

11241  
3  
29

TITULO DE TESIS

PREVALENCIA DEL USO DE DROGAS  
Y ALCOHOL EN EL PACIENTE  
ESQUIZOFRENICO

*Autor. Barrera Valdivia, Rodrigo*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*S. Díaz Martínez*

TUTOR DE TESIS: DRA. ROSA DIAZ MARTINEZ

PRESENTADO POR: RODRIGO BARRERA VALDIVIA

U . N . A . M.

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y

PSICOLOGIA  
MEDICA  
SALUD MENTAL  
DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL  
U. N. A. M.

*V. b. Aljiceto*

*[Signature]*



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 está 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.

# I N T R O D U C C I O N

## ANTECEDENTES.

Al observar desde una perspectiva histórica la atracción del hombre por las drogas, se verá que no es un suceso reciente, como podría pensarse; casi todas las civilizaciones, en cualquier periodo de la historia han conocido y utilizado por varias razones, incluyendo el placer, diversos tipos de drogas que alteran el estado mental y han procurado controlar su uso. Esto debe considerarse como parte del problema actual del uso de drogas.

Al estudiar las diferencias de acuerdo al sexo, en pacientes psicóticas y farmacodependientes, Ross, Gleser, y Stitsny en 1980 (1), observaron que los hombres son más afectados al abuso de sustancias. Robins en 1981 (2), había demostrado que las mujeres son más susceptibles de tener otro trastorno psiquiátrico aparte de la dependencia de alcohol, y Cooperstock (3), en 1978, reportó más síntomas físicos y emocionales en mujeres que en hombres, al establecer también diferencias de acuerdo al sexo, en población que utilizaba drogas psicotrópicas.

Estudio a 501 sujetos durante un año, aplicando el DISVIII. Los síntomas presentaronse por lo menos un mes antes; hubo poca confiabilidad para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizado, y sólo fue favorable para Demencia y Depresión Mayor. De los 260 hombres y 241 mujeres, 7 de cada 10 pacientes de acuerdo al DIS (diagnostic interview schedule), tuvieron alcoholismo, y alrededor de un tercio presentaron adicción a las drogas. En mujeres se encontró

mayor abuso de barbitúricos sedantes-hipnóticos, y los hombres sobre cannabis y tabaco. 56 % de hombres, y 52 % de mujeres tuvieron alcoholismo sin farmacodependencia, y por el contrario 18 y 19 % respectivamente. No hubo diferencia significativa en la prevalencia de demencia, trastornos afectivos, y esquizofrenia.

En 1988 Saari y Adlaf (4), estudiaron el uso y abuso de drogas y alcohol entre ancianos. Se encontró que en pacientes mayores de 65 años, 27 % tuvieron cirrosis hepática, y 16 % alcoholismo. Los ancianos reportaron 40 % abstención, mientras que jóvenes solo el 13 %. En cuanto al uso de tranquilizantes e hipnóticos, los ancianos reportaron uso diario en 4 %. Los bebedores fuertes y con uso diario de alcohol fue mayor en hombres de 71 a 75 años de edad. Las mujeres fueron reportadas como mayores usuarias de hipnóticos, y menor uso de tranquilizantes. La farmacodependencia se encuentra entre los diez padecimientos mentales de mayor incidencia en nuestro país. El alcohol, los inhalables y la marihuana, son las drogas más utilizadas en México. De acuerdo a la OMS, la farmacodependencia es un estado psíquico y a veces físico, caracterizado por modificaciones del comportamiento y otras reacciones. Existe siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos, o para evitar el malestar producido por su privación. El abuso de drogas es el uso habitual de una sustancia química que perjudica la capacidad de funcionar

del individuo y de por resultado daño psíquico, funcional, emocional, y de comportamiento.

Nada y Davis en 1991 (5), establecieron una relación entre farmacodependientes y trastorno de la personalidad, se seleccionaron 100 ingresos de Psicosis Tóxica de acuerdo al DSM III R, RMP1, y Vida Diaria del Instituto Shipley; 57 tuvieron trastorno de personalidad y estaban involucrados con drogas ilegales, alcoholismo, y psicopatología grave; la conclusión fue utilizar un mensaje individualizado y no general, ya que es inadecuado. Helzer y Pryzbek (6), observaron que los diagnósticos psiquiátricos prevalecen más en alcohólicos. Se excluyeron aquellos con Psicosis aguda, Síndrome Orgánico Cerebral, y menores de 18 años. 57 % de los pacientes tenían por lo menos un trastorno de personalidad -más jóvenes, con nivel cultural bajo, y 39 casados-, 7 fueron paranoicas, 17 borderline, 4 narcisistas, 3 antisocial, 6 histéricas, 2 aprehensivos, 4 dependientes, 2 obsesivo-compulsivos, 5 pasivo-agresivos, 5 depresivos, y 2 no especificado. El examen químico demostró que este grupo utilizó marihuana, amfetaminas, cocaína, LSD, y opiáceos. El RMP1 demostró elevadas escalas de hipochondriasis, histeria, y masculinidad-feminidad. Depresión sobresalio en el de Vida Diaria.

En esquizofrenia se describen típicos casos en los cuales los episodios psicóticos fueron precedidos por síntomas de grandiosidad, obsesividad, compulsiones, y ansiedad.

Bernhanson y Gunn en 1972, Snyder en 1973, Wise y cols. en 1981 (7), y Sherer y cols. en 1988, evidenciaron que drogas

y alcohol pueden inducir ideas delirantes y alucinaciones  
Audicionales.

En 1990 Tian y Anthony (8), observaron a 4,944 sujetos que pertenecían a un programa que abarcó 5 regiones metropolitanas, entre 1980 y 1984, se aplicó DIS para así evaluar experiencias paranoicas y alucinaciones, entre individuos de 18 a 49 años de edad. Por lo menos 507 tuvieron una experiencia psicótica en un año, 11 sujetos declararon el uso diario de cocaína; el riesgo aumentó 2.4 veces mas en aquellos que usaban marihuana, 2.6 en alcohólicos, y 2.9 veces mas en quienes usaron ansiolíticos. En suma, el estudio evidencio que la marihuana está asociada con un doble riesgo para provocar experiencias psicóticas. En cuanto a alcoholismo, el riesgo de usar en exceso, y probablemente sus prácticas abusivas pueden llevar a disturbios psicóticos pasando inadvertidos mediante psicopatías. La droga no se asoció con el suicidio con episodios depresivos, trastornos obsesivos-compulsivos, ni agorafóbicos.

Ullrich y Albeck en 1989 (9), estimaron que la violencia fue 4 veces mayor en esquizofrénicos que en población general, con mayor prevalencia de alcoholismo y farmacodependencia en estos. Fueron en total 494 pacientes, 30 cometieron uno o más actos violentos entre 1972 y 1985, 4 fueron mujeres, 31 de los agresores llevan mas de 10 años enfermos, una de las 4 mujeres fue alcohólica. 34 actos delictivos fueron bajo efecto de drogas y alcohol. En 12 casos, tuvo que ver algún conflicto con alguien de la familia, parais o vecinos; en otros 6, se accedió el robo a

tienda. De los 38 sujetos, 8 cometieron más de dos delitos, y 2 fueron adictos a alguna droga; 4 tenían ideas delirantes paranoicas, 3 esquizofrenias, y una psicosis.

El principal hallazgo del estudio fue que 14 de los 38 esquizofrénicos, fueron alcohólicos y farmacodependientes, mientras que 7 probablemente abusadores. El informe médico reveló que 5 actos delictivos fueron el resultado de alucinaciones imperativas, y en total 11, de los 21 actos fueron contra familiares.

En 1990, Brady y colaboradores (10), demostraron que el uso de cocaína prevalece más en esquizofrénicos, y aparte de causar síntomas psiquiátricos, se autoadminican debido a los efectos proconvulsivos del psicodélico, ya que se piensa que incrementa la función dopaminérgica en la sinapsis, pues unos autores han demostrado la mayoría existente de los síntomas negativos, después del tratamiento con agonistas dopaminérgicos. Por tanto la interacción, puede dar lugar a una exacerbación o mejoramiento de síntomas específicos. Richard en 1990 (11), reportó un elevado rango de uso de estimulantes en esquizofrénicos, más que otros psicóticos hospitalizados.

Se hizo una comparación de esquizofrénicos abusadores, contra no abusadores, para establecer síntomas positivos y negativos, curso y tipo de daño, y presencia de disfunción tardía. 17 venían adictos al uso de cocaína 11 veces, el último semestre, 12 negaron el uso; esto se comprobó con prueba de orina, un año antes de la entrevista.

Interesante, los pacientes entre los tratados con levamisol de la cocaína, para provocar efectos de alucinaciones, paranoia y humor, los esquizofrénicos paranoides resultaron más abusadores, mientras que los que no consumieron fueron los indiferenciados. En los consumidores hubo cuadro depresivo significativo. De los 17 consumidores, 9 tuvieron antecedente de farmacodependencia múltiple (mariguana, LSD, narcóticos), 9 consumían alcohol 1 vez por semana, y 2 cumplieron los criterios de alcoholismo. 15 de los 17 exaltaron su talento, lo que motivó su uso; 7 disminuyeron las alucinaciones, y 3 las espaciaron; y solo 2 reportaron aumento en la paranoia. El uso de la cocaína puede activar la esquizofrenia, o dar lugar a una recaída. Los esquizofrénicos paranoides abundaron más en el grupo de farmacodependencia, y es posible que la droga aumente los síntomas paranoides. Otro tipo de estudios han demostrado el incremento de receptores dopaminérgicos por usar cocaína en forma crónica.

En 1991, Dixon, Haas, y Weiden (12), estudiaron correlación clínica y uso de drogas entre esquizofrénicos farmacodependientes. Utilizaron pacientes esquizofrénicos, esquizofrénicos, y esquizoafectivos. Se sabe que 15 a 60 % de esquizofrénicos abusan de psicotóxicos; la hipótesis de la vulnerabilidad explica que el uso de drogas puede causar o incrementar la esquizofrenia. Maciellan (1979) en un estudio de 6 años, encontró que los farmacodependientes de antelasmias desarrollan psicosis, mientras que los de barbitúricos no. Andreasson en 1987, estudiando conscriptos



estas personas, condiciones de cannabis), propone que adquirirían un relativo riesgo de esquizofrenia, así, también los esquizofrénicos jóvenes farmacodependientes desarrollarían más tempranamente la enfermedad. Un segundo modelo explica que los esquizofrénicos se automedicaron para sus síntomas, por ejemplo como ya se mencionó con la cocaína, utilizando para contrarrestar los de tipo negativo. Un tercer modelo postula que son usados para evitar los efectos colaterales de los neurolepticos.

Se estudiaron 53 pacientes: 48 esquizofrénicos, 12 esquizoafectivos, y 3 esquizoconversivos; utilizando diversas escalas para el diagnóstico (SCID, SAS, DFRS, Cannon-Spicer, etc.), se consideró el antecedente familiar y el alcoholismo junto con drogadicción, según el DSM III R, en los últimos 6 meses. De los 53 pacientes, 40 fueron diagnosticados como alcohólicos y drogadictos, para un total de 76 diagnósticos: Cannabis 26, Alcohol 21, Cocaína 14, Alucinógenos 5, Estimulantes 5, Hipnóticos/sedantes 3, y otros 2. La mayoría fueron por dependencia, 18 pacientes solo usaron una sustancia, y 21 fueron múltiples. Por medición del DFRS (Brief Psychiatric Rating Scale), el desempeño de los farmacodependientes demostró psicopatología menos severa. El puntaje de paranoia-delirancia fue más bajo que en los esquizofrénicos no abusadores. El GAG (Global Assessment Scale) no tuvo diferencia significativa. Los esquizofrénicos farmacodependientes tuvieron mejor ajuste sexual, así como escolaridad. Las drogas más utilizadas fueron el alcohol, cannabis, y cocaína. En conclusión, los

esquizotrópicos que abusan de drogas, pueden representar un subgrupo de pacientes con mejor pronóstico y menores manifestaciones de esquizofrenia, pero al observar en forma global al paciente, se determinó que existe un mayor deterioro a largo plazo.

El problema de las adicciones no es ajeno a nadie ya que repercute en toda la sociedad, y solamente actuando en forma coordinada puede enfrentarsele, transformando las condiciones individuales y sociales que le propician, aunque los grupos más afectados son los jóvenes y adolescentes, quienes lo justifican como una postura distintiva entre los adultos. Se ha visto con mucha frecuencia que estas personas presentan evidentes problemas consigo mismos, con sus familias, con figuras de autoridad en cualquiera de las formas que esta pueda darse, problemas en relación con los demás, tanto de individuo a individuo, como de individuo a grupo, y un grado de inmadurez que les impide una visión realista y objetiva de la vida. Entre más crónicos son, tienden a funcionar cada vez menos en sus diferentes áreas de actividad, como la laboral, académica y afectiva, aislándose en grupos cada vez más restringidos, que a su vez funcionan también mal, en relación con los demás. Cada vez pueden enfrentarse con menos buen éxito a los problemas diarios, cuando un resentimiento progresivo hacia la sociedad, lo que los aisla más aún, conduciéndolos a consumir más drogas, y llevándolos a desligarse o atacando al resto de la población la que perciben como amenazante e incomprensible. Según el efecto que producen en la actividad mental de una persona, las drogas se dividen en

estimulantes y depresores de las primeras, los motivos de uso más frecuentes son buscar emociones fuertes, combatir fatigas, aburrimiento, sueño y hambre, y aumentar la capacidad de introspección. Los síntomas de abuso son: Hiperactividad, euforia, exaltación, ansiedad, irritabilidad, pérdida de apetito, agresividad, insomnio, dilatación de pupilas y aumento en la presión sanguínea. Con grandes dosis pueden producir alucinaciones e ideas delirantes de persecución. Después de que ha desaparecido el efecto, el usuario sufre una fuerte depresión; se experimentan sentimientos opuestos y simultáneos, como por ejemplo sentirse contento y triste.

Los efectos visibles por el abuso de estimulantes, son el temblor y la sudoración de manos, y una gran sensibilidad a la luz. Los riesgos de abuso son el suicidio por la depresión, la distorsión en tiempo y distancia que hacen al individuo propenso a sufrir accidentes, alteraciones del juicio, reacciones de pánico, y psicosis tóxica que pueden llevar en algunos casos a la muerte por imprudencia al tener una idea delirante de invulnerabilidad. Los depresores son todas las drogas que disminuyen la actividad mental y corporal, y en forma secundaria, parecen deprimir la corteza frontal del cerebro, provocando desinhibición. Comprenden el alcohol, barbitúricos, tranquilizantes menores, narcóticos, e inhalables. Los motivos de utilización más frecuentes son desinhibirse para lograr determinadas acciones que sin el efecto de la droga el sujeto no se atrevería a hacer, y para evitar los ritmos de ansiedad y tensiones de la vida

diaria. Consumiendolas se presenta relajación, sensación de bienestar, bondad, y disminución de los reflejos. Con dosis un poco mayores se manifiesta dificultad para hablar, falta de coordinación en los movimientos, apariencia de ebriedad, juicio alterado, falta de control emocional, confusión, cambios bruscos de la temperatura corporal, constricción de las pupilas, y disminución de las respuestas motoras. Los riesgos principales de abuso son la dependencia psíquica y física, extrema dificultad de curación, facilidad de sobredosis que conduce frecuentemente a envenenamientos accidentales o con fines suicidas; las alteraciones mentales o la muerte por el síndrome de abstinencia, y los daños orgánicos causados por el abuso prolongado.

En realidad, somos una sociedad que tiene sentimientos ambivalentes sobre el grupo de drogas que incluye las anfetaminas con un grupo de sustancias sintéticas que producen una marcada dependencia física y un alto grado de tolerancia, son drogas lícitas bajo "estricto control médico". La cocaína es considerada un estupefaciente por lo que es ilícita; no produce dependencia física, pero sí una fuerte dependencia psíquica y tolerancia, se trata con ella. Los alucinógenos pueden ser drogas naturales o sintéticas, y todas son ilícitas. La heroína no produce dependencia física, sí tolerancia, pero sí una intensa dependencia psíquica, produce alteraciones mentales, emocionales, y del comportamiento, semejantes a la psicosis. La cafeína y tabaco no aparecen clasificadas por su baja potencia para

alterar las funciones mentales, pero son importantes por su elevada utilización a nivel social, la tendencia a producir dependencia psíquica, y el daño que causa principalmente a los sistemas nervioso central, y respiratorio. El alcohol es la droga más utilizada en México, debido a que se permite legalmente su venta y consumo; se le da uso social. Los barbitúricos o tranquilizantes mayores, son drogas sintéticas cuya estructura química es la de fenobarbital y sus derivados. El uso es legal, restringido a prescripción médica con receta especial. Los inhalables son un grupo muy diverso de productos químicos, cuyos vapores al ser inhalados alteran las funciones mentales. Son de uso industrial, lo que dificulta el control de su venta para evitar que sean utilizados como drogas. Los narcóticos son un grupo de drogas ilegales, aunque algunas tienen utilidad médica. Constituyen las sustancias depresoras más peligrosas; incluyen al opio y sus derivados naturales como la heroína, morfina, y la codeína, y algunos derivados sintéticos como la metadona, y la metididina; producen dependencia física y tolerancia. Los tranquilizantes menores son drogas sintéticas y tienen uso legal bajo prescripción médica, aunque no hay control estricto aún; los compuestos más utilizados son las benzodiazepinas.

La pregunta que debemos hacernos es cómo debemos prevenir eficazmente la dependencia de los productos químicos en este tipo de sociedad. Es más probable que el uso responsable de productos químicos se lleve a cabo cuando la vida tenga sentido, por lo contrario cuando no lo tiene, frecuentemente

se acude a estos productos en una búsqueda artificial del ingrediente ausente. Se considera que la vida tiene más sentido cuando la gente logra relaciones personales más valiosas y que la familia proporciona la mejor oportunidad para experimentar una existencia con sentido, sin depender de sustancias químicas. Cada vez es más evidente que nosotros, que vivimos a fines del siglo XX, necesitamos la ayuda de fuerte apoyo emocional, y calidas relaciones humanas si hemos de vivir satisfactoriamente en un mundo que se transforma tan rápidamente como el nuestro. La teoría del psicólogo Abraham Maslow explicó como las necesidades influyen en el comportamiento, y ordenó en forma ascendente lo que consideraba como necesidades básicas que activan el comportamiento humano. En la base están las necesidades de autoconservación y de seguridad personal, son las que casi sentimos instintivamente, incluyen necesidades físicas - comida, vestimenta, abrigo, sueño, ejercicio, limpieza, etc.-; por arriba de estas están las necesidades sociales de amor y compañía de la gente, y se vuelven sólo importantes después que las físicas han sido satisfechas. Por último, en lo más alto, están las necesidades del ego, tales como satisfacción personal y la autoestima, que permiten a las personas sentirse a gusto consigo mismas. Sin embargo las necesidades emocionales pudieron haber sido descuidadas y esto conducir a la dependencia a productos químicos. Por ejemplo la necesidad de aventura, algunas personas optan por los productos químicos como una manera artificial de responder a la capacidad de excitación, a pesar de que

estamos rodeados de casi una infinidad de posibilidades fuera de las drogas. Otra necesidad es la de aliviar la angustia, no hay duda que algunos productos tienen la capacidad de aliviar temporalmente ciertos sentimientos de molestia con el objeto de obtener libertad provisional de sentirse bien. Para satisfacer la necesidad de significado existencial, algunas personas consideran las drogas que alteran el estado mental, como una parte útil en la búsqueda de tal sentido. Los productos químicos sueven rápiamente y fácilmente a una persona, hacia un mundo interior en donde el "yo" es alguien importante, y en donde el presente es lo único que importa. La necesidad de crecer no se cura con la edad, desgraciadamente el uso de drogas (frecuentemente ilícitas), parece ser parte de la rebelión de la que los adultos acusan a los jóvenes, y por tanto no es de sorprenderse si a los adolescentes les parece que usar productos químicos tiene algo que ver con crecer y convertirse en adulto. Por la necesidad de aceptación, es decir, de ser considerado como una persona importante y valiosa para los demás, se provoca una presión para emularse, a veces se experimenta como una fuerza general que la sociedad en conjunto ejerce casi en todos, tal es el caso de la "presión de igualdad" que los jóvenes ejercen mutuamente para usar ropas similares, hablar con el mismo vocabulario, adoptar la última moda, o experimentar con drogas. La necesidad del placer, se traduce en una realidad obvia sobre el uso de sustancias químicas, y es que el tomar drogas es agradable. Lo que virtualmente todos los

consumidores han experimentado y cuentan a sus amigos, es que el efecto rápido y predecible de ciertas sustancias químicas, de una sensación de placer que no puede reproducirse por medios ordinarios. Indudablemente, uno de los factores importantes para el uso de sustancias químicas, es que muchos tipos de angustia puedan ser reemplazados abruptamente por el placer; en pocas palabras es divertido usar drogas.

Sin duda hay muchas otras necesidades, e las que la gente puede responder por medio de las drogas, pretendiendo estar contenta, ser sociable, calmarse y relajarse, experimentar una sensación de identidad personal y experimentar una sensación de libertad.

Una de las características más frecuentes encontradas en los usuarios, es que provienen de familias problemáticas, desorganizadas y disfuncionales -padre ausente, o alcohólico y golpeador-, e las relaciones con los progenitores son pobres y conflictivas, y la regla es que la personalidad previa al uso de drogas, es precaria, mal estructurada, o severamente distorsionada. Es muy frecuente que las drogas sean utilizadas por enfermos mentales incipientes precipitando así el desarrollo de una psicosis. Por ejemplo, se ha observado una correlación precisa entre la utilización de inhalantes y el Síndrome del niño maltratado. Otro caso es el de los enfermos deprimidos, muchas veces recurren a anfetaminas para mantenerse alertas, activos, y estimulados; o bien al sentirse inmotivados para llevar a cabo una vida satisfactoria y digna, se producen sentimientos de



frustración, insatisfacción y culpa; estos son causa de angustia y depresión, que a su vez pueden propiciar el consumo excesivo de alcohol, y este producir la incapacidad ya referida. Cuando las funciones mentales ya han sido afectadas, como la inteligencia, es aun más fácil que el paciente presente recaídas. No es difícil encontrarse también, con pacientes portadores de algún trastorno de ansiedad, en los que se ha favorecido médicamente el uso y abuso de benzodiazepinas, provocando la dependencia psíquica y tolerancia. También no hay que olvidar que dentro las características del Trastorno de Personalidad Antisocial, una de las manifestaciones importantes es el uso y abuso de alcohol y drogas, que es fácil de instalarse en este grupo de enfermos.

Algunos individuos con esquizofrenia quienes permanecen en casa evitando el contacto social, dependiendo del daño y la evolución, presentarán un malajuste social, que los ira deteriorando, facilitando así conductas violentas en ocasiones, y el consumo de drogas en otras. La mayor parte de los esquizofrénicos de la actualidad, pasan casi toda su vida en la comunidad, y se sostienen por si mismos, siendo indistinguibles a simple vista del resto de la población. El sujeto puede requerir hospitalizaciones frecuentes, para garantizar así que se satisfagan sus necesidades básicas, y que su juicio pobre no produzca complicaciones como fracaso notorio en las relaciones sociales, el trabajo o la educación, descuido personal importante, suicidio, conducta violenta, y el uso o abuso de alcohol y otros psicotóxicos.

La esquizofrenia al nacer, se debe a causas múltiples (aparentemente no hay factores determinantes directos). Así, diferentes campos de investigación han aportado datos de los supuestos factores. La teoría genética considera primero los factores hereditarios: ¿cómo? ¿cómo? ¿cómo? analiza los cambios en el ADN y los cromosomas. Se pregunta cómo es que a partir de relaciones sociales a lo largo de la vida, el sujeto, al tener otros, va a ser que la esquizofrenia es un trastorno el psiquiatra es una víctima de una anomalía del cerebro, para el psicoanalista es una víctima de un yo débil, o un poderoso ello, o bien una combinación de ambos; y para el antipsiquiatra es una víctima de una familia entorpecida y una sociedad loca.

Clínicamente la esquizofrenia se manifiesta a través de desorganización de un nivel previo del funcionamiento. Familiares y amigos observan que la persona ha cambiado y que ya no es la misma. El individuo funciona pobremente en aspectos importantes de la vida diaria ordinaria, como el trabajo y las relaciones sociales; se siente extraño y se pregunta porque su experiencia diaria ha cambiado tanto, se siente diferente y expresa a separarse de de los demás; puede tener alteraciones en el lenguaje y la comunicación, en el contenido del pensamiento, percepción, afecto, sensación del ser, voluntad, relaciones con el mundo externo y conducta motora, pero no estar desprovistos de las características humanas ordinarias: sentimientos, pensamientos y acciones. El trastorno del pensamiento

penetra en muchos campos de la vida del paciente, y se puede demostrar no sólo en el lenguaje, sino también en el trabajo y los esfuerzos creativos personales (por ejemplo, artes, trabajos manuales, etc.). También los esquizotrópicos pueden señalar que ya no pueden reaccionar a la vida con la intensidad habitual, o que están "perdiendo sus sentimientos", han perdido el contacto con que ellos mismos son, pueden tener dudas, preguntas y preocupaciones sobre la propia naturaleza de su ser e identidad. Podrían sentir que su identidad vulnerable está cambiando misteriosamente, y esto se traduce en preocupaciones sobre la propia naturaleza, como ya se mencionó, y sobre el significado de la existencia. La ambivalencia abrumadora, que dirige al individuo hacia dos acciones diametralmente opuestas, suele culminar en un estancamiento característico de rigidez en la acción, la alteración toma la forma de un interés o un impulso inadecuados, o de una incapacidad para complementar con buen éxito una finalidad. Evite relaciones con otras personas y dirige su atención hacia el interior, en dirección a ideas y fantasías egocéntricas e idióticas. La esquizofrenia suele iniciarse en la adolescencia, algunas veces en forma súbita, otras progresivamente; a menudo hay algún acontecimiento en la vida de la persona, que desencadena el desarrollo o el empeoramiento. Rubin y Spring (1977) han insistido en el aspecto que tienen en vulnerabilidad persistente: algunos pacientes son más vulnerables y por tanto presentan más crisis, en tanto que otros no.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Aunque hay muchos relatos sensacionalistas de actos violentos cometidos por sujetos esquizofrénicos, la mayor parte de ellos no son peligrosos para los demás, pero la pregunta ahora es ¿que tanto se modificaría la conducta de estos pacientes bajo el efecto de alguna droga, o intoxicación alcohólica?. Es poco digno de confianza el antecedente de consumo de psicotóxicos brindado por un paciente de este tipo, pero el diagnóstico se pone de manifiesto cuando desaparece el efecto tóxico de manera impresionante, y después de unos días bajo observación estrechamente supervisada. Estudios recientes en Estados Unidos han concluido que poco se sabe epidemiológicamente, acerca de esquizofrénicos que han utilizado psicotóxicos; hablando de la teoría de la vulnerabilidad explica que el uso de drogas puede causar la esquizofrenia, o incrementar la posibilidad de aparición en un individuo susceptible; se encontró también que los esquizofrénicos jóvenes son con mayor facilidad presa de la farmacodependencia, y por tanto el riesgo de iniciar la esquizofrenia a temprana edad. También acerca de que los enfermos esquizofrénicos utilizan drogas con el fin de mitigar, o en momento dado evitar, los efectos colaterales que provocan toda clase de neurolepticos, fármacos indispensables en su control.

En el estudio realizado por Dixon (12), en 1991, se compararon 50 pacientes; primero pacientes que abusaron solo

de alcohol a cannabis, contra los farmacodependientes (uso esquizofrénicos farmacodependientes pasados y recientes, contra no farmacodependientes. Los pacientes fueron jóvenes (20.6 años promedio), solteros (70%), con edad de inicio de la esquizofrenia a los 22.9 años, y con 2.7 ingresos hospitalarios anteriores. La edad de inicio en el consumo de drogas fue alrededor de 18.7 años, y de alcohol a los 19.5. 40 de los 63 pacientes (64%) fueron calificados como abuso o dependencia a las drogas. De acuerdo al tipo de droga se subdividieron los pacientes, de los cuales 64 reunieron criterios para dependencia, y 12 para abuso. 19 pacientes usaron solo una sustancia, y 21 combinaron diversas drogas. En relación al uso, 29 pacientes consumieron droga en forma diaria, desde hace 2 años o mas; y 12 esquizofrénicos 2 o 3 veces por semana en el mismo tiempo. Muchos de los pacientes reportaron que abusaban de drogas para "elevarse", para aliviar depresión, y para relajarse. Sin embargo ha sido reportado que los esquizofrénicos farmacodependientes, requieren de más hospitalizaciones, tienen menor rendimiento con los tratamientos establecidos, y están en mayor riesgo de suicidio. También durante la fase de estabilización los esquizofrénicos farmacodependientes no mejoraron su funcionamiento, comparándolos con los no farmacodependientes, lo que sugiere que la asociación entre esquizofrenia y abuso de drogas, puede complicar de una u otra manera la misma enfermedad. Respecto al consumo de alcohol por estos pacientes, la bibliografía es más

abundante; se ha señalado que la prevalencia es del 25 al 70 % (13), y que se acompaña de conductas disruptivas, mayor inhabilidad de adaptación familiar y social, que ya son existentes en estos pacientes. La asociación de estos padecimientos (comorbilidad) genera frecuentemente confusión al realizar el diagnóstico, ya que con frecuencia, los pacientes son calificados como farmacodependientes exclusivamente, o bien se hace diagnóstico de daño cerebral con las consecuencias que esto conlleva. En nuestro país se han realizado pocos estudios que investiguen específicamente el consumo de alcohol y de drogas por estos pacientes (14), a pesar de lo reportado en otros estudios. Por estas razones se plantea como motivo de la presente investigación, cuál es la frecuencia con la que se asocian el consumo de alcohol y drogas en los pacientes esquizotrópicos.

#### **OBJETIVOS:**

##### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer la distribución y frecuencia del consumo de drogas y alcohol, en los pacientes esquizotrópicos.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1) Corroborar el diagnóstico de Esquizofrenia a través de métodos estructurados, en los pacientes clínicamente diagnosticados como tales.
- 2) Conocer los patrones de consumo de drogas en los pacientes que tengan diagnóstico de esquizofrenia.

- 3) Conocer los patrones de consumo de alcohol en los pacientes que tengan diagnóstico de esquizofrenia.
- 4) Relacionar los aspectos sociodemográficos con la asociación del consumo de alcohol y drogas, en los pacientes esquizofrénicos.
- 5) Conocer el consumo de alcohol y drogas de acuerdo al tipo de esquizofrenia.

## D I S E Ñ O:

### ASPECTOS METODOLÓGICOS:

#### POBLACION Y MUESTRA DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, y de corte transversal. El universo corresponde a la población del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". La población estudiada es la que se encuentra hospitalizada en el sexto piso de dicho hospital, cuyo diagnóstico clínico fue el de esquizofrenia.

Para obtención de la muestra de estudio, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: En 1991 (de febrero a octubre), se diagnosticaron clínicamente, 163 casos de esquizofrenia:

96 correspondieron al tipo Paranoide

36 al tipo Simple.

22 al tipo Indiferenciado

1 se catalogaron como Episodio Agudo

2 al tipo Catatónico

2 al tipo Esquizoafectivo, y

3 al tipo Manicóptico.

A su ingreso, cada uno de los pacientes era recibido, examinado y diagnosticado por el Jefe Médico de Piso, o algún médico adscrito, y la función del médico residente era seguir la evolución del caso. Por norma hospitalaria, considerando que se trata de un hospital para enfermos agudos, la estancia en el mismo debe oscilar alrededor de 30 días, tiempo estimado para que exista remisión del episodio psicótico agudo.

De acuerdo a las condiciones mencionadas, se tuvo en cuenta el número de pacientes hospitalizados en el piso, que es de aproximadamente 40, y así se observó el número de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, tomando como número ideal para la muestra de estudio, 40 sujetos, en base al tiempo disponible, lo que permitió la obtención de 4 a 5 pacientes por mes.

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

La muestra de estudio constó de 40 pacientes hospitalizados, de febrero a octubre de 1971, cuyo diagnóstico clínico fue el de esquizofrenia, en cualquiera de sus formas. Fueron incluidos sujetos entre 17 y 56 años de edad, con escolaridad mínima de 5o. grado de primaria, sin importar el estado civil, ni el número de hijos.



## CRITERIOS DE EXCLUSION:

Si se encontraba el paciente en un episodio de Síndrome maniaco-depresivo, o según datos recopilados, si esto era aplicable también, los pacientes que presentarían psicosis relacionada con el uso y abuso de psicotóxicos, mediante selección cuidadosa.

Los datos fueron reunidos, una vez que el proceso psicótico se encontraba en remisión, y con ello ninguna apreciación de agitación psicomotora, y básicamente cuando el paciente estaba por expresarse, por máxima mayoría silenciosa. Por último aquellos pacientes que se negaron a participar, aunque ya hubiera iniciado la entrevista, también fueron descartados.

## ANTECEDENTES DEL INSTRUMENTO:

El DIS es una entrevista estructurada que investiga aspectos de la sintomatología contemplada en las categorías del DSM III R, y para cuya calificación no interviene el juicio clínico del entrevistador, sino la calificación de las preguntas y las respuestas obtenidas, manejandolas por un programa de cómputo, para determinar un diagnóstico. Este se realiza en base a los criterios de tres sistemas: DSM III R, el criterio de Feighner (Departamento de Psiquiatría, Universidad de Washington en St. Louis, 1970), y el Research Diagnostic Criteria (RDC), publicado por Spitzer, Endicott, y Robins en 1978. En él, la entrevista fue creada para el Instituto Nacional de Salud Mental en los Estados Unidos, a

fin de ser utilizada para estudios epidemiológicos de dicho país. La versión utilizada en este estudio es la misma aplicada para "Epidemiología del Alcohol Área 2100," en San Antonio, Texas, con algunas modificaciones realizadas para nuestro medio. Los trastornos que detecta el instrumento son: Trastorno Somático, Trastorno de Pánico, Fobias, Ansiedad Generalizada, Depresión Mayor, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Ansiedad Nerviosa, Abuso y Dependencia de Alcohol, Abuso y Dependencia de Drogas, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Antisocial de Personalidad, Disturbios Psicosexuales, y Síndrome Cerebral. El instrumento original fue elaborado por el National Institute of Mental Health Center for Epidemiological Studies, en su versión en español, utilizada para población mexicano/americana. En él se trata de mantener la formulación de las preguntas, el vocabulario utilizado, y la sintaxis lo más sencillo posible, para no causar alteración de lo que se está preguntando. La entrevista obtiene información acertada en sujetos cuyo nivel educativo fluctúa desde menos de quinto grado de escuela elemental hasta nivel posgraduado.

El DIS traduce diagnósticos del DSM III R y sus criterios, dentro de una cédula de preguntas y subpreguntas, las cuales pueden ser contestadas la mayoría de las veces con un simple sí o no. Los síntomas son codificados positivos si son encontrados con criterios de severidad y no son explicados (según el paciente), por lesión o enfermedad física, medicación, uso de drogas o alcohol.

## PROCEDIMIENTO;

Para desarrollar el nivel de competencia deseado en la utilización del DIS, el entrevistador se capacitó en situaciones análogas a las que encontrara posteriormente en el estudio realizado.

Ante tales circunstancias, se elaboró un estudio piloto con diez pacientes, no incluidos en el estudio base. Fueron escogidos al azar, preferentemente no diagnosticados como esquizofrénicos, y una vez que se encontraran en las condiciones antes mencionadas y contando con la autorización de su parte, se llevó a cabo la entrevista a manera de entrenamiento.

La captación del paciente se llevó a cabo desde la primera entrevista realizada en el área de hospitalización, sin tomar en cuenta el diagnóstico establecido en el servicio de urgencias. Habitualmente esta primera entrevista la ejecuta el jefe médico de piso o en su defecto por algún médico adscrito, en compañía de los médicos residentes, psicólogo, y ocasionalmente por enfermería y trabajadora social. En algunas ocasiones se fundaba la impresión diagnóstica según los criterios del DSM III, y en otras sólo en base a la experiencia clínica del examinador. Así al transcurrir un par de semanas, se lograba efectuar el diagnóstico diferencial, al tiempo que se iniciaba una etapa de preselección de esquizofrénicos candidatos al estudio.

Rápidos los criterios de inclusión y exclusión, y bajo circunstancias aceptables, como el que no se inquietara el paciente, tuviera disposición para colaborar, y no presentara efectos secundarios de las medicinas tan severos, se procedió a efectuar la entrevista; tratando siempre de no ser interrumpida por toma de medicinas o alimentos, o por bajar al jardín a recreación o a los talleres a desarrollar la terapia ocupacional. Inicialmente se realizaba en un consultorio ubicado dentro de la sección alema, pero el ruido y las incesantes suspensiones debido a la intervención de otros enfermos, y del personal incluso, motivaron la búsqueda de algún cubículo con mayor tranquilidad, y así se cambió a un lugar apartado del área de hospitalización, en donde se elaboraron las entrevistas de los enfermos interesados para este estudio.

La entrevista se aplicó personalmente, en forma individualizada y sin presencia de algún acompañante, tratando siempre de apearse a los lineamientos marcados en el manual de instrucciones. Generalmente cuando el enfermo había mejorado y se había decidido ya el egreso (en la mayoría de los casos, había remitado el episodio psicótico).

#### ANALISIS DE RESULTADOS:

Se establecieron datos demográficos en la población estudiada, tales como edad (media y desviación estándar), estado civil de los sujetos en estudio, nivel

educativo alcanzado, y si se encuentran empleados o desempleados actualmente.

Se formarán dos grupos de pacientes, para así comparar uso y no uso de drogas y/o alcohol.

También el porcentaje de aquellos pacientes esquizofrénicos con uso de drogas, y pacientes con uso de alcohol (con o sin abuso).

De acuerdo al tipo de esquizofrenia, se podrá establecer el porcentaje de uso según el tipo de droga.

De acuerdo al grupo de edad, será factible apreciar si existe combinación de una o más drogas, así como el nivel de uso de cada una de ellas.

Se podrán apreciar problemas inespecíficos a nivel familiar, laboral, legal, y de adaptación, entre esquizofrénicos usuarios y no usuarios de drogas.

## RESULTADOS:

De la población estudiada, 4 pacientes fueron excluidos, ya que no cumplían con el criterio establecido por el DSM III, para el tiempo de evolución de la enfermedad, quedando catalogados como Trastorno Esquizofreniforme, a pesar de que uno de ellos reportó también uso de drogas como marihuana, y abuso de alcohol.

De los 36 esquizofrénicos, 10 de ellos informaron no haber utilizado ningún tipo de droga, ni alcohol (28%); mientras que los 26 restantes, tuvieron algún antecedente de uso o

USO DE DROGAS EN HOMBRES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA  
6o. PISO HOSPITAL PSIQUIATRICO FBA

PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

10 (25%)

SIN USO DE DROGAS

PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

26 (62%)

CON USO DE DROGAS

(INCLUYE ALCOHOL)

CUADRO 2

casos de cualquier tipo de sustancia nociva (42%), (cuadro 2).

En cuanto a variables demográficas, se encontró que los sujetos en estudio son hombres jóvenes (edad media 29.7±7.4), solteros (92%, n=33), y tuvieron más de seis años de nivel educativo (72%, n=26); actualmente 86% se encuentran desempleados (n=31), y más de la mitad (64%, n=23), cuenta con un sólo ingreso hospitalario. Fue mayor el número de enfermos procedentes de algún estado (41%, n=22), en comparación con los residentes del D.F. (39% n=14), (cuadro 1).

Dieciséis (44%) de los 36 pacientes, tuvieron diagnóstico según el DSM III, de uso o abuso de alcohol -3 uso, y 13 abuso-, (cuadro 3).

Veinte (55%) de los 36 pacientes, tuvieron diagnóstico según el DSM III, de uso o abuso de alguna droga, para un total de 42 diagnósticos (cannabis, 19; inhalantes, 14; sedantes, 5; cocaína, 2; y uno alucinógenos). La mayoría de los diagnósticos fueron por abuso (n=30), más que uso (n=12); en ningún momento se estableció el diagnóstico de dependencia por no cumplirse los criterios establecidos. Ocho pacientes (22%) usaron sólo una sustancia (cannabis dos, alcohol cinco, e inhalantes uno), mientras que 13 pacientes (50%), combinaban diversas drogas, o con antelación habían consumido de algún otro tipo.

De acuerdo al tipo de esquizofrenia, se encontró que los mayores usuarios de drogas fueron los de tipo

**DATOS DEMOGRAFICOS**  
**EN HOMBRES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA**  
**6o. PISO HOSPITAL PSIQUIATRICO FBA**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <p>EDAD</p>               | <p>EDAD MINIMA 19 AÑOS      EDAD MAXIMA 54 AÑOS</p> <p>MEDIA= 28.      7</p> <p>DESVIACION STANDAR= 7.4</p> |
| <p>ESTADO CIVIL</p>       | <p>SOLTEROS = 33 (92%)</p> <p>CASADOS = 2 (6%)</p> <p>UNION LIBRE = 1 (2%)</p>                              |
| <p>NIVEL DE EDUCACION</p> | <p>HASTA 6 AÑOS = 10 (28%)</p> <p>MAS DE 6 AÑOS = 26 (72%)</p>  |
| <p>EMPLEO</p>             | <p>ACTUALMENTE EMPLEADOS = 5 (14%)</p> <p>DESEMPLEADOS = 31 (86%)</p>                                       |



USO DE DROGAS Y ALCOHOL HOMBRES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA  
6o. PISO HOSPITAL PSIQUIATRICO FBA

PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

20 (56%)

CON USO DE DROGAS

PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

16 (44%)

CON USO DE ALCOHOL

(CON O SIN ABUSO)

Paranoide, (29% n=14). El 29% de los esquizotípicos paranoide que utilizan drogas, ha consumido cannabis (n=10); el 22.2% (n=8), inhalantes; 11.1% sedantes sin prescripción médica (n=4); un paciente ha consumido cocaína, y otro ha usado hongos alucinógenos (cuadro 4). De esta forma, los esquizotípicos paranoide reportan mayor uso y consumo de drogas que los otros tipos de esquizotípicos.

Por grupos de edad, la población más afectada fue la más joven, entre 17 y 31 años de edad, 11 usuarios de drogas, los usuarios de cannabis (7) y la droga más utilizada por los mismos fue la de tipo inhalantes (47.3%); por el contrario el grupo de 45 años o mas, solo 2 esquizotípicos que han utilizado cannabis, inhalantes, y cocaína. Relacionado con los problemas a los que se enfrenta el enfermo esquizotípico cuando el consumo de sustancias químicas, es evidente que este subgrupo presenta mayor número de conflictos, en todos los niveles (cuadro 10); principalmente a nivel de adaptación, un 80% de ellos, los enfrenta, en tanto que sólo el 13.8% de los no usuarios de drogas, comparte la misma situación. A nivel legal, la diferencia no es tan grande como podría suponerse, 13.8 de no usuarios contra 20 % de los afectados por el consumo de drogas. Por último, la conflictiva familiar y laboral, de por sí ya existente en el paciente esquizotípico, también esta aumentada en aquellos que tiene compromiso con las drogas.

USO DE DROGAS Y ALCOHOL DE ACUERDO AL TIPO DE ESQUIZOFRENIA  
 EN UNOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED  
 HOSPITAL PSIQUIATRICA SBA

| DROGA            | TIPO DE ESQUIZOFRENIA   |                              |                             |                      |
|------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|
|                  | PARANOIDE<br>(33%) n=14 | INDIFERENCIADA<br>(28%) n=10 | ESQ. AFECTIVA<br>(2.7%) n=1 | SIMPLE<br>(2.7%) n=1 |
| CANNABIS         | 28% (10)                | 16.6% (6)                    | 2.7% (1)                    |                      |
| INHALANTES       | 22.2% (8)               | 13.8% (5)                    | 2.7% (1)                    |                      |
| SEDANTES         | 11.1% (4)               | 5.5% (2)                     |                             |                      |
| COCAINA          | 2.7% (1)                | 2.7% (1)                     |                             |                      |
| HONGOS A.        | 2.7% (1)                |                              |                             |                      |
| USO DE ALCOHOL   | 5.5% (2)                | 2.7% (1)                     |                             |                      |
| ABUSO DE ALCOHOL | 22.2% (8)               | 13.8% (5)                    |                             | 2.7% (1)             |

USO DE DROGAS DE ABUSO EN EL TIPO DE ESQUIZOFRENIA  
 EN PERSONAS CON UN NIVEL DE ESTUDIOS DEL 5to. PISO  
 HOSPITAL PSIQUIATRIQUEO

| TIPO DE<br>ESQUIZOFRENIA   | TIPO DE DROGA      |
|----------------------------|--------------------|
| PARANOIDE<br>n=14<br>(39%) | CANNABIS (28%)     |
|                            | INHALANTES (22.2%) |
|                            | SEDANTES (11.1%)   |
|                            | COCAINA (2.7%)     |
|                            | HONGOS (2.7%)      |

| TIPO DE<br>ESQUIZOFRENIA        | TIPO DE DROGA   |
|---------------------------------|---|
| INDIFERENCIADA<br>n=10<br>(28%) | CANNABIS (16.6%)<br><br>INHALANTES (13.8%)<br><br>SEDANTES (5.5%)<br><br>COCAINA (2.7%)<br><br>ABUSO DE ALCOHOL (13.8%) |

USO DE DROGAS DE ABEROSO AL TIPO DE ESQUIZOFRENIA  
EN HOMBRES ESQUIZOFRENICOS DEL 3o. PISO  
HOSPITAL PSIQUIATRICO FVA

| TIPO DE<br>ESQUIZOFRENIA       | TIPO DE DROGA                            |
|--------------------------------|--|
| ESQ. AFECTIVA<br>n=1<br>(2.7%) | CANNABIS (2.7%)<br><br>INHALANTES (2.7%) |

| TIPO DE<br>ESQUIZOFRENIA | TIPO DE DROGA            |
|--------------------------|--------------------------|
| SIMPLE<br>n=1<br>(2.7%)  | SOLO ABUSO<br>DE ALCOHOL |

USO DE DROGAS POR EDAD DE 5000 50 HOMBRES CALIFORNIA  
 DEPT. GO. BLDG HOSPITAL PSQUIATRICO FBA

| EDAD 17 A 31 AÑOS   | EDAD 32 A 45 AÑOS  | EDAD 46 AÑOS O MAS |
|---------------------|--------------------|--------------------|
| nr 19 pacs. (73.0%) | nr 8 pacs. (19.3%) | nr 2 pacs. (7.6%)  |
| USD (34.8%)         | USD (40%)          | USD (50%)          |
| CANNABIS            | CANNABIS           | CANNABIS           |
| ABUSO (34.8%)       | ABUSO (20%)        | ABUSO (50%)        |
| INHALANTES (17.3%)  | INHALANTES (30%)   | INHALANTES (50%)   |
| USD (5.2%)          |                    |                    |
| SEDANTES            |                    |                    |
| ABUSO (15.5%)       |                    |                    |
| COCAINA (5.2%)      |                    | COCAINA (50%)      |
| HONGOS A. (5.2%)    |                    |                    |

CUADRO 12



PROBLEMAS INESPECIFICOS ASOCIADOS AL USO Y ABUSO  
 DE DROGAS EN NIÑOS DEPENDIENTES DEL SERVICIO  
 HOSPITAL PSIQUIATRICO SBA

| TIPO       | NO USUARIOS DE DROGAS | USUARIOS DE DROGAS |
|------------|-----------------------|--------------------|
| FAMILIAR   | (27.7%)               | (50%)              |
| LABORAL    | (44.4%)               | (70%)              |
| LEGAL      | (13.8%)               | (20%)              |
| ADAPTACION | (13.8%)               | (80%)              |

CUADRO 10

ESTA TESIS NO DEBE  
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

## DISCUSION:

El estudio mostró una relevancia clínica importante a la detección del uso de drogas, en una muestra de enfermos - esquizofrénicos hospitalizados. Comparando con estudios realizados en otros países (Lindqvist y Allebeck, 1991), (9), se pudo observar de igual forma que los esquizofrénicos que usan drogas, presentaron conducta violenta, alto índice de conflictos de tipo legal. También la proporción guardada en cuanto a enfermos alcohólicos y farmacodependientes es semejante, así como el hallazgo de que los esquizofrénicos paranoídes resultaron ser abusadores con mayor frecuencia.

La interacción de esquizofrenia con drogas y/o alcohol, - mostró en ambos estudios la aparición y/o exacerbación de síntomas específicos, como por ejemplo las alucinaciones; pero la comparación no es exacta, en forma completa, ya que el tipo de droga usada en nuestro país, fueron las sustancias inhalantes, a diferencia del tipo de droga utilizada con más frecuencia en los Estados Unidos.

Acerca de la llamada "Hipótesis de la Vulnerabilidad", - como lo refirió Dixon (12), en su estudio, es posible que se observe que el uso de drogas puede precipitar los síntomas, o en un momento dado incrementarlos, de la enfermedad llamada esquizofrenia.

Jóvenes esquizofrénicos que utilizan drogas, desarrollan

más tempranamente la enfermedad.

Sin embargo, la prevalencia de la esquizofrenia, así como de la farmacodependencia, es comunmente encontrada en forma elevada en población joven, y por tanto el riesgo de inicio en el consumo de las drogas, podría considerarse más elevado para pacientes esquizofrénicos jóvenes, que para la población en general. Es posible que un esquizofrénico que no use drogas, responda con mayor facilidad y en forma más completa a los tratamientos establecidos, que los que sí las usan, y que pudieran causarse otro tipo de daño, secundario a la utilización de las drogas disponibles en nuestro país, provocando que requieran de mayor número de hospitalizaciones, que aumente considerablemente la conducta violenta, y también el riesgo de suicidio, dificultando así los tratamientos convencionales, y haciéndolos más complicados, aumentando las dificultades de adaptación ya existentes previamente en estos pacientes, por lo que se recomienda que existan sistemas de detección y de registro en los hospitales psiquiátricos, que permitan la detección de este padecimiento dual, y permitan así la disminución de los problemas inherentes.

La sensibilización de los médicos especialistas, en el área psiquiátrica, respecto a la detección de este problema (Co-morbilidad), cobra importancia, ya que muchas veces, como fue mostrado en el presente estudio, no se investiga suficientemente el consumo de bebidas alcohólicas.

cas, y utilización de drogas, en este grupo de pacientes, impidiendo la implementación de medidas terapéuticas y/o preventivas adecuadas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ross, Glaser, Stiany. British Journal of Addiction 1988,83, 1179-1192.
- 2.- Robins, national Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: history, characteristics, and validity. Archives of General Psychiatry 1981, 38, 381-389.
- 3.- Cooperstock, Sex differences in Psychotropic drugs use, Social Science and Medicine.1978,12B,179-186.
- 4.- Smart, Adlaf. Canadian Journal of Public Health, vol.79 jul/aug 1988.
- 5.- Nace. American Journal of Psychiatry, 148:1, enero 1991 118-120.
- 6.- Helzer y Pryzbeck, The co-ocurrence of alcoholism with the other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. J. Stud Alcohol 1988,40, 219-224.
- 7.- Bernharson. Forty six cases of psychosis in cannabis users Int J. Addict 1972.
- 8.- Tien, Antony, pidemiological Analysis of Alcohol and Drug Use as Risk Factors for Psychotic Experiences. J Nervous and Mental Disease Vol. 178 aug 90, 473-480.
- 9.- Lindqvist, Allebeck. Schizophrenia and assaultive behaviour the role of alcohol and drug abuse. Acta Psychiatrica Scan 1989;82; 191-195.
- 10.- Brady. Schizophrenia and cocaine abuse. Am J Psychiatry sep 1990;1164-1167.
- 11.- Richard, Schneider. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 11987,175 641-652.
- 12.- Dixon Drug abuse in Schizophrenic Patients; clinical correlates and reasons for use. Am J Psychiatry 148 Feb. 1991.
- 13.- Drake
- 14.- Díaz Martínez Rosa
- 15.- Trastornos Mentales causados por diversas sustancias Diagnostical Manual American Psychiatric Association 1981.
- 16.- Los enfoques socioeconómicos y los modelos para el abordaje de la problemática del consumo de alcohol. Souza M. Rev. Fac. Med. Vol. 27 año 27 UNAM. Méx. 1987.
- 17.- El alcoholismo y el uso de las drogas en México. De la Fuente Campillo OMS. Addiction Research Foundation. Ontario Canada 1978.
- 18.- Psiquiatría General. Goldman H. 1987 Manual Moderno.
- 19.- La familia ante el problema de las drogas. CEMESAM 1979.
- 20.- Allebeck. Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. Act. Scand 1987;76; 414-419.