2% (19), seguido de quetiapina con un 26.2% (11), olanzapina 9.5% (4), y aripiprazol con 4.8% (2); sin datos de empleo de antidopaminérgicos de primera generación, o algún otro fármaco de segunda generación.

Gráfico 4. Presencia de Empleo

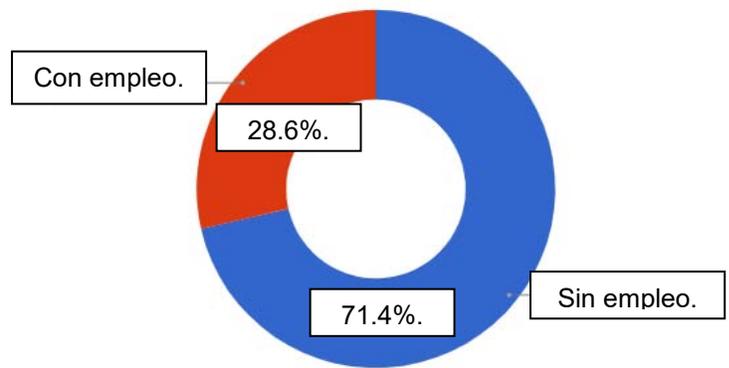
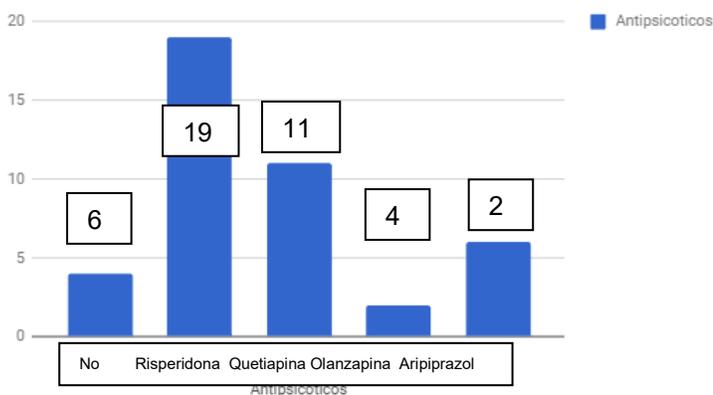


Gráfico 5. Uso de Antipsicóticos



El 45.3% (19) de los pacientes se encontraban utilizando algún antidepresivo; siendo el 31% (13) algún ISRS, mientras el 14.3% (6), empleaba un dual.

De los demás grupos de fármacos, un 16.7% (7) se encontraba utilizando alguna benzodiacepina, un 11.9% (5), algún antiepiléptico, y un 7.1% (3), algún fármaco diferente a lo empleado en psiquiatría (levotiroxina).

Gráfico 6. Uso de Antidepresivos

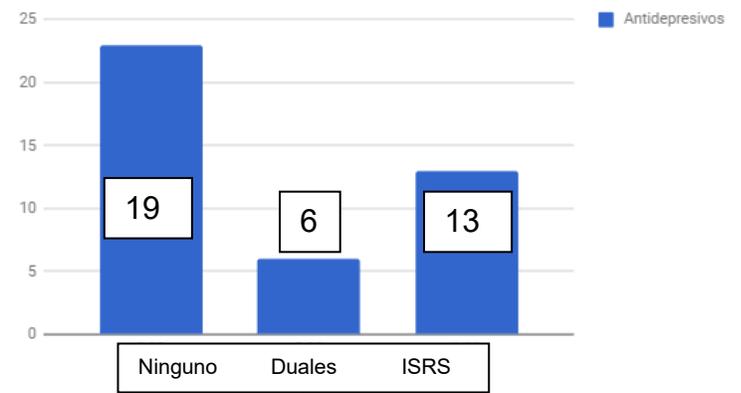
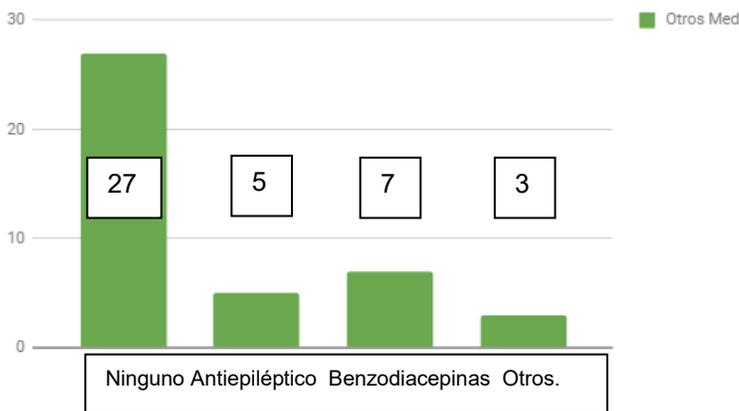


Gráfico 7. Uso de Otros Medicamentos.

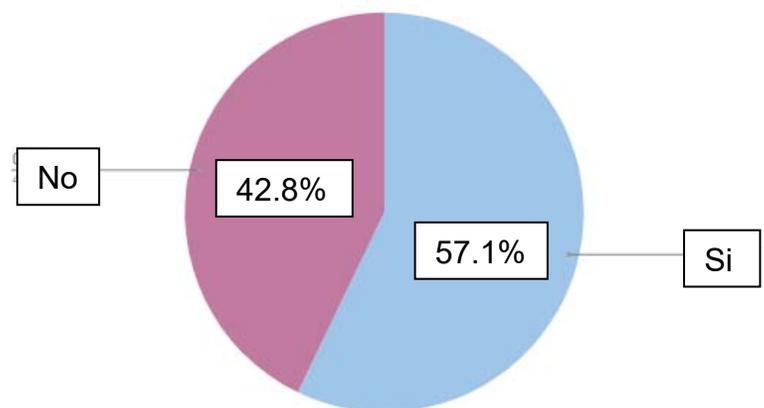


han encontrado en valoración por un espacio de 6 a 12 meses; mientras que el 28.6% restante (12), lleva más de un año.

Un 57.1% (24) de los pacientes ha sido hospitalizado en alguna ocasión en la clínica, frente al 42.8% restante.

Por otro lado; 28.6% (12) de los pacientes, tienen un tiempo de seguimiento menor a los 3 meses en la clínica; 9.5% (4) llevan de 3 a 6 meses en consulta; 33.3% (14), se

Gráfico 8. Antecedente de Hospitalización.

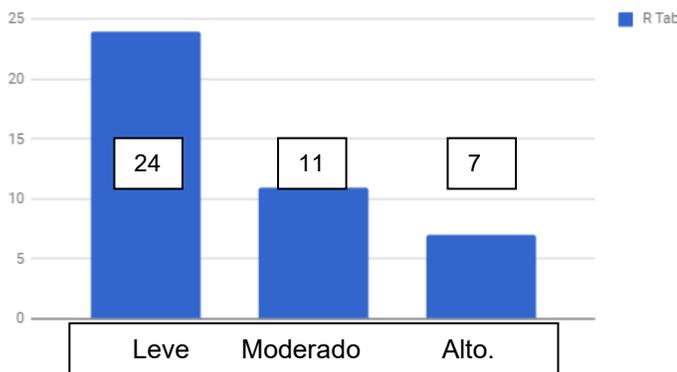


ESCALA ASSIST.

El tabaco fue encontrado con riesgo bajo en el 54.7% (24) de los pacientes, moderado en un 26.2% (11) y como alto en un 16.7% (7).

En cuanto a alcohol, los porcentajes fueron: 71.5% (30) para bajo, 21.4% (9) para moderado, y 7.1% (3) para grave.

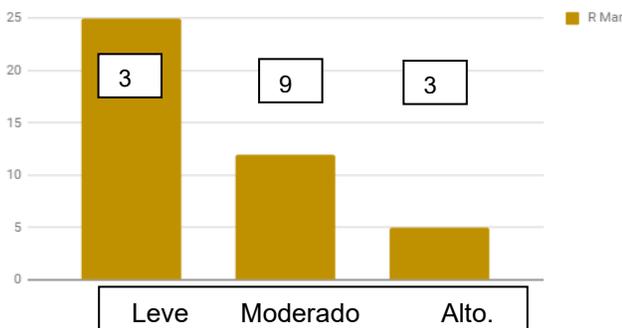
Gráfico 10. ASSIST, Tabaco.



bajo, 4.8% (2) para moderado y 2.4% (1) para grave.

Mencionado a los solventes, tranquilizantes, así como opiáceos, todos los pacientes se mostraron con riesgo bajo.

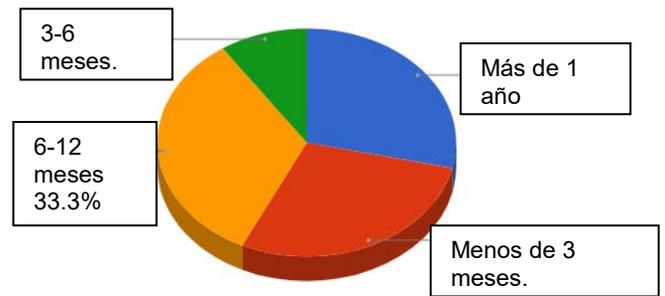
Gráfico 12. ASSIST, Cannabis.



En cuanto a alucinógenos, un 90.5% (38) presentó riesgo bajo, y un 9.5% (4) moderado.

Y respecto a otras drogas, el 95.2% (40) presentó riesgo bajo, mientras el 4.8% (2) fue riesgo moderado (se describió uso de floripondio).

Gráfico 9. Tiempo en Citep.

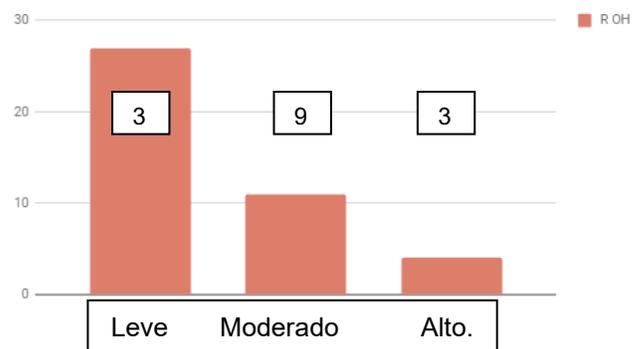


Para cannabis fue de 71.4% (30) para bajo, 21.4% (9) para moderado, y 7.1% (3) para grave.

En cocaína fue de 85.7% (36) para bajo, 7.1% (3) para moderado, y 7.1% (3) para grave.

Respecto a anfetaminas, fue de 92.9% (39) para

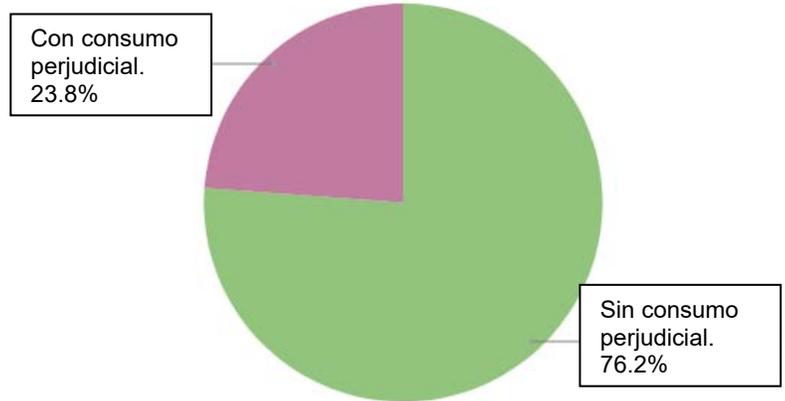
Gráfico 11. ASSIST, Alcohol.



ESCALA AUDIT.

Se estableció en el caso del AUDIT, como punto de corte el 8 (la recomendada por la OMS, a partir de la cual se considera como indicador de consumo de riesgo y consumo perjudicial); siendo entonces que el 76.2% (32) presentó datos menores a esta puntuación, y, por ende, el 23.8% (10) de los pacientes, tienen puntaje sugestivo de consumo perjudicial y de riesgo de alcohol.

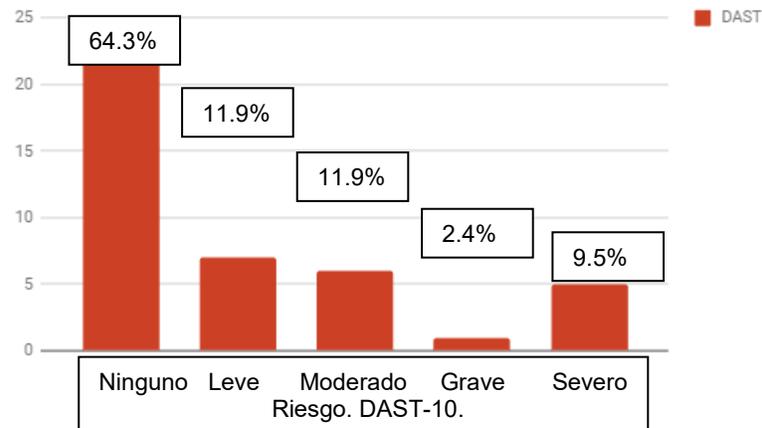
Gráfico 13. AUDIT



ESCALA DAST-10.

Respecto al DAST, el 64.3% (25) de los pacientes no mostró problemas acordes a los resultados; el 11.9% (5) con problemas leves, el 11.9% (5) moderados, el 2.4% (1) fueron grave, mientras que el 9.5% (4) severo.

Gráfico 14. DAST



DISCUSIÓN.

Los resultados de la presente investigación confirman la hipótesis propuesta. Ya que los datos encontrados en cada una de las sustancias estudiadas, diverge de lo encontrado en la población general (utilizando tanto estudios previos, como los datos encontrados en la ENCODAT -Encuesta Nacional de consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco- publicada en 2017 por la CONADIC). Más adelante se haremos una descripción detallada de cada uno de los datos.

DATOS DEMOGRÁFICOS.

De la muestra total de 42 pacientes, una mayor cantidad de los estudiados fueron hombres, con un 57.1%; encontrándose que el grupo de edad más representativo se halló entre los 18 y 25 años (con un 76.2%). Esta última situación será muy relevante para hacer la comparación de los resultados con este grupo poblacional, ya que esta clínica está orientada a la detección de los primeros brotes psicóticos, y es totalmente esperable que la población sea de menor edad (por la edad de inicio de la esquizofrenia).

Pocos fueron los que alcanzaron un nivel académico profesional; bajo el supuesto de cómo el padecimiento disminuye el funcionamiento global de los pacientes (lo cual, también se comprueba cuando encontramos que tan sólo el 28.6% de los estudiados tenían un empleo al momento de la prueba).

Respecto al estado civil; se observó de forma muy notoria, que el 92.9% (39) de los pacientes se encontraban solteros y sin hijos (95.2%).

DATOS DE LAS ESCALAS.

Alcohol: ASSIST y AUDIT.

Tomando en cuenta el punto que, en nuestras mediciones, utilizamos dos evaluaciones para el riesgo y el consumo de alcohol; es preciso comparar inicialmente los resultados de ambas. El AUDIT simplemente evalúa si existe riesgo o no de consumo perjudicial de sustancias, en comparación con el ASSIST, que lo clasifica en moderado y grave. No obstante, podemos fácilmente tomar estos dos parámetros para considerarlo como consumo perjudicial (ya que ambos requieren de tratamiento, solo difiere el tipo de intensidad). En la primera escala mencionada, 10 pacientes resultaron con consumo perjudicial contras los 12 que encontramos en los dos niveles de severidad en el ASSIST, situación que no nos resulta tan dispar. Ambas escalas hacen evaluaciones e ítems muy semejantes.

Cuando hacemos una comparación inicial, con la última ENCODAT (encuesta nacional sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco; llevada a cabo por la CONADIC), se describió que el 34.4% y el 10.8% (hombres y mujeres respectivamente), en población general, presentaron consumo excesivo en el mes previo, y un 3% consumo diario en general. Estos datos son semejantes con el 28.5% de nuestra población que puntúa en moderado y severo en el ASSIST; aunque sí podemos considerar notorio que el 7.1% de los pacientes consiguieron una calificación de grave. Respecto al ENCODAT, no podemos hacer una comparación tan equitativa, puesto que no se realizó ni AUDIT ni ASSIST, no obstante, los datos demográficos a nivel nacional nos sirven y los tomamos en consideración importante.

Un estudio llevado a cabo en estudiantes universitarios en México, en los cuales, si se aplicó el ASSIST, se encontró que, 38.6% de los jóvenes de 17 años presenta abuso en el consumo de alcohol; lo cual resulta mayor que nuestra población estudiada (Chávez et al., 2013).

Al observar otros estudios llevados a cabo en pacientes de psiquiatría; comparamos con uno llevado a cabo en 2009 en población mexicana con diagnóstico de esquizofrenia, sobre el inicio del consumo de múltiples sustancias, en pacientes que desarrollaron un primer episodio psicótico con muy pocos usuarios de alcohol (7.9%); lo cual contrasta con el 28.5% que a nosotros nos resultó (nuevamente

sumando consumo moderado y grave). ⁽²⁹⁾ Por lo que, aunque resulta igual o incluso menor que la población general; si ha resultado ser mucho menor que población psiquiátrica antes estudiada.

Cannabis: ASSIST.

La marihuana es la sustancia psicoactiva ilegal de mayor uso en el mundo. La Organización de las Naciones Unidas (UNODC) ha estimado que, en el 2009, entre 125 y 203 millones de personas en el mundo usaron esta sustancia, siendo la prevalencia anual de uso de la droga de 2,8-4,5% de la población mundial entre 15 y 64 años ⁽¹⁵⁾. Se han registrado datos de al menos 18.1 millones de usuarios en los Estados Unidos en el 2011; siendo, asimismo, la más utilizada en adolescentes de entre 12-17 años. Por otro lado, las cantidades de delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) se han incrementado de un 3.4% en 1993, hasta un 8.8% en el 2008.

En nuestro estudio, el riesgo sumado (moderado y grave), es del 25.8% para esta misma sustancia; lo que significa que, al momento de la evaluación, este era el porcentaje de la población que necesita algún tipo de intervención (siendo mucho mayor por ende la cantidad de sujetos que la han utilizado). Y cuando los datos se comparan con la ENCODAT (2017), son aún más dispares, puesto que el 20% de los varones presentaron consumo de cannabis, contra el 6.1% de las mujeres en población general.

En estudios previos, cuando se trata de población con diagnóstico de esquizofrenia, se observó que un amplio porcentaje de ellos eran consumidores diarios de cannabis (reportado en un 40.6%) en el grupo de pacientes con primer episodio psicótico. Asimismo, se observó que la única sustancia que expresó una interacción por género, entre la edad de inicio y la frecuencia de uso, fue cannabis; en donde se apreció que el riesgo de consumo en mujeres que empleaban esta sustancia se incrementa de forma importante al compararse con los varones (hazard ratio=5.154 contra hazard ratio=3.359 en hombres). ⁽²⁹⁾

En nuestro estudio, encontramos datos diferentes al estudio antes comentado; puesto que el 33% (6) de los varones presentó consumo moderado a grave de cannabis, frente a un 50% (6) de las mujeres. Lo cual se separa de la mayoría de las encuestas y estudios llevados a cabo en donde el consumo en varones es mucho mayor.

Tabaco.

En México, acorde a la ENCODAT, el 20.1% de la población mexicana consume tabaco, 9.8% de las mujeres y 31.3% de los varones. Lo cual es menor frente al 42.9% de la población estudiada con consumo moderado a grave de la misma sustancia. Al fragmentar entre sexo genérico, notamos que la correspondencia ya es acorde a la población general en cuanto a géneros, pero con resultados mayores; con un 62.5% de los varones, y un 20% de las mujeres.

Finalmente, al hacer comparación nuevamente con el estudio en 2009 en población mexicana con diagnóstico de esquizofrenia, sobre el inicio del consumo de múltiples sustancias, en pacientes que desarrollaron un primer episodio psicótico, se observó que el 44.1% consumía tabaco ⁽²⁹⁾; dato que resulta casi idéntico al de nuestros resultados.

Cocaína.

Respecto a esta sustancia; al consultar nuevamente la ENCODAT, obtenemos que el 6.6% de la población general mexicana es consumidora de cualquiera de las formas de este estupefaciente; siendo mucho mayor el resultado de consumo moderado y grave en la población de la clínica (14.2%; 6 pacientes en total).

Otras drogas.

La ENCODAT presenta a su vez, registros muy bajos respecto a las demás sustancias; con un 1.2% de alucinógenos, 1.6% en disolventes volátiles, 1.5% de anfetaminas, así como 0.3% de opiáceos. Datos que divergen de lo obtenido en el presente estudio, en donde los alucinógenos fueron encontrados hasta en un 9.5% (con riesgo moderado), y las anfetaminas en un 7.2% (igualmente en riesgo moderado), caso contrario de los opiáceos y los disolventes volátiles, que no presentaron ningún paciente con riesgo de consumo. Esto lo podemos suponer debido al pequeño tamaño de la muestra estudiada, y lo variable y volátil que puede llegar a ser la estadística con algunas respuestas positivas, así como la necesidad de mayores estudiados para contabilizar adecuadamente aquellos consumos que resultan ser menos frecuentes (como los opiáceos y su difícil adquisición).

CONCLUSIONES.

La presente investigación, se puede considerar como una aproximación al estudio de los patrones de consumo de sustancias que se manifiestan en los pacientes con brote psicótico de primera vez. Al momento, en Latinoamérica, no existen otras clínicas especializadas en pacientes con estas características, por lo que es la primera descripción que se hace sobre este tipo de población. Aunque el estudio se llevó a cabo en una población limitada, por las consideraciones de tiempo empleadas, se notó que la diferencia con los estudios llevados a cabo en muestras de sujetos sin este diagnóstico era muy diferente, con una tendencia a manifestarse más aumentando el consumo de todas las sustancias en forma general en aquellos con primer brote psicótico. Al analizar otros estudios llevados a cabo en pacientes con esquizofrenia crónica, las proporciones fueron muy semejantes con nuestra población.

Nuevamente, se hace el mayor énfasis en el hecho de que no existe mucha bibliografía sobre estudios en pacientes con primer brote psicótico; y mucho menos en países latinoamericanos. Debido a esto, consideramos que es una oportunidad muy importante para realizar protocolos de manejo en los pacientes de esta clínica. Asimismo, con fines de investigación, llevará a generar una pauta para futuros proyectos.

Por otro lado, la aplicación de escalas como el ASSIST, el AUDIT, o el DAST-10; debe ser tomada en cuenta para una evaluación más integral de los pacientes. Todas estas pruebas, ya validadas por la OMS, son herramientas que se pueden aplicar en las primeras valoraciones de un paciente de forma sencilla. Teniendo una visión más amplia del consumo de diversas sustancias, será posible hacer recomendaciones, o modificaciones importantes en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

Finalmente, existen limitaciones de relevancia en este estudio. La primera, es la ya mencionada característica, de que la CITEP, es única en México, y en Latinoamérica, para el tratamiento de este grupo de población. Por lo tanto, no podemos comparar con otras poblaciones semejantes, ni del país, ni de América Latina. Por otro lado, también se realizó el estudio con una muestra pequeña, ya que se eligió un periodo corto de tiempo para la realización de este. Esto representa una oportunidad a futuro, a estudiar al grueso de la población de la clínica, tener la prevalencia y mejorar el panorama de las características del consumo. Igualmente, realizar comparativas con pacientes crónicos del mismo hospital, permitirá entender más los patrones de consumo en el paciente psiquiátrico con psicosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del-Ben, C. M., Rufino, A. C. T. B. F., de Azevedo-Marques, J. M., & Menezes, P. R. (2010). Differential diagnosis of first episode psychosis: importance of optimal approach in psychiatric emergencies. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 32 Suppl 2, S78 S86. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600004>
2. Breitborde, N. J. K., Srihari, V. H., & Woods, S. W. (2009). Review of the operational definition for first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00148.x>
3. Nielssen, O., & Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: A systematic review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 702–712. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn144>
4. Vera, I., Rezende, L., Molina, V., & Sanz-Fuentenebro, J. (2012). Clozapine as treatment of first choice in first psychotic episodes. What do we know? *Actas Espanolas de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1177/2045125313481026>
5. Campero-Encinas D, Campos-Lagrava, H., Campero M. Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Rev Cient Cienc Méd [Internet]*. 2009;12(2):32–7. Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v12n2/v12n2_a11.pdf
6. Chambers, R. A., Krystal, J. H., & Self, D. W. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01134-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01134-9)
7. Wisdom, J. P., Manuel, J. I., & Drake, R. E. (2011). Substance Use Disorder Among People With First-Episode Psychosis: A Systematic Review of Course and Treatment. *Psychiatric Services*, 62(9), 1007–1012. https://doi.org/10.1176/ps.62.9.pss6209_1007
8. Gómez-de-Regil, L., Kwapil, T. R., Rosado-Franco, A., & Barrantes-Vidal, N. (2010). Predictors of short-term course in Mexican first-episode psychosis patients. *Salud Mental*, 33(6), 507–515.
9. Martínez, T. D., Blanqué, J. M., Codina, J., Montoro, M., Mauri, L., & Barrantes-Vidal, N. (2011). Rationale and state of the art in early detection and intervention in psychosis. *Salud Mental*, 34(4), 341–350.
10. Anderson, K. K., Voineskos, A., Mulsant, B. H., George, T. P., & McKenzie, K. J. (2014). The

role of untreated psychosis in neurodegeneration: A review of hypothesized mechanisms of neurotoxicity in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1177/070674371405901003>

11. Borges, S., Gayer-Anderson, C., & Mondelli, V. (2013). A systematic review of the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in first episode psychosis. *Psychoneuroendocrinology*.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.12.025>

12. Mäntylä, T., Mantere, O., Raij, T. T., Kieseppä, T., Laitinen, H., Leiviskä, J., ... Suvisaari, J. (2015). Altered activation of innate immunity associates with white matter volume and diffusion in first-episode psychosis. *PLoS ONE*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125112>

13. Álvarez-Jiménez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2011). Preventing the second episode: A systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp129>

14. Zhang, J. P., Gallego, J. A., Robinson, D. G., Malhotra, A. K., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2013). Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. <https://doi.org/10.1017/S1461145712001277>

15. UNODC (2011). United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. *World drug report 2011*. Vienna: UNODC.

16. ONDCP (2008). ONDCP. *Marijuana: the greatest cause of illegal drug abuse*. In: *The Marijuana Factbook*. Washington, DC: Executive Office of the President. p. 1–20.

17. Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61037-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61037-0)

18. Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T., & D'Souza, D. C. (2014). Gone to pot-a review of the association between cannabis and psychosis. *Frontiers in Psychiatry*.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00054>

19. Stefanis, C., Liakos, A., & Boulougouris, J. C. (1976). INCIDENCE OF MENTAL ILLNESS IN HASHISH USERS AND CONTROLS. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 282(1), 58–63. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1976.tb49885.x>
20. Compton, M. T., Broussard, B., Ramsay, C. E., & Stewart, T. (2011). Pre-illness cannabis use and the early course of nonaffective psychotic disorders: Associations with premorbid functioning, the prodrome, and mode of onset of psychosis. *Schizophrenia Research*, 126(1–3), 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.10.005>
21. Juckel, G., Roser, P., Nadulski, T., Stadelmann, A. M., & Gallinat, J. (2007). Acute effects of Delta9-tetrahydrocannabinol and standardized cannabis extract on the auditory evoked mismatch negativity. *Schizophrenia Research*, 97(1–3), 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.08.015>
22. Berghuis, P., Dobszay, M. B., Wang, X., Spano, S., Ledda, F., Sousa, K. M., ... Harkany, T. (2005). Endocannabinoids regulate interneuron migration and morphogenesis by transactivating the TrkB receptor. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(52), 19115–19120. <https://doi.org/10.1073/pnas.0509494102>
23. Sánchez MG, Ruiz-Llorente L, Sánchez AM, Díaz-Laviada I (2003). Activation of phosphoinositide 3-kinase/PKB pathway by CB(1) and CB(2) cannabinoid receptors expressed in prostate PC-3 cells. Involvement in Raf-1 stimulation and NGF induction. *Cell Signal* 15:851–9. doi:10.1016/S0898-6568(03) 00036-6
24. Torres, G, Fiesta, F. (2012). Efectos De La Marihuana En La Cognición : Effects of Marijuana on Cognition : a Review Form the Neurobiological Perspective. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud P{ú}blica*, 29(1), 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.035>
25. Diana, M. A., & Marty, A. (2004). Endocannabinoid-mediated short-term synaptic plasticity: Depolarization-induced suppression of inhibition (DSI) and depolarization- induced suppression of excitation (DSE). *British Journal of Pharmacology*. <https://doi.org/10.1038/sj.bjp.0705726>
26. Gouzoulis-Mayfrank, E., Daumann, J., Tuchtenhagen, F., Pelz, S., Becker, S., Kunert, H. J., ... Sass, H. (2000). Impaired cognitive performance in drug free users of recreational ecstasy (MDMA). *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 68(6), 719–725. <https://doi.org/10.1136/jnnp.68.6.719>

27. OMS. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Oms.
28. Soto-Brandt, G., Huidobro, R. P., Artigas, D. H., Rivera-Rei, Á., Escobar, M. J., Guzmán, N. S., ... Castillo-Carniglia, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Adicciones*, 26(4), 291–302. <https://doi.org/10.20882/adicciones.27>
29. Rivadeneyra Linage, M., & Gómez-Maqueo Lucio, E. M. (2013). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Española de Drogodependencias*, 38(381), 37–51. Retrieved from <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/47606/4188871.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. OMS. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Oms.
31. Fiellin, D. a, Reid, M. C., & O'Connor, P. G. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160(13), 1977–1989. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.13.1977>
32. Conigrave, K. M., Saunders, J. B., & Reznik, R. B. (1995). Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction*, 90(11), 1479–1485. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.901114796.x>
33. Gutiérrez, T., Raich, R., Sánchez, D.. (2014). Instrumentos de evaluación en Psicología de Salud. Alianza Editorial.
34. Gálvez, B. P., Fernández, L. G., De Vicente Manzanaro, M. P., Valenzuela, M. A. O., & Lafuente, M. L. (2010). Validación española del drug abuse screening test (DAST-20 y DAST-10). *Health and Addictions / Salud Y Drogas*, 10(1), 35–50.
35. Gómez-Maqueo, E. L., Hernández, H. L. G., Rodríguez, B. M., & Ramos, M. P. (2009). Uso Del Audit Y El Dast-10 Para La Identificación De Abuso De Sustancias Psicoactivas Y Alcohol En Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(1), 9–17. Retrieved from <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1760/36205>

36. Morales-Chainé, S., Gordillo-Moreno, T., Chávez-Alcantar, M.. (2013). Guía para el tratamiento e integración social en materia de adicciones: Adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas. IAPA.
37. Chávez-Oleas, S. H., Espinoza-Torres, M. P., Villagomez-Calle, D. B., Flores-Rocha, H. A. (2014). Determinación de prevalencia de patología dual en miembros de alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos mediante pruebas psicométricas en la ciudad de Quito. Trabajo de tesis presentado como requisito parcial para optar por el Título de Especialista en Psiquiatría. Instituto Superior de Investigación y Postgrado. Quito: UCE. 81p.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4643>

4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 4. Cronograma.

Actividad	Junio/Diciembre 2017	Enero 2018	Febrero 2018	Marzo 2018	Abril 2018	Mayo 2018
Búsqueda de bibliografía adicional						
Presentación del proyecto ante el comité de Investigación						
Revisión de aspectos metodológicos y correcciones						
Aplicación de Prueba piloto						
Aplicación de cuestionarios						
Recopilación y análisis de datos						
Presentación de resultados						

5. ANEXOS

Anexo 1: Carta de consentimiento informado:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPÍTULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____ o _____ como responsable del paciente, declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de describir las características del consumo de sustancias en la CITEP..

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Que los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar el manejo a seguir y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación al doctor David González Vega, con número de teléfono 5555731500.

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Firma de autorización de Paciente (o responsable)

Firma del investigador

Firma de primer Testigo

Firma de Segundo Testigo

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México, a ____ de ____ de 2018.

Anexo 2: Formato de encuesta sociodemográfica: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

“Características del consumo de sustancias en pacientes de consulta externa de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

OMS - ASSIST V3.0

<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CLÍNICA	<input type="text"/>
----------------------	------	----------------------	----------------------	---------	----------------------

ENTREVISTADOR

<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>					
----------------------	-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nº PARTICIPANTE

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez?</u> (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

**Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"**

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario	
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6

f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1	2	Cada mes Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario	
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario	
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3

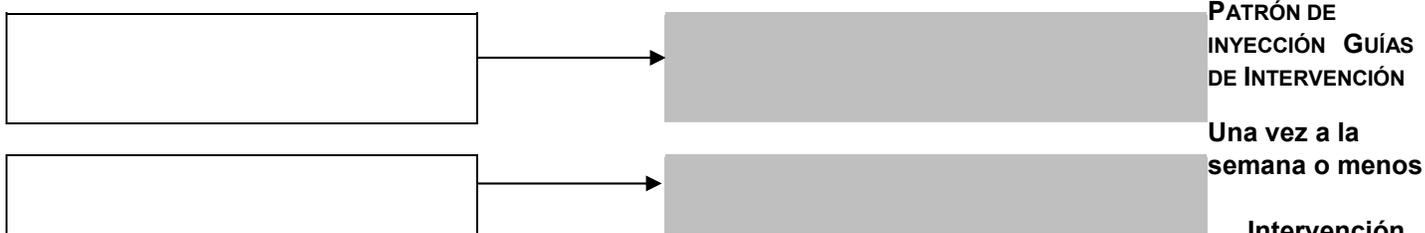
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.



Breve, incluyendo la tarjeta

o “riesgos asociados con inyectarse”

Menos de 3 días seguidos

Más de una vez a la semana o

3 o más días seguidos

Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *

CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se

calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

OMS ASSIST V3.0 TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

Tarjeta de respuesta - sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otros - especifique:

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

**Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS ASSIST
V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes**

Nombre _____ Fecha del Test _____

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o Pastillas para dormir		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

j. Otros – especificar	0-3	Bajo
	4-26	Moderado
	27+	Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

¿Está preocupado sobre su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
	El consumo habitual de tabaco se asocia con:	(marque una)		
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel			
	Infecciones respiratorias y asma			
	Aumento de la presión arterial, diabetes			
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores			
	Abortos, partos prematuros y niños con bajos pesos al nacer de madres fumadoras embarazadas			
	Enfermedades renales			
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica			
	Enfermedad cardíaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares			
	Cánceres			

b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
	La ingesta excesiva habitual de alcohol se asocia con:	(marque una)		
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones			
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro			
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial			
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales			
	Dificultad para recordar y solucionar problemas			

	<p>Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de embarazadas bebedoras</p> <p>Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico</p> <p>Enfermedad hepática, enfermedad pancreática</p> <p>Cánceres, suicidio</p>
--	---

c. Cannabi ;	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:.....</p> <p style="text-align: right;">Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(marque una)</p> <p>El consumo habitual de cannabis se asocia con:</p>
	<p>Problemas con la atención y motivación</p> <p>Ansiedad, paranoia, pánico, depresión</p> <p>Pérdida de memoria y en la capacidad de solución de problemas</p> <p>Aumento de la presión arterial</p> <p>Asma, bronquitis</p> <p>Psicosis en aquellas personas con antecedentes familiares de esquizofrenia</p> <p>Enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica</p> <p>Cánceres</p>

d. Cocaína	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:..... El</p> <p style="text-align: right;">Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(marque una)</p> <p>consumo habitual de cocaína se asocia con:</p>
	<p>Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso</p> <p>Sensación de adormecimiento, acartonamiento en la piel, rascado en la piel</p> <p>Accidentes y lesiones, problemas económicos</p> <p>Pensamientos irracionales</p> <p>Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía</p> <p>Agresividad y paranoia</p> <p>Craving o deseo intenso, stress debido al estilo de vida</p> <p>Psicosis tras el consumo repetido a altas dosis</p> <p>Muerte súbita debido a problemas cardíacos</p>

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:.....</p> <p style="text-align: right;">Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(marque una)</p> <p>El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:</p>

	<p>Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación</p> <p>Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares</p> <p>Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia</p> <p>Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea</p> <p>Agresividad y conducta violenta</p> <p>Psicosis tras el consumo continuado a altas dosis</p> <p>Daño cerebral permanente</p> <p>Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (del éxtasis) en situaciones raras</p>
--	---

f. Inhalantes	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:..... ..</p> <p style="text-align: right;">Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(marque una)</p> <p>El consumo habitual de inhalantes se asocia con:</p>
	<p>Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa</p> <p>Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales</p> <p>Indigestión, úlceras estomacales</p> <p>Accidentes y lesiones</p> <p>Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión</p> <p>Alteraciones en la coordinación, enlentecimiento en las reacciones, hipoxia</p> <p>Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (corazón, pulmón, hígado, riñones)</p> <p>Muerte por fallo cardíaco</p>

g. Sedante	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:..... ..</p> <p style="text-align: right;">Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(marque una)</p> <p>El consumo habitual de sedantes se asocia con:</p>
	<p>Sedación, mareo y confusión</p> <p>Dificultad para concentrarse y recordar cosas</p> <p>Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar</p> <p>Problemas de sueño</p> <p>Ansiedad y depresión</p> <p>Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo.</p> <p>Síntomas de abstinencia graves</p> <p>Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras.</p>

h. Alucinógenos	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:..... ..</p> <p style="text-align: right;">Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(marque una)</p> <p>El consumo habitual de alucinógenos se asocia con:</p>
----------------------------------	--

	Alucinaciones (placenteras o molestias) – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias
	Dificultades para dormir
	Náuseas y vómitos
	Aumento en la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial
	Cambios de humor
	Ansiedad, pánico, paranoia
	Flash-backs
	Aumento en los efectos de enfermedades mentales como la esquizofrenia

i. opiáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es:	Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
	El consumo habitual de opiáceos se asocia con:	(marque una)
	Picor, náusea y vómitos	
	Mareos	
	Estreñimiento, deterioro de los dientes	
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas	
	Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual	
	Dificultades de pareja	
	Problemas económicos y laborales, delincuencia	
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia	
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria	

Anexo 3: Carta de información para Jefe de Piso:

Ciudad de México, a ____ de _____ de 2018.

Carta de información al jefe de servicio de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis

Dr. Víctor Ramírez Zamora

Presente

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio titulado: **“Características del consumo de sustancias en pacientes de la CITEP en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”**, mismo que pretende llevarse a cabo durante un período de 3 meses, a partir de febrero de 2018 a abril de 2018. En donde se evaluará con entrevista psiquiátrica, y las pruebas de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, AUDIT y DAST-10).
Agradeciendo su apoyo y atención prestada, quedo a su disposición.

Atentamente

Dr. David González Vega

Nombre: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas **excluyendo alcohol y tabaco** durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es "No" o "Si". Después, marque el casillero apropiado junto a la pregunta.

Cuando la palabra "abuso de drogas" es usada, esta se refiere al uso de medicinas compradas con receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas pueden incluir: cannabis (marihuana, hachís), solventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas **no incluyen** alcohol o tabaco.

Por favor responda cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

<u>Estas Preguntas Están Referidas a los Últimos Doce Meses:</u>	No	Si
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ud. abusa más de una droga a la vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>3.</u> ¿Es Ud. capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido "pérdidas de conocimiento" o una "memoria repentina" como resultado del uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejó de usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUDIT

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

NOTA: En los Estados Unidos *una bebida* se refiere a cualquier bebida que contiene aproximadamente 14 gramos de etanol o alcohol puro. Las bebidas que siguen a continuación son de diferentes tamaños sin embargo su contenido de alcohol es el mismo. Es por eso que todas son consideradas *una bebida*:



Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
Total					

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Para reflejar las medidas de consumo en los Estados Unidos (14 gramos de alcohol puro), la cantidad de tragos en la pregunta 3 fue cambiada de 6 a 5. En el sitio www.wba.org está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.