



Facultad de Medicina



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSIQUIATRA

**CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS (ALCOHOL Y
TABACO) EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN TRATAMIENTO CON
ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

PRESENTA: DIANA HELENA RAMÍREZ CARRIZALES

MÉDICO RESIDENTE DE CUARTO GRADO

ASESOR METODOLÓGICO: FERNANDO CORONA HERNÁNDEZ

ASESOR TEÓRICO: MIGUEL HERRERA ESTRELLA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

Lejos de sonar redundante, cursi y demás quisiera antes que nada agradecer a mis padres, sin todo su apoyo y ayuda no hubiera llegado a este punto, ellos me han hecho ser lo que soy y me han enseñado a ser como soy. Doy gracias innumerables a Dios que me puso en este camino y que ahora culmina con este gran trabajo.

A mis maestros que increíblemente si hay algunos que tienen esa dedicación y paciencia para enseñar, agradezco al Hospital Fray Bernardino Álvarez por haberse cruzado en mi camino, por haberme elegido, por haberme hecho parte de esta aventura, por haberme permitido conocer a todas esas personas, que con el trato diario me enseñaron a ser más tolerante, a intentar desarrollar la empatía y sobretodo permitirme ser aunque haya sido por una sola ocasión el medio para que pudieran comenzar el camino hacia su recuperación.

Quiero agradecer a mis asesores, ya que sin sus consejos prácticos no hubiera llegado hasta acá, quisiera hacer un agradecimiento a la Dra. Gisela Aguirre, quien con gran paciencia supo explicarme desde cero el “cómo hacer una tesis”, también quiero de manera muy especial agradecer al Dr. Francisco Franco López quien de manera muy peculiar, pero con gran disposición me ayudó en lo que considero lo más difícil de todo esto.

Finalmente, alguien que apareció en mi camino para llenarlo y allanarlo, eres mi soporte, mi fuerza, mi futuro, gracias “ gordita”, tú sabes que esto es tan mío como tuyo, gracias por estar aquí.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	PÁGINA 1
MARCO TEÓRICO.....	PÁGINA 2
JUSTIFICACIÓN.....	PÁGINA 24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	PÁGINA 24
OBJETIVO GENERAL.....	PÁGINA 25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	PÁGINA 25
MATERIALES Y MÉTODOS.....	PÁGINA 26
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	PÁGINA 26
RESULTADOS.....	PÁGINA 27
DISCUSIÓN.....	PÁGINA 30
CONCLUSIONES.....	PÁGINA 33
PERSPECTIVAS.....	PÁGINA 33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	PÁGINA 35
ANEXOS.....	PÁGINA 38

INTRODUCCIÓN

La coexistencia de un Trastorno Psiquiátrico y el Abuso o Dependencia a Sustancias no es un problema nuevo. Afortunadamente, el conocimiento sobre esta situación está cobrando cada vez más importancia y ha aumentado desde los últimos años, e incluso, se ha aceptado el término de Diagnóstico Dual o Trastorno Dual para referirnos a pacientes con esta situación.

Existe gran interés sobre el Trastorno Dual en la práctica clínica, ya que muchas sustancias de abuso provocan reactivación de la sintomatología psicótica, exacerbación de los Trastornos de Conducta y peor apego terapéutico ante cualquier Trastorno Psiquiátrico. Situaciones que ocasionan aumento en el número de recaídas y de ingresos hospitalarios psiquiátricos. Es por esto, que se le considera al Consumo de Sustancias como una de las mayores complicaciones de los Trastornos Psicóticos (Winston y Tsuang, 1990).

Varios factores han podido influir en que aumente la preocupación e interés en relación a esta problemática. En el campo de la adicción, hay una creciente aceptación por muchos profesionales de la salud, sobre la importancia de los Trastornos Mentales relacionados al Consumo de Sustancias.

En el terreno de la Salud Mental, se ha descrito a una subpoblación de jóvenes con diversas enfermedades mentales, que tienen una marcada tendencia a la cronicidad, ocasionando un elevado consumo de servicios sanitarios (y casi siempre también de distintas sustancias de abuso), situación que tiene gran relevancia en los estudios epidemiológicos que resaltan la alta prevalencia del Trastorno Dual (Regier, 1990).

Se ha sugerido, que la desinstitucionalización (entre otros factores) ha contribuido a que las personas con enfermedades mentales puedan acceder a las sustancias de abuso, a la vez que les crea el problema de encontrar roles sociales para integrarse en la comunidad. En el Trastorno Dual, las complicaciones son mayores, si se conforma por abuso de sustancias y Esquizofrenia, enfermedad que por sí misma, ya es lo suficientemente grave, polimorfa y de difícil control.

Conocer la magnitud del Consumo de Sustancias en personas con Esquizofrenia, el por qué se produce, cómo influye en el pronóstico del paciente y qué tratamiento es el más adecuado, nos puede ayudar a abordar de manera más eficaz y oportuna esta entidad, a la vez que nos orienta para la creación de programas estratégicos para su prevención.

Es por todo lo anterior, que este estudio tiene el propósito de investigar en cual género se presenta el mayor Consumo de Sustancias (alcohol y tabaco) en un grupo de 120 pacientes esquizofrénicos de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, tratados con antipsicóticos atípicos, además, de evaluar las características clínicas de la Esquizofrenia asociadas al consumo de estas sustancias, así como determinar si el tratamiento con estos fármacos, influye o no en el patrón de Consumo de Sustancias.

Para poder realizar este estudio, se formó un grupo de 120 pacientes (60 mujeres y 60 hombres) de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con diagnóstico confirmado de Esquizofrenia de cualquier subtipo, de acuerdo al CIE-10, comparando las diferencias de género en relación a diversos aspectos del Consumo de Sustancias.

MARCO TEÓRICO

I.- ESQUIZOFRENIA

La Esquizofrenia es una enfermedad crónica, y se encuentra catalogada como degenerativa. Posiblemente declarada en la pubertad y caracterizada por una disociación de las funciones psíquicas. El concepto tiene su origen en dos términos griegos: schizo (división, escisión) y phrenos (mente). Es una enfermedad, caracterizada por alteración sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico de la persona, y por una desorganización neuropsicológica compleja. (Kaplan- Sadock 2004)

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

Afecta aproximadamente al 1% de la población, y suele comenzar antes de los 25 años de edad, persiste durante toda la vida y se presenta en personas de todas las clases sociales. A menudo, tanto los pacientes como sus familiares sufren por la escasa atención que reciben y por el aislamiento social, secundario a la ignorancia generalizada acerca de este trastorno.

Si bien, la Esquizofrenia se analiza como si fuera una sola enfermedad, es probable que abarque un grupo de trastornos con etiologías heterogéneas, y que afecte a pacientes con presentaciones clínicas, respuesta terapéutica y evolución de la enfermedad variables (Sadock, 2004).

Se ha reportado, que alrededor de 1 de cada 100 personas desarrollará Esquizofrenia en algún momento de su vida, y que la prevalencia mundial de esta enfermedad es de 2-4/1000.

La Esquizofrenia afecta a hombres y mujeres por igual, aunque en los hombres inicia unos cinco años antes que en las mujeres (20-25 años frente a 25-30 años respectivamente). Situación que genera peor pronóstico al género masculino, ya que también tiene predominio de síntomas negativos, además de un deterioro cognitivo importante.

Gracias a estudios realizados en Canadá, se han desarrollado algunas teorías acerca del papel de los estrógenos que tienen un efecto protector en las mujeres, influyendo en la severidad de la psicosis en la Esquizofrenia. Se menciona que, mujeres con niveles adecuados de estrógenos tienen menos recaídas y menor severidad de las mismas. (Grigoriadis y cols. 2002)

La teoría estrogénica, cada vez se ha estudiado más, secundario a observar que el mayor número de ingresos hospitalarios, ocurre en los períodos premenstruales (período en que la cantidad de estrógenos se encuentra disminuida). Además, de observar que mujeres embarazadas con Esquizofrenia, requieren menor medicación antipsicótica durante la gestación, y que las recaídas ocurren más en el posparto (cuando los niveles de estrógenos disminuyen). (Grigoriadis y cols. 2002)

ETIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

Referente a su etiología, se analiza como si fuera una sola enfermedad, pero la categoría diagnóstica comprende un grupo de trastornos, probablemente con causas heterogéneas, pero con síntomas de comportamiento algo similares.

A. PREDISPOSICIÓN GENÉTICA

Estudios realizados en gemelos, hijos adoptivos y familiares con historia de Esquizofrenia, han reportado que existe mayor vulnerabilidad de presentar esta patología en familiares directos de personas que la padecen

Se ha documentado la relevancia del papel que tienen los genes en la posible adquisición de la Esquizofrenia. Un estudio que abarcó de 1916 a 1989, demostró que en gemelos monocigóticos el riesgo de presentar este trastorno es del 100%, comparado con gemelos dicigóticos en los que el riesgo es del 25 al 50%. (Walker, 2004)

Estudios en pacientes adoptados, han evidenciado fuertemente que la genética tiene mayor relevancia en el riesgo de presentar Esquizofrenia, en comparación con el riesgo que genera el ambiente patológico que podrían proporcionar padres con esta enfermedad a hijos adoptados; sin embargo, esto último no deja de ser un riesgo. (Walker, 2004)

Se sabe de la participación en la predisposición de la Esquizofrenia, del gen del receptor de serotonina *5HT2a*, del gen del receptor D3 de dopamina, y de diversas regiones en varios cromosomas tales como el 6, 8, 13 y 22. Sin embargo, uno de los descubrimientos más notables es la asociación de la delección en el cromosoma *22q11* y la Esquizofrenia.

Cerca del 25% de individuos con la delección *22q*, cumplen criterios para Esquizofrenia, pero sólo el 2% de pacientes con Esquizofrenia, tienen el genotipo de la delección *22q11*. (Walker, 2004)

B. CAUSAS SEGÚN MODELO DIÁTESIS- ESTRÉS

Según el modelo de diátesis-estrés que integra factores biológicos, psicosociales y ambientales, una persona puede tener una vulnerabilidad específica (diátesis) que, cuando es sometida a una influencia estresante, ésta permite que aparezcan los síntomas de la Esquizofrenia. (Walker, 2004)

En este modelo, la diátesis o el estrés pueden ser biológicos, ambientales o de ambos tipos. El componente ambiental puede ser biológico (Ej. una situación familiar estresante o la muerte de un familiar cercano). La base biológica de una diátesis puede ser modelada aun más por influencias ambientales, como abuso de sustancias, estrés psicosocial y trauma. (Sadock, 2004).

Dentro de la teoría diátesis-estrés, se describen elevaciones del cortisol como parte de una disregulación en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, que tienden a exacerbar los síntomas de la Esquizofrenia por medio de la sobreactivación dopaminérgica. (Walker, 2004)

C. CAUSAS NEUROBIOLÓGICAS

Aún no se conoce con exactitud la neurobiología de la Esquizofrenia. Sin embargo, algunos estudios han reportado la participación fisiopatológica de determinadas zonas cerebrales, como el sistema límbico, la corteza frontal, el cerebelo y los ganglios basales. Estas cuatro regiones están interconectadas, de manera que la disfunción de una puede implicar un proceso patológico primario de otra. (Walker, 2004)

Debido a que el sistema límbico interviene en el control de las emociones, se ha postulado su participación en la base fisiopatológica de la Esquizofrenia. Estudios de muestras cerebrales post mortem de pacientes esquizofrénicos, han mostrado disminución del tamaño de la amígdala, el hipocampo y la circunvolución parahipocámpica. Este hallazgo neuropatológico, coincide con la disminución del volumen de las regiones anatómicas ya mencionadas, observada en resonancias magnéticas de pacientes esquizofrénicos. (Borgest y cols., 1993).

Los ganglios basales y el cerebelo son de gran interés en la Esquizofrenia, ya que, muchos pacientes con esta enfermedad presentan movimientos anormales (marcha desgarbada, gesticulación facial y estereotipias), aún en ausencia de Trastornos del Movimiento inducidos por fármacos (Ej. Discinesia Tardía). Debido a que los ganglios basales y el cerebelo participan en el control del movimiento, han sido implicados en la fisiopatología de la Esquizofrenia. (Walker, 2004)

D. EL PAPEL DE LOS NEUROTRANSMISORES

Es posible que las alteraciones de diferentes neurotransmisores causen el mismo síndrome de comportamiento. Por ejemplo, sustancias alucinógenas que afectan a la serotonina, como dietilamida de ácido lisérgico (LSD), y altas dosis de sustancias que afectan a la dopamina, tales como anfetaminas, entre otras, pueden causar síntomas psicóticos que son difíciles de distinguir de la Esquizofrenia. (Sadock, 2004).

- DOPAMINA

La hipótesis de la dopamina, plantea que la Esquizofrenia se debe a hiperactividad dopaminérgica. Esta teoría se desarrolló a partir de dos observaciones:

- 1) La eficacia y la potencia de la mayoría de los antipsicóticos (Ej. antagonistas del receptor dopaminérgico), se correlacionan con su capacidad para actuar como antagonistas del receptor dopaminérgico D2.
- 2) Los fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica (Ej. anfetaminas), son psicotomiméticos. (Sadock, 2004).

La teoría básica no plantea si la hiperactividad dopaminérgica se debe a un aumento de la liberación de dopamina, a un exceso de receptores dopaminérgicos, a hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos a la dopamina, o a una combinación de estos mecanismos.

Tampoco especifica qué vías dopaminérgicas encefálicas participan, aunque, las implicadas más a menudo son las vías mesocortical y mesolímbica.

- SEROTONINA

La serotonina, ha recibido mucha atención en la investigación de la Esquizofrenia desde que se observó que los antagonistas de serotonina-dopamina (ASD) (Ej. Clozapina, Risperidona, Sertindol), tienen potentes actividades relacionadas con los receptores de serotonina. (Sadock, 2004).

Específicamente, se ha destacado la importancia del antagonismo del receptor serotoninérgico *5-HT₂* para disminuir los síntomas psicóticos y mitigar la aparición de Trastornos del Movimiento, relacionados con el antagonismo del receptor D2. (Kapur et al, 1996)

- NORADRENALINA

Varios investigadores han comunicado que la administración a largo plazo de antipsicóticos, disminuye la actividad de las neuronas noradrenérgicas en el locus coeruleus, y que la actividad de algunos antipsicóticos en los receptores α_1 y α_2 puede estar relacionada con sus efectos terapéuticos.

Si bien, aun no se ha esclarecido la relación entre la actividad dopaminérgica y noradrenérgica, una creciente cantidad de datos sugiere que el sistema noradrenérgico modula al sistema dopaminérgico, de tal manera, que las anomalías del sistema noradrenérgico predisponen a recaídas frecuentes. (Sadock, 2004).

- GABA

El ácido γ -aminobutírico (GABA), también ha sido implicado en la fisiopatología de la Esquizofrenia. Los datos existentes son compatibles con la hipótesis de que algunos pacientes esquizofrénicos muestran una pérdida de neuronas

GABAérgicas en el hipocampo. En teoría, la pérdida de neuronas GABAérgicas inhibitorias podría inducir hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas y noradrenérgicas. (Sadock, 2004).

- ACIDO GLUTAMICO

Si bien, el neurotransmisor dopamina ha recibido la máxima atención en la investigación sobre Esquizofrenia, se están estudiando cada vez más otros neurotransmisores, debido a que esta patología es probablemente heterogénea.

Se han propuesto hipótesis de hiperactividad e hipoactividad del ácido glutámico, y neurotoxicidad inducida por éste. Se le ha implicado, debido a que la Fenciclidina (PCP), un antagonista del ácido glutámico, provoca un síndrome agudo similar a la Esquizofrenia. (Sadock, 2004).

Además, las neurociencias han mostrado que una sola neurona puede contener más de un solo neurotransmisor y tener receptores para media docena más de neurotransmisores. Así, los diversos neurotransmisores cerebrales participan en relaciones de interacción complejas y los cambios de cualquier neurotransmisor pueden provocar un funcionamiento anormal (Kapur, et al, 1996).

CURSO, EVOLUCIÓN Y SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Dentro de la presentación clínica de la Esquizofrenia, los pacientes pueden presentar una personalidad premórbida en ocasiones caracterizada por aislamiento social y desinterés total por el contacto afectivo, a lo cual se le llamó Personalidad Esquizoide. Los pacientes con este tipo de personalidad, tienen mayor riesgo de presentar Esquizofrenia como tal en un futuro. (Walter, 2004)

Dentro del curso de la enfermedad, el inicio de la Esquizofrenia puede ser abrupto o gradual, y generalmente es precedido por síntomas progresivos, alteraciones conductuales y signos subclínicos de tipo psicótico (período prodrómico) (Lieberman, 2001)

Sin embargo, el curso de esta enfermedad es variable y se ha estimado que sólo el 20 o 30% de los pacientes, eventualmente serán capaces de reintegrarse a una vida normal, ya sea al ser independientes o mantener un trabajo; pero desafortunadamente, la mayoría experimenta un curso devastador. (Cancro 1989)

Algunos determinantes de mal pronóstico de la Esquizofrenia son: género masculino, edad temprana de presentación, pobre funcionalidad premórbida e historia de familiares con Esquizofrenia. (Gottesman, 1991)

Los síntomas característicos de la Esquizofrenia son: ideas delirantes (Ej. de persecución, daño, referencia, místico-religiosas, de grandeza, etc.), alucinaciones (Ej. visuales, auditivas, cenestésicas, olfatorias, etc.), lenguaje desorganizado (frecuente deshilvanación o incoherencia), comportamiento

severamente desorganizado o catatónico y síntomas negativos (Ej. afecto aplanado, alogia o falta de voluntad). (Sadock, 2004).

Para establecer el diagnóstico de esta enfermedad, deben presentarse más de dos de los síntomas ya comentados, durante al menos 6 meses consecutivos, o al menos un mes si los síntomas son tratados exitosamente con antipsicóticos. Además estos pacientes presentan disfunción social/laboral durante un período significativo desde el comienzo de la alteración. (Cancro, 2000).

Esta patología tiene 5 subtipos de acuerdo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR que incluyen: el paranoide, el desorganizado, el catatónico, el indiferenciado y el residual. En cambio, según los criterios diagnósticos de la CIE-10 se pueden encontrar 9 subtipos: el paranoide, hebefrenia, catatónica, indiferenciada, Depresión posesquizofrénica, residual, simple, otra Esquizofrenia y Esquizofrenia sin otra especificación (Sadock, 2004).

En el campo de la investigación, ha sido de gran utilidad la medición de los síntomas clínicos de la Esquizofrenia, lo cual se ha logrado mediante la aplicación de algunos instrumentos clinimétricos, uno de los más utilizados es la escala PANSS. (Kay y cols.1987)

ESCALA PARA EL SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE, PANSS)

Esta escala consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva:

- 1) Dimensional: que evalúa la gravedad del síndrome positivo y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico, y
- 2) Categorical: que clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto.

Los 30 ítems se conforman de las siguientes 4 escalas:

- Escala positiva: (PANSS-P) 7 ítems que evalúan los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal,
- Escala negativa: (PANSS-N) 7 ítems que evalúan los déficits respecto a un estado mental normal,
- Escala compuesta: (PANSS-C) evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo o negativo), y
- Psicopatología general: (PANSS-PG) 16 ítems que evalúan la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (Depresión, ansiedad, orientación, etc.).

El tiempo aproximado de aplicación es de 30-40 minutos, y proporciona 4 puntuaciones dimensionales:

- Síndrome positivo,
- Síndrome negativo,
- Escala compuesta, y
- Psicopatología general.

La puntuación de las escalas positiva, negativa y de psicopatología general, se obtienen sumando las puntuaciones de cada ítem. La puntuación de la escala compuesta se obtiene restando la puntuación de la escala negativa a la puntuación de la escala positiva, este resultado puede tener una valencia positiva o negativa según sea el caso.

No existen puntos de cohorte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles, como se muestran en la siguiente tabla:

Percentil	Puntuación PANSS-P	Puntuación PANSS-N	Puntuación PANSS-C	Puntuación PANSS-PC
5	12	9	-24	28
25	21	19	-10	38
50	26	25	1	45
75	31	35	10	52
95	38	43	19	61

Además de la puntuación dimensional proporciona una información categorial que indica si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto. Para ello existen dos sistemas restrictivos:

1.- El más restrictivo: para establecer el tipo de trastorno esquizofrénico utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la Escala Positiva y Negativa. Considera que el trastorno esquizofrénico es:

- a) Positivo: cuando en la escala positiva más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y la escala negativa menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.
- b) Negativo: cuando en la escala negativa más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala positiva menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.
- c) Mixto: cuando en ambas escalas hay más de 2 ítems que obtienen puntuaciones superiores a 3.

2.- El menos restrictivo: utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta y más en concreto, su valencia, de tal modo que el trastorno esquizofrénico es:

- a) Positivo: cuando la valencia en la escala compuesta es positiva.

b) Negativo: cuando la valencia en la escala compuesta es negativa.

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Para el tratamiento de la Esquizofrenia, los antipsicóticos introducidos a principios de la década de 1950, han sido utilizados ampliamente con buenos resultados. Las recaídas son alrededor de 2 a 4 veces más frecuentes con placebo que con antipsicóticos. Aun así, estos fármacos tratan los síntomas de la Esquizofrenia, pero no la curan.

Hay 2 clases principales de antipsicóticos: antagonistas del receptor dopaminérgico (Ej. Clorpromazina, Haloperidol) y los antagonistas de serotonina-dopamina (Ej. Risperidona y Clozapina) (Kurimayi, 2000)

Los antagonistas del receptor dopaminérgico son eficaces para tratar la Esquizofrenia, en particular, los síntomas positivos (Ej. ideas delirantes, alucinaciones), pero tienen dos desventajas importantes:

- 1) Sólo un pequeño porcentaje de pacientes (quizá el 25%), se beneficia lo suficiente como para recuperar un grado razonable de funcionamiento mental. Aun con tratamiento, alrededor del 50% de los esquizofrénicos sufre incapacidades graves en su vida.
- 2) Los antagonistas del receptor dopaminérgico se asocian con efectos adversos molestos y serios. Los efectos molestos más frecuentes son Acatisia y síntomas de tipo parkinsonianos como rigidez y temblor. Los posibles efectos graves son Discinesia tardía y Síndrome Neuroléptico Maligno.

Los antagonistas de serotonina-dopamina (ASD) provocan síntomas extrapiramidales mínimos o nulos, interactúan con diferentes subtipos de receptores dopaminérgicos a diferencia de los antipsicóticos convencionales, y afectan los receptores tanto de serotonina como de ácido glutámico.

Asimismo, provocan menos efectos adversos neurológicos y endocrinológicos, y son eficaces para tratar los síntomas negativos de la Esquizofrenia (Ej. retraimiento, apatía, abulia) (Kurimayi, 2000).

Los ASD son también llamados antipsicóticos atípicos, y parecen ser más eficaces para un espectro más amplio de pacientes con Esquizofrenia que los antipsicóticos antagonistas del receptor dopaminérgico habituales. Son por lo menos, tan eficaces como el Haloperidol para los síntomas positivos de Esquizofrenia, singularmente eficaces para los síntomas negativos y causan pocos síntomas extrapiramidales o ninguno (Kurimayi, 2000).

Hasta el momento, los ASD aprobados son la Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona, y el Sertindol. Estos fármacos han reemplazado a los antagonistas del receptor dopaminérgico como medicamentos de elección para tratar la Esquizofrenia.

Sin tratamiento, los episodios agudos con síntomas floridos pueden cronificarse, y sólo en muy raras ocasiones los síntomas se resuelven espontáneamente sin intervención. Aunque los fármacos reducen la gravedad de los síntomas en el 70-85% de los casos en el primer episodio, con el tiempo el 60% acaba requiriendo hospitalización (Gutiérrez Suela,1998).

Alrededor del 20% de los pacientes sólo presenta un episodio y experimenta remisión completa sin afectación de la funcionalidad ni de la personalidad, mientras que un 35% sigue presentando más episodios graves con afectación mínima o con remisión entre los episodios. Otro 35% presenta episodios múltiples con niveles cada vez mayores de afectación y alrededor del 15-20% de todos los pacientes que sufren Esquizofrenia se suicida (Cannon y Jones 1996).

Existen numerosos estudios que demuestran que la falta de adherencia al tratamiento en la Esquizofrenia, se asocia a mala evolución de los síntomas, a riesgo aumentado de recaídas, a mayor frecuencia del uso del tratamiento obligatorio (52% frente a 20%) y a riesgo aumentado de suicidio y autolesiones graves. Considerando el aumento de la morbi-mortalidad que aparece en los casos de mala adherencia terapéutica, es inevitable que las estimaciones del coste asociado a la enfermedad sean mayores que en los casos que sí se sigue el tratamiento (Rittsmanberger et al, 2004 y Thieda et al, 2003).

En un estudio, se observó que los pacientes en cuya alta hospitalaria se describía una “patología dual” y que mostraban mala adherencia al tratamiento antipsicótico, volvían a ingresar en el hospital antes de 5-6 meses, en comparación con los 10 meses de los pacientes no cumplidores diagnosticados sólo con Esquizofrenia, o los pacientes con buena adherencia al tratamiento y “patología dual” (Hunt et al, 2002).

2.- CONSUMO DE SUSTANCIAS

Es un problema que se extiende de manera creciente a todo el mundo. El abuso de sustancias, por sus enormes implicaciones individuales y familiares, supone un gran problema social y humano que ha acarreado consecuencias como el aumento del número de delitos, accidentes laborales, de tráfico, enfermedades de transmisión, etc.(OMS, 2004)

De acuerdo con la OMS en los países desarrollados, el abuso de tabaco, alcohol, y otras sustancias, implican respectivamente el 4.1%, 4% y 0.8% de la mortalidad en le mundo.

Se suele considerar al abuso de sustancias, para referirse tanto a sustancias legales como ilegales, al tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y otras. Si bien, todas estas sustancias son causantes de trastornos físicos y mentales, no lo hacen de la misma manera, ni su consumo, abuso o dependencia son iguales.

En una estimación hecha por la ONU, el 4.3% de la población mundial menor de 15 años habían presentado consumo de sustancias ilícitas.(OMS, 2004)

El Consumo de Sustancias es una entidad frecuente y grave, y es por ello que se necesitan suficientes evidencias para saber cómo afecta a la población en general. Es así, como se han ido diseñando más y diferentes modelos clinimétricos, que permiten detectar y precisar, qué tan grave es el consumo y si existe dependencia o no.

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y GÉNERO.

El estudio de este campo ha cobrado importancia, ya que como lo menciona Kraepelin, la “demencia precoz”, como él antes llamaba a la esquizofrenia, es más frecuente en el género masculino, y el consumo de sustancias ya sea hombre o mujer condiciona y conforma la expresión de los consumos de drogas y la problemática que les acompaña.(Ochoa,)

Se dice que en general las adicciones y psicosis se encuentran estudiadas tomando como base a la población masculino y en cuanto a este tema relacionado con las mujeres, se encuentra escasez de datos y de estudios sistemáticos, además de que intervienen factores ligados a ala incomprensión sobre la adicción en la mujer dadas las expectativas sociales que se tienen de ella.(Ochoa,)

Las diferencias en el consumo de sustancias en cuanto al género son complejas, se relacionan con el tipo de droga consumida, ciclo vital, nivel social y educativo, la condición femenina que parecía ser un factor protector en tiempos pasados ha dejado de serlo convirtiéndose en una cuestión igualitaria en ambos sexos ya que en estos tiempos se tiene igual acceso a la compra de sustancias. (Ochoa,)

Existen factores de riesgo asociados al inicio de consumo de sustancias en la mujer, por ejemplo: padres con abuso de alcohol u otras sustancias, mala situación económica, malas relaciones de pareja, situaciones de tensión, conocer otros consumidores, accesibilidad a las sustancias. Las consecuencias de este consumo de sustancias en relación al género es diferente, así se tiene que la tolerancia social de la dependencia en la mujer es menor, padeciendo mayor rechazo social, discriminación, mayor daño en su imagen social, y en sus roles como mujer y madre.(Ochoa,)

Como podemos observar no se encuentra del todo estudiado a fondo las diferencias de género que puedan predisponer a que los hombres tengan un mayor consumo, ya que esto se convertiría en algo relativo, pues en últimas instancias las mujeres están alcanzando un índice similar en el consumo de sustancias. (Ochoa,)

CLINIMETRIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Dentro del campo de la investigación ciertamente es útil tener instrumentos que nos ayuden a evaluar el consumo de diversas sustancias donde podamos

definir si se tiene un riesgo en la población por el hecho de que se tenga el consumo de alguna sustancia.

Por lo que para poder evaluar la intensidad del Consumo de Alcohol y de Tabaco, en este estudio se utilizaron las siguientes escalas respectivamente:

TEST AUDIT

El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), consta de 10 ítems que exploran el Consumo de Alcohol, así como los problemas derivados de éste. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes; se trata de un instrumento autoaplicable.

Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 10 ítems; en cada ítem el valor de la respuesta oscila entre 0 y 4, (en los ítems 9 y 10 los valores sólo son de 0, 2 y 4) y el valor de la puntuación total puede oscilar entre 0 y 40.

Existen puntos de cohorte diferentes para hombres y mujeres que se dan en la siguiente tabla

	Hombres	Mujeres
Sin problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-12	6-12
Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

TEST DE FARGESTRÖM DE DEPENDENCIA DE NICOTINA

Instrumento diseñado para evaluar la Dependencia a Nicotina. La versión original consta de 8 ítems, en la cual, las puntuaciones de los tres primeros son de 0 a 2, y las de los cinco ítems restantes de 0 a 1. Por lo tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 11 puntos.

La versión modificada consta de 6 ítems, en dos de ellos las puntuaciones son de 0 a 3, y en los cuatro restantes de 0 a 1, así, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 10.

Ambas versiones, proporcionan una puntuación global que se obtiene sumando las puntuaciones de los 8/6 ítems. Se sugieren los siguientes puntos de cohorte

Versión original (8 ítems)	Puntuación	Versión modificada (6 ítems)	Puntuación
Dependencia muy baja	0-2	Dependencia baja	0-3
Dependencia baja	3-4	Dependencia moderada	4-7
Dependencia media	5-6	Dependencia alta	8-10
Dependencia alta	7-8		
Dependencia muy alta	9-11		

ANTECEDENTES

3.- ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

El uso de sustancias es un gran factor de riesgo para la presencia de pobres resultados en pacientes ambulatorios con Esquizofrenia, incluyendo la no adherencia al tratamiento, las recaídas, las rehospitalizaciones, la violencia, la victimización, la conducta criminal, el HIV, y la hepatitis C. Se estima la comorbilidad del Abuso de Sustancias en la Esquizofrenia en cerca del 10 al 70%. (Swartz, 2006)

Existe alta prevalencia de trastornos por uso de sustancias en personas con algunas enfermedades mentales. Por ejemplo, en un estudio del área epidemiológica, la prevalencia de por vida para trastornos por uso de sustancias fue del 47% en individuos con Esquizofrenia y del 61% para aquellos con Trastorno Bipolar. (Regier et al., 1990)

La conclusión más relevante de los estudios epidemiológicos es que el Trastorno Dual (Esquizofrenia más Consumo de Sustancias) no es casual, incluso se han observado algunos factores de riesgo en la población de pacientes con Esquizofrenia que lo precipitan. Además de ser varón y joven, es frecuente que el paciente tenga un buen ajuste previo al consumo, es decir, que sólo tenga ligeros síntomas negativos, ya que para buscar y conseguir las sustancias de abuso, es necesario cierto nivel de motivación, energía y habilidades sociales. (Swartz, 2006)

La presencia de un Trastorno por Abuso de Sustancias en la familia, es un factor de riesgo del que no se sabe aún si actúa por mecanismos ambientales, genéticos o ambos. Por otro lado, la posibilidad de exposición a sustancias de abuso del paciente esquizofrénico, incluye factores sociales como el bajo nivel socioeconómico, convivir con otros consumidores y otras fuentes de estrés vital crónico (Hambrecht, 1996).

Pese a que la asociación entre Esquizofrenia y Farmacodependencia no es casual, su naturaleza tampoco está bien aclarada. Dixon propuso varios modelos que explican esta asociación psicopatológica. Incluyen el etiológico (visto desde los dos sentidos causa-efecto), el basado en una vulnerabilidad biológica, el de promoción de la socialización, la hipótesis de la automedicación y el que considera a los dos trastornos como independientes (Sadock, 2004).

Estas hipótesis no son todas excluyentes entre sí y determinados subgrupos de pacientes pueden ajustarse preferentemente a alguna de ellas. Por otra parte, son útiles porque ayudan a comprender el fenómeno del Trastorno Dual en la Esquizofrenia y a desarrollar estrategias de tratamiento. De todas ellas cabe destacar por sus implicaciones clínicas y asistenciales la hipótesis de la automedicación, nacida en la escuela psicodinámica hace unos años y en plena vigencia en la actualidad (Khantzian, 1985).

MODELOS EXPLICATIVOS DEL USO DE SUSTANCIAS EN ESQUIZOFRENIA.

MODELOS	HIPÓTESIS	ARGUMENTOS A FAVOR	ARGUMENTOS EN CONTRA
ETIOLÓGICO	<p>El trastorno psicótico es causado o precipitado por el abuso de determinadas sustancias psicoactivas.</p> <p>El fenómeno adictivo sería otra manifestación de la Esquizofrenia.</p>	<p>El riesgo de desarrollar Esquizofrenia parece que aumenta en los consumidores de cannabis y de anfetaminas.</p> <p>Los esquizofrénicos abusan preferentemente de sustancias que inducen psicosis.</p> <p>La Esquizofrenia Está considerada en lo más alto de la ordenación jerárquica de los trastornos mentales.</p>	<p>Los estudios transversales y la respuesta subjetiva al abuso de drogas está sujeta a errores sistemáticos y no permiten una evaluación crítica del modelo.</p> <p>Las conclusiones sobre el abuso de drogas como factor etiológico de la Esquizofrenia es muy inferencial sin estudios prospectivos controlados.</p> <p>Este modelo carece de sustentación clínica o experimental que lo avale.</p>
BIOLÓGICO	<p>Un trastorno en el sistema dopaminérgico aumenta la vulnerabilidad tanto a la Esquizofrenia como al abuso de sustancias.</p>	<p>Hay estudios que muestran el papel del sistema dopaminérgico en las funciones de refuerzo y recompensa.</p> <p>Hay evidencia indirecta que implica a la dopamina en la Esquizofrenia.</p>	<p>Este modelo es muy teórico y no tiene una evidencia clínica o experimental que lo apoye por ahora.</p>

SOCIALIZACIÓN	El uso de drogas en la Esquizofrenia sería un fenómeno socializador que proporciona un grupo y una identidad más aceptables.	Estudios realizados sobre declaraciones de los propios pacientes.	Estudios realizados sobre declaraciones de los propios pacientes. La abundancia de consumos solitarios cuestiona el consumo de drogas como fenómeno socializador puro.
AUTOMEDI CACIÓN	Las drogas de uso habitual mejoran algunos síntomas de la Esquizofrenia o de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y esta mejoría actúa como refuerzo negativo que perpetúa el consumo.	A lo largo de la historia se han usado las drogas actuales como medicinas contra la Depresión o la psicosis. Las drogas y algunos psicofármacos poseen mecanismos de acción similares. Estudios de casos clínicos.	Impredecibilidad de los efectos de las drogas que cambian según el tipo de droga, patrón y tiempo de consumo y estado clínico basal. Dificultad para diferenciar entre trastornos primarios y drogoinducidos. Estudios de casos clínicos.
INDEPENDENCIA	Son trastornos independientes, los determinantes del uso de drogas en la Esquizofrenia no difieren de la población en general. Coinciden por su elevada prevalencia en la población juvenil.	Las razones aducidas por los esquizofrénicos para usar las drogas son similares a las de la población general.	La preferencia en la Esquizofrenia por los agentes psicotomiméticos sugiere algún tipo de ajuste selectivo. La mejoría de los síntomas esquizofrénicos o de los efectos secundarios de los neurolépticos por las drogas no es compartida por la población general.

Dixon et al (1990) y N. Vicente, H. Díaz y E. Ochoa, 2001

Las altas tasas de abuso de alcohol y otras sustancias en pacientes con Esquizofrenia se han asociado a numerosas complicaciones clínicas que dificultan el tratamiento y ensombrecen el pronóstico (Drake, 1989).

La pobre evolución de estos pacientes se debe, en definitiva, tanto al efecto psicotomimético de las drogas en sí mismas, como al no cumplimiento del tratamiento que aparece debido a las características de esta población y a la falta de recursos específicos para su atención.

Otro problema añadido, es la dificultad diagnóstica que se complica por la reticencia de los pacientes a admitir el consumo y la tendencia a minimizarlo, la escasa sensibilidad de muchos profesionales a evaluar, diagnosticar y tratar este problema y por la complejidad sintomatológica que dificulta la diferenciación entre Esquizofrenia y psicosis inducida por drogas (Kirchner, et al, 1998).

Muchas veces, es preciso asegurarse de un período de abstinencia de 3 a 6 semanas para poder evaluar correctamente la psicopatología del paciente, sin la influencia del Consumo de Sustancias (Zimberg, 1996).

Si estos pacientes, reciben el tratamiento adecuado y logran mantenerse abstinentes, su pronóstico mejora y puede ser más positivo que el de otros pacientes que se han mantenido abstinentes de por vida.

COMPLICACIONES CLÍNICAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA ESQUIZOFRENIA
--

Aumento de la violencia y del suicidio.
Menor cumplimiento del tratamiento.
Inicio más temprano de la psicosis.
Mayor frecuencia de recaídas y aumento de la tasa de hospitalizaciones.
Refractariedad relativa al tratamiento neuroléptico.
Incremento de la tasa de discinesia tardía.
Mayor incidencia de problemas legales y desempleo.
Vagabundeo.
Peor pronóstico en general.

El abordaje terapéutico de los pacientes diagnosticados con Trastorno Dual, presenta muchas peculiaridades que le diferencia de cada uno de los trastornos por separado. De entrada, aparecen una serie de dificultades terapéuticas señaladas previamente (N. Vicente, H. Díaz y E. Ochoa, 2001).

INTERFERENCIAS MUTUAS ENTRE LOS TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA LA ESQUIZOFRENIA Y LA ADICCIÓN A NIVEL FARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO

Frecuente incumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

Necesidad de cuidados continúa en pacientes que suelen haber perdido sus apoyos sociales.

Carencia de recursos asistenciales específicos por lo que son a veces rechazados tanto en dispositivos para el tratamiento de las drogodependencias como en centros de asistencia psiquiátrica.

Elevada incidencia de problemas legales que pueden dificultar o frustrar los abordajes terapéuticos.

Estas dificultades pueden incluir además, que el acceso de esta población a los servicios sanitarios es pobre y en muchas ocasiones, reciben poca atención médica (Meneses y cols., 1996).

Por todos estos motivos, entre las necesidades básicas para la atención a los pacientes esquizofrénicos consumidores de sustancias, se precisa de un programa especial que integre los elementos tanto del tratamiento psiquiátrico como del de Abuso de Sustancias.

Un requisito para un tratamiento eficaz, es la evaluación cuidadosa individual del patrón de Abuso de Sustancias y de la situación clínica psiquiátrica de cada paciente. La Esquizofrenia es una entidad heterogénea por sí misma, y el Abuso de Sustancias crea más variabilidad aún.

El tratamiento del Abuso de Sustancias en pacientes esquizofrénicos, requiere de la integración de rehabilitación psicosocial, ya que no hay una línea divisoria clara que delimite los problemas del Abuso de Sustancias de los problemas sociales y sintomáticos característicos de la Esquizofrenia (Mueser, et al, 1992).

Algunos estudios sugieren que los pacientes con Esquizofrenia que además tienen Consumo de Sustancias, reciben mayor cantidad de fármacos (hasta dos veces más que los diagnosticados con Esquizofrenia exclusivamente), aunque esto también depende de otros factores (Drake y Wallach, 1989 y Ries y Mullen, 1994).

La literatura científica sostiene que el modelo de tratamiento integrado es más eficaz, parece incrementar el uso de los servicios ambulatorios, disminuye el uso de los servicios de hospitalización, disminuye los encarcelamientos de estos pacientes así como el vagabundeo (Rosenthal y cols. 1992)

Carey propuso algunas directrices o premisas de planteamiento básico para el tratamiento integral del Trastorno Dual, las cuales pueden desarrollarse en distintos dispositivos asistenciales como un centro de atención ambulatoria, un hospital de día o una unidad psiquiátrica hospitalaria, y se basa en la atención especializada única del trastorno mental y de la toxicomanía por un mismo equipo terapéutico:

1. Identificar a los pacientes y sus necesidades con un plan individualizado de continuidad de cuidados, y seguimiento a largo plazo con sistemas rehabilitadores múltiples de índole médica, legal, vocacional y educacional,
2. Establecer un entorno seguro y de apoyo:
 - entorno libre de drogas con posibilidad de realizar análisis de orina y sangre para detectar consumos,
 - métodos de screening para identificar cambios en las presentaciones clínicas y poder detectar y tratar crisis psiquiátrica o relacionadas con el consumo, y
 - tratamiento hospitalario cuando la sintomatología psiquiátrica es predominante o un paciente está en riesgo de hacerse daño a sí mismo o a los demás.
3. Adaptar las estrategias de tratamiento de ambas especialidades de salud mental y de abuso de sustancias, el cual puede incluir:
 - abstinencia como objetivo y no como prerrequisito para iniciar el tratamiento,
 - programa estructurado que rellene el vacío de la abstinencia a drogas,
 - tratamiento farmacológico monitorizado para evitar abusos, especialmente con benzodiazepinas y anticolinérgicos,
 - posibilidad de grupos de autoayuda normalizados tipo alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos, con atención al posible disconfort del psicótico en estos contextos que puede ser contraproducente,
 - técnicas de afrontamiento como entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, relajación, resolución de problemas en terapia individual o grupal,
 - grupos psicoeducativos para pacientes y familiares, y
 - confrontación como medio de romper la negación y usada en diferentes grados dependiendo del estado psiquiátrico de cada paciente (Carey, 1989)

4.- ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO DE TABACO

La prevalencia del tabaquismo en pacientes esquizofrénicos es cerca de 3 veces más que en la población general, el consumo de la población en general es del 25 al 30% , además de exceder la prevalencia del consumo en otras patologías psiquiátricas.(Ziedonis y Geroge, 1997)

Los altos índices de tabaquismo en pacientes esquizofrénicos son importantes en cuanto a que nos dan una perspectiva de salud, así como también se muestra importante en términos económicos.

El tabaquismo en pacientes con Esquizofrenia, se reconoce como un problema que ha cobrado interés debido a las teorías que se tienen acerca de la relación entre los aspectos clínicos de la enfermedad y este último.

Una de estas teorías es la llamada “automedicación” de los pacientes en base al consumo de tabaco, lo cual se tiene sospechado que ayuda a disminuir la presencia de síntomas extrapiramidales en los pacientes esquizofrénicos además de reducir la sintomatología de tipo negativo.

Sin embargo hasta la actualidad este tipo de información no ha cobrado validez absoluta ya que dentro de lo que se ha visto, en algunos casos ayuda, sin embargo esto se encuentra enmascarado ya que existe, por otro lado, la demostración de que pacientes esquizofrénicos necesitan de altas dosis de antipsicóticos. (Aguilar y cols.; 2005)

Se tiene documentado que diversos modelos han tratado de explicar esta relación, tales como la “automedicación” que establecen estos pacientes, como automedicación nos referimos a que los pacientes realizan este consumo en base a pretender disminuir la ansiedad, depresión y los síntomas psicóticos.

Se han realizado estudios donde se pretenden establecer factores de riesgo dentro de los mismos pacientes esquizofrénicos que los hacen más propensos a presentar abuso de sustancias, tales como en el estudio realizado por Swartz en el 2006, donde menciona una serie de características tales como sexo masculino, problemas de conducta en la niñez, historia de síntomas depresivos, situación de calle, menos síntomas negativos y más síntomas positivos y una agudización sintomática reciente. (Swartz et al, 2006)

En años recientes se han hecho innumerables investigaciones para comprender las implicaciones neurobiológicas del tabaco. Evidencia clínica indica que la administración aguda de nicotina estimula el aumento de dopamina en el sistema mesolímbico, posiblemente a través de la activación de receptores nicotínicos, lo cual tiene el efecto de no permitir que una dosis adecuada de antipsicóticos en un paciente esquizofrénico sea efectiva; además de incrementar la intensidad de los síntomas psicóticos.

La reducción en la degradación de dopamina, causada por el tabaquismo, mediada por el decremento de la actividad de la enzima MAO-B (la cual se encarga de la degradación de la dopamina), permite un mecanismo adicional para el aumento de la dopamina, lo cual ya mencionamos los efectos sobre los síntomas positivos.

Los síntomas negativos en la esquizofrenia, se considera que están relacionados con un estado hipodopaminérgico, lo cual ha permitido especular que la nicotina podría ayudar a reducir estos síntomas incrementando la dopamina cerebral.

Otras líneas de investigación mencionan una alteración en el receptor nicotínico-colinérgico alfa 7, el cual es responsable de los déficits sensoriales en pacientes esquizofrénicos; lo cual se relaciona a que para activar este receptor se necesita una cantidad aumentada de nicotina, esto explicaría el abuso del tabaco en los pacientes esquizofrénicos.

Existe también una hipótesis de que los tipos de antipsicóticos atípicos, como la Clozapina, los cuales tiene mayor efecto, teóricamente hablando, sobre los síntomas negativos, ayudan a disminuir el consumo exagerado de tabaco. (Pakar et al, 2002).

En contraste con McEvoy en 1995, el cual menciona que los pacientes tratados con antipsicóticos típicos tendrán mayor consumo de tabaco y mayor dificultad para dejarlo. (McEvoy, et al; 1995)

Existen también diferencias de consumo en cuanto al género, ya que como hemos mencionado anteriormente los pacientes esquizofrénicos utilizan el consumo de diversas sustancias como una especie de automedicación sobretodo ante la presencia de síntomas negativos. Esto nos lleva a que los hombres serían genéricamente más propensos al consumo de sustancias por la mayor prevalencia de síntomas negativos debido a que no presentan niveles protectores de estrógenos como en las mujeres.

Situación que podemos explicar mencionando que en el curso de la enfermedad se tiene comprobado que los hombres presentan un inicio más temprano, mayor cantidad de síntomas negativos, mayor deterioro cognitivo, por lo que esto es debido a la simple diferencia de género y a que en las mujeres se tiene documentado un efecto protector de los estrógenos que las hacen tener una mejor funcionalidad y un menor deterioro. (Grigoriadis y cols. 2002).

5.- ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO DE ALCOHOL

En este sentido tenemos información que avala que el consumo de alcohol en pacientes esquizofrénicos se presenta en aproximadamente una frecuencia de 4 veces más que en la población en general. (Solter y cols.2004)

Así como se mencionó en relación al tabaco, la adicción alcohólica y la esquizofrenia tienen una relación desde el punto de vista neurobioquímico, ya que de acuerdo a esto se sabe que el alcohol por sí mismo es capaz de causar síntomas de tipo esquizofrénico, ya que eleva la cantidad de dopamina, esto se relacionaría con el empeoramiento de los síntomas positivos en pacientes esquizofrénicos ya que estaría elevando la cantidad de dopamina que es la responsable de las alucinaciones y delirios en los pacientes esquizofrénicos. (Solter y cols., 2004)

Además de la asociación neurobiológica del consumo de alcohol y la esquizofrenia se tiene documentado que el cerebelo juega un papel importante en cuanto a la fisiopatología de la esquizofrenia.

Esto se haya en relación con el hecho de que el consumo de alcohol a largo plazo ocasiona secuelas en cuanto a la motilidad fina (función que se controla estrictamente en el cerebelo), lo cual hace que los pacientes esquizofrénicos con consumo de alcohol, presenten exacerbación de la sintomatología

psicótica, además de deterioro cognitivo que se denota en la desorganización que presentan en su pensamiento.

Se dice que las consecuencias del consumo de alcohol en los pacientes esquizofrénicos se manifiesta con alteraciones en la marcha del tipo ataxia, lo cual se encuentra relacionado con la disminución del volumen cerebral en la corteza prefrontal, déficit en el vermis cerebeloso antero-superior y el puente (buscar) incluso aunque la historia de consumo de alcohol no haya sido muy elevada. (Sullivan y cols., 2004)

En párrafos anteriores se menciona toda la relevancia neurobiológica del consumo de sustancias, alcohol y tabaco, principalmente, y también podemos decir que la importancia radica en los registros que se tienen acerca de estudios realizados en nuestro país, tenemos antecedentes de trabajos que involucran a los pacientes esquizofrénicos y su relación con el alcoholismo, midiendo sintomatología extrapiramidal y otras variables.

En un trabajo del año 1997, se estudió la asociación entre el tabaquismo y el tratamiento con antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos, donde solamente se evaluaba la medida en que el tabaquismo repercutía para la evolución del paciente. El grupo no era homogéneo, predominando los hombres, y sus resultados concluyeron que los efectos de tipo parkinsonismo disminuían gracias al consumo de tabaco. (Ruano Aguirre, 1997)

Otro antecedente de estudios similares se mencionan en el 2003, donde se hizo un estudio en el que se comparó la intensidad de la dependencia a nicotina y la sintomatología psicótica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento sólo con risperidona y olanzapina, donde se obtuvo que no había diferencia significativa ni con la dosis ni con el tipo de antipsicótico. (Glz López, 2003)

En el año 2005, Medina Mora, realizó un estudio en pacientes esquizofrénicos consumidores de alcohol a los cuales se les aplicó una escala que arrojaba datos sobre su funcionamiento psicosocial, ya que se tiene documentado que si ya de por sí este funcionamiento se ve mermado por la enfermedad mental, aunado al consumo de sustancias este funcionamiento decrece aún más. (Medina Mora, 2005)

Como podemos observar dentro de los pocos estudios que se tienen en poblaciones como la que se pretende estudiar todavía quedan innumerables incógnitas que poco a poco podremos dilucidar en base a estudios de esta índole como el que pretendemos realizar.

JUSTIFICACIÓN

Constantemente se habla de la frecuencia del Consumo de diversas Sustancias (tabaco, cannabis, alcohol, cocaína, entre los más comunes) en

pacientes con Esquizofrenia, situación que tiene gran impacto y relevancia tanto en el tratamiento de estos pacientes, como en su evolución y deterioro.

Los pacientes esquizofrénicos son más vulnerables a presentar Consumo de Sustancias (sobretudo del género masculino), presentando así, menor adherencia terapéutica, mayor deterioro cognitivo, mayor carga para los familiares de quienes dependen y que los cuidan, y le generan a su clínico mayor dificultad en su manejo.

En nuestro país, algunos de estos pacientes tienen familias a su cargo, y al invertir en las sustancias que consumen (generalmente se vuelven esenciales para controlar algunos síntomas como la ansiedad entre otros), ocasionan que su economía empeore, convirtiéndose en un problema general familiar.

Las mujeres, que tienen mejor pronóstico del curso y evolución de la Esquizofrenia, también presentan comorbilidad con Consumo de Sustancias. Sin embargo, tienen menor disfunción en comparación con los hombres, aun que también presentan complicaciones en su manejo terapéutico y problemas en el desempeño de sus roles en la sociedad.

Es así como este estudio, tiene la finalidad de aportar una perspectiva de lo que ocurre en un grupo poblacional de nuestro país, para así conocer los posibles factores involucrados en el aumento del Consumo de Sustancias.

Además de demostrar que el Diagnóstico Dual (en este caso Esquizofrenia mas Consumo de alcohol y tabaco), genera un grave problema de salud, que también eleva el número de pacientes con enfermedades pulmonares y hepáticas; las cuales son crónicas y sólo controlables, generando la muerte del paciente a largo, corto o mediano plazo.

Pese a que a nivel mundial, existen grandes cantidades de estudios al respecto, en nuestro país no se han realizado suficientes investigaciones, convirtiendo a esta, en una de las primeras en nuestra población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Consumo de Sustancias mas Esquizofrenia, también llamado Diagnóstico Dual, representa un grave problema de salud. Si consideramos que el tratamiento de la Esquizofrenia y el Consumo de Sustancias por separados es difícil, cuando existe comorbilidad entre ambas patologías se torna aún más complejo.

Las complicaciones no sólo afectan el nivel funcional global de estos pacientes, sino que también desarrollan más complicaciones médicas como Enfisema Pulmonar y Hepatopatías, entre otras, elevando aun más los costos tanto para los familiares de quienes dependen como para las Instituciones de Salud.

OBJETIVO GENERAL

Comparar en pacientes Esquizofrénicos por género la severidad de los síntomas de la enfermedad y de los problemas con el alcohol y el tabaco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Comparar en pacientes Esquizofrénicos por género la severidad de los síntomas de la enfermedad de acuerdo al PANSS (síntomas positivos, negativos y de psicopatología general).
- 2.- Comparar en pacientes Esquizofrénicos por género la severidad de los problemas con el alcohol de acuerdo a la evaluación con el AUDIT y el Fargestrom.
- 3.- Describir por género con que síntomas se relacionan los resultados del AUDIT y el Fargestrom

HIPÓTESIS

Los pacientes esquizofrénicos masculinos presentan mayor severidad en los síntomas de la enfermedad y con mayor frecuencia problemas con el alcohol y el tabaco.

METODOLOGÍA

Es un estudio transversal, prospectivo, comparativo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Población conformada por 60 hombres y 60 mujeres, de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con diagnóstico de Esquizofrenia en base a los criterios del CIE-10, y tratamiento con antipsicóticos atípicos, en el período entre Marzo 2009 a Marzo 2010.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 60 pacientes femeninos y 60 masculinos de entre 18 y 60 años de edad.
- Que tengan diagnóstico confirmado de Esquizofrenia en cualquiera de sus variantes, de acuerdo a criterios de la CIE-10.
- Que tengan como mínimo un año de evolución de la enfermedad.
- Que se encuentren en tratamiento con antipsicóticos atípicos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

- Pacientes mayores de 60 años de edad.
- Que tengan tratamiento con antipsicóticos típicos.

- Que tengan tratamiento con anticolinérgicos.
- Que tengan menos de un año de evolución de la enfermedad.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Esquizofrenia. **Definición conceptual:** enfermedad caracterizada por la alteración sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico de la persona, y por una desorganización neuropsicológica compleja.

Definición operacional: criterios para Esquizofrenia en cualquiera de sus variantes, de acuerdo al CIE-10.

Indicador de la variable: puntaje obtenido en la Escala de PANSS para síntomas positivos y negativos de la Esquizofrenia, así como psicopatología general.

VARIABLE DEPENDIENTE: Consumo de Sustancias (alcohol y tabaco). **Definición conceptual de abuso de sustancias:** patrón de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, y la presencia de una o más de las siguientes acciones por lo menos durante 12 meses: consumo que origina incumplimiento en labores de casa, oficina, etc.; consumo en situaciones peligrosas, problemas legales, consumo reiterado de la sustancia.

Definición conceptual de dependencia: consumo cada vez mayor de la sustancia, en la cual la misma dosis de la sustancia no causa el mismo efecto desarrollando tolerancia y siendo necesario aumentar la cantidad, hay reducción en las actividades sociales, laborales, y recreativas; se continúa el consumo a pesar de saber las consecuencias en diversos ámbitos, aparece el síndrome de abstinencia.

Definición operacional de abuso y dependencia de sustancias: criterios diagnósticos de acuerdo a la CIE-10.

Indicador de la variable: puntaje obtenido en el Test de Fargeström para consumo de tabaco; y para consumo de alcohol obtenido en Test de AUDIT.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

- Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS),
- Test de Fargeström de Dependencia de Nicotina,
- Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), y
- Se anexaron características como género, escolaridad, tiempo de evolución, edad, recaídas y tratamiento.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Selección de la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión.
- 2.- Firma del consentimiento informado por parte de los participantes.
- 3.- Aplicación de las escalas clinimétricas antes referidas.
- 4.- Vaciado de los datos para su análisis.
- 5.- Análisis estadístico de los datos obtenidos de las escalas.
- 6.- Interpretación de los resultados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los datos se realizó con pruebas de resumen (media, desviación estándar y porcentajes), para comparar medias se utilizó ANOVA y para comparar proporciones prueba X^2 .

RECURSOS

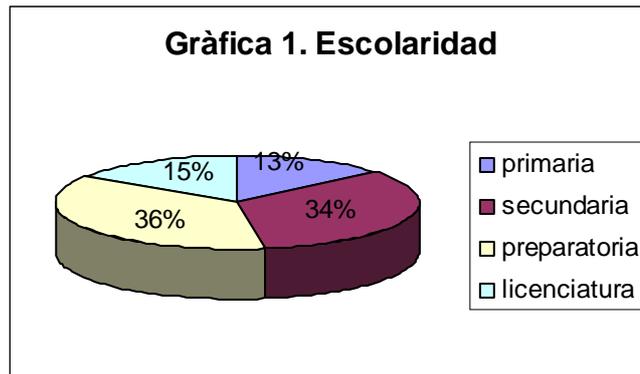
Un residente de Psiquiatría, escalas clinimétricas, una computadora para el vaciado de datos, y 120 pacientes con Esquizofrenia de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

RESULTADOS.

La muestra se integro de 120 pacientes, 60 mujeres y hombres respectivamente. Se observo que los hombres eran de mayor edad que las mujeres, aunque en forma no significativa estadísticamente.

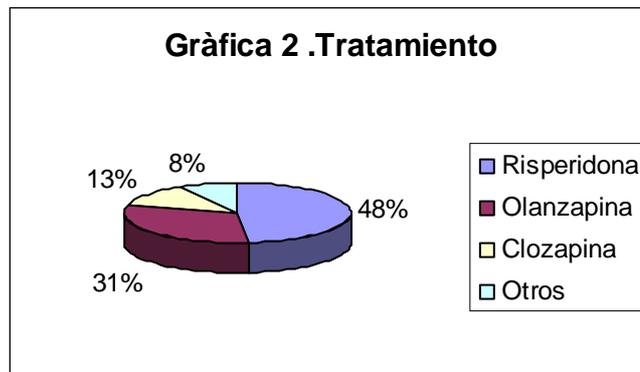
De acuerdo a lo presentado en este estudio la muestra se conformó por un grupo de pacientes esquizofrénicos del tipo Paranoide de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; de los cuales podemos describir que la media de edad de estos grupos fue en general de 34+/-10años, para el grupo de las mujeres la media de edad fue de 33.6 años y la media de edad para los hombres fue de 34.6años.

Se analizó también la escolaridad en la cual se reportó que de los 120 pacientes 44 de ellos tenían escolaridad preparatoria, 41 secundaria, 19 licenciatura y 16 de ellos primaria. Siendo más específicos tenemos que del grupo de mujeres la escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: 20 pacientes con bachillerato o su equivalente, 18 con secundaria, 12 con primaria y 9 con licenciatura respectivamente.



Posteriormente tenemos los años de la evolución de la enfermedad de los cuales la media en años fue de 10.6 en general, de manera específica para los hombres fue de 12.3 años y para las mujeres fue de 8.9 años, respectivamente. El tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor en forma significativa en los pacientes masculinos [F=6.8(1), p.01].

En cuanto al tratamiento con antipsicóticos atípicos podemos describir que 58 de los pacientes analizados tuvieron uso de risperidona, 37 pacientes se encontraban en tratamiento con olanzapina, 15 con quetiapina y 10 pacientes finalmente se encontraban con otro tratamiento de antipsicóticos atípicos.



*Otros: Quetiapina, ziprasidona, amisulpride,

En términos de la evaluación de la severidad de los síntomas de la enfermedad, se observó mayor severidad en los pacientes femeninos en los síntomas positivos [F=16.5(1), p.000] y negativos [F=6.3 (1), p.01], pero no se observó diferencia significativa en psicopatología general, aunque las mujeres tuvieron una mayor severidad en ese indicador.

En el análisis del tratamiento en relación a la escala del PANSS, AUDIT y Fargestrom, donde no hubo significancia cuando se comparó el tratamiento con antipsicóticos atípicos y las escalas antes mencionadas, como se expondrá en el siguiente cuadro.

CUADRO 1. COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS Y LOS DIVERSOS INSTRUMENTOS CLINIMÉTRICOS.

ESCALAS	TRATAMIENTO	N	MEDI A	DE	F	P(sig)
POSITIVOS(PANNS)	Risperidona	58	21.28	8.87	.266	.850
	Olanzapina	37	21.16	9.31		
	Clozapina	15	21.73	9.87		
	Otros	10	18.70	7.74		
NEGATIVOS(PANSS)	Risperidona	58	23.31	7.81	.689	.561
	Olanzapina	37	24.84	7.63		
	Clozapina	15	23.67	7.93		
	Otros	10	21.10	7.40		
Psicopatología General(PANSS)	Risperidona	58	38.29	12.91	.410	.746
	Olanzapina	37	38.24	12.90		
	Clozapina	15	35	11.72		
	Otros	10	35.40	9.24		
AUDIT	Risperidona	58	8.67	6.32	.704	.551
	Olanzapina	37	9.27	5.76		
	Clozapina	15	6.67	4.95		
	Otros	10	8.10	5.85		
FARGESTROM	Risperidona	58	4.91	2.96	.045	.987
	Olanzapina	37	5.08	2.71		
	Clozapina	15	5.07	2.43		
	Otros	10	5.20	3.85		

En el grupo de pacientes femeninos se observó que los resultados del AUDIT se correlacionaban en forma significativa con los síntomas positivos [$r=.26(60)$, $p.04$] y la psicopatología general [$r=.28(60)$, $p.02$], y en los pacientes masculinos la correlación fue significativa con los síntomas negativos en forma negativa [$r=-.27(60)$, $p.03$]. (Cuadro 2)

En los pacientes masculinos, en términos de los resultados en el fargestrom, la correlación fue significativa con los síntomas positivos [$r=-.56(60)$, $p.000$] y la psicopatología general [$r=.34(60)$, $p.008$], pero no se observó correlación alguna en el caso de los pacientes femeninos. (Cuadro 2.)

Cuadro 2.- Descripción de la correlación entre los resultados del AUDIT y el Fargestrom con los Indicadores que evalúa el PANSS por género (n=120)

	Femenino (n=60)		Masculino (n=60)			
	AUDIT		AUDIT		Fargestrom	
	R	p	r	p	R	p
Positivos	.26	.04			.56	.000
Negativos			-.27	.03		
Psicopatología General	.28	.02			.34	.008

En relación a la evaluación con el AUDIT, los hombres obtuvieron un mayor nivel de severidad en los problemas con el alcohol, con una diferencia estadísticamente significativa [$F=17.4(1)$, $p.000$], así mismo en la evaluación con el Fargestrom, aunque en este instrumento la diferencia no resultó estadísticamente significativa.(Cuadro 3.)

De acuerdo a los puntos de corte de los instrumentos aplicados, se observó que en mayor porcentaje los pacientes masculinos tenían dependencia y las mujeres consumo peligroso [$X^2=19.2(2)$, $p.000$], aunque en ambos grupos de pacientes la misma proporción no tenían problemas con el alcohol.(Cuadro 3.)

En el Fargestrom en mayor proporción los pacientes femeninos tenían una dependencia baja, y los masculinos entre una dependencia muy alta y baja, lo que resultó significativo estadísticamente [$X^2=11.1(4)$, $p.02$], aunque ambos grupos reportaron igual proporción de pacientes con dependencia muy baja. (Cuadro 3.)

Cuadro 3.- Descripción de los diagnósticos de acuerdo a la interpretación por puntos de corte de los instrumentos aplicados por género (n=120)

AUDIT		Femenino (n=60)		Masculino (n=54)		X^2 (gl)	p
AUDIT	Sin problemas	23	19	23	19	19.2(2)	.000
	Consumo peligroso	35	29	18	15		
Fargestrom	Dependencia	2	2	19	16	11.1(4)	.02
	Dependencia muy baja	12	10	12	10		
	Dependencia baja	25	21	13	11		
	Dependencia moderada	11	9	12	10		
	Dependencia Alta	8	7	7	6		
	Dependencia muy alta	4	3	16	13		

DISCUSIÓN.

En relación a la edad de los pacientes se puede mencionar que como se ha escrito, la edad de presentación en ambos grupos corresponde a la edad de adulto joven, esto es de importancia ya que se correlaciona con la etapa productiva de ambos géneros, como lo menciona Walker en su estudio en el 2004, es frecuente que los pacientes con esquizofrenia vean mermada su capacidad de independencia, además de la pérdida de la autonomía, situación que repercute directamente en la situación económica social y laboral de los pacientes. (Walker, 2004)

La media de edad que se obtuvo en este estudio para ambos géneros es similar, y como mencionábamos, es un punto importante porque la productividad del ser humano en cuanto a las cuestiones sociales, laborales, sexuales, se verá afectada por la enfermedad, la edad es un factor de pronóstico porque indica que mientras más joven se presente la enfermedad la capacidad de compensación del individuo será menor, además de tener poca adaptabilidad a la enfermedad la cual no se desarrolla mientras más temprano es el inicio de la esquizofrenia. (Walker, 2004)

En relación a la escolaridad observamos que los pacientes de nuestro estudio presentaban una escolaridad preparatoria, sabemos que independientemente del grado de escolaridad la esquizofrenia se presentará sin embargo el grado de información que se tenga al respecto, ayudará a que muchos de los pensamientos mágicos acerca de la enfermedad mental vayan teniendo mayor fundamento científico y esto les permita a las personas tener una atención más temprana, además de la capacidad de no ser estigmatizados.

Los resultados de la evolución de la enfermedad en años, se obtuvo una diferencia significativa en el tiempo pero sólo en relación a los hombres, esto nos indica que los hombres tienen un mayor tiempo de evolución, esto puede tener una repercusión importante en cuanto a el grado de deterioro cognitivo de los pacientes, ya que mientras mayor es el tiempo de evolución se puede deducir que en algunos casos el inicio fue en una edad más temprana lo que dará un pronóstico de menor calidad en los pacientes, además de acuerdo a las diferencias de género tenemos que los pacientes masculinos por un inicio más temprano, presentarán mayor deterioro que en comparación a las mujeres. (Walker, 2004)

Tenemos por otro lado la situación de que en las mujeres la edad de presentación es más tardía y además de esto se menciona que las mujeres presentan por su constitución endócrina, efectos protectores de los estrógenos en especial en relación con la esquizofrenia. Algunos de estos efectos que le permiten a las mujeres tener mejor adaptabilidad a la enfermedad en comparación con los hombres reside en que poseen una función antioxidante, además de aumentar el flujo sanguíneo cerebral, mejoran la memoria episódica, el mecanismo de los estrógenos como protectores de esquizofrenia no se encuentra bien establecido pero si se ha relacionado. (Grigoriadis y cols. 2002)

El siguiente punto se relaciona con el tratamiento, en este caso tenemos el tratamiento con antipsicóticos atípicos en donde de manera descriptiva se obtuvo que la risperidona fue uno de los fármacos de mayor uso, lo que puede argumentarse es el hecho de que en nuestro país, este antipsicótico es el más utilizado, de los de segunda generación, una de las razones es que dicho antipsicótico se encuentra en el mercado en presentación de medicamentos genéricos intercambiables, lo que lo hace de más fácil acceso en comparación con los otros fármacos, a su favor también se tiene que es un fármaco potente, aunque no escapa a la presencia de efectos extrapiramidales y metabólicos. (Estudio CATIE, 2005)

Lo que llamaría la atención de esto último es que tenemos un grave problema con lo que al tratamiento se trata ya que no estamos usando el que sería el ideal sino el que se encuentra al alcance del paciente y cabe mencionar que este fue un pequeño grupo de pacientes y sólo evaluamos a los de antipsicóticos atípicos sin embargo aún en la actualidad y debido a problemas económicos en general se siguen utilizando los antipsicóticos de primera generación de ellos el haloperidol.

La escala del PANSS que nos da una visión de la severidad de la sintomatología de la esquizofrenia arrojó que en las mujeres la severidad tanto de síntomas negativos como positivos se relacionó con el consumo de alcohol, esto puede ser explicado ya que teóricamente se conocen mecanismos biológicos que influyen en que los pacientes usen el consumo para disminuir los síntomas sobretodo positivos de la enfermedad además de los efectos medicamentosos, esto puede explicar este resultado en el que se muestra un mayor puntaje en la severidad de los síntomas. (Swartz, 2006)

Se analizó también el efecto del tratamiento antipsicótico sobre la severidad de la sintomatología y también sobre la severidad del consumo de sustancias, lo cual no tuvo significancia, esto quiere decir que no fue posible corroborar si el tratamiento causaba una disminución de los síntomas, además de un menor consumo de alcohol y tabaco, ya que en base a la información esta es una de las razones por las que los pacientes consumirían el alcohol o el tabaco.

Esto pudo ser en base a cierta deficiencia en el estudio en donde se debió de haber elegido un grupo de igual cantidad para cada antipsicótico atípico, y así poder ver el impacto sobre la severidad de la esquizofrenia y también el impacto sobre el consumo de alcohol y tabaco.

Posteriormente tenemos los resultados en cuanto al consumo de sustancias y su relación con la severidad de los síntomas en la escala PANSS, se obtuvieron datos interesantes en primer lugar los hombres presentaban mayor consumo de alcohol en cuanto menor era la sintomatología negativa, esto ya se encuentra sustentado en diversos artículos que los pacientes que presentan menor cantidad de sintomatología negativa se encuentran aptos para poder llevar a cabo actividades que les permitan el consumo ya que su capacidad volitiva no se encuentra tan afectada. (Swartz, 2006)

Lo que se obtuvo a continuación fue que las mujeres mientras mayor sintomatología positiva presentaban, mayor fue el consumo de alcohol, esto hecho abajo varias de las teorías que mencionan que el consumo de alcohol en pacientes esquizofrénicos es posible a una automedicación para mejorar los síntomas positivos. (Dixon, 1990)

Lo curioso es que en el caso del alcohol esta teoría en la vida real no se cumple ya que como vemos en este estudio, se vuelve más bien un círculo vicioso, como lo demuestra Solter, donde menciona que el alcohol bioquímicamente eleva la cantidad de dopamina en el sistema nervioso y en el caso de los pacientes esquizofrénicos la fisiopatología de la propia enfermedad se encuentra dada por un exceso de dopamina lo cual implicaría un empeoramiento de los síntomas positivos sobretodo. (Solter y cols.2004)

Vale la pena comentar que nuestros resultados anteriores si bien nos dan la oportunidad de comprobar que en efecto el consumo de alcohol y tabaco en pacientes esquizofrénicos es mayor en cuanto mayor es la sintomatología positiva y menor es la sintomatología negativa, no nos permite comprobar las diferencias de género.

Lo que se obtuvo a continuación fue que como se ha propuesto en la mayor parte de los estudios los hombres presentan un mayor consumo de sustancias en comparación con las mujeres, y en esta estudio además de la cuestión del género se tiene las cuestiones de la presencia de esquizofrenia como agravante extra. Por lo que mucho se ha tratado de estudiar estas diferencias de género sin embargo son complejas y aún poco claras, pero podemos mencionar que una de las principales razones por las que los hombres se presentan con mayor consumo de alcohol y tabaco es que en primera no es mal visto sino al contrario la sociedad impulsa al género masculino a que sea de esta manera.

Por lo que la mujer es mal vista por la sociedad si es consumidora ya sea de tabaco o de alcohol, además de esto podemos argumentar algo irónico en relación a estas limitaciones sociales que son el hecho de que si no existieran las mujeres tendrían mayor vulnerabilidad biológica a desarrollar complicaciones más tempranas con el consumo de alcohol ya que en primera no lo metabolizan de manera adecuada y por ende las intoxicaciones son más frecuentes.

En relación al consumo de tabaco podemos mencionar que aunque este estudio no demostró que en la actualidad tanto las mujeres como los hombres están igualando el consumo de tabaco, pudiera ser que las mujeres desarrollaran complicaciones más tardíamente que los hombres debido al efecto cardioprotector de los estrógenos.

Sin embargo estos factores sociales sólo permiten que si el consumo de alcohol y tabaco en pacientes esquizofrénicos, se está igualando en condiciones de género pueda ser debido a que las mujeres de este estudio no expresaron datos totalmente verídicos probablemente por temor a tener otro estigma además de el de la enfermedad mental.

CONCLUSIONES

Lo que se pudo establecer es que efectivamente existe un mayor consumo de sustancias en hombres en relación a las mujeres, además de que obtuvimos que el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco no cumple con la función paliativa de los síntomas de la esquizofrenia, al contrario se vuelve un factor de riesgo para un mal apego a tratamiento además de un mayor índice de complicaciones.

Por otro lado no se pudo establecer si el tratamiento antipsicótico influía en el consumo de las sustancias, y tampoco se pudo relacionar con la severidad de los síntomas.

PERSPECTIVAS

Sería de gran utilidad en estudios posteriores que en primera instancia se ampliara la muestra ya que para poder establecer si el tratamiento tiene influencia en el consumo de sustancias y la severidad de los síntomas, estableciendo un grupo de cada fármaco antipsicótico en este caso de los de segunda generación.

Otro punto importante que se podría considerar es el hecho de realizar también una comparación entre tratamiento con antipsicóticos típicos y atípicos, de esta manera sería posible demostrar una relación del tratamiento de ambos grupos en la severidad y el consumo de sustancias, lo cual generaría mucho más trabajo y mayor inversión de tiempo, cosas que en este estudio hicieron falta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dixon, et al; “ Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes”; *Schizophrenia Research*, Volume 35, Issue null, Pages S93-S100
2. N. Vicente, H. Díaz, E. Ochoa. Consumo de sustancias en pacientes con Esquizofrenia. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid España. 2001.
3. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.
4. Hambrecht M, Hafner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia, *Biol Psychiatry* 1996; 40:1155-1163.
5. Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998; 24:443-455.
6. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1259-1264.
7. Drake RE, Wallach MA. Substance abuse among the chronically mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:1041-1046.
8. Kirchner JE, Owen RR, Nordquist C, Fischer EP. Diagnosis and management of substance abuse disorders among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric services* 1998;49:82-85.
9. Zimberg S. Introducción y conceptos generales del diagnóstico dual. En: Solomon J, Zimberg S, Shollar E, eds. *Diagnóstico dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996.
10. Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, Kuipers E. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London. *Br J Psychiatry* 1996;168:612-619.
11. Mueser K, Bellack AS, Blanchard JJ. Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *J Consulting Clinical Psychology* 1992;60:845-856.
12. Ries RK, Mullen M, Cox G. Symptom severity and resource utilization of treatment resources among dually diagnosed inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:562-568.
13. Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Miner CR. A model of integrated services for outpatient treatment of patients with comorbid schizophrenia and addictive disorders. *Am J Addictions* 1992;1:339-348.

14. Carey KB. Emerging treatment guidelines for mentally ill chemical abusers. *Alcohol and Drug Abuse* 1989;40:341-349.
15. Benjamin James Sadock, M.D, Virginia Alcott Sadock, M.D. Sinopsis de Psiquiatría. *Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica*. 2004; 13:471-503.
16. Bogerst B, Lieberman JA, Ashtari M, et al. Hippocampus-amygdala volumes and psychopathology in chronic schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1993; 33:236.
17. Cancro R, Lehman HE. Schizophrenia: clinical features. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2000.
18. Kapur S, Remington G. Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1996; 153:466.
19. Kurimaji A, Okubo Y D1 dopamine receptors, schizophrenia, and antipsychotic medications. In Lidow MS, ed. *Neurotransmitter Receptors in Actions of Antipsychotic Medications*. Pharmacology and Toxicology. Boca Ron, FL: CRC Press; 2000:65.
20. Elaine Walker, Lisa Kestler, Annie Bollini and Karen M. Hochman; Schizophrenia: Etiology and Course; *The Annual Review of Psychology*, 2004.55:401-430.
21. Ashwin A. Patkar, M.D; Raman Gopalakrishnan, M.D; Allan Lundy, PhD; Frank T. Leone, M.D; Kenneth M. Certa, M.D; Stephen P. Weinstein, PhD; Relationship Between Tobacco Smoking and Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia; *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 2002; Vol. 190, No. 9.
- 22.- M. Carmen Aguilar; Manuel Gurpegui; Francisco J. Díaz y José De León; Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia; *British Journal of Psychiatry* (2005), 186, 215-221.
- 23.- Marvin S. Swartz, et al; Substance Use in persons with Schizophrenia; *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 194, No. 3, March 2006.
- 24.- Alan Green; Robert Drake; Mary Brunette; Douglas Noordsy; Schizophrenia and Co. Ocurring Substance Use Disorder; *American Journal of Psychiatry* 164;3, March 2007.
- 25.- Sullivan Edict, Ph. D, Margaret Rosenbloom, M. A.; Adolf Pfefferbaum, M.D; Balance and Gait Deficits in Schizophrenia Compounded by the Comorbidity of Alcoholism; *American Journal of Psychiatry* 2004; 161:751-755.
- 26.- Vlasta Solter, Vlatko Thaller, Ante Bagaric, Dalibor Karlovic, Danijel Crnkovic, Jelena Potkonjak, Estudio de la esquizofrenia comórbida con la adicción alcohólica, *European Journal of Psychiatry*; Vol.18, No.1, (14-22) 2004.

- 27.- Medina Mora Icaza María Elena, et al; Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol; Salud Mental, Agosto 2005, Vol.28, número 004; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; pp.-48.
- 28.- Ruano Aguirre Rubén Darío, “Asociación entre tabaquismo y tratamiento con antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos” ; trabajo de tesis; Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, 1997.
- 29.- González López Enrique, “Comparación de la dependencia a tabaco y sintomatología psicótica en pacientes esquizofrénicos en tratamiento con risperidona y olanzapina” ; trabajo de tesis; Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez; 2003.
- 30.-Grigoriadis y cols.”The role of estrogen in schizophrenia” ;Canadian Journal Psychiatry, Jun; 47 (5); 437-442.2002.
- 31.- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizop Bull 1987; 13(2): 261-76.
- 32.- N. Vicente, H. Díaz y E. Ochoa; “Consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia”; FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2001;5(4)
- 33.- Gutiérrez Suela,F; “Tratamiento de la esquizofrenia”; Farm Hosp 1998; 22 (4): 207-212.
- 34.- OMS. “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas”, 2004.
- 35.- Winston M.Turner, Tsuang Ming T.; “Impact of Substance Abuse on the Course and Outcome of Schizophrenia”; Schizophrenia Bulletin; Vol.16 No.1, 1990, págs.87-95.
- 36.- Ziedonis Douglas M.; George Tony P.; “Schizophrenia and Nicotine Use: Report of a Pilot Smoking Cessation Program and Review of Neurobiological and Clinical Issues”; Schizophrenia Bulletin; Vol. 23, No.2, 1997; págs.247-254.

ANEXOS.

ANEXO.1.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.....

Yo.....identificado con expediente N°
.....he sido informado por la Dra. Diana Helena Ramírez Carrizales. Residente de Cuarto Año de la Especialidad en Psiquiatría acerca de los estudios y cuestionarios que requiere aplicar.

Se me ha informado acerca del estudio de investigación que consiste en contestar 3 cuestionarios, uno de ellos acerca de la severidad de los síntomas relacionados con la Esquizofrenia, llamado PANSS, el segundo cuestionario consiste en contestar preguntas acerca de la frecuencia del consumo de alcohol y el último acerca del consumo de tabaco. Se me informó también que el uso de todos estos datos es estrictamente confidencial y que los resultados obtenidos se manejarán con ética

Me han informado de los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realicen los cuestionarios antes mencionados.

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Firma del paciente o responsable legal

Firma del aplicador

.....
Firma de un testigo

ANEXO 2.

3.15. Test de Fagerström de Dependencia de Nicotina (Fagerström Test for Nicotine Dependence)

	<i>Puntos</i>
1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? < 15 16-25 > 26	0 1 2
2. ¿Qué cantidad de nicotina contienen sus cigarrillos? Baja (< 0,5 mg) Media (0,6 a 1,1 mg) Alta (> 1,2 mg)	0 1 2
3. ¿Inhala el humo? Nunca A veces (de vez en cuando) Siempre	0 1 2
4. ¿Fuma más frecuentemente por la mañana que por la tarde? Sí No	1 0
5. Tiempo transcurrido desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo: Al despertar (menos de 30 minutos) Después de desayunar (más de 30 minutos)	1 0
6. ¿Qué cigarrillo le produce mayor satisfacción o le costaría más suprimir? El primero del día Cualquier otro	1 0
7. ¿Fuma cuando está enfermo? Sí No	1 0
8. ¿Fuma en lugares prohibidos (hospitales, cine, metro)? Sí No	1 0

3.7. Test AUDIT

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

ANEXO 4.

4.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala positiva (PANSS-P)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala negativa (PANSS-N)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala compuesta (PANSS-C)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manerismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de <i>insight</i>	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<i>Psicopatología general (PANSS-PG)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
	1	2	3	4	5	6	7