

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO.**

FACULTAD DE MEDICINA.

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL.**

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.

**“IMPACTO DE LA COMORBILIDAD CON TRASTORNO RELACIONADO CON
SUSTANCIAS SOBRE LA RECURRENCIA DE HOSPITALIZACIÓN
PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA”.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER TITULACIÓN EN
ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA**

P R E S E N T A :

DR. DANIEL SALAS CARRERA.

ASESORES:

**DR. MIGUEL HERRERA ESTRELLA.
TUTOR TEORICO.**

**DR. JORGE PEÑA ORTEGA.
TUTOR METODOLOGICO.**

MÉXICO, D. F.

AGOSTO, 2006.



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.

Universidad Nacional Autónoma de México.

**“Impacto de la comorbilidad con trastorno relacionado con sustancias sobre la
recurrencia de hospitalización psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia”.**

**Dr. Miguel Herrera Estrella.
TUTOR TEORICO.**

**Dr. Jorge Peña Ortega.
TUTOR METODOLOGICO.**

Hubo momentos tanto felices como tristes,
Momentos difíciles y sencillos,
Momentos de soledad y apoyo,
Momentos de estar hasta arriba y caer hasta el fondo,

Pero no hubo alguno de no ver hacia el frente”.

Índice:

Introducción. 5.

Justificación. 15.

Instrumentos. 15.

Hipótesis. 15.

Objetivo. 15.

Metodología. 15.

Diseño. 15.

Universo y muestras. 16.

Criterios de inclusión para el grupo control. 16.

Criterios de inclusión para el grupo de estudio. 16.

Criterios de exclusión. 17.

Procedimiento. 17.

Análisis estadístico. 17.

Consideraciones éticas. 17.

Resultados. 18.

Tablas. 21.

Conclusiones. 29.

Anexos. 31.

Ficha de identificación demográfica. 32.

Carta de consentimiento informado. 33.

Escalas. 34.

Bibliografía. 44.

Impacto de la comorbilidad con trastorno relacionado con sustancias sobre la recurrencia de hospitalización psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia.

Introducción:

La esquizofrenia es un trastorno crónico, deteriorante, que ocasiona un gran impacto tanto en el funcionamiento global como en el psicológico (16). Su frecuencia es elevada, calculándose su prevalencia a nivel mundial de 0.85% (18), tiene su inicio por lo general en la adolescencia o principios de la edad adulta y llega a causar en el 60% de las personas que la padecen la necesidad de apoyo y cuidados en forma continua por la disfunción que llegan a presentar.

Es una enfermedad mental cuya etiología no está aun establecida, influyen múltiples factores entre los que destacan los genéticos en combinación con factores ambientales. Existe actualmente la discrepancia de si la esquizofrenia se debe a una anomalía en el desarrollo cerebral originada en el momento de migración neuronal, o bien a un proceso patológico que se instala en un cerebro sano. Sea cual sea la causa, parece afectar al cerebro en forma difusa involucrando varios circuitos neuronales y sistemas de neuro transmisión, converge en afecciones a nivel de pensamiento, emoción, percepción, movimiento y comportamiento, se manifiesta por diversos síntomas y signos y se observan alteraciones en la sensopercepción (alucinaciones), curso del pensamiento (desorganización), contenido de pensamiento (delirios), pobreza en la fluidez y productividad del pensamiento y lenguaje (alogia), alteraciones conductuales (comportamiento desorganizado), cognición (alteraciones de memoria, atención, ejecución de tareas, abstracción, síntesis), volición (abulia), expresividad emocional (aplanamiento afectivo), capacidad para experimentar placer (anhedonia), movimiento (estereotipias, movimientos discinésicos); dividiéndose dicha sintomatología en síntomas positivos y negativos implicándose a las vías dopaminérgicas en su producción; con una hiperactividad de la vía mesolímbica correlacionada con el desarrollo de síntomas positivos mientras que los síntomas negativos se relacionan con una disminución de la transmisión dopaminérgica en vía mesocortical (corteza prefrontal). La serotonina también parece tener implicación reduciendo la liberación de dopamina; relacionándose también con la agresividad (18).

La prevalencia de consumo de sustancias es mayor en los enfermos psiquiátricos que en la población general. Los pacientes con enfermedades mentales se consideran como una población de alto riesgo para el consumo de alcohol y otras sustancias y a la inversa, los pacientes fármaco dependientes están en riesgo de cursar con enfermedades mentales. Se ha encontrado que hasta un 80% de los adictos en tratamiento tienen un trastorno psiquiátrico asociado y figura entre estos la esquizofrenia con una prevalencia de 4%. (6).

Se registra el mal uso concomitante de sustancias (causantes por si mismas de trastornos psiquiátricos) en el 47 al 50% de esquizofrénicos (18, 21, 22, 28) (se dan en otras referencias cifras variables entre 15-60%) (8), se reporta hasta 4.6 veces mas frecuente el diagnóstico de mal uso de sustancias en esquizofrenia que en el resto de la población (28), variando su prevalencia en función de si el paciente es hospitalizado o se trata en forma ambulatoria, así como de las características demográficas de la muestra (23); siendo así la esquizofrenia un padecimiento deteriorante por si mismo, al agregársele los efectos adversos del consumo de sustancias, el deterioro natural de la esquizofrenia se incrementara influyendo el efecto de dichas sustancias en el cuadro clínico, exacerbando notoriamente síntomas positivos, negativos, desorganización, deterioro cognitivo, mayor riesgo de depresión y suicidio así como violencia (la cual ya tiene gran importancia sobre todo aquella que está en relación a delirios y que tiene un objetivo intencional o planificado, tendiendo a incrementarla el consumo de sustancias). Se relaciona también con menor apego y pobre respuesta a tratamiento, recaídas más frecuentes con incremento de las tasas de admisión hospitalaria, mayores costos de cuidado, así como pobre pronóstico con mayor disfuncionalidad social y ocupacional (9, 18, 21, 26, 32). Se

llega a presentar consumo de sustancias hasta un 48% de los esquizofrénicos antes de desarrollar su primer episodio psicótico (9).

El uso de sustancias en esquizofrenia no solo se relaciona con exacerbación de la misma; influye también en su inicio, se llega a la hipótesis de que el abuso de sustancias en personas vulnerables precipita el desarrollo de esquizofrenia (personas que desarrollaran el trastorno posteriormente aun sin consumir la sustancia y personas con riesgo genético para su desarrollo), basándose en que el inicio de mal uso de sustancias precede al inicio de la psicosis en muchos pacientes y en encontrar generalmente una temprana edad de inicio de la esquizofrenia en pacientes con esquizofrenia y mal uso de sustancias (32). Además el uso de sustancias en esquizofrénicos incrementa otros riesgos como accidentes de tráfico, caídas, lesiones traumáticas por conductas violentas, deterioro en el cuidado de los hijos, falta de autocuidado y condiciones de vida adversas, complicaciones médicas de otra índole como infecciones (sobre todo relacionadas con vía parenteral adquiriendo gran importancia el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ya que el 25% de los casos del síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) implican a usuarios de drogas intravenosas llegando a reportarse una positividad en algunas ciudades occidentales de hasta 65% entre las personas que abusan de drogas intravenosas) (12), afección de diversos órganos, pérdida de peso y desnutrición (por supresión del apetito) etc. lo cual contribuye a incrementar el riesgo de muerte e incapacidad (27) registrando que las tasas de muerte en jóvenes con mal uso de sustancias han aumentado 20 veces por infección, homicidio, suicidio, sobredosis y SIDA. (12). Entre los hombres (no en mujeres) menores de 36 años de edad, hay una asociación positiva y significativa entre historia de mal uso de sustancias (no alcohol) y parkinsonismo (9, 32) así como con discinesia tardía (5).

En los esquizofrénicos el suicidio llega a presentar cifras importantes, se estima que hasta un 40% puede intentarlo y por lo menos un 10% lograrlo (tasa 20 veces superior a la población general) (18). Existe también en las personas con trastornos por abuso de sustancias un riesgo de suicidio más alto que en la población general, se incrementa la incidencia de suicidios consumados hasta 4 veces, con una mortalidad a lo largo de su vida de 15% (27). Por lo tanto la asociación entre el mal uso de sustancias y trastornos psicóticos hacen mas vulnerable al enfermo al suicidio consumado (17) siendo las etapas iniciales de la enfermedad el periodo de mayor riesgo así como en personas jóvenes (37). El abuso de sustancias se asocia con ideación suicida si tenemos en cuenta deterioro en la vida social, discordias en relaciones interpersonales o familiares, inestabilidad de vivienda y pérdida de hogar, dificultades financieras y problemas legales, e incluso estados depresivos inducidos por las mismas sustancias o periodos de abstinencia entre otros posibles factores (17). Los trastornos por consumo de sustancias se asocian además a violencia y homicidios, aumenta la ansiedad, irritabilidad, agresividad y deterioro del control de impulsos y de las pruebas de realidad (27). Las sustancias que se relacionan más comúnmente con conductas agresivas son la cocaína, alucinógenos, fenciclidina y alcohol, mientras que los opiáceos y los hipnóticos sedantes se asocian a violencia al desarrollar síndrome de abstinencia. La marihuana y los alucinógenos pueden causar acciones violentas a causa de la mala percepción de la realidad (27).

Existen algunas sustancias que producen durante el estado de intoxicación o a través del uso crónico de las mismas síntomas similares a la esquizofrenia. Destacan dentro de estas sustancias los estimulantes (cocaína, anfetaminas), cannabis, ácido lisérgico (LSD), y probablemente solventes, que en una esquizofrenia ya establecida amplifican los delirios y alucinaciones y la intensidad del estado emocional subyacente (26), lo cual es frecuentemente motivo de confusión al realizar el diagnóstico y determinar si en el cuadro psicótico hay influencia sintomática inducida por sustancias en una esquizofrenia de base o si el cuadro clínico es causado por las sustancias únicamente. Es importante para obtener mejores resultados en el tratamiento el abordaje que identifique el trastorno primario que condiciona la sintomatología tomando en cuenta que la forma y la duración de un trastorno psiquiátrico de base se encuentra matizado por el tipo de droga, el tiempo de uso, la respuesta individual a sus efectos, la presencia de síndromes de abstinencia y que puede inducir, empeorar o disminuir la sintomatología asociada (6). Se debe establecer la cronología de aparición de los síntomas: si los signos o síntomas preceden a la aparición del consumo repetido de la sustancia se relaciona

con mayor probabilidad a una esquizofrenia de base a la que se añade posteriormente el uso de sustancias; o bien si la sintomatología es posterior a un consumo importante de sustancias tendrá relación con psicosis inducida por la misma sustancia. También adquiere importancia el tiempo de remisión de sintomatología que en el caso de sustancias suele ser rápido, o si los síntomas han estado presentes durante periodos de tiempo amplio en los que no se ha consumido la droga (3 meses o más) se relaciona generalmente con patología psicótica de base (27). La existencia de familiares de primer grado biológico con antecedentes de enfermedad similar también reviste importancia (27). Debe así establecerse un diagnóstico que discrimine si la sintomatología se correlaciona con uso de drogas o con la entidad nosológica de base.

Las características demográficas son predictores importantes de los patrones de abuso de sustancias en la población general (23), en los esquizofrénicos el consumo de sustancias es más frecuente entre los más jóvenes; predomina en menores de 36 años de edad y en el sexo masculino sobre el femenino en relación de 3 a 1 (12, 21) (influye quizá en determinada forma que las mujeres son de 3 a 4 años de mayor edad que los hombres al inicio de la esquizofrenia incluyendo sintomatología y disfuncionalidad social y ocupacional) (14, 36), siendo el sexo una fuerte influencia en la edad de inicio. Se piensa que en las mujeres se retrasa el inicio de la esquizofrenia en la adolescencia probablemente por factores hormonales que reducen la vulnerabilidad (14). Los que nunca se casaron tienen mayor abuso de sustancias que los casados, los pacientes con menor nivel de escolaridad presentan mayor abuso de sustancias quizá en relación a que el mismo abuso en la adolescencia interrumpe los estudios conduciendo a menor escolaridad en los mayores consumidores. (23). Dentro de los factores psicosociales que favorecen el consumo de drogas tenemos el pertenecer a vida urbana lo cual expone a una mayor disponibilidad de las drogas, sobre todo si se habita en comunidades económicamente desfavorecidas con escasa estabilidad familiar, aumento de la tolerancia a la delincuencia y mayor desesperanza, lo cual origina baja autoestima, mal autoconcepto e identificación con los modelos implicados con las drogas. La pobreza y el desempleo elevado son prevalentes, por lo que las personas sienten que poco tienen que perder con la experimentación de las drogas (12).

Aunque los patrones de uso de drogas cambian de moda rápidamente (disponibilidad y valor subcultural) (26), los pacientes con esquizofrenia tienden a preferir sustancias que son reductoras de ansiedad, como alcohol, tabaco, cannabis o bien sustancias energizantes y con acción dopaminérgica como la cocaína y los psicoestimulantes buscando mejorar algunos aspectos de su padecimiento y tratar de compensar las deficiencias de dopamina responsable de los síntomas negativos o efectos extrapiramidales por los antipsicóticos, sedación e hipotensión (tienden a consumir menos opiáceos y sedantes hipnóticos) (8, 21), refiriendo los pacientes realizarlo con fines de disminuir síntomas depresivos (72%), sentirse mejor (72%), relajarse (64%), sensación placentera (62%), energía (56%), sentirse en un grupo (55%), incrementar emociones (49%), hablar más (45%), ser más creativos (40%), reducir los efectos colaterales de su medicación (15%) (21).

La nicotina es una sustancia psicoactiva que produce alteraciones placenteras del estado de ánimo, mejoría en el desempeño, incremento en la memoria a corto plazo y reducción de la tensión y la ansiedad. Causa dependencia psicológica y física relacionada con conducta de búsqueda y síndrome de abstinencia que se caracteriza por un deseo compulsivo de administrarse la sustancia, irritabilidad, frustración, enojo, ansiedad, dificultad para concentrarse, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito, modificando así el curso, diagnóstico y pronóstico de las enfermedades psiquiátricas y altera la farmacocinética de algunos psicofármacos (30). Estudios en fumadores revelan comorbilidad con esquizofrenia en 26% convirtiéndola en la comorbilidad psiquiátrica más frecuente asociada a tabaquismo (30) presentándose entre el 50-90% de los esquizofrénicos (32). La nicotina actúa sobre receptores nicotínicos colinérgicos en forma agonista, mejora memoria y ejecución; activa el sistema dopaminérgico mesolímbico y los sistemas de los péptidos opiáceos (20) aumenta la liberación de noradrenalina, dopamina, serotonina, y péptidos de acción central con incremento de β -endorfinas lo cual reduce ansiedad. Su acción más importante a nivel dopaminérgico en vías nigroestriada y mesolímbica así como en núcleo accumbens. Aumenta además la dopamina a nivel prefrontal lo cual puede explicar el alto consumo en esquizofrénicos

con síntomas negativos (relacionados con hipo metabolismo dopaminérgico en dicha región), y en locus coeruleus se relaciona con incremento de capacidad cognitiva (22, 34). Su uso se relaciona con mejoría del estado de ánimo, la ansiedad, la cognición y el extrapiramidalismo, motivo por el cual se cree es tan consumida; sin embargo se documentan también efectos adversos como una mayor prevalencia de discinesia tardía, reducción en la eficacia terapéutica y exacerbación de algunos efectos colaterales de los agentes psicoactivos. Aumenta el metabolismo de múltiples psicofármacos como antidepresivos, benzodiazepinas y antipsicóticos por incremento del metabolismo hepático al inducir el sistema oxidativo citocromo P450. (22). La cafeína también es consumida con gran frecuencia entre los esquizofrénicos y se relaciona con exacerbación de síntomas positivos atribuyéndose al antagonismo de la adenosina aumentando la liberación de dopamina, noradrenalina y serotonina (18, 22).

Trastornos relacionados con alcohol se llegan a presentar hasta en un 30% de los esquizofrénicos atendidos en centros de salud mental en tanto que en pacientes no esquizofrénicos con trastorno causado por alcohol solo un 3% llega a presentar síntomas compatibles con esquizofrenia (18). Al parecer el consumo de alcohol se relaciona más con esquizofrénicos indigentes, o que viven en lugares con carencias y se piensa que su uso se realiza para atenuar su sensación de aislamiento o su sintomatología ya que es causante de euforia, desinhibición, reducción de ansiedad y sedación. Los efectos sedantes y ansiolíticos son mediados por receptor GABA_A (receptor ionotrópico para ácido gamma amino butírico). También ejerce efectos sobre receptor de glutamato NMDA (N-metil-D-aspartato), inhibiendo el funcionamiento del receptor dando origen a efectos disociativos mientras que sus efectos crónicos son aumento de la actividad glutamatérgica por supersensibilización del receptor NMDA y daño neuronal, deterioro cognitivo y mnésico. Su efecto sobre la glicina (inhibiendo su unión al receptor) produce hiperexcitabilidad neuronal (22), la transmisión dopaminérgica mesocortical y mesolímbica se asocia con aspectos de refuerzo del etanol y craving, mientras que el sistema opioide se relaciona con la satisfacción ligada a la saciedad causando sedación, reposo y deleite (20, 22). Actúa sobre receptores cannabinoides y sobre locus coeruleus activando receptores α_2 adrenérgicos hiperpolarizando las neuronas del locus, desarrollando hipersensibilidad que se manifiesta durante la abstinencia con reacción adrenergica. Tiene efectos sobre receptores serotoninérgicos 5-HT₃ (5-hidroxi-triptamina) que se proyectan desde núcleo anterior del rafe hasta el área tegmental ventral aumentando liberación de dopamina. El etanol inhibe la liberación de acetilcolina (22), reduce la eficacia de los antipsicóticos, acentúa la psicosis y las fluctuaciones del estado de ánimo contribuyendo a un curso desfavorable de la esquizofrenia con internamientos reiterados, además de que la mayoría de los programas de recuperación para los alcohólicos excluyen a los psicóticos (18).

La cannabis es una de las principales sustancias implicadas en comorbilidad con esquizofrenia y causante de exacerbación de su sintomatología con mayor gravedad y duración de la misma (11), añadiendo confusión, conductas mas desorganizadas, violencia, grandiosidad, hipertimia, mayor introspección, irritabilidad, insomnio, alteraciones en memoria de trabajo, de evocación y aprendizaje, retraso en el proceso de información, dificultades de concentración, menor productividad e interacción social (11), desrealización, despersonalización y alteraciones sensoriales (24). La cannabis llega a ser utilizada hasta en el 68% en los esquizofrénicos consumidores de sustancias, implicándose además en generar mayor susceptibilidad en personas sin esquizofrenia para desarrollarla (22). Se refiere que el consumo de cannabis por un periodo mayor a 5 años puede ocasionar síntomas psicóticos con deterioro en ocasiones irreversible, existiendo el mismo riesgo que para personas con antecedentes de familiares esquizofrénicos aumentando hasta 6 veces la posibilidad de contraer enfermedad similar a la esquizofrenia (3). Es mayor el riesgo con un inicio de consumo a edades tempranas (entre 15 y 18 años de edad) y se relaciona con el desarrollo de esquizofrenia de inicio temprano (36) así como de tipo tardío (4). Algunos estudios encuentran que en hombres se presenta una diferencia en inicio de esquizofrenia hasta de 7 años (como promedio) antes entre usuarios que en no usuarios (36).

Se describe que debe existir vulnerabilidad bioquímica para desarrollo de esquizofrenia posterior al uso de cannabis por periodos prolongados. Al parecer un bajo índice en la actividad de transmetilación (menos del

20%) tiene menos probabilidad de activación psicótica por el consumo. En cambio una actividad metilante del 30% o mayor se asocia con el desarrollo de un mayor riesgo de síntomas psicóticos (22). También se reportan mayores concentraciones de cannabinoides endógenos (significativamente altas) en el fluido cerebroespinal de pacientes con esquizofrenia que en no esquizofrénicos (24).

La cannabis tiene acción dopaminérgica, colinérgica y serotoninérgica. Actúa sobre receptores opioides y cannabinoides CB₁ y CB₂. La cannabis tiene más de 400 compuestos psicoactivos y dentro de estos 60 cannabinoides destacando la anandamida considerada la responsable de la repetición del consumo de cannabis (22). Se calcula su vida media entre 3 a 5 días, sin embargo sus metabolitos son liposolubles lo cual hace difícil el estudio farmacológico de la misma, almacenándose en diversas células del organismo y sus efectos biológicos perduran mucho tiempo después del periodo de intoxicación (se reporta encontrar metabolitos en orina hasta 6 semanas después de su uso) (26) presentando efectos graduales y acumulativos a largo plazo (22).

Al existir abuso de cannabis es importante distinguir entre al menos 3 consecuencias clínicas posibles:

1. intoxicación imitando a una psicosis funcional.
2. recaída inducida por una droga o influencia sintomática en una psicosis funcional preexistente.
3. psicosis verdaderamente inducida por cannabis con síntomas que se inician en el contexto de la intoxicación pero persisten posterior a la eliminación de la droga. (24).

La cannabis además de tener relación con desarrollo de cuadros psicóticos se ha asociado con mayor deterioro en pacientes esquizofrénicos y disminución del efecto terapéutico de los antipsicóticos (18).

Dentro de las posibilidades que se contemplan hasta ahora en la forma en que cannabis puede influir en el desarrollo de esquizofrenia tenemos:

1. es posible que la cannabis no influya en el riesgo o edad de inicio para esquizofrenia y los pacientes jóvenes comparados con pacientes de mayor edad usan más esta sustancia antes del primer episodio psicótico porque su uso es mas común a esa edad; sin embargo la prevalencia de uso de cannabis en la población general es mas bajo que en la población con esquizofrenia.
2. la posibilidad de que la cannabis haga mas rápido el inicio de psicosis en sujetos que desarrollaran el trastorno aunque ellos no hubieran consumido la sustancia nunca, basándose en la observación de que la cannabis puede disparar o exacerbar síntomas psicóticos tanto en sujetos saludables como en esquizofrénicos.
3. es posible que la cannabis produzca una esquizofrenia manifiesta en personas jóvenes quienes genéticamente tienen un riesgo para desarrollo (36).

A menudo los esquizofrénicos consumen estimulantes (anfetaminas o cocaína) desarrollando síndromes por intoxicación y dependencia. Del 12 al 30% de los esquizofrénicos abusan de la cocaína (18), la cual actúa sobre sistema dopaminérgico predominando sus efectos sobre receptores D_{1b}, D₂, D₃ y D₅ responsables del craving, abuso y recaídas en el consumo de sustancias (22). Bloquea la recaptación neuronal de dopamina, serotonina y noradrenalina al bloquear las proteínas transportadoras de monoaminas potencializando así la transmisión monoaminérgica, teniendo efecto a nivel mesocortical, mesolímbico, Área tegmental ventral, lóbulo frontal, septum, amígdala, y núcleo accumbens (27). Se puede consumir en forma de base libre o de crack y sus efectos eufóricos duran alrededor de 15-30 minutos teniendo una vida media de 90 minutos. Si se utiliza en forma de crack la euforia inicia a los pocos segundos y su efecto al parecer es mayor ya que evita pasar primero por el hígado además la progresión del consumo a la dependencia o al abuso es más rápida que

cuando se toma por vía intranasal. La dependencia se asocia a una tolerancia progresiva a los efectos deseables de la cocaína, lo cual motiva a un empleo continuado de la droga (27).

Las anfetaminas dentro de las que destacan metanfetaminas como la 3,4-metilendioxi-anfetamina (MDA o droga del amor), la M-metil-3,4-metilendioxi-metanfetamina (MDMA o éxtasis) y la N-etil-3,4-metilendioxi-metanfetamina (MDE o Eve) que operan por activación de sistemas mesolímbico y mesocortical, inhiben la recaptación de dopamina y su liberación de las terminales nerviosas; bloquean la recaptura de noradrenalina e inhiben la monoaminooxidasa (MAO) además de tener efecto neurotóxico directo sobre neuronas serotoninérgicas (22, 34). Las anfetaminas potencian la transmisión monoaminérgica a través de un mecanismo distinto al de la cocaína: aumentan la liberación de monoaminas, sirviendo como sustrato para los transportadores de las mismas transportándose dentro de las terminaciones de las neuronas monoaminérgicas, alterando el almacenamiento de las monoaminas lo cual aumenta sus niveles extravesiculares y el transporte inverso de las monoaminas dentro de la hendidura sináptica por sus transportadores (20).

Se reporta que los estimulantes reactivan psicosis endógenas y pueden contribuir a recaídas o empeoramiento en el curso de la psicosis preexistente, además de acelerar el inicio de la esquizofrenia, diagnosticándose a los pacientes esquizofrénicos con historia de uso de estimulantes a una edad más temprana. Los estimulantes se relacionan con el desarrollo de depresión, ansiedad, insomnio, agitación, aumento de la agresividad, mayor frecuencia de hospitalizaciones y resistencia a tratamiento (33). Es muy difícil diferenciar clínicamente una psicosis inducida por cocaína o por anfetaminas de la esquizofrenia y si se agrega a dicha dificultad que de un 25 a un 50% de los esquizofrénicos usuarios de estimulantes niegan su consumo (comprobado por análisis urinarios encontrándose metabolitos de cocaína o anfetaminas) se implica mayor número de errores en diagnóstico, curso y pronóstico de la enfermedad (33).

Se sugiere que el uso de cocaína y estimulantes en los esquizofrénicos es para atenuar síntomas negativos, trastornos depresivos post psicóticos y los efectos colaterales de los antipsicóticos, causando euforia, estado de ánimo positivo y energía. Además se reporta que al existir tratamiento con antipsicóticos los pacientes experimentan los efectos eufóricos de la cocaína con menor exacerbación de los síntomas positivos. (5).

Se especula una relación potencial entre el uso de estimulantes y el desarrollo de discinesia tardía basándose en que el uso crónico de cocaína pueda inducir a una supersensibilidad de los receptores dopaminérgicos, encontrándose que tras una administración crónica de cocaína hay un aumento en la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos (5).

El consumo de alucinógenos también se describe como comorbilidad con esquizofrenia, aunque su uso ha ido disminuyendo en popularidad desde 1979 (12). Su uso se reporta predominantemente en hombres, entre los que destacan el ácido lisérgico o LSD (Lyserg Saure Diethylamid) cuyo mecanismo de acción es desconocido sugiriéndose que produce inhibición serotoninérgica o bien puede actuar como agonista parcial de receptores 5-HT₂ (22); la psilocibina obtenida de hongos alucinógenos cuya composición es similar a la serotonina por lo cual se postula que actúa sobre receptores serotoninérgicos y la mescalina obtenida del peyote cuya composición es similar a la adrenalina (22). Se sugiere que los alucinógenos también actúan sobre dopamina y como agonistas de serotonina sobre receptores 5-HT₂ (receptor al cual se ha asociado con la potencia alucinógena) (18). Se reportan reacciones delirantes y psicóticas crónicas en una minoría de consumidores de alucinógenos, generalmente su consumo llega a documentarse como experimental y las personas que desarrollan síndromes psiquiátricos prolongados tienden a tener una susceptibilidad a esquizofrenia basada en una vulnerabilidad genética o de personalidad (12).

Los inhalantes entre los que tenemos solventes para pegamentos y adhesivos, limpiadores, removedores de pintura, combustibles, líquidos correctores etc. en general son hidrocarburos volátiles de utilidad en el hogar y en la industria teniendo un bajo costo que los pone al alcance de cualquiera siendo fácil su obtención y difícil su restricción (12, 15), siendo generalmente su consumo es en adolescentes de 13 a 15 años de clase

socioeconómica baja. Su intoxicación dura desde minutos hasta 2 horas causando violencia y psicosis (12). Se utilizan con el fin de provocar euforia, y se relacionan con el desarrollo de cuadros psicóticos y demencia persistente; teniendo comorbilidad con esquizofrenia (15). Agravan la psicosis preexistente causando irritabilidad, persistiendo sus efectos por días ya que el tolueno permanece en lípidos cerebrales aun posterior a su eliminación sanguínea y urinaria (29).

La fenciclidina o PCP (polychlorophenol) causa sintomatología psicótica en el 6% de los consumidores sin patología psicótica de base y dura entre 1 y 30 días el cuadro clínico. Generalmente sus efectos psicoactivos empiezan a los 5 minutos con una meseta que se mantiene hasta 30 minutos, causando euforia, ansiedad, conductas repetitivas estereotipadas, agresividad, y percepciones distorsionadas. Actúa sobre receptores glutamatérgicos NMDA (N-metil-D-aspartato) en hipocampo y corteza prefrontal enviando fibras al área tegmental ventral, núcleo accumbens y estriado, inhibe la recaptación de dopamina e incluso podría promover su liberación sináptica. Inhibe la recaptación de serotonina y disminuye su renovación así como la tasa de descarga neuronal. Se especula que el cerebro de los esquizofrénicos tiene más receptores de PCP que el de sujetos normales. Los esquizofrénicos que consumen PCP presentan agravamiento de síntomas de base (18, 22, 34).

El consumo de anticolinérgicos como el trihexifenidilo y el biperiden en dosis mayores a las prescritas o sin ser prescritos médicamente también es frecuente entre los esquizofrénicos, sobre todo si se toma en cuenta los efectos euforizantes así como su constante prescripción médica para disminución de efectos extrapiramidales de antipsicóticos (9, 34).

En caso de barbitúricos y benzodiazepinas se pueden presentar síntomas psicóticos en periodo de abstinencia o delirium que se diferencia fácilmente de esquizofrenia. Solo una minoría de los usuarios abusa de los sedantes (16%) (12), sin embargo su comorbilidad con esquizofrenia se llega a presentar ya que se usan con efecto ansiolítico y sedante, así como corrección de insomnio. Su acción es sobre receptores para ácido gamma-aminobutírico GABA de tipo A ($GABA_A$) (18) que dentro de sus múltiples interacciones con diversos neurotransmisores del sistema nervioso central interactúan en área tegmental ventral y núcleo accumbens ejerciendo efecto sobre el sistema dopaminérgico reduciendo las descargas de las neuronas dopaminérgicas por hiperpolarización neuronal originando un estado de hipoactividad dopaminérgica y al existir suspensión en su consumo prolongado pueden presentarse alucinaciones y síntomas paranoides (22). Su abuso crónico puede originar déficit de memoria, de concentración, de coordinación y velocidad motora (12).

Los derivados del opio donde algunos alcaloides causan desarrollo de abuso como la morfina se relacionan raramente como comorbilidad con esquizofrenia, aun la heroína que se considera dentro de estos la mas utilizada con fines de abuso en nuestro país. Generalmente los dependientes a opiáceos no presentan búsqueda de sensaciones a diferencia de los consumidores de cocaína y tienen un patrón general de dificultad para mantener relaciones íntimas, debido a retraimiento social y a la evitación de conflictos sexuales y agresivos, y ser menos estables en sus afectos; están implicados en menos actividades con sentido, intencionadas y constructivas y están menos diferenciados como personas (12). Los derivados del opio actúan sobre receptores opiáceos μ (μ), κ (Kappa), δ (Delta), ϵ (Epsilón) y σ (sigma) (12) de los cuales el receptor μ se relaciona con el desarrollo de dependencia y euforia, y se considera el más importante en las acciones de refuerzo (20), el δ con conductas afectivas y son los mas sensibles a encefálinas endógenas (12), el κ con analgesia y el σ con alucinaciones (18, 22, 34). Los opiáceos pueden producir un aumento en la liberación de dopamina en el núcleo accumbens similar a la cocaína. A nivel de locus coeruleus la administración crónica de opiáceos inhibe las tasas de descarga del sistema noradrenérgico siendo el locus coeruleus la fuente primaria de interacción noradrenérgica del sistema límbico (acción sobre receptores opiáceos endógenos en locus coeruleus). (12) La dependencia a opiáceos se asocia a una elevada tasa de mortalidad (10 por 1000 al año en personas no tratadas) debiéndose la muerte a sobredosis, accidentes y a heridas por violencia asociadas a la compra o venta de drogas, u otras complicaciones medicas generales

(27). Aunque los derivados del opio se consideran drogas de acción corta se describe observar sus efectos por semanas después de su última ingesta, por lo cual deben diferenciarse del síndrome de abstinencia que puede aparecer entre 8 a 96 horas después de la última ingesta (22).

Aunque por lo general existe el abuso de una droga de elección, es frecuente el abuso de múltiples sustancias simultáneamente o bien al no disponer de la sustancia de elección se utiliza otra como sustituto. En otros casos se utilizan dos o más drogas con el fin de modificar los efectos de la droga de elección principal y/o evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Las combinaciones de drogas frecuentes son alcohol y cocaína, cocaína y heroína o heroína y benzodiazepinas (27).

La duración y la forma del trastorno psiquiátrico de base se encuentra matizado por el tipo de droga, el tiempo de uso, la respuesta individual a sus efectos, a la presencia de síndrome de abstinencia y que puede inducir, empeorar o disminuir la sintomatología asociada haciendo más complicado el diagnóstico, además en los programas contra las adicciones y sobre todo al existir comorbilidad con otra enfermedad psiquiátrica no existe una unificación de criterios proporcionándose generalmente tratamientos fragmentarios no teniendo una perspectiva integral (6). El tratamiento debe modificar la conducta adictiva y el uso apropiado de medicamentos psiquiátricos no adictivos (6).

Al tener otros enfoques, el efecto similar de algunas sustancias al de la esquizofrenia a tenido ciertas utilidades, como el influir en hipótesis acerca de la participación de diversos neurotransmisores en la génesis de la esquizofrenia, tal es el caso de fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica, de sustancias que bloquean receptores serotoninérgicos (se relaciona a la serotonina con efecto que disminuye la secreción de dopamina), sustancias que inhiben la transmisión glutamatérgica etc. En la actualidad se investiga la participación de la fosfoproteína DARPP-32 sustrato de la calcineurina cuya ausencia en ratones los hace resistentes a los efectos psicotomiméticos de anfetaminas, ácido lisérgico y fenciclidina. Dicha fosfoproteína tiene su localización principalmente en corteza frontal y estriatal. Se trata de relacionar tanto con resistencia a los efectos psicotomiméticos de las drogas así como con el desarrollo de esquizofrenia, investigándose actualmente su expresión genética (13).

La discrepancia para relacionar el consumo de sustancias con esquizofrenia y si estas influyen en su inicio o deterioro se debe a múltiples causas entre las que tenemos:

1. la precisión diagnóstica en la práctica clínica.
2. exposición a otras drogas.
3. si el consumo de sustancias es causa o efecto de la esquizofrenia (3).

Tanto el conocimiento acerca de las bases fisiológicas y mecanismos de trastornos mentales así como una mayor efectividad farmacológica incrementa la atención de examinar la influencia de abuso de sustancias en el inicio y curso de las enfermedades (23). Lo cual nos indica la necesidad e importancia de seguir estudiando dichos trastornos y la relación existente entre si.

Justificación.

Se conoce que la comorbilidad entre esquizofrenia y trastornos debidos a sustancias es un predictor negativo en la evolución del padecimiento y su respuesta al tratamiento. Causa exacerbación de síntomas de base, mayor deterioro y reincidencia en hospitalización, sin embargo, no se ha valorado esta comorbilidad en población mexicana, en particular en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Instrumentos.

- Se usaron criterios diagnósticos para esquizofrenia de la CIE-10 y del DSMIV-TR.
- Ficha de identificación sociodemográfica.
- SCID- I, sección de la escala correspondiente a diagnostico diferencial de los trastornos psicóticos.

Hipótesis.

Si la comorbilidad con trastorno debido a sustancias afecta desfavorablemente el curso de la esquizofrenia, entonces los pacientes esquizofrénicos que tienen comorbilidad con trastorno debido a sustancias tienen un mayor número de rehospitalizaciones que los pacientes esquizofrénicos sin dicha comorbilidad.

Objetivo.

Conocer la prevalencia de la comorbilidad entre esquizofrenia y trastorno debido a sustancias en tres pisos del servicio de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en un periodo de 2 meses y el impacto sobre la rehospitalización (las recaídas a hospitalización) de los pacientes con o sin comorbilidad durante un seguimiento a 6 meses.

Metodología.

A).- Diseño.

Es un estudio de cohorte, longitudinal, prospectivo, de escrutinio.

B).- Universo y Muestras.

Durante un periodo de 61 días en el 3er, 4to y 5to pisos del servicio de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se reclutó una muestra de 81 pacientes hospitalizados con diagnóstico de Esquizofrenia y como comorbilidad diagnósticos para trastornos debidos a sustancias, se corroboró el diagnóstico de acuerdo a la CIE-10 y al DSM IV-TR, aplicando posteriormente la sección de la escala SCID-I correspondiente a diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos. Se formaron dos grupos de pacientes uno que sólo tuvo el diagnóstico de Esquizofrenia cualquier tipo y otro que además tenía comorbilidad con trastorno debido al consumo de sustancias, ambos grupos se siguieron por un tiempo de 6 meses registrándose sus recaídas.

Criterios de Inclusión.

Para el grupo control:

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados en el periodo de 2 meses.
- Sujetos de ambos sexos mayores de 18 años y menores de 55 años de edad.
- Cumplió con los criterios para esquizofrenia para la CIE-10.
- Cumplió con los criterios para esquizofrenia para el DSM-IV-TR.
- No cumplió con los criterios para trastornos debido al consumo de sustancias para la CIE-10.
- No cumplió con los criterios para trastornos debidos al consumo de sustancias para el DSM-IV-TR.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Para el grupo de estudio:

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados en el periodo de 2 meses.
- Sujetos de ambos sexos mayores de 18 años y menores de 55 años de edad.
- Cumplió con los criterios para esquizofrenia para la CIE-10.
- Cumplió con los criterios para esquizofrenia para el DSM-IV-TR.
- Cumplió con los criterios para trastornos debido al consumo de sustancias para la CIE-10 conformando un grupo de estudio.
- Cumplió con los criterios para trastornos debidos al consumo de sustancias para el DSM-IV-TR conformando un grupo de estudio.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de Exclusión.

- Todos los pacientes que tuvieron otro diagnóstico psiquiátrico diferente al de esquizofrenia o trastorno relacionado al consumo de sustancias.
- Todos los pacientes que no quisieron participar.
- Pacientes con Retraso mental.
- Paciente con síntomas o signos de demencia.
- Pacientes con trastornos metabólicos, infecciosos y epilépticos.
- Expedientes de pacientes que no concordaron con los diagnósticos de la CIE-10 y los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

Procedimiento.

Se procedió a revisión de expedientes de pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico fray Bernardino Álvarez en ese momento que tuvieron como diagnóstico psiquiátrico esquizofrenia, se valoró al paciente y se corroboró el diagnóstico en base a los criterios diagnósticos de la CIE-10 y con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Al cumplir con dichos criterios se verificó la existencia de comorbilidad o no con trastorno debido a sustancias también de acuerdo a la CIE-10 y al DSM-IV-TR, aplicando posteriormente la sección de la escala SCID- I correspondiente a diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos, que apoyó para una mayor certeza diagnóstica en el eje 1. Durante 2 meses, se formaron dos grupos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, uno con comorbilidad con trastorno debido a sustancias y otro sin comorbilidad y se dio seguimiento a ambos grupos durante 6 meses registrándose las recaídas sintomáticas y el número de re-hospitalizaciones.

Análisis Estadístico.

Se realizó prueba de t de Student para analizar las diferencias en los promedios del número de rehospitalizaciones y de variables demográficas entre grupos y se usó χ^2 para analizar diferencias en porcentajes o proporciones.

Consideraciones Éticas.

El estudio requirió de intervenciones médicas para confirmar diagnóstico con entrevista al paciente y aplicación de escala, por lo que se le pidió consentimiento informado por escrito (anexo) para su valoración y seguimiento y se le apoyó al paciente dándole la información que solicitó y refiriéndolo a los diferentes servicios que necesitó del hospital.

Resultados.

Durante el periodo de reclutamiento se encontraron hospitalizados en el 3er, 4to y 5to pisos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez 305 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los cuales 6 pacientes fueron excluidos presentando 3 de ellos comorbilidad con diabetes mellitus, 1 paciente presentó trombocitopenia y 2 pacientes fueron mayores de 55 años de edad. Los restantes 299 pacientes cumplían con los criterios de inclusión en el estudio presentando 162 (54.2%) pacientes comorbilidad con trastorno debido a sustancias y 137 (45.8%) sin comorbilidad, rehusándose a participar 118 pacientes influenciados por desconfianza y temor.

Participaron en el estudio un total de 81 pacientes de los cuales 55 (67.9%) fueron hombres y 26 (32.1%) fueron mujeres (tabla 1). Del total de la muestra ($n = 81$), 70 (86.4%) pacientes fueron solteros, 9 (11.1%) fueron casados y 2 (2.5%) divorciados (tabla 2). La religión predominante fue la católica profesada por 65 (80.2%) pacientes, seguida por testigos de Jehová en 5 (6.2%) pacientes, cristiana en 3 (3.7%) pacientes, evangelista en 1 (1.2%) paciente y otra religión diferente en 3 (3.7%) pacientes; solo 4 (4.9%) pacientes no profesaban religión alguna (tabla 3).

En relación a ocupación 17 (21%) pacientes laboraban y 64 (79%) se encontraban sin ocupación laboral alguna (tabla 4). En los parámetros de escolaridad observamos que del total de la muestra ($n = 81$), 27 (33.3%) pacientes solo cursaron primaria, 23 (28.4%) pacientes cursaron secundaria, 25 (30.9%) pacientes cursaron preparatoria y solo 6 (7.4%) pacientes cursaron licenciatura (tabla 5). Tomando en cuenta la existencia de una relación de pareja actual encontramos que 72 (88.9%) de los pacientes no tenían pareja y 9 (11.1%) estaban con pareja en ese momento (tabla 6).

Como diagnóstico en base a la CIE-10 y al DSM-IV predominó el diagnóstico de esquizofrenia paranoide presentándose en 52 (64.2%) pacientes, siguiendo en frecuencia esquizofrenia indiferenciada en 28 (34.6%) pacientes y solo se incluyó en el estudio 1 (1.2%) paciente con esquizofrenia desorganizada (hebefrénica) (tabla 7).

Todos los pacientes tenían tratamiento farmacológico psiquiátrico utilizando en 38 (46.9%) pacientes haloperidol, en 21 (25.9%) pacientes risperidona, trifluoperacina en 11 (13.6%) pacientes, olanzapina en 7 (8.6%) pacientes, decanoato de haloperidol en 2 (2.5%) pacientes, pipotiazina en 1 (1.2%) paciente, y amisulpiride en 1 (1.2%) paciente (tabla 8).

La comorbilidad con trastornos debidos a sustancias fue la siguiente: sin comorbilidad fueron 43 (53.1%) pacientes y con comorbilidad con trastorno debido a sustancias 38 (46.9%) pacientes (tabla 9), presentando consumo de tabaco (únicamente consumo de tabaco no incluyendo a pacientes con consumo de dos o mas sustancias que presentaran consumo de tabaco) 14 (17.1%) pacientes, Alcohol (únicamente consumo de alcohol no incluyendo pacientes con consumo de dos o mas sustancias que presentaran consumo de alcohol) en 1 (1.2%) paciente, consumo de 2 sustancias se presentó en 13 (16.0%) pacientes y consumo de 3 o mas sustancias se presentó en 10 (12.3%) pacientes (tabla 10).

En relación a grupo de antipsicóticos 51 (63.0%) pacientes eran tratados con antipsicóticos típicos y 30 (37.0%) pacientes con antipsicóticos atípicos (tabla 11).

La edad mínima en los pacientes participantes fue de 18 años y como edad máxima 55 años teniendo un promedio de edad en la muestra completa de 33.58 ± 9.88 . En rehospitalizaciones el número varía de 0 ingresos a 3 (máximo) teniendo un promedio de 0.51 con desviación estándar de ± 0.73 (tabla 12). Al asociar el género con comorbilidad con trastorno debido a sustancias se obtuvo que 24 (43.6%) de los pacientes masculinos no tenían comorbilidad y 31 (56.4%) presentaron comorbilidad, en tanto los pacientes

femeninos 19 (73.1%) no presentaron comorbilidad y 7 (26.9%) presentaron comorbilidad siendo estadísticamente significativo ($\chi^2 = 6.144$, 1gl (2-1), $p = 0.013$) (tabla 13).

De los pacientes que tenían pareja en ese momento 5 (55.6%) no presentaron comorbilidad con trastorno debido a sustancias y 4 (44.4%) presentaron comorbilidad, en tanto los que no tenían pareja en ese momento 38 (52.8%) no presentaron comorbilidad y 34 (47.2%) presentaron comorbilidad, no existiendo diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0.025$, 1gl (2-1), $p = 0.875$) (tabla 14).

La comorbilidad existente en relación a escolaridad fue la siguiente: se agruparon a los pacientes en 4 categorías, la primera grupo a los pacientes que estudiaron primaria de los cuales 17 (63.0%) no presentaron comorbilidad con trastorno debido a sustancias y 10 (37.0%) presentaron comorbilidad. La segunda agrupación la conformaron pacientes quienes estudiaron secundaria de los cuales 12 (52.2%) pacientes no presentaron comorbilidad mientras que 11 (47.8%) presentaron comorbilidad. La tercer agrupación la conformaron pacientes con estudios a nivel de preparatoria de los cuales 13 (52.0%) pacientes no presentaron comorbilidad y 12 (48%) pacientes presentaron comorbilidad. El cuarto grupo fue constituido por pacientes con estudios a nivel licenciatura de los cuales 1 (16.7%) paciente no presentó comorbilidad y 5 (83.3%) pacientes presentaron comorbilidad no existiendo diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4.273$, 3gl (4-1), $p = 0.233$) (tabla 15).

Relacionando el diagnostico con la existencia de comorbilidad se obtuvo que en los pacientes con diagnostico de esquizofrenia paranoide 24 (46.2%) pacientes no presentaron comorbilidad con trastorno debido a sustancias y 28 (53.8%) presentaron comorbilidad. En los pacientes con diagnostico de esquizofrenia indiferenciada 18 (64.3%) pacientes no presentaron comorbilidad y 10 (35.7%) pacientes presentaron comorbilidad. El paciente con diagnostico de esquizofrenia desorganizada (hebefrénica) (1.4%) no presentó comorbilidad. No existiendo diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 3.297$, 2gl (3-1), $p = 0.192$) (tabla 16).

De los pacientes tratados con antipsicóticos típicos 25 (49.0%) no presentaron comorbilidad con trastorno debido a sustancias y 26 (51.0%) presentaron comorbilidad, en tanto en aquellos que utilizaron antipsicóticos atípicos 18 (60.0%) pacientes no presentaron comorbilidad y 12 (40.0%) pacientes presentaron comorbilidad, no existiendo diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0.914$, 1gl (2-1), $p = 0.339$) (tabla 17).

Del total de los pacientes incluidos en el estudio ($n = 81$), el 60.5% ($n = 49$) no fueron rehospitalizados en el período de seguimiento a 6 meses, mientras que el 39.5% ($n = 32$) restante tuvieron al menos una rehospitalización en este período.

Del total de pacientes que fueron rehospitalizados durante la fase de seguimiento del estudio ($n = 32$), el 46.9% ($n = 15$) no tenían comorbilidad con trastorno debido a sustancias, mientras que el 53.1% ($n = 17$) presentó comorbilidad con trastorno debido a sustancias, sin ser significativa esta diferencia ($\chi^2 = 0.81$, 1gl, $p = 0.36$) (tabla 18).

Del total de la muestra ($n = 81$), los pacientes sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias ($n = 43$) presentaron una edad promedio de 32.72 con desviación estándar de ± 10.39 , en tanto los pacientes con comorbilidad ($n = 38$) presentaron una edad promedio de 34.55 años con desviación estándar de ± 9.32 (tabla 19), no existiendo relación entre edad y la existencia o no de comorbilidad ($t = 0.83$, 79 gl, $p = 0.40$) (tabla 20). Los pacientes sin comorbilidad ($n = 43$) se rehospitalizaron en promedio 0.42 veces con desviación estándar de ± 0.66 y los pacientes con comorbilidad ($n = 38$) 0.61 veces con desviación estándar de ± 0.79 (tabla 19), no existiendo relación entre rehospitalizaciones y la existencia o no de comorbilidad con trastorno debido a sustancias ($t = -1.15$, 79 gl, $p = 0.25$) (tabla 20).

Al analizar el promedio de rehospitalizaciones de la parte de la muestra correspondiente a pacientes rehospitalizados ($n = 32$), no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de pacientes con comorbilidad con trastornos debidos a sustancias (1.35 ± 0.61 hospitalizaciones) y sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias (1.20 ± 0.56 hospitalizaciones (tabla 21) no existiendo relación entre la presencia o ausencia de comorbilidad y rehospitalizaciones ($t = -0.73$, 30 gl, $p = 0.46$) (tabla 22).

Tablas.

GENERO .	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	55	67.9
Femenino	26	32.1

Tabla 1. Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Genero.

EDO. CIVIL.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	70	86.4
Casado	9	11.1
Divorciado	2	2.5

Tabla 2. Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Estado civil.

RELIGION.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	65	80.2
Cristiana	3	3.7
Testigo de Jehová	5	6.2
Evangelista	1	1.2
Otras	3	3.7
Ninguna	4	4.9

Tabla 3. Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Religión.

OCUPACION.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin ocupación	64	79.0
Con ocupación	17	21.0

Tabla 4. Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Ocupación.

ESCOLARIDAD.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	27	33.3
Secundaria	23	28.4
Preparatoria	25	30.9
Licenciatura	6	7.4

Tabla 5: Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Escolaridad.

PAREJA.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin pareja	72	88.9
Con pareja	9	11.1

Tabla 6: Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Pareja.

DIAGNOSTICO.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Esquizofrenia Paranoide	52	64.2
Esquizofrenia Indiferenciada	28	34.6
Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrénica).	1	1.2

Tabla 7: Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Diagnostico.

TRATAMIENTO.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Haloperidol	38	46.9
Risperidona	21	25.9
Olanzapina	7	8.6
Trifluoperacina	11	13.6
Pipotiazina	1	1.2
Haloperidol Decanoato	2	2.5
Amisulpiride	1	1.2

Tabla 8: Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Tratamiento

GRUPO DE ESTUDIO.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias	43	53.1
Con comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	38	46.9

Tabla 9: Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Grupo de estudio.

COMORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin comorbilidad	43	53.1
Tabaco	14	17.3
Alcohol	1	1.2
Mas de 2 sustancias	13	16.0
Más de 3 sustancias.	10	12.3

Tabla 10: Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Comorbilidad.

GRUPO DE ANTIPSICOTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Típico	51	63.0
Atípico	30	37.0

Tabla 11: Variables demográficas de pacientes participantes en el estudio: Grupo de antipsicóticos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	81	18	55	33.58	9.88
Rehospitalizaciones	81	0	3	.51	.73

Tabla 12: Valores mínimos y máximos, promedio y desviación estándar en edad y rehospitalizaciones de pacientes participantes en el estudio.

GRUPO DE ESTUDIO * GENERO			GENERO		Total
			Masculino	Femenino	
GRUPO	Sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias	Recuento	24	19	43
		% de GRUPO	55.8%	44.2%	100.0%
		% de GENERO	43.6%	73.1%	53.1%
		% del total	29.6%	23.5%	53.1%
	Con comorbilidad con trastorno debido a sustancias	Recuento	31	7	38
		% de GRUPO	81.6%	18.4%	100.0%
		% de GENERO	56.4%	26.9%	46.9%
		% del total	38.3%	8.6%	46.9%
	Valor		gl	Sig. asintótica (bilateral)	
	Chi-cuadrado de Pearson		1	.013	

Razón de verosimilitud	6.339	1	.012
Asociación lineal por lineal	6.068	1	.014

Tabla 13: Contingencia para grupo de estudio y género, χ^2 .

GRUPO DE ESTUDIO * PAREJA			PAREJA		Total
			Sin pareja	Con pareja	
GRUPO	Sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	Recuento	38	5	43
		% de GRUPO	88.4%	11.6%	100.0%
		% de PAREJA	52.8%	55.6%	53.1%
		% del total	46.9%	6.2%	53.1%
	Con comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	Recuento	34	4	38
		% de GRUPO	89.5%	10.5%	100.0%
		% de PAREJA	47.2%	44.4%	46.9%
		% del total	42.0%	4.9%	46.9%
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	.025 (b)	1	.875		
Razón de verosimilitud	.025	1	.875		
Asociación lineal por lineal	.024	1			

Tabla 14: Contingencia para grupo de estudio y pareja, χ^2 . La corrección del área bajo la curva de Yates (AUC) resultado 1 no existiendo diferencia.

GRUPO DE ESTUDIO * ESCOLARIDAD			escolaridad				Total
			Primaria.	Secundaria.	Preparatoria.	Licenciatura.	
GRUPO.	Sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	Recuento	17	12	13	1	43
		% de GRUPO	39.5%	27.9%	30.2%	2.3%	100.0%
		% de escolaridad	63.0%	52.2%	52.0%	16.7%	53.1%
		% del total	21.0%	14.8%	16.0%	1.2%	53.1%
	Con comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	Recuento	10	11	12	5	38
		% de GRUPO	26.3%	28.9%	31.6%	13.2%	100.0%
		% de escolaridad	37.0%	47.8%	48.0%	83.3%	46.9%
		% del total	12.3%	13.6%	14.8%	6.2%	46.9%
		Valor		gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson		4.273 (a)		3	.233		
Razón de verosimilitud		4.521		3	.210		
Asociación lineal por lineal		2.833		1	.092		

Tabla 15: Contingencia para grupo de estudio y escolaridad, χ^2 .

GRUPO DE ESTUDIO * DIAGNOSTICO			diagnostico			Total
			Esquizofrenia Paranoide	Esquizofrenia Indiferenciada.	Esquizofrenia Hebefrénica	
GRUPO	Sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	Recuento	24	18	1	43
		% de GRUPO	55.8%	41.9%	2.3%	100.0%
		% de diagnostico	46.2%	64.3%	100.0%	53.1%
		% del total	29.6%	22.2%	1.2%	53.1%
	Con comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	Recuento	28	10		38
		% de GRUPO	73.7%	26.3%		100.0%
		% de diagnostico	53.8%	35.7%		46.9%
		% del total	34.6%	12.3%		46.9%
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson		3.297 (a)	2	.192		
Razón de verosimilitud		3.703	2	.157		
Asociación lineal por lineal		3.151	1	.076		

Tabla 16: Contingencia para grupo de estudio y diagnostico, χ^2 . (Se tomo en cuenta al grupo conformado por pacientes con esquizofrenia desorganizada (hebefrénica) aun al existir solo un paciente).

GRUPO DE ESTUDIO * GRUPO DE ANTIPSICOTICOS.			ANTIPSICOTICOS		Total
			Tipico	Atípico	
GRUPO	Sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	Recuento	25	18	43
		% de GRUPO	58.1%	41.9%	100.0%
		% de ANTIPSICOTICOS	49.0%	60.0%	53.1%
		% del total	30.9%	22.2%	53.1%
	Con comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	Recuento	26	12	38
		% de GRUPO	68.4%	31.6%	100.0%
		% de ANTIPSICOTICOS	51.0%	40.0%	46.9%
		% del total	32.1%	14.8%	46.9%
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	.914 (b)	1	.339		
Razón de verosimilitud	.919	1	.338		
Asociación lineal por lineal	.903	1	.342		

Tabla 17: Contingencia para grupo de estudio y grupo de antipsicótico, χ^2 .

GRUPO * HOSPITALIZACION			HOSPITALIZACIONES		Total
			Sin reingresos	Con reingresos	
GRUPO	Sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	Recuento	28	15	43
		% de GRUPO	65.1%	34.9%	100.0%
		% de HOSP	57.1%	46.9%	53.1%
		% del total	34.6%	18.5%	53.1%
	Con comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	Recuento	21	17	38
		% de GRUPO	55.3%	44.7%	100.0%
		% de HOSP	42.9%	53.1%	46.9%
		% del total	25.9%	21.0%	46.9%
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	.819 (b)	1	.365		
Razón de verosimilitud	.820	1	.365		
Asociación lineal por lineal	.809	1	.368		

Tabla 18: Contingencia para grupo de estudio y hospitalizaciones, χ^2 .

Estadísticas de grupo	GRUPO	N	Media	Desviación típ.
EDAD	Sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	43	32.72	10.39
	Con comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	38	34.55	9.32
rehospitalizaciones	Sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	43	.42	.66
	Con comorbilidad con trastorno debido a sustancias.	38	.61	.79

Tabla 19: Media y desviación estándar para edad y rehospitalizaciones en relación a grupos de estudio de pacientes participantes en el estudio.

Prueba de muestras independientes		Prueba t para la igualdad de medias		
		t	gl	Sig. (bilateral)
EDAD	Se han asumido varianzas iguales	-.831	79	.409
	No se han asumido varianzas iguales	-.837	78.978	.405
rehospitalizaciones	Se han asumido varianzas iguales	-1.156	79	.251

No se han asumido varianzas iguales	-1.144	72.626	.257
-------------------------------------	--------	--------	------

Tabla 20: t de Student en relación a edad y rehospitalizaciones de pacientes participantes en el estudio.

Estadísticas de grupo	GRUPO	N	Media	Desviación tip.
rehospitalizaciones	Sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias	15	1.20	.56
rehospitalizaciones	Con comorbilidad con trastorno debido a sustancias	17	1.35	.61

Tabla 21: Media, y desviación estándar para rehospitalizaciones en relación a grupos de estudio de pacientes rehospitalizados durante el estudio.

Prueba de muestras independientes		Prueba t para la igualdad de medias		
		t	gl	Sig. (bilateral)
Rehospitalizaciones	Se han asumido varianzas iguales	-.737	30	.467
	No se han asumido varianzas iguales	-.741	29.922	.464

Tabla 22: t de Student en relación a rehospitalizaciones de pacientes rehospitalizados durante el estudio.

Conclusiones.

Se ha considerado que la comorbilidad de esquizofrenia con trastornos debidos a sustancias exagera tanto la sintomatología como el deterioro causado por la misma esquizofrenia esperándose una mayor reincidencia en rehospitalizaciones para el control del cuadro clínico en pacientes que presentan dicha comorbilidad. En este estudio se comparo un grupo de pacientes esquizofrénicos sin comorbilidad con trastorno debido a sustancias con un grupo de esquizofrénicos que presentaban esta comorbilidad, sin embargo Los resultados obtenidos en este estudio no presentaron significancia estadística no existiendo una clara diferencia entre las rehospitalizaciones de pacientes esquizofrénicos sin comorbilidad en relación a pacientes esquizofrénicos que presentaron comorbilidad con trastorno debido a sustancias, rechazándose la hipótesis de estudio propuesta.

De los 43 pacientes sin comorbilidad solo 15 pacientes presentaron rehospitalización en el periodo de seguimiento a 6 meses (34.9%), mientras que de los 38 pacientes que presentaban comorbilidad 17 pacientes presentaron rehospitalización (44.7%).

Del total de pacientes con rehospitalización (32 en total) el 46.9% no presento comorbilidad y el 53.1% presento comorbilidad.

Estos resultados pueden estar influenciados por diversos factores: en primer lugar el tiempo de seguimiento es un factor de importancia en estos resultados ya que solo se dio seguimiento a 6 meses. Un seguimiento más largo hubiera permitido incluir una mayor cantidad de rehospitalizaciones incrementado así la diferencia de resultados tornándolos más significativos estadísticamente.

El tratamiento es otro punto importante a tratar dentro de factores influyentes en el resultado, ya que los pacientes no tenían el mismo esquema terapéutico además de que muchos pacientes presentaron abandono de tratamiento durante la fase de tratamiento ambulatorio ya sea por negativismo al mismo o por falta de recursos económicos para comprar los fármacos. Así los periodos de exacerbación no solo pueden deberse a consumo de sustancias, sino a misma falta de apego a tratamiento. Algunos pacientes no radicaban en esta ciudad siendo difícil su traslado desde otra ciudad en caso de requerir rehospitalización (la mayoría de los pacientes incluidos en este estudio tenían limitación económica severa) y si alguno se llevo a hospitalizar en otra institución psiquiátrica escapo su registro a nuestro estudio.

Su nivel cultural también influye, un dato curioso que se encontró dentro de la escolaridad de los pacientes es que estudios a nivel de licenciatura en esquizofrénicos se relacionaron con una alta comorbilidad. Solo se tuvo una muestra de 6 pacientes con este nivel de estudios de los Cuales 5 pacientes presentaron comorbilidad con trastorno debido a sustancias (83.3%), siendo indicativo que a mayor escolaridad se presenta una mayor comorbilidad con trastorno debido a sustancias, incluyendo una mayor muestra de pacientes con nivel de escolaridad elevado se podría valorar este parámetro y su correlación con comorbilidad siendo un buen tema para desarrollar un estudio.

De los pacientes incluidos en este estudio muchos de los que presentaban comorbilidad con trastorno debido a sustancias solo eran consumidores de tabaco (14 pacientes de 38 que presentaron comorbilidad con trastorno debido a sustancias) lo cual pudo haber influenciado en no exagerar la sintomatología de la esquizofrenia (efecto esperado en otras sustancias como cannabis, alucinógenos, cocaína, etc.) e influir en menos hospitalizaciones en pacientes con comorbilidad influyendo a su vez en los resultados tornándolos menos significativos.

En suma los resultados no fueron significativos estadísticamente y todos estos factores mencionados constituyen una limitación para la obtención de datos más fidedignos pudiendo haber influenciado en forma importante en el resultado obtenido. Teniendo en cuenta estos factores y corrigiendo su presencia en el estudio tornándolos mas uniformes en todos los pacientes y reduciendo así las variables que afecten el

resultado se podría valorar con mayor eficacia el efecto negativo de diversas sustancias de uso popular como drogas sobre la evolución y sintomatología de la esquizofrenia así como en la cantidad de rehospitalizaciones y realizar un estudio que pueda demostrar con mayor validez dicha comorbilidad y sus efectos sobre la esquizofrenia.

Anexos.

FICHA DE IDENTIFICACION DEMOGRAFICA.

NOMBRE:

EDAD:

EDO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

LUGAR DE RESIDENCIA:

SEXO:

RELIGION:

OCUPACION:

IDX:

RESULTADO SCID 1: PARTE CORRESPONDIENTE A DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS PSICOTICOS:

TRATAMIENTO:

FECHA DE INGRESO AL ESTUDIO:

REHOSPITALIZACIONES:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Protocolo: Impacto de la comorbilidad con trastorno relacionado con sustancias sobre la recurrencia de hospitalización psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia.

Por medio de la presente yo _____ he sido invitado a participar en el protocolo **Impacto de la comorbilidad con trastorno relacionado con sustancias sobre la recurrencia de hospitalización psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia.**

Se me ha explicado en que consiste este protocolo, siendo confidencial y con fines de investigación.

Se me ha informado que mi participación consistirá en ser evaluado mediante entrevista así como valoración de mi expediente clínico, corroborando así mi diagnóstico psiquiátrico y se me aplicara una escala para mayor seguridad diagnóstica, Pudiendo yo tener acceso a los resultados de mis valoraciones. Posteriormente se dará seguimiento a mi padecimiento por acceso a mi expediente clínico valorando cantidad de rehospitalizaciones en un periodo de 6 meses a mi ingreso al protocolo.

Entiendo que mi participación es voluntaria y si decido no participar en este proyecto no afectara la atención que deba recibir yo en este hospital, y se me aclaro que puedo abandonar el estudio cuando yo lo decida.

Se me ha asegurado que en todo momento se mantendrá en secreto profesional y autorizo a los investigadores de este proyecto a difundir los resultados de esta investigación manteniendo siempre mi anonimato.

Habiendo comprendido lo anterior y una vez que se aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en este proyecto, acepto participar en el estudio titulado: **Impacto de la comorbilidad con trastorno relacionado con sustancias sobre la recurrencia de hospitalización psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia.**

Nombre y firma del paciente

Fecha.

Nombre y firma del testigo

Fecha.

Nombre y firma del testigo.

Fecha.

Nombre y firma del medico investigador.

Fecha.

Escala:

SCID-VC.

B. SINTOMAS PSICÓTICOS Y ASOCIADOS.

B1	Ideas delirantes de referencia Descripción:	? - +
B2	Ideas delirantes de persecución Descripción:	? - +
B3	Ideas delirantes de grandiosidad Descripción:	? - +

B4	Ideas delirantes somáticas Descripción:	? - +
B5	Otras ideas delirantes Descripción:	? - +
B6	Alucinaciones auditivas Descripción:	? - +
B7	Alucinaciones visuales Descripción:	? - +

Puntuaciones: ? = información inadecuada; - = ausente (o subumbral); + = presente

B8	Alucinaciones táctiles Descripción:	? - +
B9	Otras alucinaciones Descripción:	? - +
B10	Comportamiento catatónico Descripción:	? - +
B11	Comportamiento gravemente desorganizado	

	Descripción:	? - +
B12	Afecto gravemente inapropiado Descripción:	? - +
B13	Lenguaje desorganizado Descripción:	? - +
B14	Síntomas negativos Descripción:	? - +

Puntuaciones: ? = información inadecuada; - = ausente (o subumbral); + = presente

B15	CRONOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS				
	Si existen ideas delirantes y alucinaciones, anotar el tipo, la fecha de inicio, la fecha de remisión y si han estado presentes durante el ultimo mes (p. ej., “ideas delirantes de ser controlado por otros, presentes de forma intermitente, con inicio en 1969 y remisión en junio de 1993”).				
	Tipo de	Curso	Inicio	Remisión	Marcar si ha

C	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS PSICOTICOS	D1 Pág. 36
C1	Los síntomas psicóticos no aparecen durante los episodios afectivos	No Si ↓ D1 Pág. 36
	CRITERIOS PARA ESQUIZOFRENIA	
C2	A. Un mes con síntomas de fase activa.	No Si ↓ C21 Pág. 32
C3	D. El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado.	No Si ↓ C16 Pág. 31
C4	C. Duración de 6 meses.	No Si ↓ C13 Pág. 30
C5	B. Deterioro marcado del funcionamiento personal.	No Si ↓

		C39 Pág. 35
C6	D. No debido a una sustancia o a una enfermedad medica (marcar en Pág. 34)	No Si D1 Pág. 36 ↓
C7	LOS CRITERIOS A, B, C, D Y E SE CUMPLEN Marcar aquí _____ si se han cumplido los criterios durante el ultimo mes	↓ Esquizofrenia

C8	F20.0 Esquizofrenia tipo paranoide	No Si D1 Pág. 36 ↓
C9	F20.2 Esquizofrenia tipo Catatónico	No Si D1 Pág. 36 ↓
C10	F20.1 Esquizofrenia Tipo desorganizado	No Si D1 Pág. 36 ↓
C11	F20.3 Esquizofrenia tipo indiferenciado	No Si D1 Pág. 36 ↓
C12	F20.5 Esquizofrenia tipo residual	No Si D1 Pág. 36 ↓
	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	
C13	C. Duro al menos 1 mes, pero menos de 6 meses	No Si C27 Pág. 33 ↓

C14	A. Un mes con síntomas de fase activa	No Si D1 Pág. 36 ↓
C15	Se cumplen los criterios B Y A Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios durante el ultimo mes	↓ F20.8 Trastorno esquizofreniforme

	CRITERIOS PARA TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	
C16	A. episodio afectivo simultaneo con síntomas A de Esquizofrenia.	No Si C39 Pág. 35 ↓
C17	B. Ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos.	No Si C39 Pág. 35 ↓
C18	C. Síntomas afectivos presentes durante una parte sustancial del tiempo.	No Si C39 Pág. 35 ↓
C19	D. No es debido a una sustancia o a una enfermedad medica (comprobar Pág. 34)	No Si D1 Pág. 36 ↓
C20	SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B, C Y D Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios durante el último mes.	↓ F25.0 Trastorno esquizoafectivo

	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DELIRANTE	
C21	A. Ideas delirantes no extrañas	No Si ↓ C27 Pág. 33
C22	B. Nunca se ha cumplido el criterio A de Esquizofrenia	No Si ↓ C39 Pág. 35
C23	C. Funcionamiento psicosocial no raro ni extraño	No Si ↓ C39 Pág. 35
C24	D. Episodios afectivos breves en relación con las ideas delirantes	No Si ↓ C39 Pág. 35
C25	E. no debido a una sustancia o a una enfermedad medica (comprobar Pág. 34)	No Si ↓ D1 Pág. 36 ↓
C26	SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B, C, D Y E Marcar aquí _____ si se ha cumplido los criterios durante el último mes.	F22.0 Trastorno delirante

	CRITERIOS PAERA EL TRASTORNO PSICOTICO BREVE	
C27	A. Uno o mas síntomas psicóticos	No Si ↓ C39 Pág. 35
C28	B. Duración de al menos 1 día pero al menos 1 mes	No Si ↓ C39 Pág. 35
C29	C (1). No es atribuible a un trastorno del estado de animo, a un trastorno esquizoafectivo o a Esquizofrenia.	No Si ↓ C39 Pág. 35
C30	C (2). No es debido a una sustancia o a una enfermedad medica (comprobar Pág. 34)	No Si ↓ D1 Pág. 36 ↓
C31	SE CUMPLEN LOS CRITERIOOS A, B , C Y D	F22.0 Trastorno Psicótico breve

	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA	C35 Pág. 35
C32	A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas Notas:	? - +
C33	B/C. La alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad medica, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental Notas:	? - + ↓ C35 Pág. 35
C34	SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A Y B/C Codifique F06.2 si predominan las ideas delirantes Codifique F06.0 si predominan las alucinaciones Especificar la enfermedad medica _____ Marcar aquí _____ si se han cumplido los criterios durante el ultimo mes	? - + ↓ Trastorno Psicótico debido a enfermedad medica C6, Pág. 29 C14, Pág. 30 C19, Pág. 31 C25, Pág. 32 C30, Pág. 33

	CRITERIOS PARA EL TRASTORNO PSICOTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	
C35	A. Alucinaciones o ideas delirantes Notas:	? - +

C36	B. O bien: (1) los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia. (2) (2) el consumo de un medicamento esta etiológicamente relacionado con la alteración, Notas:	? - + ↓ C6, Pág. 29 C14, Pág. 30 C19, Pág. 31 C25, Pág. 32 C30, Pág. 33
C37	C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno Psicótico no inducido por sustancias. Notas:	? - + ↓ C6, Pág. 29 C14, Pág. 30 C19, Pág. 31 C25, Pág. 32 C30, Pág. 33
C38	SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B Y C Codificar F10.51 trastorno Psicótico inducido por alcohol con ideas delirantes. F10.52 trastorno Psicótico inducido por alcohol con alucinaciones. F19.51 trastorno Psicótico inducido por otras sustancias con ideas delirantes. F19.52 Trastorno Psicótico inducido por otras sustancias con alucinaciones. Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios durante el ultimo mes	? - + ↓ Trastorno Psicótico inducido por sustancias
C39	F29 TRASTORNO PSICOTICO NO ESPECIFICADO Marcar aquí ____ si el diagnostico se ha verificado durante el ultimo mes	? - + ↓ D1 Pág. 36

BIBLIOGRAFIA:

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona España: editorial Masson, 2003: 217-386.
2. Andreasen NC: Understanding the causes of schizophrenia. *N Engl J Med* 1999; 340: 645-647.
3. Andreasson S, Allebeck P, Rydberg U. Schizophrenia in users and nonusers of cannabis. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 505-510.
4. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Robin M, Caspi A, Moffitt T. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis; longitudinal prospective study. *BMJ* 2002; 325: 1212-1213.
5. Brady K, Anton R, Ballenger JC, Lydiard B, Adinoff B, Selander J. Cocaine abuse among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1164-1167.
6. Díaz L. Comorbilidad psiquiátrica. *Higiene revista de salud pública* 1997; 5: 71- 75.
7. Díaz R, Martínez L, Rojas L, Rodríguez MS, Cruz C. PAC Psiquiatría-I Programa de actualización continúa en psiquiatría. Alcoholismo y Fármacodependencia. México D.F: Íntersistemas S.A. de C.V, 1998: 1-80.
8. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 224-230.
9. Duke PJ, Pantelis C, Mc Phillips MA, Barnes TR. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 509-513.
10. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. Barcelona España: Editorial Masson, 8va edición. 2000: 472-539.
11. Fernández P, Tifón L, Sole J, San L. Implicaciones clínicas de la dependencia de cannabis. A propósito de un caso. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31: 299-301.
12. Franklin J, Frances R. Trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. American Psychiatric Association. México D.F: Íntersistemas S.A. de C.V. 2000: 83-155.
13. Gerber DJ, Tonegawa S. Psychotomimetic effects of drugs - a common pathway to schizophrenia? *N Engl J Med* 2004; 350: 1047-1048.
14. Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 80-86.
15. Herrera M, Moreno A, Arellano Á. Comorbilidad en pacientes que abusan de solventes industriales. *Psiquis* 1995; 4:112-115.
16. Hollis C. Adolescent schizophrenia. *Advances in psychiatriatric treatment* 2000; 6: 83-92.
17. Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E. The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 452-456.

18. Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría Vol. II. Buenos Aires Republica de Argentina: Editorial Intermedica. 6ta edición. 1998: 715-950
19. Kerwin RW, Aitchison KJ. Cannabis and schizophrenia. Br J Psychiatry 1997; 171: 584-585.
20. Koob G, Nestler E. Neurobiología de la drogadicción. American Psychiatric association. México D.F: Íntersistemas S.A. de C.V. 2000: 158-187.
21. Lammertink M, Löhner F, Kaiser R, Hambrecht M, Pukrop R. Differences in substance abuse patterns: multiple drug abuse alone versus schizophrenia with multiple drug abuse. Acta Psychiatr Scand 2001; 104: 361-366.
22. Moizeszowics J. Psicofarmacología psicodinamica IV. Buenos Aires Republica de Argentina: Editorial Paidós. 2000: 763-865.
23. Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. Acta Psychiatr Scand 1992; 85: 48-55.
24. Núñez LA, Giurpegui M. Cannabis-induced psychosis: a cross-sectional comparison with acute schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2002; 105: 173-178.
25. Organización mundial de la salud. CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid España: Técnicas Gráficas FORMA S.A. 1992: 97-129.
26. Poole R, Brabbins C. Drug induced psychosis. Br J Psychiatry 1996; 168: 135-138.
27. Rege S, Collins AJ, Keller T, Moy C, Rapaport M, Rosenthal S, Strauss G, Suppes T. PSA-R2 Psychiatric self assesment and review. Auto evaluación y actualización en Psiquiatría. Trastornos por abuso de sustancias. American Psychiatric association. México D.F: Íntersistemas SA de CV. 2000: 1-81.
28. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd L, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. JAMA 1990; 264: 2511-2518.
29. Ron MA. Volatile substance abuse: A review of possible long-term neurological, intellectual and psychiatric sequelae. Br J Psychiatry 1986; 148: 235-246.
30. Rosas ML, Salin R, Llamas T, López A. Encuesta retrospectiva sobre uso de tabaco en pacientes psiquiátricos. Psiquis 1996; 5: 145-149.
31. Rubio G, López MF, Álamo C. Santos DJ. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Barcelona España: Editorial panamericana. 2002: 28-182.
32. Sevy S, Robinson DG, Solloway S, Alvir JM, Woerner MG, Bilder R, Goldman R, Lieberman J, Kane J. Correlates of substance misuse in patients whit first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. Acta Psychiatr Scand 2001; 104: 367-374.
33. Shaner A, Khalsa ME, Roberts L, Wilkins J, Anglin D, Hsieh SC. Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. Am J Psychiatry 1993; 150: 758-762.

34. Uriarte V. Psicofarmacología. Mexico D.F: Editorial Trillas. 4ta edición. 1999: 195-489.
35. Venn N, Selten JP, Hoek HW, Feller W, Van der Graaf Y, Kahn R. Use of illicit substances in a psychosis incidence cohort : a comparison among different ethnic groups in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 440-443.
36. Veen N, Selten JP, Van Der Tweel I, Feller W, Hoek H, Kahn R. Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 501-506.
37. Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, Van Os J. Suicidality and substance misuse in first admitted subjects whit psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 389-395.
38. Weller M, Ang PC, Latimer DT, Zachary A. Drug abuse and mental illness. *The Lancet* 1988; 1: 997.
39. Zisook S, Heaton R, Moranville J, Kuck J, Jernigan T, Braff D. Past substance abuse and clinical course of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 552-553.