

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CON
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL DR. FEDERICO MORA, GUATEMALA, ABRIL 2018.
TESIS DE GRADO

ANDREA XIMENA SÁNCHEZ MORALES
CARNET 10395-12

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CON
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL DR. FEDERICO MORA, GUATEMALA, ABRIL 2018.
TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
ANDREA XIMENA SÁNCHEZ MORALES

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. RUTH MARIA GUERRERO CABALLEROS

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA CECILIA YOJCÓM GONZÁLEZ DE PATZÁN

MGTR. MA. TERESA GUADALUPE SOTELO GUZMÁN DE AGUILAR

LIC. SAMUEL ALEJANDRO JOVEL BANEGAS

**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 6 de abril 2018

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **"CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS. Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, Guatemala abril 2018"** de la estudiante **Andrea Ximena Sánchez Morales** con **No. 1039512**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,


*Dra. Ruth M. Guerrero C.
Médica y Cirujana
Col. 11,833*

Dra. Ruth Guerrero
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ANDREA XIMENA SÁNCHEZ MORALES, Carnet 10395-12 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09719-2018 de fecha 21 de agosto de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.
HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL DR. FEDERICO MORA, GUATEMALA, ABRIL 2018.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 24 días del mes de agosto del año 2018.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Dedicatoria

Este trabajo de investigación va dedicado con mucho amor a mis padres, Julio y Ruth, quienes han sido mi ejemplo y mi apoyo durante estos 6 años y medio de carrera. Cada día estoy eternamente agradecida con ustedes por haberme permitido estudiar la licenciatura que yo quería y en una de las mejores universidades de Guatemala, vi su esfuerzo y sacrificio cada año para permitirme concluir.

Esto es pequeño en comparación de lo que ustedes han hecho por mí, pero quiero decirles que estoy muy orgullosa de ustedes, porque me han enseñado el amor al prójimo, a trazarme metas, a entender el significado del trabajo y felicidad, de la importancia de la tolerancia, paciencia y sobretodo me han enseñado que todo trabajo hecho con amor tiene sus frutos. Ahora les puedo decir que ya tienen a una doctora en la familia y que trabajare muy arduo para y por ustedes. Los amo mucho.

Así mismo, se lo dedico a mi ángel, **ITALO**, porque cada día de trabajo siempre pensé en ti y tú siempre me brindaste sabiduría, amor, esperanza y paciencia para poder realizar mis tareas. Todo esto y lo que viene siempre estará dedicado a ti, porque aunque físicamente ya no estas con nosotros, tú siempre estarás en nuestros corazones y junto a nosotros. Recuerdo siempre, que a mi corta edad, tú me enseñaste que todo lo que uno se propone se puede cumplir y que las oportunidades siempre están ahí, solo es de tocar puertas y buscar. Te recordamos con mucho amor.

Infinitamente Gracias y esto es para ustedes.

Agradecimientos

Quiero agradecerle a **Dios**, porque él fue mi guía durante estos 6 años y medio de carrera, me demostró el amor hacia las personas y sobretodo me dio mucha fuerza y esperanza en los momentos más duros.

A mis **Padres**, porque fueron ellos quienes me permitieron poder cumplir una meta más en mi vida, fueron pacientes y tolerantes con mis horarios de turno e incluso mis horarios de fin de semana, me demostraron amor y siempre me motivaron a seguir adelante a pesar de mi cansancio y desmotivación.

A mis **Hermanos, Diego, Juliana y Paola**, ya que cada uno de ustedes se convirtió en mi motorcito para seguir adelante, me alentaron cada día, confiaron en mí, me brindaron apoyo de todo tipo durante el hospital, y eso jamás lo olvidare. Ustedes son mi gran ejemplo de cómo ser un gran profesional y persona.

A mi **Ángel, Ítalo**, que desde el cielo tú me guiaste en mi camino, me diste fuerza y esperanza, y en momentos de inseguridad me brindaste protección.

A mi **Asesora, Dra. Ruth Guerrero**, por brindarme su tiempo, paciencia y conocimiento para poder realizar esta investigación.

Al **Hospital Nacional De Salud Mental Dr. Federico Mora**, por abrirme las puertas para realizar esta investigación y por su personal de trabajo tan dulce. Mil gracias.

Resumen

Antecedentes: se estima que los pacientes con esquizofrenia tienen una alta prevalencia de abuso y dependencia de sustancias como consecuencia de los efectos adversos producidos por el tratamiento antipsicótico y patología mental de base. Estudios evidencian que el consumo de sustancias en esta población representa un empeoramiento en la calidad de vida, pobre evolución clínica y aumento en la cantidad de reingresos y recaídas.

Objetivo: Caracterizar epidemiológicamente a los pacientes esquizofrénicos con trastorno por consumo de sustancias.

Diseño: estudio descriptivo, observacional y analítico.

Lugar: Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora.

Materiales y Métodos: La muestra total fue de 194 pacientes con esquizofrenia que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora durante los meses de enero a marzo del 2017, quienes respondieron al cuestionario CAGE AIDS.

Resultados: Se evidenció que el 70% de los pacientes esquizofrénicos han consumido algún tipo de sustancia a lo largo de su vida, en donde el 78% de esta población llena criterios para trastorno por consumo de sustancias. Las Sustancias más frecuentes fueron: Alcohol, tabaco, marihuana.

Limitaciones: Poca comprensión de las preguntas por parte de algunos participantes secundario a la psicosis.

Conclusiones: De la población esquizofrénica consumidora de sustancias, Hasta un 78% padecen de un trastorno por consumo de sustancia, siendo sus características más frecuentes: paciente sexo masculino, con una edad promedio de 40 años (18-57), bajo nivel escolar, soltero, desempleado, viviendo con su familia.

Palabras claves: drogas, esquizofrenia, trastorno, abuso, sustancias, alcohol, dependencia

Contenido

| | | |
|-----------|--|----|
| 1 | Introducción | 1 |
| 2 | Marco teórico..... | 2 |
| 2.1 | Trastorno relacionados con sustancias..... | 2 |
| 2.1.1 | Trastornos inducidos por sustancias | 2 |
| 2.1.2 | Trastorno por consumo de sustancias | 3 |
| 2.1.3 | Criterios Diagnóstico..... | 4 |
| 2.1.3.1 | Alcohol | 4 |
| 2.1.3.2 | Cannabis | 5 |
| 2.1.3.3 | Inhalantes..... | 6 |
| 2.1.3.4 | Opiáceos | 6 |
| 2.1.3.5 | Sedantes | 7 |
| 2.1.3.6 | Psicoestimulantes | 8 |
| 2.1.3.7 | Tabaco..... | 9 |
| 2.1.3.8 | Alucinógeno | 10 |
| 2.1.3.9 | Otras sustancias (desconocidas)..... | 11 |
| 2.2 | Esquizofrenia..... | 12 |
| 2.2.1 | Sintomatología..... | 12 |
| 2.2.1.1 | Síntomas positivos..... | 12 |
| 2.2.1.2 | Síntomas negativos | 12 |
| 2.2.2 | Criterios diagnósticos | 13 |
| 2.3 | Patología dual | 14 |
| 2.3.1 | Epidemiología | 14 |
| 2.3.1.1 | General..... | 14 |
| 2.3.1.1.1 | Trastorno afectivo | 14 |
| 2.3.1.1.2 | Trastorno de ansiedad | 15 |
| 2.3.1.1.3 | Trastorno de personalidad..... | 15 |
| 2.3.1.2 | Específica..... | 15 |
| 2.3.1.2.1 | Trastorno psicótico | 15 |
| 2.3.2 | Esquizofrenia y drogas | 16 |
| 2.3.2.1 | Psicoestimulantes | 16 |
| 2.3.2.2 | Sustancias depresoras..... | 17 |
| 2.3.3 | Etiopatogenia | 17 |

| | | |
|-------------|--|----|
| 2.3.4 | Evolución y manifestaciones clínicas | 19 |
| 2.3.5 | Drogas..... | 19 |
| 2.3.5.1 | Alcohol | 19 |
| 2.3.5.2 | Marihuana | 20 |
| 2.3.5.3 | Cocaína | 20 |
| 2.3.5.4 | Anfetaminas | 20 |
| 2.3.5.5 | Opiáceo | 21 |
| 2.3.6 | Tratamiento en patología dual..... | 21 |
| 2.3.6.1 | Tratamiento farmacológico en esquizofrenia dual | 23 |
| 2.3.6.1.1 | Anti psicótico | 23 |
| 2.3.6.1.2 | Fármacos para el tratamiento de la dependencia de nicotina | 24 |
| 2.3.6.1.3 | Interdictores | 24 |
| 2.3.6.1.4 | Fármacos anticraving | 24 |
| 2.3.6.1.5 | Agonistas opiáceos | 25 |
| 2.3.6.1.6 | Antiepiléptico | 25 |
| 2.3.6.1.7 | Benzodiacepinas..... | 25 |
| 2.3.6.2 | Tratamiento psicoterapéutico | 25 |
| 2.3.6.2.1 | Intervenciones cognitivo-conductuales..... | 26 |
| 2.3.6.2.1.1 | Entrenamiento en habilidades de afrontamiento | 27 |
| 2.3.6.2.1.2 | Prevención de recaídas | 27 |
| 2.3.6.2.1.3 | Manejo de contingencias..... | 28 |
| 2.3.6.2.1.4 | Terapia cognitiva | 28 |
| 2.3.6.2.1.5 | Tratamientos combinados | 28 |
| 2.3.6.2.2 | Terapias centradas en la familia..... | 28 |
| 2.3.6.2.3 | Terapias analíticas y psicodinámicas | 29 |
| 2.3.6.2.4 | Terapia grupal en Estancia Hospitalaria | 30 |
| 2.3.7 | Factores protectores y riesgo durante el tratamiento | 32 |
| 2.3.7.1 | Factores de protector | 32 |
| 2.3.7.2 | Factores de riesgo | 34 |
| 2.4 | Cuestionario CAGE | 35 |
| 3 | Objetivo General | 36 |
| 4 | Objetivo Específico | 37 |
| 5 | Metodología | 38 |

| | | |
|----|---------------------------|----|
| 6 | Resultados | 45 |
| 7 | Análisis y discusión..... | 50 |
| 8 | Conclusiones | 55 |
| 9 | Recomendaciones | 55 |
| 10 | Bibliografías..... | 56 |
| 11 | Anexos | 58 |

1 Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental psicótico que se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, pensamiento y comportamiento desorganizado y síntomas negativos. (1) Dicha patología mental representa un riesgo para el consumo de sustancias debido a los efectos adversos producidos por el tratamiento antipsicótico y presencia de síntomas positivos y negativos.

El trastorno por consumo de sustancias se define como los síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que el paciente presenta y que indican que continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas que conlleva. El trastorno por consumo de sustancias incluye 9 clases de sustancias: alcohol, marihuana, estimulantes, tabaco, sedantes, inhalantes, opiáceos, alucinógenos y otros. (2)

Para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, se hace en base a 4 criterios generales: control deficitario, deterioro social, consumo de riesgo y farmacológico. Se hace referencia a patología dual a la presencia de un trastorno psiquiátrico junto a un trastorno por consumo de sustancias. (3)

La importancia de este tipo de estudios es debido a que en los últimos años se han evidenciado aumento del consumo de sustancias en poblaciones especiales, principalmente en esquizofrenia, trastornos de bipolaridad, ansiedad, personalidad e hiperactividad y déficit de atención. Dicho consumo tiene repercusiones en la calidad de vida del paciente y evolución clínica de la enfermedad de base, ya que se ha evidenciado aumento de la sintomatología positiva y negativa, aumento de número de recaídas, abandono de tratamiento farmacológico, interacción entre las sustancias y fármacos antipsicóticos. Lamentablemente la asistencia médica solo brinda atención a la patología mental y no a la adicción, por ende es de suma importancia realizar test/screening para detectar a los pacientes con problemas de abuso y dependencia de manera temprana. (3)

El objetivo principal del presente estudio fue caracterizar epidemiológicamente a la población esquizofrénica con trastorno por consumo de sustancias que asistió a la consulta externa del Hospital Nacional de salud mental Dr. Federico Mora, así como las principales drogas de consumo. El estudio se llevó a cabo mediante la implementación del cuestionario CAGE AIDS, que consta de 4 preguntas, en donde se identificó a todos aquellos paciente que tienen algún trastorno de consumo de sustancias y que tipo de ellas consumen con mayor frecuencia.

2 Marco teórico

2.1 Trastornos relacionados con sustancias

Los trastornos relacionados a sustancias incluyen 10 clases diferentes de drogas, las cuales son: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes (hipnóticos y ansiolíticos), estimulantes (cocaína y anfetamina), tabaco y otras sustancias. Lo común de estas drogas es la activación que tienen al sistema cerebral. (2)

Los trastornos relacionados con sustancias se clasifican en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los inducidos por sustancias. Los trastornos inducidos por sustancias se clasifican a su vez en: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos. En los últimos se incluyen todos aquellos trastornos psicóticos, bipolares, depresivos, ansiedad, obsesivo-compulsivo, del sueño, sexuales, delirium y neurocognitivos que se desencadenan por el consumo de drogas. (2)

2.1.1 Trastornos inducidos por sustancias

Los trastornos inducidos por sustancias incluyen la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancia. La intoxicación se refiere al desarrollo de un síndrome específico y reversible secundario a la ingesta reciente de una sustancia, caracterizada por cambios problemáticos a nivel comportamental o psicológico por los efectos fisiológicos de la sustancia sobre el sistema nervioso central. Los síntomas de la intoxicación se generan tiempo después del consumo de la sustancia, no asociado a otra patología médica. Los cambios durante la intoxicación son alteraciones de la percepción, vigilia, atención, del pensamiento, del razonamiento, conducta psicomotora y del comportamiento interpersonal. (2)

La abstinencia se define como todos aquellos cambios comportamentales, fisiológicos y cognitivos que se presentan por el cese o reducción del consumo de una sustancia. Estos cambios afectan el área social del paciente y no se encuentra asociada con algún otro trastorno médico. (2)

Los trastornos mentales inducidos por sustancias son todos aquellos síndromes potencialmente graves y temporales que se desarrollan debido a los efectos del abuso de sustancias o medicamentos. Estos trastornos mentales se agrupan en depresivos, neurocognitivos, psicóticos, de ansiedad, entre otros. Cada uno de ellos se puede desarrollar por las 10 clases diferentes de drogas, y se diferencia del trastorno por consumo de sustancias ya que en el último, se da un consumo de drogas debido a los síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que contribuyen al consumo a pesar de los problemas que eso implica. (2)

Los trastornos mentales inducidos por sustancias se caracteriza por: (2)

- A. Alteración que se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante.
- B. Se puede evidenciar por historia clínica, exploración física o los resultados de laboratorio:
 - a. Los síntomas se han desarrollado durante el primero mes tras la intoxicación o abstinencia de la sustancia.
 - b. La sustancia puede producir este trastorno mental
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente.
- D. El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium.

La alteración produce malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.1.2 Trastorno por consumo de sustancias

El trastorno por consumo de sustancias se caracteriza por la presencia de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el paciente continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas que conlleva. El consumo de sustancias se da debido a la presencia de la patología mental de base la cual los predispone. El trastorno por consumo de sustancias se hace en base a las 9 clases de sustancias (alcohol, marihuana, estimulantes, tabaco, sedantes, inhalantes, opiáceos, alucinógenos y otros (desconocidos). (2)

Para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, se hace en base a 4 criterios generales: control deficitario, deterioro social, consumo de riesgo y farmacológico. Estos criterios generan un patrón patológico en el comportamiento del paciente. El control deficitario abarca los primeros 4 criterios específicos, los cuales son el consumo de grandes cantidades de sustancia o durante un tiempo más prolongado; deseo insistente de dejar y/o regular el consumo o esfuerzos de abandono fallidos; Inversión de la mayor parte del tiempo en conseguir la sustancia, deseo intenso de consumo que se manifiesta con ansia y urgencia en cualquier momento. (2)

El criterio de deterioro social, incluye 3 criterios específicos los cuales son: consumo recurrente de sustancias que conlleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académicos, laboral y doméstico; consumo de sustancia a pesar de tener problemas recurrentes en la esfera social o interpersonal causados por los efectos del consumo; y abandono de importantes actividades sociales, ocupacionales y recreativas por el consumo. Estos criterios corresponden a 5-7 de la lista de criterios para el diagnóstico. (2)

El tercer grupo de criterios se trata del consumo de riesgo de la sustancia (criterio 8 y 9). Estos criterios incluyen el consumo de sustancias que provocan situaciones

de riesgo físico y consumo de forma continuada a pesar del conocimiento del problema físico o psicológico que probablemente se pueda originar por el consumo. (2)

Los criterios farmacológicos conforman el último grupo, los cuales están conformados por los criterios 10-11, los cuales tratan de explicar los fenómenos de tolerancia y abstinencia que el paciente puede llegar a desarrollar. Cuando se habla de tolerancia, esta se trata del aumento de la dosis de la sustancia para poder conseguir los efectos deseados que antes se conseguían con dosis menores. La abstinencia es un síndrome que surge cuando las concentraciones de la sustancia en la sangre disminuyen. Las personas pueden que consuman la sustancia con el fin de aliviar los síntomas que se producen en el periodo de abstinencia. (2)

De acuerdo a la cantidad de criterios que la persona cumpla, así se determina la gravedad de este. Se estima que un trastorno es leve cuando presenta 2-3 criterios, moderado si tiene 4-5 criterios y grave si tiene 6 o más criterios. (2)

Los trastornos por consumo de sustancias tiene sus propios especificadores siendo estos los de remisión inicial, remisión sostenida, terapia de mantenimiento y entorno controlado. (2)

2.1.3 Criterios Diagnóstico

2.1.3.1 *Alcohol*

A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses: (2)

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

2.1.3.2 *Cannabis*

A. Patrón problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses: (2)

1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis

- b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

2.1.3.3 *Inhalantes*

A. Un modelo problemático de consumo de una sustancia inhalante a base de hidrocarburos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al, menos, por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses: (2)

1. Se consume un inhalante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo del inhalante.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el inhalante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un inhalante.
5. Consumo recurrente de un inhalante que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de un inhalante a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.
7. El consumo del inhalante provoca el abandono o la reducción de importante actividad social, profesional o de ocio.
8. Consumo recurrente de un inhalante en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continua con el consumo del inhalante a pesar de saber que se sufre un problema físico y psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por esa sustancias
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de inhalante para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
11. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad inhalante.

2.1.3.4 *Opiáceos*

A. Patrón problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses: (2)

1. Se consumen opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.
5. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continua con el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un opiáceo. (No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que solo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.)
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los opiáceos.
 - b. Se consumen opiáceos (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

2.1.3.5 Sedantes

A. Patrón problemático de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses: (2)

1. Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
5. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; ausencias,

suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).

6. Consumo continuado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej., discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
7. El consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos).
9. Se continúa con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un sedante, un hipnótico o un ansiolítico. (No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que solo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica adecuada.)
12. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - b. Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (o alguna sustancia muy similar, como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia. (No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que solo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica adecuada.)

2.1.3.6 *Psicoestimulantes*

A. Patrón de consumo de sustancias anfetamina, cocaína u otros estimulantes que provocan un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses: (2)

1. Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.
5. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provocan un riesgo físico.
9. Se continua con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante. (No se considera que se cumpla este criterio en aquellos individuos que solo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno por déficit de atención/hiperactividad o narcolepsia.)
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los estimulantes
 - b. Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

2.1.3.7 *Tabaco*

A. Patrón problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses: (2)

1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
5. Consumo recurrente de tabaco que conlleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., interferencia con el trabajo).

6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
7. El consumo de tabaco provoca el abandono de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico
9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco
 - b. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

2.1.3.8 *Alucinógeno*

A. Un modelo problemático de consumo de alucinógenos (distintos de la fenciclidina) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
(2)

1. Se consume algún alucinógeno con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alucinógenos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el alucinógeno, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un alucinógeno.
5. Consumo recurrente de un alucinógeno que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar
6. Consumo continuado de algún alucinógeno a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocado o agravado por sus efectos.
7. El consumo del alucinógeno provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso.

9. Se continúa con el consumo de alucinógenos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de alucinógeno para conseguir la intoxicación el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alucinógeno.

2.1.3.9 Otras sustancias (desconocidas)

A. Patrón problemático de consumo de una sustancia tóxica que no se puede clasificar en la categoría del alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos (fenciclidina y otros), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes o el tabaco, y que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses: (2)

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales
7. Síntomas persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.
8. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
9. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
10. Se continúa con el consumo de tal sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ella.
11. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.
12. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. El síndrome de abstinencia característico de otra sustancia

- b. Se consume la sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

2.2 Esquizofrenia

2.2.1 Sintomatología

2.2.1.1 *Síntomas positivos*

Delirios

Son creencias o pensamientos de carácter persecutorio, referenciales, somáticos, religiosos o grandeza, en donde el paciente es la víctima. Los temas suelen ser de hechos o experiencias que el paciente ha vivido, pero algunos no y a ellos se les llama extravagante. (1)

Alucinaciones

Son percepciones que se generan sin la presencia de un estímulo externo. Estas percepciones son vividas como experiencias normales para el paciente, sin tener control de ella. Estas pueden ser de tipo: auditivo (la más frecuente), visual, táctil o bien de acuerdo al momento de dormir (hipnagógicas) o al momento de despertar (hipnopómpicas). (1)

Pensamiento desorganizado

El pensamiento desorganizado se define como el cambio de un tema a otro en una conversación. El paciente puede que se encuentra con una desorganización tan clara y severa que su conversación está basada en incoherencias. (1)

Comportamiento motor muy desorganizado

El paciente presenta una dificultad para realizar actividades cotidianas, una de las más características es el comportamiento catatónico que es una disminución marcada de la reactividad al entorno en donde el paciente no puede obedecer órdenes, opta una postura rígida, inapropiada o extravagante o ausencia total de respuestas verbales. (1)

2.2.1.2 *Síntomas negativos*

Los síntomas negativos son característicos de la esquizofrenia, siendo los dos más comunes: la expresión emotiva disminuida y la abulia, pero también se encuentra la alogia, anhedonia y asocialidad. La expresión emotiva disminuida consiste en la disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, contacto ocular, el habla, los movimientos de las manos y cabeza, que en una discusión le dan énfasis emotivo mientras que en estos pacientes no hay ningún tipo de énfasis. La abulia es una disminución de las actividades con iniciativa propia y motivada por un propósito. La alogia es la falta de habla; la anhedonia es la disminución de placer en ocasiones positivas y asocialidad es la falta de interés de poder interactuar con los demás. (1)

Los síntomas psicóticos de la esquizofrenia suelen iniciar entre la adolescencia tardía y 35 años, no suele suceder antes de la adolescencia. Los primeros episodios en los hombres se inician a partir de los 25 años, mientras que en mujeres se inicia a los 30 años. Los síntomas tienen una evolución lenta y gradual. (1)

El inicio de manera temprana indica un peor pronóstico, siendo los hombres el peor pronóstico, menores logros académicos, disfunción cognitiva más prominente y mayores síntomas negativos. Los factores que predicen el curso y pronóstico se desconocen, realmente no se puede predecir, se sabe que el 20% de los pacientes con esquizofrenia tienen un curso favorable, y un grupo reducido se recupera por completo. La mayoría de los pacientes con esquizofrenia van a necesitar ayuda a lo largo de su vida, permanecen crónicamente enfermos, con exacerbaciones y remisiones de los síntomas activos, otros con deterioro progresivo. (1)

Los síntomas positivos van disminuyendo a lo largo de la vida, como consecuencia de una disminución en la actividad dopaminérgico de acuerdo a la edad. Los síntomas negativos son los más persistentes y los que determinan el pronóstico. (1)

2.2.2 Criterios diagnósticos

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser uno, dos o tres: (1)

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar

únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada.

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque: no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa o si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia y otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

2.3 Patología dual

2.3.1 Epidemiología

2.3.1.1 *General*

El término patología dual se utilizó por primera vez en la década de 1990, el cual se define como la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias (uso, abuso y dependencia). (4) La patología dual se determina por la naturaleza y magnitud del trastorno mental y adictivo, y no por la cantidad que un paciente puede presentar. (3)

Los pacientes duales constituyen un grupo de riesgo elevado desde la perspectiva clínica y social. Se ha evidenciado que entre abusadores de sustancias, se da una prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos más elevada que en la población general, en donde un 53.2% cumplen criterios diagnóstico para patología dual. (3)

Los trastornos psiquiátricos más comunes en patología dual son: trastornos afectivos, ansiedad, psicóticos y personalidad.

2.3.1.1.1 Trastorno afectivo

A lo largo de los diferentes estudios que se han realizado, se evidencia una fuerte asociación entre trastorno bipolar con un trastorno por uso de sustancias. En el estudio ECA, aproximadamente se estima una prevalencia de 56.1% de trastorno por consumo de sustancias en pacientes bipolar, en donde un 60.7% corresponde a tipo I y el 48.1% tipo II. (5,6)

En el ámbito de trastornos afectivos, se trata de patología dual cuando el paciente presenta un episodio depresivo asociado al consumo de sustancias. Aproximadamente se estima que un 12-88% de la población con trastorno depresivo padece de trastorno por uso de sustancias así como un 28.76% de los

pacientes con trastorno por uso de sustancias presentan criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor. (3)

2.3.1.1.2 Trastorno de ansiedad

Se ha evidenciado en estudios, como el ECA, que el paciente con trastorno de ansiedad un 24% padece de un trastorno por uso de sustancias a lo largo de su vida, en donde un 17.9% corresponde abuso de alcohol y 11.9% abuso y dependencia de otras drogas. (5,7)

Los trastornos de ansiedad que se vinculan con mayor frecuencia con un trastorno por consumo son agorafobia, trastorno por estrés postraumático y ansiedad generalizada. (8)

2.3.1.1.3 Trastorno de personalidad

Los pacientes con trastornos de personalidad son 4 veces más prevalentes a un trastorno por uso de sustancias. Esto se ha evidenciado con la prevalencia de 34.68%-73% en pacientes adictos con algún trastorno de personalidad. (9)

Tabla 1.

Riesgo de trastornos por consumo de sustancias según trastorno psiquiátrico.

| Trastorno | Porcentaje | OR |
|---------------------------|------------|------|
| Trastorno de personalidad | 83 | 29.6 |
| Trastornos bipolares | 60 | 7.9 |
| esquizofrenia | 47 | 4.6 |
| Trastornos depresivos | 27 | 1.9 |
| Trastornos de ansiedad | 23 | 1.7 |
| Trastornos Fóbicos | 23 | 1.6 |

Sáiz Martínez PA, Díaz Mesa EM, García-Portilla González MP, Marina González P, Bobes García J. Patología Dual Protocolos de intervención en Ansiedad. [Monografía en línea]. Barcelona: EdikaMed, S.L; 2011

2.3.1.2 Específica

2.3.1.2.1 Trastorno psicótico

Los pacientes con esquizofrenia son 3 veces más vulnerables a padecer de un trastorno por consumo de sustancias en comparación con la población general. (10) Esto se ha evidenciado gracias a los diferentes estudios que se ha realizado a lo largo de los años, como por ejemplo el ECA, que evidencia un 47% de trastorno por consumo de sustancias a lo largo de la vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Esto varía de acuerdo a los criterios e instrumentos utilizados en las diferentes poblaciones. (4)

En los pacientes con esquizofrenia, la sustancia más prevalente es la nicotina con un 90%, seguida del alcohol con un 20-60%. (4)

Tabla 2.

Prevalencia de TUS y psicosis en estudios epidemiológicos

| | ECA | CATIE | Comunidad Madrid |
|-------------------|----------------|--------------------------------------|------------------|
| Año | 1980-1984 | 2006 | 2008 |
| Muestra | 20219 | 1460 | 837 |
| Ámbito | General, EE.UU | Pacientes con Esquizofrenia en EE.UU | Clínico España |
| Edad | >18 | >18 | >18 |
| Psicóticos duales | 47% | 60% | 11% |

Fuente: Roncero C, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Casas. Patología Dual Protocolos de intervención en esquizofrenia. 2010

2.3.2 Esquizofrenia y drogas

2.3.2.1 *Psicoestimulantes*

En los pacientes esquizofrénicos se da 4 veces más el consumo de Psicoestimulantes que en la población normal. En este grupo se consideran drogas psicoestimulantes: anfetamina, cocaína, metilfenidato, modafinilo, nicotina y las xantinas (cafeína y teofilina). (4)

Los psicoestimulantes actúan a nivel dopaminérgico, por lo que se cree que los pacientes con esquizofrenia los utilizan para disminuir los síntomas psicóticos, mejorar el humor y tener mayor sensación de energía y claridad en el pensamiento. (4)

Cocaína

Se presenta en un 22-31% en los pacientes con esquizofrenia. Esta droga se utiliza para reducir los síntomas positivos, negativos y depresivos. Posee interacciones con los neurolepticos y aumenta los efectos secundarios. (4)

Anfetaminas

Su prevalencia se encuentra en un 30-65%. Los pacientes tienden a producir cuadros similares que los pacientes con esquizofrenia. (4)

Nicotina

La prevalencia es de 90%, siendo una de las drogas más consumidas por este tipo de pacientes. Usualmente inician el consumo a partir de los 18 años y suelen fumar aproximadamente 30 cigarrillos al día. La nicotina se cree que ayuda a mejorar el humor del paciente y manejar el estrés. Entre los efectos secundarios se encuentran el aumento de síntomas negativos, ansiedad y depresión así como aumento en las dosis de antipsicóticos ya que la nicotina interfiere en el metabolismo hepático. (4)

Xantinas

La droga más utilizada, que forma parte de este tipo de drogas, es la cafeína con un 90%. Las xantinas ayudan al descenso de los síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de la medicación. (4)

2.3.2.2 Sustancias depresoras

En este grupo de drogas se encuentran el alcohol, cannabis, opiáceos y psicofármacos.

Alcohol

En pacientes con esquizofrenia aumenta 3 veces más el consumo de alcohol que en la población normal. La prevalencia gira entre un 33%-60%. El consumo tiene como objetivo disminuir los síntomas negativos, mejorar el humor y relaciones sociales. Entre las consecuencias se encuentra una menor eficacia de los neurolépticos debido al metabolismo hepático del alcohol. (4)

Cannabis

Es una de las drogas ilegales con mayor accesibilidad y consumo por parte de la población general. La prevalencia del consumo de marihuana junto a esquizofrenia es de 40%. El consumo de manera crónica genera un peor cumplimiento terapéutico y aumento de sintomatología psicótica. (4)

Opiáceos

La prevalencia de dependencia de opiáceos en pacientes con esquizofrenia gira desde un 4-7%. El consumo tiene como fin poder disminuir los síntomas positivos. (4)

2.3.3 Etiopatogenia

Las causas de la existencia de una comorbilidad con esquizofrenia no se conocen con exactitud, pero se sabe bien que en ella intervienen factores de personalidad como la búsqueda de sensaciones, y características ambientales como accesibilidad a la droga y rasgos culturales. La búsqueda de sensaciones se ha asociado a una activación del sistema dopaminérgico por parte de las drogas, que ayudan a disminuir los síntomas psicóticos. (4)

Drogo inducción

Esta hipótesis consiste en que la interacción de las distintas drogas con los sistemas neurobiológicos puede llegar a provocar efectos no esperados, lo cual un consumo de manera crónica puede llegar a generar una enfermedad neurotóxica. (4)

Vulnerabilidad biológica

Consiste en que existe un trastorno neurobioquímico, tanto en trastorno mental como consumo de sustancias, que hacen que el paciente se encuentre vulnerable. Estas alteraciones neurobioquímicas se ven alteradas en el sistema de recompensa (haz prosencefálico medial, área tegmental ventral, hipotálamo lateral y algunas áreas de la corteza prefrontal). Un ejemplo de ello es la disfunción de las neuronas mesocorticolímbicas, en el haz prosencefálico medio y el núcleo estriado ventral, que se podría asociar a la sintomatología negativa en los esquizofrénicos y esto a su vez desencadenar el consumo de drogas en busca de mejorar esa misma sintomatología. (4)

Teoría de la automedicación

Esta es una de la hipótesis más aceptada, y consiste en que los esquizofrénicos consumen drogas para poder disminuir los síntomas de su enfermedad, los cuales son los síntomas negativos, disforia, síntomas positivos y efectos secundarios al tratamiento antipsicótico, así mismo es importante mencionar que este modelo determina que la elección de la droga no está hecha al azar si no que atiende al cuadro psiquiátrico de cada individuo. (8, 14,15) Importante mencionar que aquel trastorno psicótico secundario al consumo de drogas no se explica con esta teoría. (10)

Hipótesis de consumo de tóxicos

Esta consiste en que se da un consumo de tóxicos previo a la aparición de síntomas psicóticos, esto suele darse con drogas como anfetamina, marihuana. (10)

Modelo biopsicosocial

Este modelo defiende que la causa del consumo de drogas es multifactorial, en donde intervienen factores genéticos, psicológicos, sociales y culturales, este modelo es compatible con el tratamiento integral que se les da a los pacientes con patología dual. (11)

Independencia entre los trastornos

Cada trastorno es independiente. (4)

Hipótesis Operativa

Consiste en que las personas con patología dual no tienen la misma capacidad para hacer frente a situaciones vitales que las personas normales. Este se asocia mucho con la hipótesis de consumos tóxicos, ya que un consumo previo puede generar un episodio psicótico y al revés. (11)

2.3.4 Evolución y manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de los pacientes esquizofrénicos consumidores son muy diferente a un paciente esquizofrénico como tal. (4)

Se ha visto que el comienzo y desarrollo de la enfermedad depende del género. Las mujeres esquizofrénicas consumidoras tienen un comienzo más tardío, mejor funcionamiento pre mórbido, mayor sintomatología afectiva, paranoia y alucinaciones respecto a los hombres. Tienden más a realizarse como profesionales, formar una familia, realizar sus estudios. (4)

En cambio, con los hombres ellos tienden a tener una mayor facilidad para intoxicarse, a generar una adicción con más facilidad, sintomatología psicótica más rápidamente, infecciones, incapacidad de desenvolvimiento social y laboral. (4)

En ambos, se ha evidenciado peor pronóstico de la enfermedad debido a un mal cumplimiento del tratamiento, mayor resistencia a este, aparición de efectos secundarios, más síntomas positivos y negativos con mayor intensidad, presencia de conductas impulsivas y agresivas, mayor riesgo de infecciones debido a que tienden a presentar conductas de alto riesgo, menor edad de debut, acciones ilegales, vagabundeo, encarcelamiento y suicidio. Todo ello repercute no solo en la calidad de vida del paciente, si no también representa mayor número de ingresos y urgencias psiquiátricas y mayores tasas de recaídas. (8,14)

La mayoría de los pacientes inician el consumo de drogas durante la adolescencia, el cual interfiere en el desarrollo neurológico del cerebro, ya que su maduración es después de los 18 años. (6)

Cuando se tiene a un paciente esquizofrénico con patología dual, normalmente cumple con las características de: hombre, joven, convivencia con la familia de origen, solteros, menor nivel educativo, peor situación laboral, es por ello que ellos sufren mayor repercusiones socio-laboral. (8,12) Es importante destacar que los pacientes psicóticos adictos tiene mayor comorbilidades con trastornos de personalidad en comparación con otros pacientes con trastornos mentales. (6)

2.3.5 Drogas

2.3.5.1 Alcohol

Es una droga que al inicio se encarga de suprimir el sistema de inhibición, es por ello que la primera sensación que se tiene es de estimulación, sin embargo, al aumentar los niveles de etanol en la sangre comienzan a aparecer los síntomas como sedación, falta de coordinación y daño en las habilidades psicomotrices. (11)

Cuando se trata de una intoxicación aguda se tiene como síntomas el síndrome confusional, luego síndrome cerebeloso y por ultimo estado comatosos. Esto se desglosa de la siguiente manera: cuando las concentraciones son de 25 mg/dl se producen efectos de euforia, sociabilidad, locuacidad, falta de concentración y

atención, descoordinación, pero cuando los niveles llegan a 100 mg/dl se produce disfunción vestibular que incluyen problemas en el equilibrio, visión doble, dificultad para articular palabras, hipotensión e hipotermia. Los niveles pueden alcanzar hasta los 250 mg/dl en donde aparece estupor, habla incoherente, vómitos y complicaciones respiratorias, pero si se alcanzan niveles de 400 mg/dl el paciente entra en un coma profundo y mayor a ello provocaría la muerte. (11)

2.3.5.2 *Marihuana*

El consumo de marihuana genera sentimientos de relajación y bienestar, todas aquellas personas que consumen marihuana se dañan de su sistema cognitiva y perjudican a su capacidad de psicomotricidad. Los síntomas tardan en aparecer unos minutos, generando al inicio una sensación de bienestar y relajación, pero luego se llega a un estado de sedación en donde hay un deterioro de la memoria inmediata, dificultad para pensar coherentemente, percepción distorsionada y deterioro en la capacidad motora. En aquellos pacientes con consumo crónico se evidencia desinterés, apatía, indiferencia afectiva y disminución de la agresividad. (11)

Es importante mencionar que luego de pasadas 24 horas pueden surgir algunos efectos debido a la liberación retardada de la marihuana por los tejidos grasos. Hoy en día el consumo marihuana se ha catalogado como poco peligroso, pero se ha evidenciado que produce y reagudiza trastornos de angustia y psicosis en personas que presentan predisposición o que tienen trastornos previos. (11)

2.3.5.3 *Cocaína*

La cocaína es considerada de tipo Psicoestimulantes, tiene efectos rápidos y potentes en el sistema nervioso central, que incluyen: euforia, grandiosidad, labilidad emocional comunicación verbal, aumento del deseo sexual y confianza, insomnio e hipomanía (irritabilidad o hiperactividad). La sintomatología descrita representa al inicio del consumo, pero luego el paciente se torna cansado, apático, con conductos impulsividad y agresividad. (11)

El consumo crónico de cocaína puede llegar a generar insomnio, depresión, impotencia, agotamiento, favorece a la aparición de trastornos del ánimo, manía, ansiedad, trastornos del sueño y deterioro mental. (11)

2.3.5.4 *Anfetaminas*

Aumentan la presión sanguínea, es por ello que en el organismo se dan síntomas como bienestar, empatía, euforia, gran concentración, disminuye la fatiga, incrementa la capacidad motora, disminuye el apetito y la necesidad del sueño, tendencia al contacto social, falta de juicio, facilita la irritabilidad, conductos violentas, hiperactividad, conductos estereotipadas y confusión. (11)

Las intoxicaciones agudas por anfetamina pueden llegar a generar hemorragia cerebral, hipertermia, ataque al corazón, pánico, psicosis y síndrome de la

serotonina, actividad de las células nerviosas que puede llegar a ser letal y generar un estado mental alterado. (11)

2.3.5.5 *Opiáceo*

Incluyen las drogas: heroína, metadona, codeína, morfina, opio y tranquilizantes. El alivio al dolor somático es su principal efecto. El consumo de opiáceos puede generar alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, delirium, trastornos del estado de ánimo depresivo, de atención, de memoria, disfunción sexual. El consumo a grandes dosis puede generar coma, depresión respiratoria o incluso la muerte.

Los opiáceos con frecuencia tienen a generar tolerancia y consecuentemente dependencia. (11)

2.3.6 Tratamiento en patología dual

El tratamiento para los pacientes con esquizofrenia se centra en poder mejorar los síntomas propios de la enfermedad, disminución de la conducta “craving”, disminución del consumo de sustancias, un incremento de la calidad de vida y satisfacción, mejorar la capacidad cognitiva, todo ello se refleja en una menor utilización de los servicios sanitario. (4)

Los objetivos principales en el tratamiento de los pacientes duales con esquizofrenia son poder facilitar el acceso a los servicios de salud, un buen diagnóstico, incluir al paciente y familiar para poder alcanzar la abstinencia o el control de consumo de drogas y comprensión de los obstáculos que se presentan en el transcurso del tratamiento. (4)

Existen tres modelos que se pueden utilizar para el abordaje de pacientes duales:

Modelo de tratamiento en serie

Los pacientes son tratados en una de las unidades, adicción o salud mental. El tratamiento consiste en tratar primero un problema y luego se deriva al otro centro asistencial para tratar la otra enfermedad. En patología dual se recomienda que se trate primero el Trastorno por uso de drogas y luego el problema de salud mental. (8, 10)

Modelo de tratamiento en paralelo

Los pacientes son tratados por diferentes centros asistenciales como enfermedades diferentes y al mismo tiempo, lamentablemente estos pacientes no son aceptados en ningún centro debido a la comorbilidad o bien el grado de coordinación entre ambos tratamientos es variable lo cual convierte en muchas veces insuficiente. (8, 10)

Modelo de tratamiento integrado

Este tipo de modelo propone atender a los pacientes por un solo equipo que se encuentra especializado en trastornos mentales y por consumo de sustancias. El

modelo integral se debe de incluir: hospitalización, determinaciones de drogas, tratamiento psicofarmacológico completo y grupos familiares. (4, 6)

La hospitalización puede ser completa o parcial, depende de cada paciente. La hospitalización completa se indica cuando no se ha podido abordar de manera ambulatoria al paciente, que tenga antecedentes de desintoxicaciones ambulatorias fallidas, condiciones sociales precarias o se encuentra en condiciones de gravedad psicopatológica. El tiempo promedio es de 2-4 semanas para valorar como se encuentra la psicopatología fuera de intoxicación. (4, 6 Se recomienda determinar si el paciente se encuentra en un consumo activo o período de abstinencia, de acuerdo a un panel de drogas en orina. (4)

Es importante dar un tratamiento psicofarmacológico completo, para ambos trastornos. Se recomienda controles de los niveles plasmáticos para valorar el cumplimiento y posibles efectos indeseados. (4)

La existencia de grupos familiares y de pacientes ayuda a poder orientarlos a terapia motivacionales prevenciones de recaídas que mejorarían la evolución clínica del paciente. El equipo debe de ser entrenado en el cuidado del paciente esquizofrénico dual. (8,10)

El tratamiento del paciente dual con esquizofrenia es sumamente complicado y es por ello que en este tipo de tratamiento se proponen 6 principios básicos para organizar un programa d intervención. (4)

- **Principio 1.** *Los programas de tratamiento integrado deben de ser accesibles.*

El paciente debe de tener contacto con los recursos de atención medica de manera flexible y fácil, tanto en redes de drogodependencias como salud mental. (4)

- **Principio 2.** *tratamiento debe ser individualizado, fomentar la adhesión y la atención a las necesidades específicas.*

Cada paciente de debe de tener su propio tratamiento que se apegue a sus necesidades teniendo como objetivo la abstinencia o bien la disminución del consumo de sustancias. (4)

- **Principio 3.** *Programas de tratamiento integrado han de basarse en objetivos realista a largo plazo y minimizar el riesgo del consumo, trabajando la motivación para la abstinencia.*

Se utilizan talleres de psicoeducación para que el paciente pueda aprender a reconocer los efectos nocivos del consumo y la motivación por el cambio. (4)

- **Principio 4.** *Los programas de tratamiento deben ser intensivos.*

Se debe de dar seguimiento intensivo tanto en la supervisión del tratamiento farmacológico, controles de consumo mediante pruebas de urinoanálisis y funciones de acompañamiento y atención a su situación social. (4)

- **Principio 5.** *Los programas de tratamiento deben de asegurar la continuidad de los cuidados y del tratamiento de los pacientes.*

Se deben de atender otras necesidades de salud como infecciosas, crónicas o emergencias. (4)

- **Principio 6.** *Los programas de tratamiento integrado han de ser ejecutados por un equipo multidisciplinar capaz de atender las necesidades socio sanitarias de los pacientes.*

El personal debe de estar entrenado en salud mental y drogodependencias, capaces de elaborar un plan de tratamiento completo y objetivo. Esto incluyendo el tratamiento dual sino también de medicina general. (4)

2.3.6.1 Tratamiento farmacológico en esquizofrenia dual

No existe suficiente literatura médica que proponga medidas de actuación psicofarmacológica en este tipo de pacientes. Se ha evidenciado que los anti psicóticos producen una gran mejoría respecto a la sintomatología y drogodependencia. (4)

Para el trastorno por uso de sustancias se utilizan los interdictores, los anticraving, los agonistas o antagonistas opiáceos. (4)

2.3.6.1.1 Anti psicótico

Este tipo de fármacos se clasifican en clásicos y atípicos. Los clásicos son lo que comúnmente se les llama de primera generación (haloperidol, tiaprida), estos son escasamente eficaces en los pacientes con esquizofrenia dual debido a que no tienen efecto alguno sobre el trastorno por uso de sustancias, de hecho hay estudios que refieren que este tipo de medicamento aumenta el deseo de consumo. Los fármacos atípicos son los de segunda generación (clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina) estos anti psicóticos tiene un mayor efecto debido a que mejora la sintomatología y disminuye el craving, que es el deseo de consumir. (4)

Tabla No. 3

Efectos secundarios de los anti psicótico

| | Efectos extra piramidales | Convulsiones | Sedación | Anti colinérgicos |
|-------------|---------------------------|--------------|----------|-------------------|
| Clozapina | - | +++ | +++ | +++ |
| Olanzapina | - | - | +++ | + |
| Quetiapina | - | - | ++ | + / ++ |
| Ziprasidona | - / + | - | + | - |
| Risperidona | + / - | - | + | - |
| Amisulprida | - / + | - / + | - / + | + |
| Haloperidol | +++ | + | + | + |

Fuente: Roncero C, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Casas. Patología Dual Protocolos de intervención en esquizofrenia. 2010

2.3.6.1.2 Fármacos para el tratamiento de la dependencia de nicotina

Aproximadamente el 90% de los pacientes psicóticos duales fuman, y es por ello que tienden a generar una dependencia a la nicotina. El tratamiento con antipsicóticos atípicos ayuda a los pacientes a dejar de fumar pero es importante asociar otro tratamiento específico para lograr la abstinencia del tabaco. Entre los cuales se encuentra bupropión, nortriptilina, agonistas nicotínicos y los parches o chicles de nicotina. (4)

Este tipo de tratamiento ayuda a reducir el consumo de tabaco, mejora la clínica negativa, no desestabiliza los síntomas psicóticos y depresivos. (4)

2.3.6.1.3 Interdictores

Los interdictores son fármacos que se utilizan para la deshabitación del alcohol. Este tipo de fármacos está compuesto por disulfiram y carbimida. El disulfiram inhibe la enzima dopamina-beta-hidroxilasa que genera incremento de la dopamina y disminuye la síntesis de noradrenalina, a la cual se le atribuye la aparición de síntomas psicóticos, confusionales y depresivos. La prescripción de disulfiram en pacientes psicóticos debe realizarse con precaución ya que no debe administrarse en pacientes con episodios psicóticos, agudos, depresión y deterioro cognitivo. (4)

2.3.6.1.4 Fármacos anticraving

En este tipo de fármacos se incluye la naltrexona, la cual su administración se ha relacionado con una mejoría de los síntomas psicóticos, conductas bulímicas y auto agresivo, síntomas de discinesia tardía en pacientes esquizofrénicos y ayuda a disminuir la búsqueda de consumo de drogas. Se puede administrar con antipsicóticos de segunda generación. (4)

Este fármaco es de segunda elección en los pacientes con dependencia de opiáceos y así mismo es utilizado en pacientes con consumo de alcohol,

generando una disminución del consumo de alcohol, recaídas, sin empeorar la sintomatología psicótica. (4)

2.3.6.1.5 Agonistas opiáceos

Este grupo de fármacos se utiliza en los pacientes dependientes de opiáceos, dentro de los cuales se encuentran: metadona, Buprenorfina. La metadona es un fármaco que se utiliza para el mantenimiento en dependientes de opiáceos, y es un potenciador del tratamiento antipsicótico. La Buprenorfina es una agonista opiáceo que ha demostrado su eficacia como sustitutivo en el tratamiento de desintoxicación y mantenimiento de la dependencia de opiáceos, efectos negativos del consumo de drogas, disminución de transmisión del VIH y la mortalidad de los pacientes. Ambos fármacos tiene como función disminuir la ingesta de opiáceos. (4)

2.3.6.1.6 Antiepiléptico

Estos se utilizan en los pacientes con esquizofrenia para poder estabilizar el estado de ánimo. Algunos tienen efecto depresivo como la lamotrigina o efecto anti maniaco como valproato, carbamazepina u oxcarbazepina. Los antiepilépticos colaborarían en la regulación de la impulsividad, el craving o estado de ánimo lo cual ayudaría a disminuir las recaídas por consumo. (4)

2.3.6.1.7 Benzodiazepinas

Los antidepresivos se utilizan para tratamiento de síntomas depresivos y síntomas negativos. Estos se utilizan en los pacientes con problemas adictivos con la cocaína alcohol para poder actuar sobre la clínica depresiva, regular las alteraciones del sueño actuar en la base que causa la adicción, que sería el sistema serotoninérgico, dopamnérgico y noradrenérgico. (4)

Estos no se recomiendan en los pacientes esquizofrénicos duales, pero en la práctica clínica se utilizan mucho para tratar la ansiedad. Es recomendable sustituir

2.3.6.2 *Tratamiento psicoterapéutico*

El tratamiento psicoterapéutico es un complemento esencial de la farmacoterapia para conseguir excelentes resultados. Debe aplicarse a nivel individual, grupal y familiar, pero adaptándose a cada paciente y momento de tratamiento que se encuentre. Primero se debe de desintoxicar al paciente, luego se entra a la etapa de deshabitación en donde la psicoterapia tiene un papel fundamental. (4)

La psicoterapia tiene como objetivo poder ayudar al paciente a dejar sus antiguos esquemas de funcionamiento y poder lograr experiencias vitales, así como mejorar su calidad de vida. Esta terapia se centra en poder mejorar tres áreas: el manejo de sentimientos, capacidad de inhibir conflictos y problemas socioeconómicos y mantener abstinencia. (4)

Para poder abordar al paciente esquizofrénico dual, se debe de plantear objetivos:

1. Elaborar un programa terapéutico individualizado con objetivos a corto largo plazo
2. Establecer y mantener la alianza terapéutica
3. Favorecer el cumplimiento farmacológico y la adhesión terapéutica
4. Conseguir la estabilización del cuadro psicótico
5. Favorecer la abstinencia o la reducción del consumo.
6. Conseguir la estabilización del cuadro psicótico.
7. Prevenir recaídas
8. Psicoeducación del paciente y la familia aportando información acerca de ambos trastornos
9. Promover la adaptación a las experiencias psicóticas y a la reducción de la clínica psicótica defectual
10. Mejorar el funcionamiento interpersonal y social del paciente
11. Rehabilitación de las incapacidades psicosociales secundarias a la enfermedad.

La terapia psicoterapéutica incluye: cognitivo-conductual, motivacionales, intervenciones con la familia y dinámicas.

2.3.6.2.1 Intervenciones cognitivo-conductuales

Esta teoría afirma que hay que sustituir todos los pensamientos y cogniciones disfuncionales que el paciente tiene por conductos funcionales para que esta pueda tener un cambio comportamental adecuado. (4) Esta terapia integra los principios de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Esta teoría consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. (6)

Entre las características de la intervención de terapia cognitivo-conductual se incluyen:

- Centrarse en el abordaje de los problemas actuales
- Establecer metas realistas y consensuadas con el paciente
- Buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes
- Utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

Este tratamiento cuenta con ventajas basadas en las teorías del comportamiento. Entre ellas se encuentra su flexibilidad para adaptarse a las necesidades de los pacientes, facilidad con la que son aceptados por los pacientes debido a su alto nivel de implicación, permite a paciente hacer su propio cambio de comportamiento, le permite evaluar los resultados y su efectividad está basada en la evidencia científica. (6)

Entre las técnicas cognitivo conductual que se aplican están: entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, entrenamiento en manejar el estrés, entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales,

entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades para la vida, ejercicio aeróbico, biofeedback, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en manejar de la ira. (6)

2.3.6.2.1.1 Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Esta intervención consiste en entrenar las habilidades sociales y de afrontamiento que en estos pacientes se encuentran deficitarias debido a que no son capaces de ponerlas en prácticas por los niveles altos de ansiedad que el consumo les genera. El objetivo principal es aumentar y reforzar las habilidades del paciente para que este pueda enfrentar situaciones de alto riesgo, ambientales e individuales que lo ponen en riesgo de retomar la conducta adictiva, volver a consumir y recaer de nuevo. (6)

El entrenamiento de habilidades se realiza de manera individual o grupal, y este busca poder prevenir la recaída, entrenar las habilidades sociales, en aprender a manejar el craving y los estados de ánimo. Esta intervención siempre trata de incluir programas que ayudan a la comunicación, asertividad y rechazo de consumo. (6)

Los pacientes esquizofrénicos que tiene una dependencia al alcohol se deben de realizar intervenciones de manera grupal, destacando los temas: rechazo de bebida, ofrecer respuestas positivas, realizar críticas, recibir críticas acerca del uso de alcohol, habilidades de escucha y de conversación, apoyo a la abstinencia, resolución de problemas, comunicación no verbal, expresión de sentimientos, asertividad, rechazo de peticiones y manejar de críticas en general. (6)

2.3.6.2.1.2 Prevención de recaídas

Las recaídas se generan debido a que el paciente no puede afrontar de manera adecuada una situación de riesgo. Al no poder afrontarla el paciente siente la necesidad de recurrir al consumo para evitar la situación, en vez de tratar de afrontarla, eso hace que el paciente sufra una recaída y posterior a ello una evolución precaria. Para que la persona no recaiga, debe de aprender a manejar y afrontar la situación de riesgo para sentirse auto eficiente, con capacidad de toma de decisiones, es por ello que debe de aprender cómo manejar su conducta de consumo mediante: (6)

Aprender a identificar que situaciones, pensamientos y/ estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.

Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.

Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca el consumo.

En fin, la prevención de recaídas se puede lograr con una combinación del entrenamiento en habilidades de afrontamiento, reestructuración cognitiva y reequilibrio del estilo de vida.

2.3.6.2.1.3 Manejo de contingencias

Este tipo de terapia consiste en aplicar sistemas reforzadores o de castigo. Lo que busca el programa de contingencias es reforzar la abstinencia, retención y asistencia de sesiones así como el incremento de la adherencia a la medicación. (6)

El programa emplea dinero en metálico, vales, descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad con el fin que el paciente se mantenga en un período de abstinencia a las sustancias durante el tratamiento. Esto ayuda al paciente para que pueda elegir en función de sus preferencias, lo importante es que con los incentivos que se les brinda (no dinero en efectivo) les asegura que el paciente no lo va a gastar en drogas. (6)

2.3.6.2.1.4 Terapia cognitiva

La terapia cognitiva mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta. Esta terapia consiste en que cada paciente tiene una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de los cuales puede estar conscientes o no. Los pacientes pueden tener distorsiones cognitivas o supuestos personales que no permite que su evolución sea la adecuada, es por ello que el terapeuta obtiene este tipo de información distorsionada mediante el mismo paciente al expresar las cogniciones, emociones y conducta que experimenta entre sesiones; los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia. (6)

El propósito de identificar aquellos pensamientos distorsionados y automáticos (pensamientos negativos) ayuda a poder generar un plan de tratamiento con el fin de modificar este tipo de distorsiones. (6)

2.3.6.2.1.5 Tratamientos combinados

El National Institute of Drug Abuse recomienda que se apliquen ambos tipos de terapia, las psicológicas junto a las farmacológicas, esto fundamentado en que su complementariedad tiene la capacidad para producir efectos acumulativos. La terapia farmacológica está centrada en la desintoxicación, estabilización, mantenimiento y tratamiento de las patologías y síntomas específicos. La terapia psicológica tiene como objetivo motivar al paciente para que tome el tratamiento, modificar los pensamientos negativos, mejorar su funcionamiento personal y socio-familiar, entrenamiento en habilidades y apoyo al tratamiento farmacoterapéutico. (6)

2.3.6.2.2 Terapias centradas en la familia

La terapia familiar considera como paciente a la familia, que es el sistema que se encarga de conseguir la homeostasis familiar, teniendo como objetivo que la

familia pueda entender los procesos por los cuales el paciente se encuentra y pueda ayudarlo, en vez de rechazarlo. (7) estas consiguen aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias respecto a los programas de tratamiento y su adherencia, así como disminuir el consumo de drogas concluido el tratamiento. (6) este tipo de terapia, combinadas con la terapia motivacional y cognitivo conductual, mejora la evolución del paciente con patología dual ya que ayuda a disminuir los síntomas y aumenta los periodos de abstinencia. (4)

Las intervenciones familiares están orientadas a la pareja y familia, son de tipo psicoeducativo con principios de modificación de la conducta. Esta última incluye la identificación de relaciones conflictivas que provocan consumo de drogas, reforzamiento de las dinámicas familiares adecuada y funcionales, entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas, entre otras. (4)

Existen diferentes modelos para la terapia familiar: (4)

- Terapia familiar multidimensional

Trata que la conducta individual depende de una red de interconexiones de sistemas sociales que puedan influir de manera positiva o negativa.

- Terapia familiar multisistémica

Trata de identificar factores que puedan promover o disminuir el consumo de drogas.

- Terapia familiar breve estratégica

El consumo de drogas es secundario a una disfunción familiar. Permite que se dé un mayor compromiso y participación de la familia en el tratamiento del consumidor.

Los enfoques familiares ayudan en mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir los síntomas, mejorar la retención y adhesión a los programas terapéuticos, reducción del consumo.

2.3.6.2.3 Terapias analíticas y psicodinámicas

La terapia se basa en las teorías del inconsciente dinámico y conflicto psíquico de Sigmund Freud, es por ello que tiene como objetivo poder ayudar al paciente para que identifique sus conflictos inconscientes, que son originados por problemas de la infancia que no han sido resueltos y que se manifiestan como síntomas. (6)

Este tipo de terapias se clasifican en: psicoanálisis clásico, psicoterapia dinámica o analítica y psicoterapia analítica de grupo. Se basa en que los trastornos patológicos, el cual incluye las adicciones, se relacionan con los trastornos en el funcionamiento interpersonal. Es por ello que presta atención al análisis de la relación entre sentimientos-conducta y drogas. (6)

Las terapias analíticas y psicodinámicas posee dos componentes:

1. Técnicas de apoyo para ayudar a los paciente a sentirse cómodos cuando compartan sus experiencias personales
2. Técnicas expresivas para ayudar a que puedan identificar y resolver problemas interpersonales no resueltos. Esto ayuda a promover cambios de estilo de vida ya que enseña al paciente como resolver los problemas sin que recurrir a las drogas y tener mejor conducta.

Las terapias analíticas tienen como base poder resolver problemas que se encuentran en la introspección, que nunca han sido resuelto y la dinámica se basa en la intervención del terapeuta de manera activa en el momento que el paciente relata sus experiencias para poder dirigir el tratamiento a las zonas de conflicto.(6) La terapia mediante psicoanálisis se ha obtenido resultados como mayor efectividad en jóvenes, tratamientos largos tiene mejores resultados, puede reducir el uso de medicación psicotrópica, mejora en capacidad laboral. (6)

2.3.6.2.4 Terapia grupal en Estancia Hospitalaria

La terapia grupal se ha utilizado en pacientes que padecen trastorno por uso de sustancias y representa un mejor aprovechamiento de los recursos para la atención de salud. Se ha propuesto un modelo de terapia grupal que consta de 4 sesiones para el manejo de pacientes con patología dual que se encuentran hospitalizados, como forma de intervención breve y prevenir recaídas. (6)

La terapia de grupo se puede clasificar en: centrado en el paciente, líder y en el grupo. La terapia centrado en el paciente y líder toma como unidad básica al individuo y el cambio terapéutico se da cuando el paciente hace insight sobre su dinámica intra e interpersonal. La terapia centrado en el grupo la unidad básica es el rol que la persona juega en relación consigo mismo y con el grupo, el cambio se da cuando el paciente entiende que sus conductas y roles están influenciados por fuerzas inconscientes primitivas. (6)

El tratamiento en los pacientes que padecen esquizofrenia y trastornos afectivos es sumamente complicado. Es por ello que está terapia grupal propone que mientras estén internados, estos pacientes reciban tratamiento psiquiátrico y psicológica en grupo enfocada al consumo de sustancias. Al hacer conciencia de los efectos nocivos que contrae el consumo de drogas permite que los pacientes disminuyan la cantidad de consumo y con ello las atenciones brindadas por diferentes servicios de atención, disminuye sus recaídas y mejora la calidad de vida. (6)

La terapia en grupo proporciona un contexto realista, igualitario, seguro y neutral en donde se desarrollan múltiples interacciones que favorecen a que el paciente este consiente de su trastorno. Es una terapia que está formado por 6 – 8 personas entre 18 y 64 años que participen de manera voluntaria, que estén conscientes que el período de internamiento no se verá afectado (periodo más corto) por la participación, que comprendan que es una ayuda extra del tratamiento ante el consumo de sustancias. El lugar que se utiliza es un espacio

amplio que brinde intimidad, libre de interrupciones y las sillas son colocadas en círculo. (6)

La terapia grupal consiste en cuatro sesiones de una hora, dos sesiones por semana, en donde las primeras dos se utiliza para la psicoeducación sobre que son las drogas, como afecta al cuerpo, porque se considera un factor desencadenante de una recaída, En la tercera sesión se buscan estrategias de afrontamiento dadas por ellos mismos para los demás y se les guía hacia las más útiles para cada quien. Y la cuarta sesión, se trabaja sobre la prevención de recaídas. En cada sesión cada paciente relata su experiencia para que los demás puedan identificar factores protectores y de riesgos según su conveniencia. Consta de tres momentos:

1. Los primeros 15 minutos se da una introducción del tema por parte de los terapeutas.
2. El resto del tiempo se dedica para que cada integrante hable de sus experiencias personales, de sus sentimientos, temores y dudas.
3. Espacio de cierre que sirva de motivación para acudir a la siguiente reunión.

Cada momento está dirigido por una terapeuta y coterapeuta, quien se encargara de ser el modulador y evitar periodos de desconcentración y silencios.

Primera sesión (12)

- Presentación de los terapeutas
- Presentación de los objetivos de la terapia. Aquí se le da énfasis a que se trata de un proceso voluntario y que no influye en su periodo de internamiento.
- Técnicas para que cada uno se conozcan, se les pide que conversen en parejas por 10 minutos para que luego se presente uno al otro.
- Definición de droga. En este se le explica de manera sencilla las complicaciones que trae consigo el consumo de drogas y porque ellos tienden a tener mayor vulnerabilidad al consumo
- Aclaración de dudas.
- Cierre de sesión. En este período se les felicita por haber asistido y se promueve la asistencia a la siguiente sesión.

Segunda sesión (12)

- Preguntas de la sesión anterior
- Mitos y realidades del consumo de drogas dadas y discutidas por el grupo.
- Diagnóstico del estadio en que se encuentra cada paciente para dejar de consumir. Aquí se evalúa el nivel de insight. Se les pide que expliquen las metas y propósitos.

- Consecuencias del consumo de drogas, al principio dadas por el paciente y luego por los terapeutas.
- Aclaración de dudas
- Cierre de sesión

Tercera sesión (12)

- Preguntas de la sesión anterior
- Métodos de cada paciente ha usado para no consumir drogas. Esto es discutido en parejas por 10 minutos.
- Discusión de resultados por escrito, esto implica las conclusiones a las cuales los pacientes llegaron.
- Teoría de afrontamiento, aquí se reafirma lo que los apacientes mencionan y el terapeuta menciona otras que no hayan sido expuestas.
- Aclaración de dudas
- Cierre de sesión.

Cuarta sesión (12)

- Dudas de la sesión anterior
- Estrategias para prevenir la recaída por el terapeuta.
- Discusión de las estrategias en grupo.
- Aclaración de dudas
- Despedida motivacional, dando énfasis que lo que han completado es un gran logro.

2.3.7 Factores protectores y riesgo durante el tratamiento

Para evidenciar una buena evolución clínica en los pacientes esquizofrénicos con adicciones se debe de dar tratamiento a medio-largo plazo. Durante ese período el paciente debe de adaptarse al contexto y hacer cambios en su vida. Estos pacientes se les presenta durante el camino factores que ayudan a una mejor evolución, pero a la vez existen riesgos que pueden interferir en todo el tratamiento dado. (11)

2.3.7.1 Factores de protector

Son todos aquellos que promueven y garantizan la estabilidad clínica y psicosocial del paciente que se encuentra bajo tratamiento. Estos factores provienen de la propia persona lo cual incluye una buena actitud, aptitud y un comportamiento adecuado, o bien puede proceder de la familia, grupo de convivencia y equipo médico. (11)

Entre los factores de protección se pueden mencionar: adherencia al tratamiento psicofarmacológico, cumplimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadores, optimización de la capacidad de afrontamiento mediante entrenamiento psicosocial, autonomía y competencia interpersonal, disponibilidad de un

adecuado apoyo familiar y social, disponibilidad de apoyo profesional especializado y desarrollo de una actividad laboral protegida u ordinaria. (11)

- **Adherencia al tratamiento psicofarmacológico**

Se trata de cumplir con las órdenes médicas para la toma de medicinas, poder crear confianza en la relación paciente-médico para la resolución de dudas ya que muchos de los medicamentos generan efectos adversos y se convierte en una de las principales causas de abandono. (11)

- **Cumplimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras**

Este factor consiste en poder recuperar todas las áreas perjudicadas. Es por ello que esto incluye la motivación, el acompañamiento y la promoción de estas actividades. (11)

- **Optimización de la capacidad de afrontamiento mediante entrenamiento psicosocial.**

Se trata de poder fortalecer y desarrollar competencias para que el paciente pueda afrontar cualquier situación. La asociación Dual incluye: psico-educación, prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de autocontrol, actividades de la vida diaria, actividades psicomotrices, deportivas, talleres ocupaciones, actividades formativas, rehabilitación laboral, ocio y tiempo libre e intervención familiar. (11)

- **Disponibilidad de un adecuado apoyo familiar y social**

Los pacientes que tienen el apoyo de la familia tienen una mayor ventaja y pronóstico. Es por ello que se realizan sesiones de tutoría individual y en grupos de psicoeducación. Con ello permite conocer la realidad clínica del problema y desechar la información falseada o incorrecta. (11)

- **Disponibilidad de apoyo profesional especializado**

Es el equipo médico encargado de poder realizar el diseño de intervención así como los ajustes durante el tratamiento para mejorar una mejor evolución. Esto debe de incluir un psiquiatra, un médico en medicina general, un psicólogo, trabajador social, un educador y terapeuta ocupacional. (11)

- **Desarrollo de una actividad laboral, protegida y ordinaria.**

Consiste en conseguir un trabajo y mantenerlo luego del periodo de rehabilitación, ya que se dice que es una “prueba de fuego” donde el paciente pone en práctica todas las habilidades aprendidas y trabajadas durante el tratamiento. El trabajo incluye la integración del individuo, establecimiento de un orden diferenciador del tiempo de trabajo, ocio y la percepción de un sueldo que le brinda independencia. (11).

2.3.7.2 Factores de riesgo

Son todos aquellos que pueden generar un desequilibrio y aumentan la vulnerabilidad del individuo, generando así una gran probabilidad de recaída. (6)

Entre los factores de riesgo se incluyen: incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico, inadecuado seguimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadores, escasez o pobre repertorio de habilidades de afrontamiento, ausencia de apoyo familiar o inadecuación de este, incorporación laboral precipitada o en entorno inadecuado, uso de drogas, aspectos estresantes específicos potencialmente desequilibrantes. (11)

- **Incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico**

Los pacientes que se encuentran bajo tratamiento psicofarmacológico presentan el riesgo de abandono debido a los efectos secundarios indeseados que estos generan o bien cuando existe una buena evolución lo suspenden por la idea de que ya están curados. Algunas personas atribuyen los síntomas propios de la enfermedad como consecuencia de la ingesta de los fármacos por ende lo suspenden. (11)

- **Inadecuado seguimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras.**

Cuando no existe un adecuada asistencia a las reuniones terapéuticas y rehabilitadores o bien es de forma irregular pone en riesgo a todo el proceso que se ha conseguido y posibilidad de recaída. (11)

- **Escasez o pobre repertorio de habilidades de afrontamiento**

Toda aquella situación que genere estrés representa un obstáculo para los pacientes con patología dual, ya que a veces no los enfrentan de la manera adecuada y no existe un manejo de emociones. Es por ello la importancia de enseñar a gestionar este tipo de emociones mediante estrategias. (11)

- **Ausencia de apoyo familiar o inadecuación de éste**

La ausencia de apoyo familiar representa más riesgos de recaída para el paciente, ya que actúa como un núcleo de convivencia negativo en vez de protección. (11)

- **Incorporación laboral precipitada o en entorno inadecuado**

Se da cuando al paciente se le involucra de manera temprana a desempeñar un trabajo, esto conlleva a un fracaso y frustración por parte de él. (11)

- **Uso de drogas**

Las drogas en sociedad se encuentran accesibles debido a que algunas, culturalmente, son consideradas normales. Por ende es de suma importancia que el paciente en rehabilitación no tenga ningún tipo de contacto con drogas. (11)

- **Estresantes específicos potencialmente desequilibrantes**

Todas aquellas personas que no tengan ingresos económicos que no permitan ser independiente, poseer libertad y autonomía generan estrés en el paciente y se convierten en factores de riesgo. También se incluye todas aquellas causas judiciales pendientes o condenas firmes que están a la espera. (11)

2.4 Cuestionario CAGE

El cuestionario CAGE fue creado por el Dr. John Swing en 1984, con el propósito de poder detectar problemas de dependencia hacia el alcohol. Junto a TEAK Y AUDIT son los test más populares para la detección de dichos problemas. Este puede ser administrado por un profesional de salud o de manera autónoma. (13)

El cuestionario consta de 4 preguntas que abarcan sucesos a lo largo de la vida del paciente, y no específicamente de circunstancias actuales. (17,18) Su interpretación consiste en brindarle 1 punto a todas aquellas preguntas en donde la respuesta es "SI" y 0 puntos en donde es "No". Las personas que posee una puntuación mayor o igual a 2 puntos se interpretan como pacientes que padecen de problemas de alcohol. (17,18)

El cuestionario CAGE ha sido validado en múltiples ocasiones, teniendo una sensibilidad de 93% y 76% de especificidad para la identificación de problemas de consumo excesivo de alcohol. También posee una sensibilidad de 91% y 71% de especificidad para la identificación de alcoholismo. (13)

El cuestionario CAGE se utiliza exclusivamente para el diagnóstico de alcoholismo, es por ello que ha sido modificado para poder incluir drogas, CAGE AID. El CAGE AID consiste en 4 preguntas incluyendo alcohol y drogas. Este cuestionario tiene una sensibilidad del 70% y especificidad de 85% cuando tiene una sumatoria de 2 puntos. (13)

Se recomienda que todo paciente que tenga un resultado positivo en los screening, se someta a evaluaciones posteriores por profesionales de salud especializados para un mejor abordaje y diagnóstico. Si se desea identificar a pacientes con trastorno de consumo activo por alcohol se recomienda AUDIT, pero si se trata de evaluar a lo largo de la vida se recomienda CAGE (14)

El cuestionario CAGE puede ser utilizado en las diferentes poblaciones, se aconseja que se valore la modificación de el para poder aplicarlo. Una población que se beneficia con este tipo de cuestionarios son los pacientes psiquiátricos ya que es un cuestionario fácil, breve y no intimidante. (15)

3 Objetivo General

Caracterizar epidemiológicamente a los pacientes esquizofrénicos con trastorno por consumo de sustancias.

4 Objetivo Específico

1. Determinar la prevalencia de trastorno por consumo de sustancias en los pacientes con esquizofrenia.

5 Metodología

Diseño de Estudio

Estudio Descriptivo, observacional y analítico (cohorte puntual).

Población

Pacientes mayores de 18 años con esquizofrenia que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora.

Muestra

La muestra inicial del estudio fue de 200 pacientes esquizofrénicos pero se tuvieron que excluir a 6 pacientes debido al estado psicótico en que se encontraban (total 194 pacientes). Obtenida de una población de 5939 pacientes con esquizofrenia que asistieron a la Unidad de Consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, utilizando un intervalo de confianza del 95% con una precisión del 0.07 y una prevalencia del 40%.)

Tipo de muestra

Simple; aleatoria

Marco muestral

Pacientes con esquizofrenia que asistieron a la Unidad de Consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora.

Sujeto de estudio

Pacientes con esquizofrenia que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora.

Unidad de análisis

Paciente con esquizofrenia que asistió a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora.

Criterios de exclusión

Pacientes esquizofrénicos en estado psicótico.

Definición y Operalización de variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de Variable y escala de medición | Indicador o unidad de medida |
|-------------------------------------|---|--|---------------------------------------|------------------------------|
| Trastorno por consumo de sustancias | <p>El conjunto de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que el paciente presenta y que indican que se encuentra consumiendo la sustancia a pesar de los problemas que conlleva para su salud.</p> <p>Las sustancias de consumo son: alcohol, marihuana, inhalantes, estimulantes, opiáceos, sedantes o hipnóticos, alucinógenos, tabaco y otros.</p> | <p>El cuestionario CAGE AIDS consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica (si o no). Las preguntas abarcan los 4 criterios globales de trastorno por consumo de sustancias :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control deficitario 2. Deterioro social 3. Consumo de riesgo 4. Farmacológico. <p>A cada pregunta se le da 1 punto si la respuesta es SI y 0 puntos si la respuesta es NO.</p> <p>La interpretación consiste en:</p> <p>Trastorno por consumo de sustancias (CAGE +): 2-4 puntos en CAGE AIDS Questionarie</p> <p>No trastorno por consumo de sustancias (CAGE -) <2 puntos en CAGE AIDS Questionarie. (población en riesgo)</p> | Cualitativa Nominal | CAGE + CAGE- |
| Género | Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres. | Proporcionado por el paciente durante la Entrevista | Cualitativa Nominal | Masculino Femenino |
| Edad | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. | Proporcionado por el paciente durante la entrevista | Cualitativa Nominal | 18 a <48 años >48 años |

| | | | | |
|-------------------|---|---|---------------------|--|
| Estado Civil | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. | Proporcionado por el paciente durante la entrevista | Cualitativa Nominal | Soltero Con Pareja |
| Escolaridad | Periodo de tiempo que un niño o joven asiste a la escuela para estudiar y aprender. | Proporcionado por el paciente durante la entrevista | Cualitativa Nominal | Sin estudios Con estudios Primaria Secundaria diversificado universidad |
| Convivencia | Hace referencia a la vida en compañía de otro u otros individuos | Proporcionado por el paciente durante la entrevista | Cualitativa Nominal | Solo Con familia |
| Ocupación laboral | Es el oficio o profesión de una persona. | Proporcionado por el paciente durante la entrevista | Cualitativa Nominal | Empleado desempleado |
| Sustancias | Todo fármaco o principio activo, elemento de origen biológico natural o producto obtenido de el por diversos métodos, o sustancias producidas artificialmente que produce efectos en el sistema nervioso central modificando el estado de ánimo o produciendo placer. | Proporcionado por el paciente durante la Entrevista Pacientes esquizofrénicos que consumen sustancias: 1 sustancia (alcohol o drogas) mayor o igual a 2 sustancias (alcohol + > 1 droga o >2 drogas) | Cualitativa Nominal | Alcohol Marihuana Alucinógenos Inhalantes Opiáceos Sedantes, hipnóticos y /o ansiolíticos Estimulantes Tabaco Otras sustancias |

La prevalencia del trastorno por consumo de sustancias se calculará mediante una prevalencia:

$$\text{PREVALENCIA: } \frac{\text{CAGE +}}{\text{CAGE (+) + CAGE -}} *100$$

En donde la población total está comprendida por todos los pacientes esquizofrénicos consumidores de sustancias. CAGE + son los pacientes esquizofrénicos que padecen de un trastorno por consumo de sustancias y CAGE

– son los pacientes esquizofrénicos que consumen sustancias pero no llenan criterios de abuso y dependencia de sustancias pero se encuentran en riesgo.

Técnicas e instrumentos

La técnica que se utilizó fue la entrevista a la población esquizofrénica que asistió a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, en donde se implementó el cuestionario propuesto por el National Institute of Drug Abuse para la detección de pacientes que probablemente cursan con trastorno por consumo de sustancias, CAGE-AIDS. Por lo que se realizaron visitas a la consulta externa para poder captar a los participantes de la población a estudio, solicitando su consentimiento.

El cuestionario CAGE AIDS se utiliza para trastornos de alcohol y/o drogas. El cuestionario inicia con la recolección de datos generales (No. Identificación, nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación laboral, escolaridad y drogas de consumo), seguido de 4 preguntas de tipo dicotómico (si o no), con una valoración de 1 punto por cada respuesta “sí” y 0 puntos por cada respuesta “No”. La puntuación igual o mayor a 2 puntos indica que el paciente probablemente cursa con un trastorno de consumo de sustancia; la puntuación menor de 2 puntos indica que no cursa con trastorno por consumo de sustancia pero se encuentra en riesgo de desarrollarla.

El cuestionario se validó con 10 personas que participaron de manera voluntaria, dichos resultados no fueron incluidos en el estudio.

Procedimiento

- Se obtuvo el aval de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.
- Se obtuvo la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética del Hospital de Salud Mental Dr. Federico Mora.
- Se asistió a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, para la validación del instrumento, en donde se seleccionaron a 10 personas al azar para la realización del cuestionario CAGE AIDS. Con ello, se observaron los errores en las preguntas, el tiempo promedio del llenado de la encuesta con el fin de poder realizar las correcciones pertinentes, antes del inicio del trabajo de campo.
- Se inició el trabajo de campo en la consulta externa en donde se habló con los familiares y paciente con el objetivo de plantearle de manera individual, con lenguaje claro, el propósito, objetivos y utilidad del estudio. Una vez comprendida toda la información por parte del familiar y paciente, se le solicitó firmar el consentimiento informado.
- Se realizaron 200 entrevistas en donde el entrevistador fue el responsable de moderar y realizar las preguntas, asegurándose que el paciente

contestará las 4 preguntas y brindara toda la información para datos generales.

- Se analizaron los datos obtenidos mediante el programa EPIINFO, adquirido en la página del CDC.
- Se presentaron los resultados del estudio ante el comité de tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar antes de la defensa de tesis.
- Defensa de Tesis por parte del Comité de Tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.
- Presentación de resultados al Hospital de Salud Mental Dr. Federico Mora.

Análisis de datos

Los datos recolectados por medio del cuestionario CAGE AIDS se ingresaron a una Hoja de Microsoft Excel, de acuerdo a cada una de las variables creadas. Se eliminaron todos aquellos pacientes duplicados mediante el Registro médico y nombre completo del paciente.

El análisis utilizado para la identificación de las características epidemiológicas de la población a estudio fue de tipo descriptivo, mediante un conteo de frecuencias tipo porcentaje mediante el Programa Epiinfo 7.2.0.2 , adquirido en la página de Center for Disease Control and Prevention de manera gratuita.

Sumado a ello se realizó análisis inferencial, mediante asociaciones entre la patología a estudio (trastorno por consumo de sustancias) junto a cada una de las variables estudiadas por medio del uso de Chi cuadrado, en donde se tomó en cuenta únicamente las asociaciones estadísticamente significativas($p < 0.05$). Así mismo se realizó intervalos de confianza del 95%.

Con el Programa Epiinfo 7.2.0.2 del CDC, se crearon variables para el análisis estadístico descriptivo e inferencial, siendo las siguientes:

A.EDAD

<48 años

>48 años

SEXO

aMasculino

femenino

A.ESTCIVIL

Con Pareja

Soltero

ESCOLARIDAD

Sin estudios

Primaria

Secundaria

Diversificado

Universitario

A.ESTUDIOS

Con estudios

Sin estudios

OCUPACION

Empleado

Desempleado

CONVIVENCIA

Familia

Solo

TRASTORNO

Cage +

Cage -

COMBINACIONES

Alcohol

Tabaco

Inhalantes

Alcohol-marihuana

Alcohol-Inhalantes

Alcohol-estimulantes

Alcohol-Tabaco

Marihuana-inhalantes

Marihuana-Tabaco

Alc-marih-tab

Alc-marih-inh-esti-tab

Alc-marih-inh-tab

Alc-marih-est-tab

Alch-inh-tab

Alc-est-tab

no

2NO.DROGAS

<1sus

>1sus

Alcances

El propósito de este estudio fue poder determinar las características epidemiológicas y la prevalencia de trastorno por consumo de sustancias en los pacientes esquizofrénicos con el fin de poder proporcionarle este tipo de información al Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora, para poder implementar medidas educativas hacia los familiares y pacientes, para que puedan identificar los signos de abuso/dependencia de sustancias y solicitar ayuda de manera oportuna.

Límites

Durante el estudio se pudo evidenciar dificultad en la comprensión de las preguntas debido al estado en que se encontraban los pacientes, y poca confianza para brindar las respuestas por miedo a ser sancionados por el consumo de las sustancias.

Aspectos Éticos

Previo a la realización del cuestionario CAGE AIDS, se les explicó a cada uno de los pacientes y familiares, con un lenguaje claro, sencillo y conciso los objetivos del estudio, el tipo de instrumento, la duración de la entrevista y la lectura del consentimiento informado brindándole al participante la confidencialidad de los datos y anonimato.

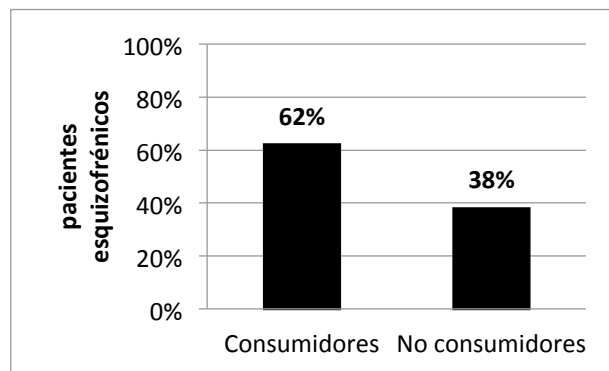
Así mismo, se les informó que los datos obtenidos mediante el cuestionario fueron utilizados exclusivamente para la interpretación y análisis del estudio teniendo acceso a ello solo el Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora y el Comité de Tesis de la Universidad Rafael Landívar.

6 Resultados

Durante el estudio se entrevistaron a 200 pacientes esquizofrénicos a quienes se les realizó el cuestionario CAGE AIDS, por medio del cual se recabó la información necesaria para su caracterización, pero se excluyeron 6 de ellos debido a que se encontraban en estado psicótico

Gráfica 1

Frecuencia del consumo de sustancias en pacientes esquizofrénicos que asisten a la consulta externa.

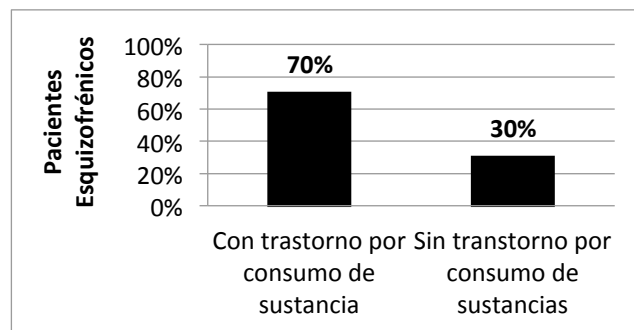


Fuente: Entrevista, Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora.
n= 194

En la **Gráfica 1** se evidencia que de los 194 pacientes entrevistados, 121 pacientes (62%) consumen o han consumido alguna sustancia a lo largo de su vida y 73 pacientes (38%) nunca lo han hecho.

Gráfica 2

Prevalencia del trastorno por consumo de sustancias en pacientes esquizofrénicos consumidores.



Fuente: Entrevista, Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora.
n= 121

En la **Gráfica 2**, de los 121 pacientes esquizofrénicos consumidores de sustancias, 85 pacientes (70%) llenaron criterios de trastorno por consumo de sustancias ya que obtuvieron >1 punto en el cuestionario CAGE AIDS.

Así mismo, 36 pacientes (30%) se encuentran en riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias ya que han estado expuestos alguna o múltiples sustancias.

Tabla 4

Distribución porcentual de Características epidemiológicas de Pacientes esquizofrénicos consumidores.

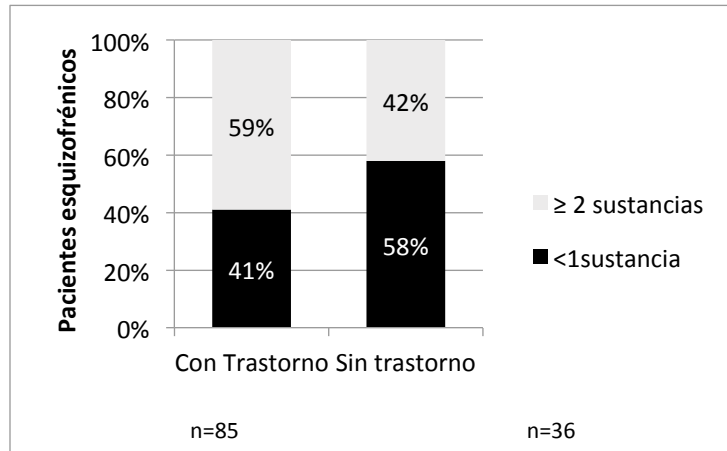
| Variable | Con trastorno por consumo de sustancias (n= 85) | Sin trastorno por consumo de sustancias (n=36) |
|---------------------|---|--|
| SEXO | | |
| Masculino | 76 (89%) | 17 (47%) |
| Femenino | 9 (11%) | 19 (53%) |
| EDAD | | |
| < 48 años | 59 (69%) | 23 (68%) |
| > 48 años | 26 (31%) | 13 (32%) |
| ESCOLARIDAD | | |
| Ninguna | 11 (13%) | 3 (8%) |
| Primaria | 41 (48%) | 19 (53%) |
| Secundaria | 18 (21%) | 7 (19%) |
| Diversificado | 5 (6%) | 5 (14%) |
| Universitario | 10 (12%) | 2 (6%) |
| ESTADO CIVIL | | |
| Soltero | 70 (82%) | 27 (75%) |
| Casado | 15(18%) | 19 (25%) |
| OCUPACIÓN | | |
| Empleado | 43 (51%) | 10 (28%) |
| Desempleado | 42 (49%) | 26 (72%) |
| CONVIVENCIA | | |
| Familia | 79 (93%) | 31 (86%) |
| Solo | 6 (7%) | 5 (14%) |

Fuente: Entrevista, Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora

En la Tabla 4 se evidencia las características epidemiológicas los pacientes esquizofrénicos con y sin trastorno por consumo de sustancias. En donde se encontró 2 asociaciones: Sexo y ocupación.

Gráfica 3

Número de sustancias consumidas por pacientes esquizofrénicos con o sin trastorno por consumo.



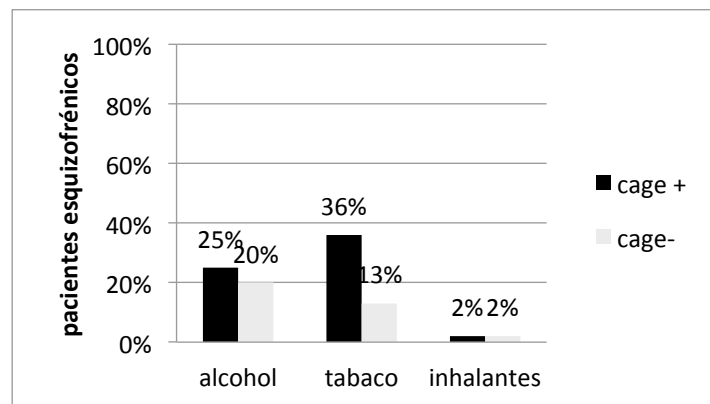
Fuente: Entrevista, Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora

En la **Gráfica 3** se evidencia que de los 85 pacientes con trastorno por consumo de sustancias, el 59% consume más de 1 tipo de sustancia y 41% consume solo 1 tipo de sustancias.

De los 36 pacientes sin trastorno por consumo de sustancias, el 58% consume solo 1 tipo de sustancia, mientras que el resto dos o más.

Gráfica 4

Sustancias utilizadas con mayor frecuencia en pacientes esquizofrénicos consumidores de 1 sustancia.



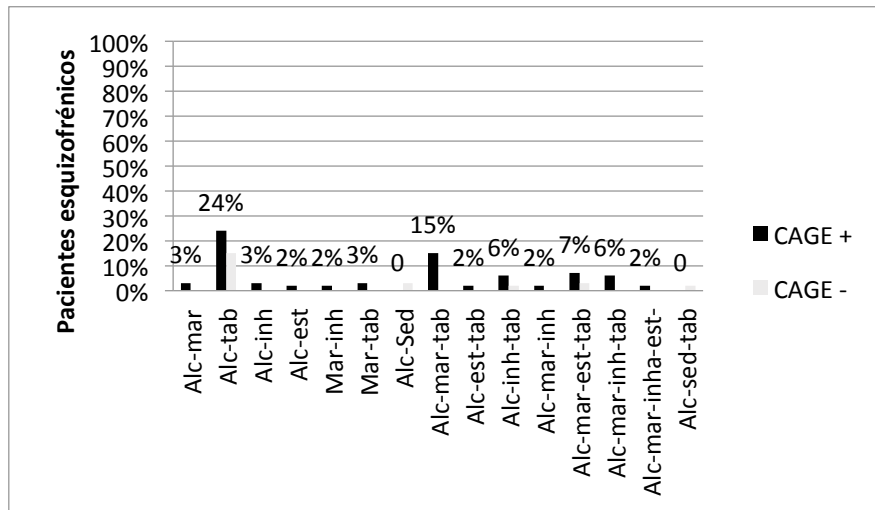
Fuente: Entrevista, Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora
n= 55

En la **Gráfica 4** se evidencia que 55 pacientes esquizofrénicos consumen solo 1 tipo de sustancia, en donde se evidencia que el 25% de estos

pacientes tienen trastorno por consumo de alcohol, 36% de tabaco, el 2% con inhalantes.

Gráfica 5

Sustancias utilizada con mayor frecuencia en pacientes esquizofrénicos con trastorno por consumo de 2 sustancias.

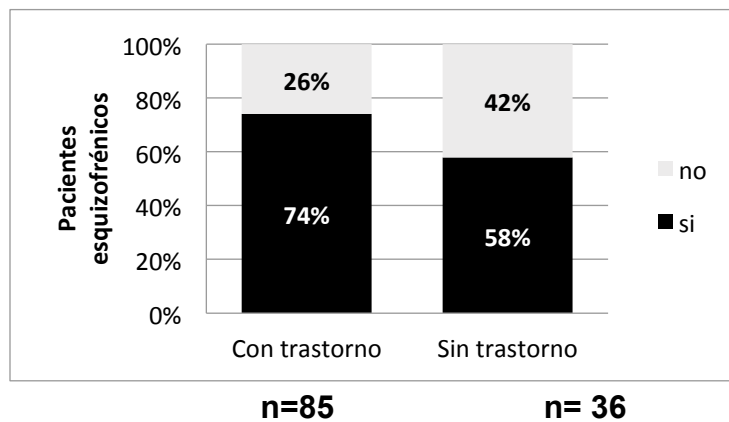


Fuente: Entrevista, Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora
n=66

En la **gráfica 5** se evidencia que 66 pacientes esquizofrénicos (55%) consumen más de 1 tipo de droga, se evidencia que los pacientes con trastorno por consumo de sustancias tienen una mayor prevalencia por Alcohol-tabaco en un 24%, alcohol-marihuana- tabaco en un 15%, siendo las dos combinaciones más frecuentes.

Gráfica 6

Frecuencia de tabaco en pacientes esquizofrénicos consumidores de sustancias.

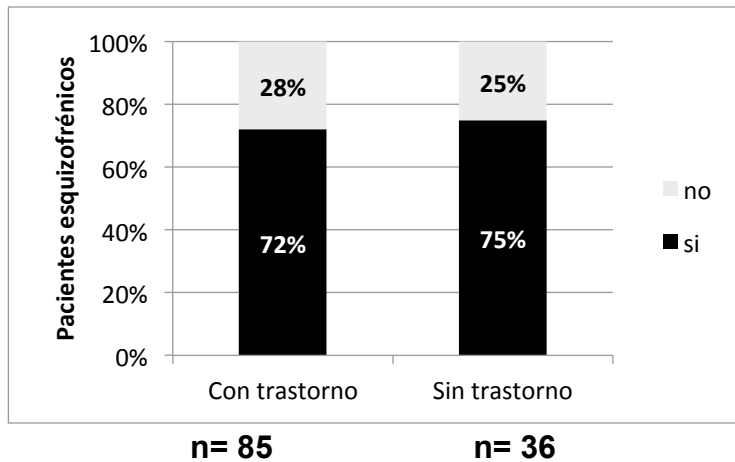


Fuente: Entrevista, Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora

En la **Grafica 6** se evidencia que 63 (74%, IC: 65-83) pacientes con trastorno por consumo de sustancia llenan criterios para trastorno por tabaco, mientras que 21 pacientes (58%, IC: 42-74) se encuentran en riesgo de desarrollar trastorno por

Gráfica 7

Frecuencia de alcohol en pacientes esquizofrénicos consumidores de sustancias.

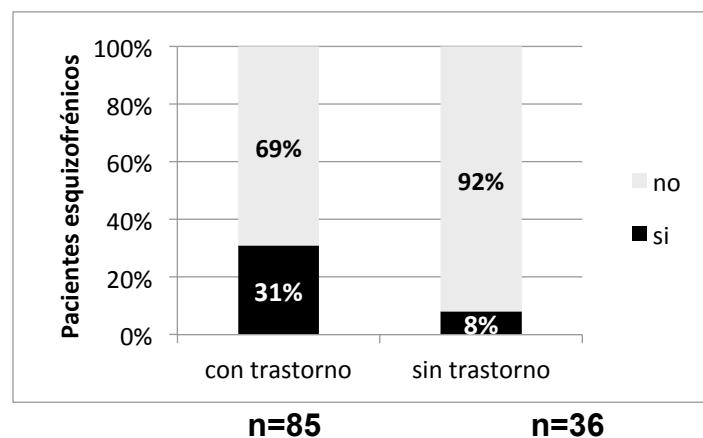


Fuente: Entrevista, Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora

En la **Grafica 7** se evidencia que el 72% (IC: 62-81) de los pacientes con trastorno por consumo de sustancia, es secundario al alcohol, mientras que el 75% (IC: 61-89) de los pacientes sin trastorno por consumo de sustancias se encuentran en riesgo de desarrollarlo.

Gráfica 8

Frecuencia de marihuana en pacientes esquizofrénicos consumidores de sustancias.



Fuente: Entrevista, Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora

En la **Gráfica 8** se evidencia que un 31% (IC: 21-40) de los pacientes esquizofrénicos con trastorno por consumo de sustancias es secundario a

marihuana, mientras que un 8% de los pacientes sin trastorno por consumo se encuentra en riesgo de desarrollarlo.

Tabla 5

Trastorno de consumo de sustancias asociados a sexo, ocupación, tabaco y marihuana.

| Variables | Valor de p (p= 0.05) | OR |
|------------------|---------------------------------|------------|
| Sexo | 0.01 | 9 |
| Ocupación | 0.001 | 2.5 |
| Tabaco | 0.001 | 2 |
| Marihuana | 0.02 | 5 |

Fuente: Entrevista, Hospital Nacional de Salud Mental Dr. Federico Mora

n=85

7 Análisis y discusión

Los pacientes con trastorno psicótico frecuentemente presentan trastorno por consumo de sustancias. El consumo de sustancias empeora el curso y pronóstico de la esquizofrenia y dificulta el tratamiento psicofarmacológico y su abordaje. (4)

Durante la elaboración del estudio, se evidenció que hasta un 70% (IC 56-70%) de los pacientes esquizofrénicos se esperan que consuman al menos un tipo de sustancia a lo largo de su vida, esto se ha asociado debido a la patología mental de base con la que cursan. De esta población, se determinó que hasta el 78% (IC 62-78%) llega a cumplir criterios de trastorno por consumo de sustancias, datos muy similares a 3 grandes estudios. El epidemiológica Catchment Area 1990, evidenció un 47% de trastorno por consumo de sustancia en esquizofrénicos, el CATIE 2006 un 60% de trastorno por consumo de sustancia en pacientes psicóticos (no únicamente esquizofrenia) y el estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de patología dual en Madrid 2008 con un 53%; se cree que existe una gran similitud en los resultados debido a que las alteraciones mentales los predispone a un consumo de sustancias de manera temprana con el fin de poder disminuir los síntomas positivos y negativos característicos de la esquizofrenia, los cuales repercuten en la calidad de vida y su evolución, y en mejorar las relaciones sociales y personales.(4)

Sexo

En el estudio se evidenció que los pacientes esquizofrénicos con trastorno por consumo de sustancias tienen una participación del 89% del sexo masculino y un 11% del sexo femenino, muy diferente a lo obtenido en el grupo Sin trastorno por consumo de sustancias, en donde se evidenció una participación similar de ambos grupos (masculino 47% y femenino 53%). Por lo tanto, se obtuvo una asociación

estadísticamente significativa la cual indica que los pacientes esquizofrénicos del sexo masculino tienen 9 veces más probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias que el sexo femenino. Dichos resultados se asocian ya que en los últimos años se ha evidenciado un mayor consumo de sustancias en el sexo masculino que femenino, esto se ha asociado debido a 3 factores según Sadock y Sadock V: (5)

1. La presión cultural que existe para que los hombres inicien el consumo de alcohol y tabaco es cada vez mayor, socialmente bien visto y se ha relacionado con el consumo de múltiples sustancias.

2. Mayor acceso económico para adquirir las sustancias debido a que usualmente los hombres son la población económicamente activa con mayor predominio.

3. Los hombres tienen una mayor tendencia a la impulsividad.

Estos datos son muy similares al estudio realizado por Valverde y compañeros 2013, en donde se incluyeron 73 expedientes de pacientes egresados de un hospital psiquiátrico con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en donde demuestra que hubo una participación del 81% de los hombres y un 19% de mujeres.(5)

Edad

Se identificó una edad media de 40.1 años en los pacientes esquizofrénicos consumidores con trastorno por consumo de sustancias, datos muy similares a 2 estudios realizados previamente. Según Vicente y colaboradores 2001, se obtuvo una edad media de 32 años en pacientes esquizofrénicos que consumen sustancias, con una muestra de 60 pacientes (3) y en un estudio más reciente, Szerman y colaboradores 2013 demostraron que los pacientes con diagnóstico dual, la edad promedio fue de 37.7 años, pero este no hace diferencia exclusivamente a los pacientes esquizofrénicos. (8) Esto se ha asociado ya que entre los 28-47 años la persona tiene mayor capacidad económica y mayor independencia de la familia por lo cual se les facilita el acceso a las sustancias.

Escolaridad

En el presente estudio se evidenció que los pacientes con esquizofrenia y Trastorno por consumo de sustancias cuentan con un grado de escolaridad bajo, ya que el 48% tiene estudios hasta primaria y el 21% en secundaria, datos muy similares con el estudio de Valverde y colaboradores en 2013, en donde demostraron que un 49% de pacientes con patología dual cuentan con primaria, secundaria con un 44% y universitaria un 4%.(5)

Esto se asocia debido a que Guatemala es un país que se caracteriza por un grado alto de pobreza (59.3% en 2017), y la mayoría de los pacientes vistos en el Hospital Nacional de Salud mental son provenientes de familias rurales y con alto

grado de pobreza, por lo que para la mayoría de la población le es muy difícil continuar con sus estudios ya que necesitan suspenderlos para poder ir a trabajar desde edades muy tempranas y convertirse en el sustento de la familia. Así mismo, la población esquizofrénica cuenta con bajos niveles educativos, ya que la sintomatología positiva y negativa aparecen usualmente en la adolescencia tardía (16-18 años) por ende muchos no concluyen los estudios ya que interfieren en su calidad de vida.(4)

La baja incidencia de personas analfabetas en esta población puede estar relacionada a la accesibilidad que existe a los niveles escolares de primaria, ya que para el 2017 la tasa de analfabetismo era de 12%, la cual disminuyó un 30% en las últimas dos décadas.

Estado civil

Según varios estudios se ha evidenciado que los pacientes con patología dual tienen pocas capacidades para poder formar y mantener una familia, por lo cual usualmente ellos viven solos. En Valverde y colaboradores, 2013, se evidenció que un 88% de los pacientes con patología dual se encontraban en ese momento solteros, un 7% casados y un 4% en unión libre.(5) En Szeman y colaboradores en 2013, evidenciaron que un 53% de los pacientes con patología dual se encontraban en ese momento solteros, un 30% casados y un 15.5% divorciados.(8)

En el estudio realizado, se evidenciaron datos muy similares a los estudios previamente descritos, lo cual se relaciona con la literatura consultada, ya que algunos autores mencionan que hasta un 70% de los pacientes consumidores tienen problemas de índole familiar, poca capacidad de ser independientes ya que por la esquizofrenia estos pacientes son crónicamente enfermos y sufren de la sintomatología positiva y negativa (principalmente alogia y asociabilidad) lo que genera una ruptura de pareja, imposibilidad de conseguir una o bien mantener una. (5)

Convivencia

En el estudio realizado, se evidenció que 93% de los pacientes viven con familia y un 7 % solos, similares a los obtenidos por Vicente y colaboradores 2001, en donde demostró que el 76% de los pacientes esquizofrénicos con trastorno por consumo de sustancias viven solo. Este hecho se ha asociado ya que el ambiente familiar protege al consumidor generando así un nivel de confianza que le impide abandonar el núcleo familiar y una dependencia para subsistir ya que son pacientes crónicamente enfermos por la patología psiquiátrica de base, solo un 20% de los pacientes con esquizofrenia retorna a una vida normal. (3)

Ocupación

Los pacientes con patología dual tienen poca capacidad de encontrar y/o mantener un empleo debido a los efectos secundarios del tratamiento antipsicótico y por el consumo de sustancias. En contra de lo esperado, se evidenció que los pacientes esquizofrénicos con empleo tienen 2.5 veces más probabilidad de padecer un trastorno por consumo de sustancias. Dichos resultados se asocian con el hecho que estos pacientes forman parte del llamado sector informal de trabajo, el cual presenta dificultades en el acceso a los servicios de salud, malas condiciones de vivienda, trabajos informales, corto plazo y con pagas bajas, dificultades para obtener un espacio para la recreación y por ende el consumo de sustancias representa un medio de escape para la condición de vida. (5)

Frecuencia de Sustancias

En el estudio se evidenció que los pacientes esquizofrénicos con trastorno por consumo de sustancias hasta un 52% pueden llegar a consumir 1 solo tipo de droga (IC= 31-52%) y hasta un 69% pueden llegar a consumir 2 o más tipos de drogas (IC=48-69%). La combinación de más de 2 sustancias se ha relacionado con el fin de obtener un efecto de ambas sustancias, y poder lograr estados de euforia, la intensificación de los sentidos, y disminución de los efectos adversos del Tratamiento psiquiátrico, en este caso antipsicóticos.(4)

Se identificaron las principales sustancias consumidas por pacientes esquizofrénicos, las cuales son: tabaco, alcohol, marihuana. Se pudo determinar que los pacientes esquizofrénicos consumidores de tabaco tiene 2 veces más probabilidad de padecer un trastorno por consumo, esto se asocia ya que, según la literatura, se espera que hasta el 90% de los pacientes esquizofrénicos consuman tabaco (Gurpegui y colaboradores 2006) debido a un descenso de los síntomas negativos, mejoramiento del humor, capacidad social y disminución de los efectos secundarios del tratamiento antipsicótico (síntomas extrapiramidales). (4)

Así mismo, se determinó el consumo de alcohol por parte de los pacientes esquizofrénicos, en donde se espera que hasta un 81%(IC 62-81) de los pacientes esquizofrénicos padezcan un trastorno por consumo de sustancias por alcohol. En esta variable no se encontró asociación estadísticamente significativa, pero según la literatura el consumo de alcohol es más prevalente en pacientes con esquizofrenia (hasta 3 veces más) que en la población en general, entre un 33.7%(Regier y colaboradores 1990) y 60% según Buckley 1998), debido a que mejorar el humor, relaciones sociales, control de las alucinaciones y los síntomas negativos de la enfermedad. (4)

Durante el estudio se evidenció que hasta un 40%(IC 21-40) de los pacientes esquizofrénicos padecen de un trastorno por consumo de marihuana, habiéndose encontrado una asociación estadísticamente significativa en donde todo aquel

paciente esquizofrénico consumidor de marihuana tiene 5 veces más probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias, ya que la marihuana es una sustancia de fácil acceso, bajo costo que usualmente la consumen junto a otra droga para poder obtener los efectos antidepresivos, ansiolíticos y disminución de estrés.(4)

Por lo tanto, las características epidemiológicas de un paciente esquizofrénico con Trastorno por consumo de sustancias suele ser de sexo masculino, <48 años, soltero, con bajo nivel educativo, viviendo con su familia, empleado con consumo de más de un tipo de sustancia.

8 Conclusiones

1. El perfil del paciente esquizofrénico con trastorno por consumo de sustancias suele ser el de una persona de sexo masculino con un promedio de edad de 40 años (18 – 57), quien vive con su familia, de bajo nivel escolar (primaria y secundaria), soltero, empleado con consumo de más de un tipo de sustancias, teniendo estas características repercusiones en la calidad de vida y evolución clínica de la esquizofrenia en los pacientes.
2. Hasta un 70% de los pacientes esquizofrénicos se espera que consuman algún tipo de sustancia a lo largo de su vida con el fin de poder disminuir los síntomas positivos y negativos de la patología mental de base. Y hasta un 38% de los pacientes consumidores se encuentran en riesgo de desarrollar problemas de abuso y/o dependencia que empeoren el curso de su enfermedad mental.
3. Las principales sustancias consumidas por pacientes esquizofrénicos con trastorno por consumo de sustancias son: tabaco, alcohol y marihuana, ya que son de fácil acceso y bajo costo.

9 Recomendaciones

1. Realizar el cuestionario CAGE y CAGE AIDS a todo paciente con esquizofrenia para poder detectar abuso y/o dependencia de algún tipo sustancia, con el objetivo de poder captarlos de manera temprana y brindarles tratamiento adecuado para mejorar la calidad de vida y evolución de la enfermedad mental.
2. Brindar un brochure informativo, como método educativo, respecto a los diferentes tipos de sustancias, los efectos que generan en el paciente, así como las consecuencias que representan, para que los familiares se relacionen con el consumo de sustancias y puedan solicitar ayuda de manera oportuna.

10 Bibliografías

1. American Psychiatric Association. Esquizofrenia, En: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM5. 5ta ed USA: Panamericana; 2014: Pág. 87-122
2. American Psychiatric Association. Trastorno por consumo de sustancias, En: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM5. 5ta ed USA: Panamericana; 2014: Pág. 481-591.
3. Vicente N, Díaz H, Ochoa E. Consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia [Sede Web]. Madrid; 2001. [consultado el 6 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/file/412/394>
4. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Casas. Patología Dual Protocolos de intervención en esquizofrenia. [monografía en línea]. Barcelona: EdikaMed, S.L; 2010 [accesado el 15 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo3.pdf
5. Bustos Flores MD. Patología Dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el instituto psiquiátrico “Sagrado corazón de Jesús” de la ciudad de Quito durante el mes de septiembre del año 2012. [tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, 2006.
6. Pedrero Pérez ED, Fernández Hermida JR, Casete Fernández L, Bermejo González MP, Villa RS, Gradolí VT. Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones. [monografía en línea]. Valencia: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol; 2008. [accesado 28 de agosto 2016]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231208_EN_ES03_Guia_ClinicalIntPsicologica.pdf
7. Sáiz Martínez PA, Díaz Mesa EM, García-Portilla González MP, Marina González P, Bobes García J. Patología Dual Protocolos de intervención en Ansiedad. [monografía en línea]. Barcelona: EdikaMed, S.L; 2011 [accesado el 15 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo3.pdf
8. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Mrant C, Ochoa E, Poyo F. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. Adicciones [revista en línea] 2013 [accesado el 5 de agosto 2016]; volumen 25 (1): 191-200. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/2EEM-ARIAS-Dual%20trastorno12-2-131.pdf>
9. Peris L, Balaguer A. Patología Dual Protocolos de intervención en trastorno de personalidad. [monografía en línea]. Barcelona: EdikaMed, S.L; 2010 [accesado el 15 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo2.pdf
10. García Nicolás MC, Núñez Domínguez LA, Arbeo Ruizo O, Manrique Astiz E, Portilla Fernández A, Montes Reula L. Actualización en el tratamiento de la psicosis dual. Rev Patología Dual [revista en línea] 2015 [accesado el 31 de julio 2016]; volumen 2 (4): 21. Disponible en: http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2015_21.pdf
11. Caballero Gutiérrez S. Patología Dual: L intervención Plural. [tesis de pregrado]. España: Universidad de Valladolid. Facultad Trabajo Social, 2015.

12. Valverde Alfaro E, Arce Von Herold Alexandra. Propuesta de terapia grupal de 4 sesiones en el manejo de consumo de drogas en pacientes que además padecen esquizofrenia o trastornos afectivos que estén hospitalizados. Actualización en el tratamiento de la psicosis dual. Rev Cúpula [revista en línea] 2014 [accesado el 1 septiembre 2016]; volumen 28 (1): 8-18. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v28n1/art02.pdf>
13. Williams N. The CAGE questionnaire. Occupational Medicine [revista en línea] 2014 [accesado el 5 octubre 2016]; volumen 64: 473-474. Disponible en: <http://occmed.oxfordjournals.org/content/64/6/473.extract>
14. Bradley K, Bush K, McDonell M, Malone T, Fihn S. Screening for problem Drinking: comparison of CAGE and AUDIT. JGIM.1998; vol 13(2): 379-88. PubMed PMID: 9669567.
15. Laprega MR, Furtado EF. Performance assessment of CAGE screening test among psychiatric outpatients. Latino-am Enfermagem. 2005; vol 13 (2). PubMed PMID: 16501795

11 Anexos

Consentimiento informado

Yo, _____, de _____ años, en calidad de _____ del paciente _____ autorizó para que participe en el estudio *“Caracterización epidemiológica de pacientes esquizofrénicos con trastorno por consumo de sustancias que asisten a la consulta externa. Hospital de Salud Mental Dr. Federico Mora, Guatemala.”*

Habiéndome explicado que los datos brindados por el paciente son de carácter confidencial y utilizados exclusivamente para fines académicos para la Universidad Rafael Landívar y el Hospital De Salud Mental Dr. Federico Mora.

Nombre y firma del familiar de participante



Questionario CAGE AIDS

Edad ____ Sex F M Estado civil: S C D V U Escolaridad: _____

Ocupación Laboral: ACT DES Convivencia: solo__ con familiares__

DROGAS: ninguna alcohol marihuana alucinógenos inhalantes
opiáceos sedantes estimulantes tabaco otros_____

1. ¿Alguna vez ha sentido que debería disminuir o reducir su uso de alcohol y/o drogas?

| | | | | | | |
|---------|----|----|--------|--------|----|----|
| Alcohol | si | no | Drogas | si | no | |
| Drogas | | si | no | Drogas | si | no |

2. ¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas?

| | | | | | | |
|---------|----|----|--------|--------|----|----|
| Alcohol | si | no | Drogas | si | no | |
| Drogas | | si | no | Drogas | si | no |

3. ¿Alguna vez ha sentido culpa o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas?

| | | | | | | |
|---------|----|----|--------|--------|----|----|
| Alcohol | si | no | Drogas | si | no | |
| Drogas | | si | no | Drogas | si | no |

4. ¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para estabilizar sus nervios o ayudarlo con la resaca?

| | | | | | | |
|---------|----|----|--------|--------|----|----|
| Alcohol | si | no | Drogas | si | no | |
| Drogas | | si | no | Drogas | si | no |

TABULACION ALCOHOL ____/4 ____ DROGAS (____): ____/4 ____

DROGAS (____): ____/4 ____ DROGAS (____): ____/4 ____