

11241

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TITULO:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABUSO DE SUSTANCIAS EN LA ESQUIZOFRENIA

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

ASESOR METODOLÓGICO

Dr. ROGELIO APIQUIAN

ASESOR TEÓRICO

Dr. JAVIER ALFARO

PRESENTA

FIDEL LANDA RIVERA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRÍA  
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL,  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

Vo. Bo.  
  
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

2004



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.

## INDICE

CARTA DE CONSENTIMIENTO	1-4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5-11
METODO	12-13
RESULTADOS	18-28
CONCLUSIONES	29-30
BIBLIOGRAFÍA	31-32

## PROTOCOLO

### Factores de Riesgo Asociados al Abuso de Sustancias en la Esquizofrenia

#### MARCO TEÓRICO

Existe un alto índice de comorbilidad entre los trastornos de consumo de sustancias y de la esquizofrenia, en estudios epidemiológicos se ha descrito que el 47% de las personas con diagnóstico de esquizofrenia presentan el consumo de sustancias (Regier, 1990); (Rosenthalk, 1998). Se ha sugerido que todos los pacientes pueden tener una inherente vulnerabilidad tanto genética como de su medio ambiente familiar para desarrollar esquizofrenia cuando fueron expuestos a drogas ilícitas, demostrando la presencia de mecanismos biológicos y psicosociales entre la psicosis y el consumo de sustancias (Buckley 1998)

Es importante la comorbilidad de abuso de sustancias y esquizofrenia ya que se ha asociado con el pronóstico, por lo que se ha estudiado los posibles factores asociados a esta comorbilidad. Por ejemplo se ha observado que ciertos rasgos del temperamento incrementan el riesgo para desarrollar un trastorno de consumo de sustancias, Van Ammers y colaboradores (1997) exploró las dimensiones del temperamento propuestas por Cloninger en un grupo de 28 hombres con diagnóstico de esquizofrenia, encontrando una correlación entre las dimensiones denominadas la búsqueda de la novedad y el antecedente de abuso de alcohol y marihuana. Por otro lado se han registrado ciertas diferencias del uso de sustancias entre hombres y mujeres con esquizofrenia, se ha encontrado que el sexo masculino, antes de su diagnóstico, presenta con mayor frecuencia abuso de sustancias, condicionando el abandono prematuro del tratamiento y, en consecuencia, un pobre pronóstico (Miner, 1997). Se ha establecido por lo tanto como factor de riesgo para presentar comorbilidad de abuso de sustancias con esquizofrenia al género masculino.

Se ha establecido que los trastornos de conducta , así como los trastornos disociales de la personalidad están fuertemente relacionados a los trastornos de consumo de alcohol, marihuana y cocaína (Alterman y Cacciola 1991). Al analizar la asociación del uso de marihuana y rasgos esquizotípicos de la personalidad en sujetos normales, se encontró que las personas que utilizaban marihuana presentaban una mayor frecuencia los rasgos esquizotípicos , por lo que uso de marihuana puede estar relacionado con una dimensión de la personalidad que predispone a la psicosis (Williams, 1996).

El abuso de sustancias se ha asociado con un inicio temprano de esquizofrenia y un pobre pronóstico. Por ejemplo, (Hambrecht Y Hafner 1996) reportaron que el abuso de alcohol ocurre antes que los síntomas de la esquizofrenia en un 24% de los pacientes evaluados y el abuso de drogas ocurre antes que el inicio de los síntomas en el 14 % de los pacientes con un primer episodio psicóticos.

En dos estudios independientes , el abuso importante de marihuana fue reportado por preceder al inicio de síntomas psicóticos desde un año antes en 42% y 69% de los pacientes. En otro estudio se encontró que el abuso de drogas precede (28%) u ocurre desde un mes antes (35%) de la aparición de los primeros síntomas de esquizofrenia. (Buckley, 1997)

En conclusión estos estudios sugieren que el abuso de sustancias puede precipita el inicio de un episodio psicótico, sin embargo podría ser arte de la fase prodromica.

En relación a la frecuencia de la comorbilidad con respecto a cada sustancia el alcohol es el tipo más común de trastorno de consumo de sustancias, seguido por el consumo de marihuana y cocaína respectivamente en pacientes esquizofrénicos. Los estudios señalan

que del 45 al 60% de los pacientes esquizofrénicos usan alcohol primariamente para efectos relajantes eufóricos y antidepresivos, así como para las molestias producidas por las alucinaciones .La prevalencia en el uso de marihuana en pacientes esquizofrénicos es del 25 al 50 % y es debido a que hay una disminución en los síntomas depresivos y ansiosos y la prevalencia de uso de cocaína entre pacientes esquizofrénicos es entre 15 al 50% ya que puede reducir los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia así como síntomas depresivos (Addington J,Duchak V.1997).

Hay controversia con relación al orden de frecuencia de consumo de marihuana y cocaína en esquizofrénicos , ya que en la mayoría de los estudios realizados se ha observado un mayor consumo de marihuana que de cocaína pero en los últimos años se ha encontrado un incremento en el consumo de cocaína.Este cambio de orden de frecuencia se ha reporta en estudios de Meuser y colaboradores (1992 ) en el cual se observo que los trastornos por consumo de cocaína habían remplazado los trastornos por consumo de marihuana como el diagnostico mas común de drogas ilícitas.

Se realizo un estudio de 325 pacientes psiquiátricos hospitalizados en el cual se encontró que el alcohol es la sustancia de consumo más común, seguida por marihuana y cocaína, indicando que el ser del sexo masculino, joven, de bajo nivel académico, con historia de arrestos, con trastornos de la conducta y trastorno disocia de la personalidad son predictivos para el consumo de sustancias; el consumo de marihuana fue únicamente predictivo para los solteros y por tener pocas hospitalizaciones psiquiatricas durante los seis meses.

La comorbilidad con el abuso de sutancias se presento en el 43.8% (n=35) de los pacientes, siendo el abuso de alohol el mas frecuente y el abuso de otras sustancias con alucinogenos la de menor frecuencia (2.5%, n=2)

Al comparar los dos grupos diagnosticos con respecto a la comorbilidad con el abuso de sustancias se encontro que los pacientes con psicosis no afectivas mostraron un mayor abuso de sustancias , sin ser significativo (Psicosis no afecyivas =27 pacientes,47.4% vs Psicosis afectivas=8, 34.8%), excepto para el abuso de marihuana, ya que se registro en 10 pacientes (17.5%) y ninguno en el grupo de psicosis afectivas (Prueba exacta de Fisher=0.05, con un riesgo de 1.4,1.2-1.7 intervalosde confianza de 95%). La comorbilidad con abuso de alcohol fue mayor sin ser significativa en la Psicosis no afectivas=24,42.1% vs Psicosis afectivas=5,21.7%. El abuso de cociana, inhalantes y alucinogenos se registro solamente en los pacientes con psicosis no afectivas (n=5, 8.8%; n=3., 5..3%; n=2, 3..5% respectivamente).El abuso de nicotina fue similar en ambos grupos diagnosticos (Psicosis no afectivas=19, 33.3% vs Psicosis afectivas 6, 26.1%)

.Kovasnay y colaboradores (1997) encontraron un bajo funcionamiento y mayor severidad sintomática en pacientes con primer episodio de esquizofrenia y abuso de sustancias en un seguimiento a seis meses. En los abusadores de alcohol se ha observado que hay mas síntomas floridos, mas rehospitalizaciones, así como inicio temprano de esquizofrenia y una pobre evolución a largo plazo.

Se ha reportado que los pacientes con abuso de sustancias tienen 4 veces mas recaídas en un periodo de seguimiento a un año que los pacientes no consumidores de sustancias.por el contrario se encontró. En otro estudio se observo que los pacientes esquizofrénicos con historia de marihuana tenían menos hospitalizaciones psiquiatricas. (Meuser, 1990)

Los efectos negativos de la comorbilidad con abuso de sustancias en el curso y desenlace en el tratamiento de la esquizofrenia han sido descritos ampliamente. Estos pacientes presentan dificultad para su tratamiento y en ellos se reduce la probabilidad de respuesta con antipsicoticos tradicionales.(Burckley 1998)

De Mello y colaboradores (1995) encontraron que pacientes con esquizofrenia consumidores de sustancias tendían a recibir altas dosis de medicación antipsicótica. Bowers y colaboradores (1990) reportaron una pobre respuesta al tratamiento en esquizofrénicos consumidores de sustancias; ellos postularon que tales restricciones del neuroléptico pueden ser debido a alteraciones inducidas por la sustancia en el sistema mesolímbico dopaminérgico.

Hay la controversia sobre si el abuso de sustancias se debe a una secuela del deterioro psicosocial crónico o a que es un factor precipitante de la enfermedad (Tsuang, 1982). Los individuos que presentan síntomas tempranos de esquizofrenia tienden a abusar de sustancias ya que estas les permite enfrentarse a la enfermedad, sin embargo, también presentan un mal funcionamiento psicosocial y tienden a tener un inicio más temprano del padecimiento (Addington J., 1998). Los pacientes con más síntomas negativos severos y modos de funcionamiento premorbido caracterizado por aislamiento social pueden estar más expuestos al consumo de drogas ilícitas (Cohen y Klein, 1970).

Además Shaner y colaboradores (1995) demostró que el uso de cocaína en los pacientes con esquizofrenia no solamente se correlacionan con el incremento de los síntomas positivos, sino que también propicia una exacerbación de otros síntomas en pacientes con esquizofrenia.

Los motivos que se han reportado por el cual los esquizofrénicos consumen alcohol y marihuana, es para relajarse en un 82% vs. 81%, para aumentar el placer en 77% vs. 95%,

para la alta vitalidad en un 74% vs. 95% y para la depresión en un 71% vs. 81% respectivamente. (Addington J., Duchak V, 1997)

En otro estudio los sujetos esquizofrénicos reportaron que el alcohol, la marihuana y la cocaína disminuyen la depresión. Los efectos de ansiedad, energías y síntomas psicóticos difieren para las tres drogas. En este mismo estudio el 75 % de los sujetos reportaron el uso de drogas para tener alta vitalidad y pararelajarse, el 50% reportaron mejoría de sus síntomas negativos (Addington J, Duchack V, 1997)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La comorbilidad de esquizofrenia con abuso de sustancias es frecuente condicionando un pronóstico desfavorable. Se han propuesto variables demográficas y clínicas como factores de riesgo para el abuso de sustancias en la esquizofrenia. Ambos aspectos no han sido evaluados en nuestro medio.

## JUSTIFICACIÓN:

En México se ha establecido en estudios previos que los pacientes con esquizofrenia presentan una alta frecuencia con de abuso de sustancias. La comorbilidad de esquizofrenia con abuso de sustancias se asocia con una pobre evolución, condicionando un incremento en el índice de recaídas y rehospitalizaciones, así como de la dificultad para manejarlos farmacológicamente, por lo que sería importante encontrar variables demográficas y clínicas como factores de riesgo para el abuso de sustancias en la esquizofrenia, de esta forma se realizara una mejor valoración de su diagnóstico como tratamiento para evitar el aumento de rehospitalizaciones y complicaciones en estos pacientes..

## OBJETIVO PRINCIPAL:

Determinar los factores de riesgo para la presencia de abuso de sustancia en un grupo de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia.

## OBJETIVOS SECUNDARIOS

Establecer la frecuencia del abuso de sustancias en un grupo de pacientes con esquizofrenia

Determinar las características demográficas y clínicas en pacientes con esquizofrenia que presenten comorbilidad con abuso de sustancias y en los pacientes con esquizofrenia sin abuso de sustancias.

Establecer la correlación entre síntomas positivos, negativos, depresivos y el diagnóstico de abuso de sustancias en un grupo de pacientes esquizofrénicos.

#### HIPÓTESIS:

Los pacientes con esquizofrenia y comorbilidad con abuso de sustancias presentarán un inicio más temprano, una severidad mayor de síntomas positivos, negativos y depresivos en comparación con los pacientes con esquizofrenia sin abuso de sustancias.

#### MÉTODO

##### TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de Casos y Controles

##### VARIABLE DEPENDIENTE

Factores demográficos, Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y síntomas depresivos

## VARIABLE INDEPENDIENTE

Diagnóstico de Abuso de sustancias

## CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo al DSM-IV

Ambos Sexos de 18 a 45 años

Pacientes acudan a los servicios de Consulta externa y Hospitalización

Pacientes que cooperen y acepten su participación en el estudio.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con el Diagnóstico de Trastorno psicótico distinto al de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

Menores de 18 años

Pacientes que no acepten su participación en el estudio

Pacientes con síntomas psicóticos secundarios a la intoxicación aguda por sustancias

## INSTRUMENTOS:

PANSS para la confirmación del diagnóstico de esquizofrenia y el trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias se utilizó la entrevista diagnóstica estructurada SCID-IV

## ESCALAS DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA

La PANSS fue diseñada con el propósito de mejorar algunos aspectos de otras escalas como son la evaluación de la severidad de los síntomas, la falta de equilibrio de los reactivos para evaluar los síntomas positivos y negativos, la falta de sensibilidad para evaluar los cambios producidos por el tratamiento farmacológico y la falta de medición de la psicopatología general y su influencia en la gravedad de los síndromes positivos y negativos (Kay SR, 1998)

La PANSS consta de 30 reactivos. de los cuales 7 constituyen la Escala Positiva formada por reactivos que califican síntomas tales como delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia / persecución y hostilidad; la Escala Negativa que evalúa el afecto adormecido o embotado, la retirada emocional, empatía limitada retirada social apática / pasiva, dificultad para pensar en abstracto, dificultad para conversación fluida y pensamiento estereotipado y 16 reactivos que componen la Escala de Psicopatología General que valora síntomas variados como ansiedad, desorientación, preocupación. Etc. Cada apartado es calificado en grados de severidad que van del 1 (ausente) al 7 (extremadamente severo) y se ha establecido un punto de corte de 60 puntos, a partir del cual indica la presencia de síntomas psicóticos importantes.

Esta escala se utilizo para determinar los síntomas psicoticos en los pacientes incluidos en el estudio

## ESCALA DE CALGARY PARA LA DEPRESIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA (CDS)

Addington y colaboradores desarrollaron una escala para evaluar los síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos ; el comportamiento de esta escala en su versión en el idioma ingles ha resultado muy satisfactorio ya que puede identificar la presencia de síntomas depresivos asociados en la esquizofrenia y diferenciarlos de los síntomas negativos y síntomas extrapiramidales (Addington D , 1993). En México se llevo a cabo su traducción y validación al estudiar a 103 pacientes del Hospital Fray Bernardino Álvarez y del Instituto Nacional de psiquiatría con el diagnostico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-II-R a cada uno de los pacientes se les aplico la escala de Calgary , el inventario de Beck para depresión y la escala de DiMascio de síntomas extrapiramidales. Los resultados obtenidos indican que la Escala de Calgary para evaluar depresión en la esquizofrenia tiene una validez concurrente satisfactoria y su reproducibilidad también es muy aceptable , permitiendo el estudio de síntomas depresivos en la esquizofrenia (Ortega HA , 1994).Esta escala se utilizo para determinar la presencia y severidad de depresion

## PROCEDIMIENTO:

Se incluyeron 60 pacientes que acudan a los servicios de Consulta Externa , Hospital parcial y hospitalización del Hospital Fray Bernardino Álvarez con el diagnostico de esquizofrenia. Se solicito a los responsables de cada área que canalizaran a los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia para su inclusión al estudio. Inicialmente se revisaron los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos y se le solicito al paciente su participación en el estudio mediante un consentimiento informado y escrito ( Anexo I),

por lo que se le explicaron los procedimientos a seguir tanto al paciente como a un familiar responsable. Se incluyeron a 60 pacientes para formar 2 grupos cada uno de 30 pacientes, el primer grupo se conformo por pacientes con esquizofrenia sin abuso de sustancias y el otro grupo incluirá pacientes con esquizofrenia y abuso de sustancias, tomando en cuenta que la frecuencia de la comorbilidad con abuso de sustancias es alrededor del 50%.

El diagnóstico de esquizofrenia se confirmo con la aplicación de la sección de trastornos psicóticos de la entrevista SCID-I y con la información obtenida del expediente clínico que fue revisado por un evaluador independiente. Para determinar la presencia de comorbilidad con el abuso de sustancias se aplico la sección correspondiente del SCID-I. Posteriormente se registraron los principales datos demográficos y clínicos en un formato previamente diseñado. Finalmente se aplico la escala PANSS para evaluar la severidad de los síntomas psicóticos y la escala de Calgary para evaluar los síntomas depresivos.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizará con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviación estándar (+/-) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis en la comparación de los distintos grupos diagnósticos se utilizarán la Chi Cuadrada ( $X^2$ ) para contrastes categóricos, determinando el riesgo relativo con intervalos de confianza al 95% para establecer los factores de riesgo para la presencia de la comorbilidad con abuso de sustancias. El nivel de significancia se fijará con una  $p < 0.05$

## Resultados

### a) Características sociodemográficas de la muestra.

La muestra consistió en 46 hombres (74.2%) y 16 mujeres (25.8%), con una edad promedio de 29.8 +/- 8.2 años (18-45 años). La mayoría de los pacientes se encontraba sin pareja en el momento del estudio (n= 55, 88.7%), predominando los sujetos pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo (n= 44, 71.0%). Más de la mitad de los pacientes se encontraban desempleados (n= 44, 71%). La escolaridad promedio fue de 9.6 años +/- 3.1 (3-19 años).

### b) Características clínicas de la muestra

La mayoría de los pacientes incluidos tuvieron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (n= 58, 93.5%), seguido por el diagnóstico de esquizofrenia desorganizada (n= 3, 4.8%) y esquizofrenia indiferenciada (n= 1, 1.6%). El 66.1% (n= 41) de la muestra fue atendido en el servicio de consulta externa y el 33.9% restante (n= 21) en el servicio de hospitalización. Las características clínicas restantes se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1. Características clínicas de la muestra**

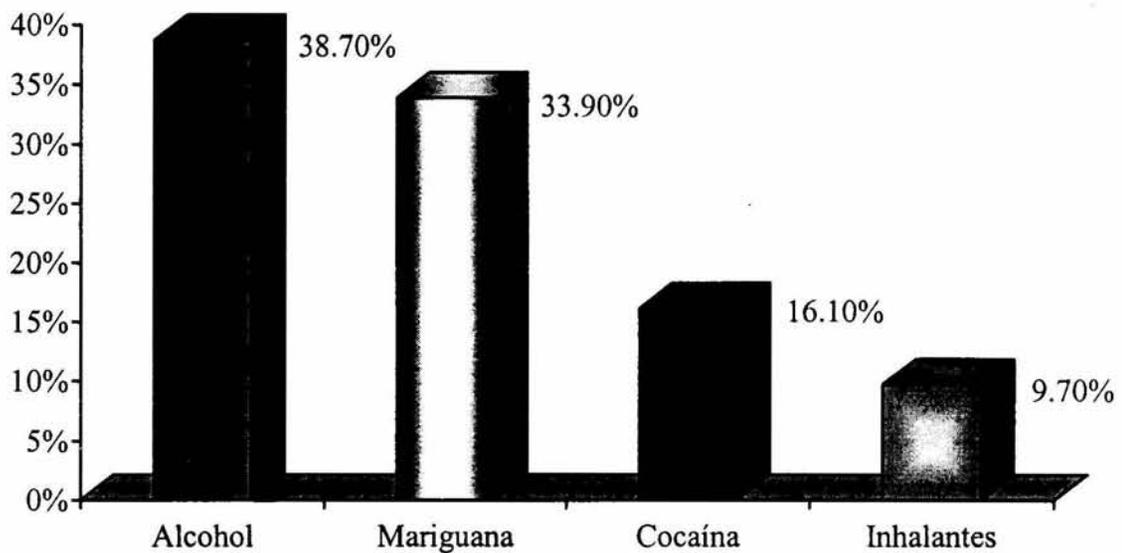
<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>d.e. (+/-)</b>	<b>Rango</b>
Edad de inicio (años)	20.9	4.7	13 - 34
Tiempo de evolución (meses)	63.9	73.1	1.5 - 299.0
Hospitalizaciones (número total)	3.1	3.3	0 - 20
PANSS Positivo	25.4	4.9	18 - 38
PANSS Negativo	25.3	5.2	14 - 38
PANSS General	45.9	6.4	35 - 65
PANSS Total	96.7	13.5	67 - 132
E. Calgary	3.4	4.2	0 - 17

d.e. Desviación estándar

### c) Comorbilidad con abuso de sustancias

La comorbilidad con el abuso de alcohol fue el más frecuente y el abuso de inhalantes el de menor frecuencia. En la gráfica 1 se muestran las diferentes frecuencias encontradas en torno al abuso de sustancias del total de la muestra.

**Gráfica 1. Comorbilidad con abuso de sustancias**



La edad de inicio del consumo de alcohol fue de 16.42 +/-2.2 años (12-21 años), para la marihuana de 18.4 +/- 5.6 años (14-40 años), para la cocaína de 19.9 +/- 4.4 años (16-28 años) y para los inhalantes de 16.5 +/- 2.1 años (14-20 años).

El tipo de consumo de cada uno de las sustancias se clasificó en uso, abuso y dependencia en el que se pudo observar que la sustancia de mayor uso fue el alcohol. En cuanto al abuso, la marihuana presentó el mayor índice y el alcohol el mayor índice de dependencia. Los resultados en torno a esta clasificación se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 2. Frecuencia de consumo de las sustancias**

<b>Variable</b>	<b>Uso n (%)</b>	<b>Abuso n (%)</b>	<b>Dependencia n (%)</b>
Alcohol	6 (9.7)	7 (11.3)	11 (17.7)
Marihuana	4 (6.5)	13 (21.0)	4 (6.5)
Cocaína	4 (6.5)	4 (6.5)	2 (3.2)
Inhalantes	0	3 (4.8)	3 (4.8)

d) Características sociodemográficas y clínicas por grupo diagnóstico

El grupo de pacientes esquizofrénicos con comorbilidad con abuso de sustancias estuvo conformado por 31 pacientes (50%) y el grupo sin comorbilidad por 31 (50%). Los pacientes del sexo masculino y con menor edad presentaron un mayor abuso de sustancias (Tabla 3). No se encontraron diferencias en las características sociodemográficas restantes entre grupos diagnósticos.

**Tabla 3. Características sociodemográficas por grupo diagnóstico**

<b>Variable</b>	<b>Con Abuso de Sustancias</b>	<b>Sin Abuso de Sustancias</b>	<b>Estadística</b>
Sexo (%)			
Masculino	28 (45.2)	18 (29.0)	$\chi^2=8.4$ , 1 gl, $p=0.004$
Femenino	3 (4.8)	13 (21.0)	
Edad (d.e.)	27.2 (7.5)	32.3 (8.2)	$t=-2.5$ , 60 gl, $p=0.01$
Estado civil (%)			
Con pareja	2 (3.2)	5 (8.1)	$\chi^2=1.4$ , 1 gl, $p=0.22$
Sin pareja	29 (46.8)	26 (41.9)	
N.S.E (%)			
Medio	10 (16.1)	8 (12.9)	$\chi^2= 0.31$ , 1 gl, $p=0.57$
Bajo	21 (33.9)	23 (37.1)	
Escolaridad (d.e.)	9.4 (2.9)	9.8 (3.2)	$t=-0.52$ , 60 gl, $p=0.59$
Ocupación (%)			
Con ocupación	8 (12.9)	10 (16.1)	$\chi^2= 0.31$ , 1 gl, $p=0.57$
Sin ocupación	23 (37.1)	21 (33.9)	

En relación a las características clínicas del padecimiento, no se encontraron diferencias en torno al servicio de atención al que fueron referidos los pacientes, la edad de inicio y el tiempo de evolución del padecimiento, ni en la severidad de los síntomas psicóticos y depresivos entre grupos diagnósticos (Tabla 4).

**Tabla 4. Características clínicas por grupo diagnóstico**

<b>Variable</b>	<b>Con Abuso de Sustancias</b>	<b>Sin Abuso de Sustancias</b>	<b>Estadística</b>
Tratamiento (%)			
Consulta externa	11 (17.7)	10 (16.1)	$\chi^2 = 0.07, 1 \text{ gl}, p=0.78$
Hospitalización	20 (32.3)	21 (33.9)	
Edad de inicio (d.e.)	20.2 (3.9)	21.6 (5.4)	$t = -1.1, 60 \text{ gl}, p=0.24$
Tiempo de evolución (d.e.)	63.8 (81.7)	64.0 (64.7)	$t = -0.01, 60 \text{ gl}, p=0.99$
Hospitalizaciones (d.e.)	2.3 (0.9)	2.4 (0.8)	$t = -1.6, 60 \text{ gl}, p=0.10$
PANSS Positivo (d.e.)	25.4 (4.9)	25.4 (4.9)	$t = 0.05, 60 \text{ gl}, p=0.95$
PANSS Negativo (d.e.)	25.3 (5.3)	25.2 (5.1)	$t = 0.12, 60 \text{ gl}, p=0.90$
PANSS General (d.e.)	46.1 (6.7)	45.8 (6.3)	$t = 0.15, 60 \text{ gl}, p=0.87$
PANSS Total (d.e.)	96.9 (14.1)	96.4(13.1)	$t = 0.14, 60 \text{ gl}, p=0.88$
Calgary (d.e.)	3.0 (4.2)	3.9 (4.2)	$t = -0.80, 60 \text{ gl}, p=0.42$

En la Tabla 5 se muestran las estimaciones de riesgo para el abuso de sustancias de acuerdo a las características sociodemográficas de la muestra. Se puede observar que el sexo masculino es la variable que determina un riesgo para la presencia de abuso de sustancias.

**Tabla 5. Estimación del riesgo de acuerdo a variables sociodemográficas**

<b>Variable</b>	<b>Riesgo (I.C. 95%)</b>	<b>Prueba Exacta de Fisher</b>
Sexo		
Masculino	1.55 (1.12 – 2.14)	0.008
Femenino	0.23 (0.07 – 0.73)	
Estado civil		
Con pareja	0.40 (0.08 – 1.90)	0.42
Sin pareja	1.11 (0.93 – 1.33)	
Nivel socioeconómico		
Medio	1.25 (0.57 – 2.74)	0.78
Bajo	0.91 (0.66 – 1.25)	
Ocupación		
Con ocupación	0.80 (0.36 – 1.75)	0.78
Sin ocupación	1.09 (0.79 – 1.50)	

e) Características clínicas por usuarios y no usuarios de sustancias específicas

Al dividir la muestra en usuarios de marihuana y no usuarios de marihuana, se encontraron diferencias significativas en torno a la edad de los pacientes, la edad de inicio del padecimiento y la severidad de los síntomas depresivos. Los pacientes más jóvenes y con un inicio más temprano del padecimiento presentaron un mayor consumo de marihuana y, los pacientes con mayor severidad de síntomas depresivos eran aquellos que no consumían marihuana. Estos resultados se muestran en la Tabla 6.

**Tabla 6. Características clínicas entre usuarios y no usuarios de marihuana**

<b>Variable</b>	<b>Uso de Marihuana</b>	<b>Sin Uso de Marihuana</b>	<b>Estadística</b>
Edad (d.e.)	25.8 (6.0)	31.8 (8.5)	t=-3.22, 53.6 gl, p=0.002
Edad de inicio (d.e.)	18.9 (2.5)	21.9 (5.3)	t=-3.0, 59.7 gl, p=0.004
Tiempo de evolución (d.e.)	64.6 (84.5)	63.6 (67.7)	t=0.50, 60 gl, p=0.96
Hospitalizaciones (d.e.)	2.3 (2.4)	3.5 (3.6)	t=-1.3, 60 gl, p=0.19
PANSS Positivo (d.e.)	25.9 (4.6)	25.2 (5.1)	t=0.51, 60 gl, p=0.60
PANSS Negativo (d.e.)	26.0 (5.6)	24.9 (4.9)	t=0.74, 60 gl, p=0.45
PANSS General (d.e.)	46.1 (7.3)	45.8 (6.0)	t=0.15, 60 gl, p=0.88
PANSS Total (d.e.)	98.0 (14.7)	96.0 (12.9)	t=0.54, 60 gl, p=0.58
Calgary (d.e.)	1.6 (2.3)	4.4 (4.6)	t=-3.14, 59.9 gl, p=0.003

De la misma forma, al dividir la muestra en usuarios de cocaína y no usuarios de cocaína, se encontraron diferencias significativas en torno a la edad de los pacientes y la severidad de los síntomas depresivos. Al igual que con el consumo de marihuana, los pacientes que consumían cocaína eran más jóvenes y aquellos que no consumían tenían una mayor severidad de síntomas depresivos. Estos resultados se muestran en la Tabla 7.

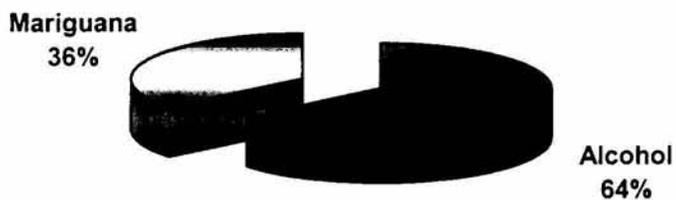
**Tabla 7. Características clínicas entre usuarios y no usuarios de cocaína**

<b>Variable</b>	<b>Uso de Cocaína</b>	<b>Sin Uso de Cocaína</b>	<b>Estadística</b>
Edad (d.e.)	25.0 (4.3)	30.7 (8.4)	t=-3.17, 24.4 gl, p=0.004
Edad de inicio (d.e.)	19.2 (2.5)	21.2 (5.0)	t=-1.9, 24.7 gl, p=0.06
Tiempo de evolución (d.e.)	52.3 (57.7)	66.1 (76.0)	t=-0.54, 60 gl, p=0.58
Hospitalizaciones (d.e.)	2.5 (2.1)	3.2 (3.5)	t=-0.63, 60 gl, p=0.53
PANSS Positivo (d.e.)	26.5 (3.3)	25.2 (5.1)	t=0.73, 60 gl, p=0.46
PANSS Negativo (d.e.)	26.1 (5.2)	25.1 (5.2)	t=0.52, 60 gl, p=0.60
PANSS General (d.e.)	46.1 (7.2)	45.9 (6.4)	t=0.07, 60 gl, p=0.94
PANSS Total (d.e.)	98.7 (12.7)	96.3 (13.7)	t=0.50, 60 gl, p=0.61
Calgary (d.e.)	1.0 (1.5)	3.9 (4.4)	t=-3.73, 40.9 gl, p=0.001

f) Comparación entre usuarios únicos y poliusuarios (2 o más sustancias)

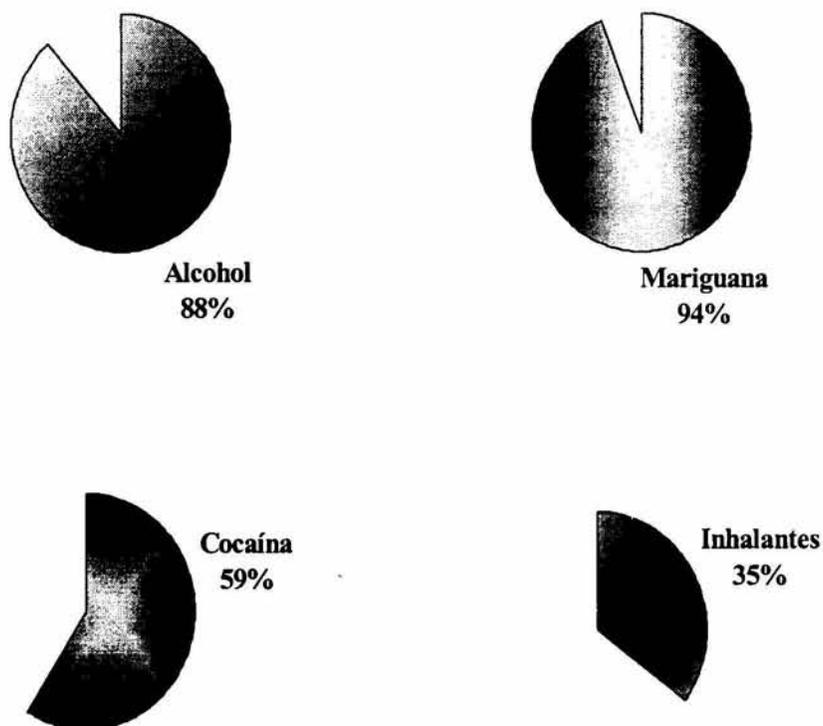
Los pacientes esquizofrénicos con comorbilidad con abuso de sustancias estuvo conformado por 31 pacientes (50%), de los cuales 14 pacientes eran usuarios únicos (54.8%) y 17 poliusuarios (45.2%). En la Gráfica 2 se muestra la distribución del consumo de alcohol y marihuana por parte de los usuarios únicos. Se observó un predominio del consumo de alcohol entre los usuarios únicos de la muestra.

**Gráfica 2. Distribución del consumo de alcohol y mariguana entre usuarios únicos**



Por otro lado, los poliusuarios mostraron un mayor consumo de mariguana, seguido por el consumo de alcohol, cocaína e inhalantes. La distribución del consumo entre los poliusuarios se muestra en la Gráfica 3.

**Gráfica 3. Distribución del consumo de sustancias entre poliusuarios**



Las características sociodemográficas entre ambos grupos diagnósticos se muestran en la Tabla 8. Se encontró una diferencia significativa en la escolaridad de los usuarios únicos y poliusuarios, en donde éstos últimos mostraron un menor nivel educativo.

**Tabla 8. Características sociodemográficas de usuarios únicos y poliusuarios**

<b>Variable</b>	<b>Usuarios Unicos</b>	<b>Poliusuarios</b>	<b>Estadística</b>
Sexo (%)			
Masculino	13 (41.9)	15 (48.4)	$\chi^2=0.18$ , 1 gl, $p=0.66$
Femenino	1 (3.2)	2 (6.5)	
Edad (d.e.)	28.4 (8.6)	26.3 (6.5)	$t=-0.76$ , 29 gl, $p=0.45$
Estado civil (%)			
Con pareja	1 (3.2)	1 (3.2)	$\chi^2=0.20$ , 1 gl, $p=0.88$
Sin pareja	13 (41.9)	16 (51.6)	
Nivel Socioeconómico (%)			
Medio	5 (16.1)	5 (16.1)	$\chi^2= 0.14$ , 1 gl, $p=0.70$
Bajo	9 (29.0)	12 (38.7)	
Escolaridad (d.e.)	10.7 (3.7)	8.4 (1.5)	$t=-2.14$ , 16.5 gl, $p=0.04$
Ocupación (%)			
Con ocupación	4 (12.9)	4 (12.9)	$\chi^2= 0.10$ , 1 gl, $p=0.75$
Sin ocupación	10 (32.3)	13 (41.9)	

En la Tabla 9 se muestran las características clínicas del padecimiento entre usuarios únicos y poliusuarios. No se encontraron diferencias significativas en las características del cuadro clínico o la severidad de la sintomatología psicótica, sin embargo, los usuarios únicos presentaron una mayor severidad de síntomas depresivos.

**Tabla 9. Características clínicas de usuarios únicos y poliusuarios**

<b>Variable</b>	<b>Usuarios Unicos</b>	<b>Poliusuarios</b>	<b>Estadística</b>
Tratamiento (%)			
Consulta externa	7 (22.6)	4 (12.9)	$\chi^2 = 2.35, 1 \text{ gl}, p=0.12$
Hospitalización	7 (22.6)	13 (41.9)	
Edad de inicio (d.e.)	21.7 (4.6)	19.0 (2.8)	$t = -1.8, 20.6 \text{ gl}, p=0.07$
Tiempo de evolución (d.e.)	47.9 (70.6)	76.9 (89.8)	$t = 0.98, 29 \text{ gl}, p=0.33$
Hospitalizaciones (d.e.)	2.0 (1.5)	2.7 (2.6)	$t = 0.78, 29 \text{ gl}, p=0.33$
PANSS Positivo (d.e.)	24.7 (4.7)	26.1 (5.2)	$t = 0.77, 29 \text{ gl}, p=0.44$
PANSS Negativo (d.e.)	23.5 (4.4)	26.8 (5.7)	$t = 1.77, 29 \text{ gl}, p=0.08$
PANSS General (d.e.)	46.1 (6.6)	46.0 (6.9)	$t = -0.03, 29 \text{ gl}, p=0.97$
PANSS Total (d.e.)	94.4 (13.2)	99.0 (14.8)	$t = 0.90, 29 \text{ gl}, p=0.37$
Calgary (d.e.)	4.7 (5.3)	1.5 (2.2)	$t = -2.07, 16.7 \text{ gl}, p=0.05$

## CONCLUSIONES

El objetivo del estudio fue determinar los factores de riesgo para presentar comorbilidad entre abuso y/o dependencia de sustancias y Esquizofrenia y en este estudio se observó que los pacientes esquizofrénicos del sexo masculino, jóvenes, solteros, de nivel socioeconómico bajo, desempleados y de bajo rendimiento escolar fueron más propensos a presentar consumo de sustancias corroborando estos datos con la literatura demostrando que los factores de riesgo demográficos encontrados en pacientes esquizofrénicos de nacionalidad mexicana no varían del resto de los pacientes a nivel mundial.

También se encontró que el alcohol es la sustancia de mayor uso y dependencia, siendo la marihuana la segunda sustancia de mayor abuso y en tercer lugar la cocaína a pesar de la controversia en el orden de frecuencia en pacientes esquizofrénicos entre la marihuana y cocaína debido al aumento en los últimos años del consumo de cocaína este estudio confirma que todavía continúa el mismo orden de consumo de las sustancias en estos pacientes de acuerdo a la literatura y al estudio Mexicano de primer episodio psicótico.

Se encontró que los pacientes del sexo masculino y con menor edad presentaron un mayor abuso de sustancias pudiendo esto explicarse a que antes de su diagnóstico presentan con mayor frecuencia abuso de sustancias condicionando el abandono prematuro y en consecuencia un pobre pronóstico en relación a las mujeres que inician su padecimiento a una edad mayor. Se observó que los pacientes más jóvenes y con un inicio más temprano del padecimiento presentaron un mayor consumo de marihuana y cocaína, lo que corrobora la relación entre la esquizofrenia y el consumo de sustancias

SECRETARIA DE SALUD  
SECRETARIA DE ECONOMIA

Se encontró que los síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos son un factor para consumir alcohol y que entre mas síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos hay un menor consumo de marihuana y cocaína lo que podría explicar que el consumo de alcohol en estos pacientes es para disminuir los síntomas depresivos , aunque llama la atención la relación entre los síntomas depresivos y el menor consumo de marihuana y cocaína ya que esto contradice la literatura por lo que seria de importancia investigar las causas que afectan para esta relación de acuerdo a este estudio en investigaciones posteriores

En este estudio los pacientes esquizofrénicos consumidores de varias sustancias presentan un mayor consumo de marihuana debido a que la marihuana fue la principal sustancia de abuso con un previo uso de alcohol y el nivel de escolaridad es menor en estos pacientes esquizofrénicos demostrando que los factores demográficos representan un papel importante en el consumo de sustancias .

En conclusión se encontró que los factores demográficos así como los síntomas depresivos y los síntomas de la esquizofrenia están asociados al consumo de sustancias en los pacientes esquizofrénicos aunque todavía quedan dudas en relación a que impacto presentan esto factores en relación al manejo y pronostico de estos pacientes por lo que es importante realizar otros estudios en relacion a esta comorbilidad para detectar los factores de riesgo que tienen que ver con las posibilidades del manejo y evolucion de la esquizofrenia ya que en este estudio se pudo valorar los factores de riesgo en forma transversal necesitándose una valoración longitudinal para corroborar con mas exactitud su evolucion ya que no se pudo detectar en estos resultados la evolución de los síntomas de la esquizofrenia asi como el deterioro y recaídas por el consumo de sustancias.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABUSO DE SUSTANCIAS EN LA  
ESQUIZOFRENIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO

**Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez**

Nombre del

Paciente: \_\_\_\_\_

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

**Programa a Efectuar**

El objetivo es conocer por medio de entrevistas y escalas a pacientes que han presentado un cuadro de esquizofrenia a lo largo de su vida. Nos interesa conocer como afecta el consumo de drogas y/o alcohol en la evolución de su padecimiento.

Para el estudio, requerimos la cooperación del paciente, de sus familiares y/o amigos con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información sobre el paciente. Para el diagnóstico y evaluación de los pacientes se utilizarán entrevistas y escalas médicas.

**Plan del Programa**

Los pacientes que acepten participar en este estudio serán entrevistados por psiquiatras expertos en el diagnóstico de la esquizofrenia. Una vez establecido el diagnóstico por medio de una entrevista diagnóstica, se aplicarán diversas escalas en donde se evaluará la presencia de consumo de sustancias, la severidad de los síntomas que presente y la presencia o ausencia de síntomas de depresión.

## **Consignas a Seguir**

- 1.- Se pedirá la cooperación del paciente para realizar las entrevistas.
- 2.- Si el paciente cambia de domicilio o teléfono, avise al 55 73 15 00 o 55 73 15 50 con el Dr. Fidel Landa Rivera. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones se cumplan.
- 3.- Las entrevistas serán sin cargo económico alguno.
- 4.- La participación del paciente en este estudio es voluntaria, el paciente podrá retirarse en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento.

## **Ventajas Posibles**

- 1.- Los pacientes que participen en este estudio y sus familias se beneficiarán de una evaluación cuidadosa por médicos expertos en la esquizofrenia. Las evaluaciones permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad, lo que pensamos puede influir favorablemente en el manejo de su enfermedad.
- 2.- Usted y sus familiares podrán discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de la esquizofrenia.

## **Confidencialidad**

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes de los pacientes por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

## **Disposiciones Generales**

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, el Dr. Fidel Landa Rivera al 55 73 15 00 o 55 73 15 50 durante horas regulares de trabajo.

### **Carta de Consentimiento**

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con la responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

### **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al Dr. Fidel Landa Rivera al 55 73 15 00 o 55 73 15 50.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Nombre del Paciente

---

Firma del Familiar o  
representante legal

---

Fecha

---

Nombre del Familiar o  
representante legal

---

Firma del Testigo

---

Fecha

---

Nombre del Testigo

---

Firma del Investigador

---

Fecha

---

Nombre del Investigador

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Addington D, Addington J 1993 *Assesing depresión in schizophrenia : The Calgary Depression Scale* British Journal of Psychiatry 22:39-44.
- 2.-Addington J Duchak V 1997 *Reasons for sustance use in schizophrenia* Acta Psychiatr Scand 96:329-333
- 3.-Addington D, Addington J,Patten J 1998 *Depression in people with first-episode schizophrenia* British Journal of Psichiary Supplement,172 (33) 90-2
- 4.-Alterman y Cacciola 1991 *The antisocial personality disorders diagnosis in sibstance abusers: problems and issues* Review 66 refs Journal Article.Review, Tutorial Journal of Nervous & Mental Disease. 179(7):401-9.
- 5.-Bowers et al 1990 *Psychotogenic Drug use and neuroleptic response* Schizophr Bull 16:81-85
- 6.-De Mello et al 1995 *Relationship between concurrent substance abuse in psychiatric patients and neuroleptic dosage* Am J Drug Alcohol Abuse 21 (2) 257-265
- 7-Encuesta de consumo de drogas en estudiantes SEP INPRF II Ortiz A et al Grupo Institucional para el desarrollo del sistema del reporte de informacion en drogas
- 8.-Hambrecht y Hafner 1996 *substance abuse and the onset of schizophrenia* Biol. Psychiatry 40:1155-1163
- 9.-Kay SR et al 1990 *Positive and negative sindrome scale-spanish adaptation* Journal of Nervous and Mental Diseases 178:510-517

- 10.-Kovaznay et al 1997 *Substance use disorders and the early course of illness in schizophrenia and affective psychosis* Schizophr Bull 23:195-201
- 11.-Meuser et al 1992 *Comorbidity of schizophrenia and substance abuse :implications for treatment* J Consult Clin Psychology 60:845-856
- 12.-Ortega HA et al 1994 *Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos* Salud Mental 17(3):7-14
- 13.-Peter F Buckley M.D. 1998 *Substance abuse in schizophrenia : A Review* J Clin Psychiatry 59 Suppl 3: 26-30
- 14.-Reiger et al 1990 *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse :Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study* JAMA 264:2511-2518
- 15.-Shaner et al 1995 *Cocaine use, and repeated hospitalization among schizophrenic cocaine abusers: a government-sponsored revolving door* N Engl J Med 333: 777-783
- 16.-Swofford et al 1996 *Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia* Schizophr Res 20:145-151
- 17.-Apiquian R., Paez F.,Loyzaga C., Cruz E., Gutierrez D., Suarez J.A., Ulloa R.E., Fresan A., Vallejo G., Nicolini H., Medina-Mora M.E. "*Estudio Mexicano del Primer Episodio Psicótico: Resultados preliminares , Características sociodemográficas y clínicas*". Salud Mental , Vol 20, Año 20, Supl 3,p.p. 1-7 Octubre 1997.
- 18.- Tsuang et al 1982 *Subtypes of drug abuse with psychosis,demographic characteristics Clinical Features and family history* Arch Gen Psychiatry 39:141-147