

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y HUMANAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



***“PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA, AREQUIPA – 2016”***

*(Estudio realizado en el Centro de Salud Mental “Moisés Heresi”)*

Tesis presentada por la bachiller:

**LINA GRETHEL CCAMA CALLO**

Para optar el título profesional de:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Asesora:**

**Mg. Karolina Yolanda Zegarra Chávez**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2018**

## **DEDICATORIA**

*A Grethel, mi madre; quien con su ejemplo, esfuerzo y dedicación, ha sido la principal fuente de apoyo y motivación para cumplir esta meta.*

*A mi hermana, Jadde; amiga y compañera de vida, de quien espero ser un buen ejemplo a seguir.*

*A ustedes, Mauro Andrés y Lina Grimalda; quienes que con su ejemplo de vida y repentina partida al más allá, dejaron un legado de enseñanzas, de superación y de gratos recuerdos que nunca olvidaré.*

*A Poull, quien día a día me impulsa a seguir adelante. Me contagia de positivismo, de entrega y pasión por lo que hago.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios, porque creo en Él, por las innumerables bendiciones en mi vida y porque es gracias a Él, el crecimiento y despliegue como seres humanos.*

*A mis queridas madre y hermana, por su constante apoyo y por creer siempre en mí.*

*A mi asesora, Karolina Zegarra, por haber orientado mi labor como futura psicóloga desde un punto ético y la puesta de nuestra vocación al servicio de los demás y; por haberme compartido su experiencia y conocimiento en el asesoramiento de la presente investigación.*

*A mi alma máter: Universidad Católica San Pablo, mis maestros, amigos y compañeros, quienes han contribuido en mi formación profesional; pero, que sobre todo me han ayudado a solidificar la vivencia de valores.*

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1. JUSTIFICACIÓN.....	11
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	13
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	14
3.1. Objetivo General .....	14
3.2. Objetivos Específicos .....	14
4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	16
1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	16
2. BASES TEÓRICAS .....	25
2.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES .....	25
2.1.2. Consumo de sustancias. - .....	27
2.1.3. Sustancia psicoactiva. - .....	28
2.1.4. Pacientes. -.....	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	31
1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	31
2. DISEÑO METODOLÓGICO .....	31
3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	31
3.1. Población. -.....	31
3.2. Muestra. -.....	31
3.3. Criterios de selección: .....	32
4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
5. INSTRUMENTOS .....	36
6. PROCEDIMIENTO .....	38
6.1. Del permiso de evaluación: .....	38
6.2. Del acceso a la muestra .....	39
6.3. Del horario de evaluación.....	39

6.4. Del cuestionario utilizado.....	40
6.5. De la intervención .....	40
6.6. Otros recursos utilizados .....	40
7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS .....	41
CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....	42
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN .....	72
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....	77
CONCLUSIONES .....	77
SUGERENCIAS .....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81
ANEXOS:.....	86

## RESUMEN

Para determinar la prevalencia y describir el consumo de sustancias psicoactivas en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de la ciudad de Arequipa; se planteó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo transeccional, a quienes se aplicó la prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias - ASSIST (OMS) considerando a sujetos entre los 18 y 65 años que cuentan con el diagnóstico de psicosis esquizofrénica y que fueron atendidos en el centro de salud mental “Moisés Heresi”, por las diferentes áreas de servicio que brinda en sus instalaciones, durante el último trimestre del año 2016. La muestra estuvo compuesta finalmente por 255 pacientes de los que el 72.5% ( $N=185$ ) confirmaron el consumo de sustancias psicoactivas, dentro de los cuales el 42.7% consumieron una sola sustancia y el 57.3% consumieron 2 o más sustancias psicoactivas a lo largo de la vida. Las características sociodemográficas de la población estudiada reflejan que la edad cronológica promedio es de 37.82 y la edad promedio de inicio de consumo es 20.69; así mismo, son los pacientes varones (60%), en condición de pacientes continuadores (84.3%), con un tipo de esquizofrenia paranoide (91.4%). Finalmente, el nivel de riesgo para la salud al que están expuestos los pacientes debido al consumo de sustancias es: de nivel bajo en cuanto al uso de drogas legales (alcohol y cigarrillos) y de nivel de riesgo moderado a alto en cuanto a las drogas ilegales (marihuana, cocaína, sedantes e inhalantes). Conocer estas cifras permite adentrarnos en la denominada patología dual y plantear un posterior tratamiento integral que aborde ambas patologías, que desde ya plantean un reto terapéutico para los actores del área clínica de la salud mental.

## ABSTRACT

*To determine the prevalence and describe the consumption of psychoactive substances in patients diagnosed with schizophrenia in the city of Arequipa; a quantitative, descriptive, transectional study was proposed, to whom the alcohol, tobacco and substance use test was applied - ASSIST (WHO) considering subjects between 18 and 65 years of age who have the diagnosis of schizophrenic psychosis and They were treated at the mental health center "Moisés Heresi", for the different areas of service provided in their facilities, during the last quarter of 2016. The sample was finally composed of 255 patients of which 72.5% (N = 185) confirmed the consumption of psychoactive substances, among which 42.7% consumed a single substance and 57.3% consumed 2 or more psychoactive substances throughout life. The sociodemographic characteristics of the population studied show that the average chronological age is 37.82 and the average age of onset of consumption is 20.69; likewise, they are male patients (60%), in the condition of continuation patients (84.3%), with a type of paranoid schizophrenia (91.4%). Finally, the level of risk to health to which patients are exposed due to the consumption of substances is: low level in terms of the use of legal drugs (alcohol and cigarettes) and moderate to high risk level in terms of drugs illegal (marijuana, cocaine, sedatives and inhalants). Knowing these figures allows us to enter the so-called dual pathology and propose a subsequent comprehensive treatment that addresses both pathologies, which already pose a therapeutic challenge for the actors in the clinical area of mental health.*

## INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud (2018), postula que “la esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que viene afectando a más de 21 millones de personas en todo el mundo”. Lo cual equivaldría a estimar que el 1-1.5% de la población mundial presenta un diagnóstico de psicosis esquizofrénica (Salcedo et al., 2015). Si bien por las cifras se puede decir que es uno de los trastornos con menor prevalencia; no obstante, se puede considerar que este cuadro psiquiátrico es uno de los que más afectan la vida propia y la interacción en el medio familiar, social, laboral, entre otros. Debido a que, principalmente, afecta o distorsiona los pensamientos, percepciones, emociones, el lenguaje, la conciencia de sí y de la realidad y, la conducta de quien la padece; teniendo pues, como hechos más comunes “el oír voces” y los delirios.

En la ciudad de Arequipa, se cuenta con diferentes centros, tanto públicos como privados, que abordan trastornos relacionados con la salud mental dentro de los que se trata la esquizofrenia. El centro de mayor referencia dentro de la región sur del país es el centro de salud mental “Moisés Heresi”, en el que según el registro diario de personas atendidas; se sabe que, mensualmente se atienden alrededor de 400 pacientes (nuevos y continuadores), de los cuales un aproximado de 120 pacientes (30%), presenta un diagnóstico de esquizofrenia. Así mismo, en un estudio realizado en dicho centro, para conocer el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos entre los años 2011 y 2013, se determinó que los trastornos con mayor prevalencia fueron: los trastornos del humor con un 22,3%, los trastornos psicóticos con un 18,3%, seguidos de los trastornos por consumo de sustancias con un 15,2%, habiendo diferencias en cuanto al género (Zegarra, Cazorla & Chino, 2016). Así, se va confirmando que las enfermedades psiquiátricas, tales como la



esquizofrenia, poseen una prevalencia predominante dentro de los trastornos más frecuentes que afectan a la salud mental. Pues, este cuadro psicótico, afecta principalmente la percepción del mundo real, que puede manifestarse a través de alucinaciones, ideas delirantes, aislamiento, conductas extrañas, entre otras. Ahora bien, en la práctica clínica de los profesionales de la salud mental, se concluye que mientras el diagnóstico y tratamiento no se da oportunamente, el cuadro puede empeorar día a día.

Por otro lado, en estos pacientes psiquiátricos puede darse a la misma vez la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias y el trastorno psiquiátrico presente, lo que hoy se conoce en el campo clínico, como Patología dual. Este tipo de pacientes, según postula Melich (2008) representa un reto terapéutico, para la red de atención de drogodependencias y la red de salud mental; pues, la atención debe incluir ambas perspectivas por la gravedad que se le confiere al trastorno dual. El consumo de sustancias psicoactivas puede significar la reactivación de la sintomatología psicótica del paciente –aunque éste no tenga conciencia de ello-; así también puede incrementar el riesgo de hospitalizaciones, porque es probable que debido al consumo no haya una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes. Y, es allí, donde recae la importancia de conocer la prevalencia de los trastornos mentales – en especial cuando se trata de trastornos duales-, para identificar de qué manera pueden incidir en la salud mental de una región específica; para así contribuir en generar políticas pertinentes en la prevención, promoción y tratamiento de las enfermedades mentales.

Es por ello que, en el presente estudio se busca conocer la prevalencia existente de la comorbilidad de estos trastornos, considerando como diagnóstico primario la psicosis y como trastorno secundario el consumo de sustancias psicoactivas, tales como: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína,

estimulantes, anfetaminas, inhalantes, sedantes, opiáceos y sustancias consumidas por vía intravenosa. Siguiendo esta idea de investigación, se quiere, además, describir los resultados encontrados, definiendo cuáles son las características de la población estudiada (sexo con mayor incidencia, edad, edad de inicio de consumo, tipo de paciente y tipo de diagnóstico), determinar cuántos de los pacientes hace uso de una o más sustancias psicoactivas, cuál es la prevalencia de consumo por cada una de las sustancias y qué nivel de riesgo para la salud representa el consumo de éstas. Por otro lado, en base a los resultados esperados se busca plantear en adelante, trabajos de investigación que apunten al abordaje terapéutico dual; así mismo, a plantear una posible correlación positiva directa teniendo al consumo de sustancias como diagnóstico primario.

En tal sentido, el primer capítulo desarrolla la idea generadora y directrices de la investigación; así mismo, señala las limitaciones que se tuvieron para llevar a cabo el estudio. El capítulo II, contiene la fundamentación teórica y antecedentes investigativos que sustentan la realización de la investigación y, en consecuencia, se brinda una definición conceptual de las variables, como son la esquizofrenia y el consumo de sustancias. Paso seguido, en el tercer capítulo se puntualiza la metodología que se consideró para el desarrollo de la investigación: tipo de estudio, diseño metodológico, población, muestra, la operacionalización de variables, etc. El cuarto capítulo, presenta los resultados encontrados de los datos procesados por el programa estadístico, dichos resultados cuentan con un análisis descriptivo según sea el caso de los hallazgos. En el capítulo V, se evidencia la contrastación y discusión del estudio realizado respecto a investigaciones anteriores; para que, finalmente en el sexto capítulo se den a conocer las conclusiones del estudio y las sugerencias correspondientes a estudios posteriores.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1. JUSTIFICACIÓN**

Dentro del campo de la Psicología clínica, un tema que ha ido cobrando mayor importancia e impacto es la llamada “patología dual”. Con este término se denomina, en muchos ámbitos, a la coexistencia de que en un mismo individuo se dé por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos pacientes “duales” son pacientes especialmente graves tanto desde la perspectiva clínica como social y constituyen un reto terapéutico, para dos redes asistenciales diferenciadas: La red de atención a drogodependencias y la red de salud mental (Melich, 2008).

Al referirnos a la “comorbilidad” y “dualidad” es importante aclarar que según las clasificaciones diagnósticas (DSM, CIE), se tomarán en cuenta los diagnósticos categoriales y no aproximaciones sintomatológicas. Así mismo, la patología dual, puede entenderse arbitrariamente como la presencia simultánea de dos patologías (sin indicar cuáles sean); no obstante, en el ámbito de la salud mental, permite identificar a “aquellos individuos que sufren de una conducta adictiva y otro trastorno mental, condiciones que pueden manifestarse de manera simultánea o continúa a lo largo de la vida de los pacientes” (Szerman MD, 2016). El consumo de sustancias en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, posee un marcado interés en la práctica clínica, ya que muchas de estas sustancias provocan reactivación de la sintomatología psicótica, aumento de los trastornos de conducta y peor cumplimiento terapéutico. Las diferentes investigaciones han concluido en que esto ocasiona un aumento del número de reagudizaciones y de reingresos psiquiátricos, y da lugar a mayores complicaciones de los trastornos psicóticos.

Según la etiopatogenia de la esquizofrenia dual (Szerman, Álvarez Vara, & Casas, 2012) en el inicio y el mantenimiento de la ingesta de sustancias intervienen diversos factores, tales como: la búsqueda de sensaciones (factores de personalidad) y características ambientales (accesibilidad, contexto cultural, entre otros), reforzamientos (positivo y negativo), conductas ambientales aprendidas, factores biogénéticos asociados con la activación de circuitos de recompensa regulados por la dopamina, en la que están presentes procesos de neuroadaptación y sensibilización; todo ello, ha sido integrado para intentar explicar la elevada comorbilidad entre la psicosis y el consumo de sustancias. Por otro lado, en otros estudios, se ha identificado que los trastornos adictivos entre la población psiquiátrica son elevados y abarcan entre 25 y 80%. De los pacientes con esquizofrenia, más de 50% consume sustancias. Lo cual condiciona a un autocuidado deficiente, un rechazo al tratamiento, un incremento de los síntomas positivos, una conducta perturbadora y un mayor índice de recaídas.

De acuerdo a la “Teoría de automedicación” se postula como hipótesis que: los pacientes con esquizofrenia se abocan, de forma directa o indirecta, al consumo de sustancias como un medio de paliar los síntomas de su enfermedad (Extein IL, 1993) o, también, los problemas de relación social, ya que este consumo les facilitaría la desinhibición. En cuanto a la *vulnerabilidad biológica entre ambos trastornos*, Extein (1993), refiere que existe algún tipo de déficit neurobioquímico similar entre el trastorno mental y el consumo de sustancias, en donde está altamente involucrado el sistema de recompensa, localizado en el haz prosencefálico medial, el área tegmental ventral, el hipotálamo lateral y algunas áreas de la corteza prefrontal. (Corominas et cols., 2007; Volkow et cols., 2000, citado por Szerman, Álvarez Vara & Casas, 2012, pág. 6. Patología dual en Esquizofrenia).

Por lo que, se puede decir que hay razones suficientes para considerar que las probabilidades de que la población psiquiátrica presente además un trastorno por consumo de sustancias, poniendo así en un mayor nivel de riesgo para su salud y empeoramiento del trastorno primario; tanto en su curso, evolución, reagudización de los síntomas, tendencia al incremento de violencia en los suicidios, deserción en la adherencia al tratamiento farmacológico, entre otros.

## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En la ciudad de Arequipa se cuenta con diferentes centros de atención psiquiátrica, dentro de los cuales se encuentra el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, que pertenece y está bajo la administración de la Beneficencia Pública de la ciudad de Arequipa; este centro de salud mental es el principal referente de atención de trastornos mentales de la región sur del país, lugar a donde se refieren pacientes de los departamentos de Moquegua, Tacna, Cusco, Puno y Arequipa y provincias, principalmente. Cuenta con un equipo de profesionales que actúan de manera inter y multidisciplinariamente al momento de brindar un diagnóstico (diagnóstico psiquiátrico y diagnóstico psicológico) si es que se tratara de pacientes que asisten por primera vez por el servicio de consultorio externo; así mismo, se atienden las diferentes enfermedades mentales mediante hospitalizaciones, que pueden ser en la modalidad de hospitalización completa o parcial y, servicios de tratamiento ambulatorio para los diferentes diagnósticos psiquiátricos en el que se incluye la esquizofrenia. Tener conocimiento de esto, permitirá abordar la muestra del estudio clasificándola desde las condiciones y/o en todo caso el tipo de paciente (nuevo, hospitalizado y continuador) diagnosticado con Esquizofrenia.

Por otro lado, teniendo en cuenta que según los registros de pacientes atendidos mensualmente en este centro; de 400 personas, que acudieron por los diferentes servicios, un aproximado de

120 poseen el diagnóstico de Esquizofrenia. Es por ello que, en el presente estudio se pretendió valorar la prevalencia entre el consumo de sustancias psicoactivas en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del centro de Salud Mental Moisés Heresi. En consecuencia, las interrogantes de investigación planteadas, fueron las siguientes:

- ¿Cuál es la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes con Esquizofrenia del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- ¿Cuál es la mayor incidencia en las características, tales como: sexo, edad cronológica y de inicio de consumo, ¿tipo de paciente y de diagnóstico –de la muestra estudiada-?
- ¿Cuál es el número de pacientes que consumen una sola sustancia o más sustancias?
- ¿Cómo es el consumo por cada una de las sustancias: cigarrillos, alcohol, marihuana, PBC, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, ¿por vía intravenosa?
- ¿Cuál es el nivel de riesgo para la salud al que están expuestos estos pacientes debido al consumo de sustancias?

### **3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.Objetivo General**

Determinar la prevalencia de consumo de sustancias en los pacientes con Esquizofrenia del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

#### **3.2.Objetivos Específicos**

- Establecer la mayor incidencia en las características, tales como: sexo, edad cronológica y de inicio de consumo, tipo de paciente y de diagnóstico –de la muestra estudiada-.

- Precisar el número de pacientes que consumen una sola sustancia o más sustancias.
- Describir el consumo por cada una de las sustancias: cigarrillos, alcohol, marihuana, PBC, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, por vía intravenosa.
- Conocer el nivel de riesgo para la salud al que están expuestos estos pacientes debido al consumo de sustancias.

#### **4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Durante la investigación las limitaciones que se encontraron fueron las siguientes:

- La principal dificultad que se tuvo en la investigación fue en la recopilación de datos; ya que, los pacientes (continuadores) no asistían los días que estaban programados en el cuaderno de citas médicas. Pues, solían acudir al centro ya sea días antes o después de lo programado y en otros casos, dejaban de asistir por un mes y se les hacía el seguimiento por las visitas de salud pública que realiza el área de enfermería.
- En el caso de los pacientes nuevos, dado que en su mayoría asistían en el cuadro agudo del trastorno, no podían ser evaluados y se esperaba a que se encontraran estabilizados y/o en otros casos se realizaba una breve entrevista con los familiares que le acompañaban a consulta y que podían brindar dicha información.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

La esquizofrenia es más comúnmente diagnosticada por primera vez durante la adolescencia tardía o adultez temprana (Szerman, Álvarez Vara, & Casas, 2012). Sus causas han sido objeto de mucho debate, con diversos factores propuestos, resultando algunos favorables y otros modificados o descartados a través de los años. La investigación científica sugiere que la genética, el desarrollo prenatal, el medio ambiente en la vida temprana del individuo, la neurobiología y teorías psicológicas y los procesos sociales, son algunos de los factores más importantes. La investigación actual psiquiátrica en el desarrollo de este trastorno a menudo se basa en un modelo centrado en el desarrollo neurológico.

Por otra parte, según lo señala las estadísticas: el 47% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, presentan un trastorno por abuso de sustancias a lo largo de su vida (sin incluir la nicotina). Aproximadamente, el 30% de los pacientes con esquizofrenia hospitalizados presentan trastornos relacionados con el abuso de sustancias y el 5% de los pacientes alcohólicos hospitalizados padecen esquizofrenia (Torres Larrañaga, 1998).

Considerando entonces, que en un mismo sujeto puede darse la presencia de uno o más trastornos. Como por ejemplo, tratarse de la existencia simultánea de un trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia); así como, de otras manifestaciones clínicas que pueden satisfacer un segundo diagnóstico, se le ha denominado de distintas formas, dentro de la cual vale la pena mencionar lo que señala Alfonso Bello, L. (s.f), respecto a: “Diagnóstico dual”, que hace alusión a un término con mayor amplitud, para indicar la presencia simultánea



de dos trastornos médicos independientes, en el que popularmente el término es utilizado para describir la “coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de drogas” y; “Trastorno dual” para indicar la coexistencia de dos trastornos independientes –que interactúan-. En adelante se hará uso del término “Patología dual”, para enmarcar no solo dos trastornos clínicos independientes (con sintomatología que satisfaga el diagnóstico), sino también que especifique que se refiere que en un mismo sujeto se dé la presencia de esquizofrenia como de un trastorno por el uso de sustancias psicoactivas, sobre todo para hacer hincapié en la importancia que plantea en la práctica clínica la intervención y tratamiento según las necesidades de cada trastorno.

La asociación de estos trastornos, puede tipificarse de la siguiente manera, según postula Alfonso Bello, L. (s.f.):

- ***Trastorno psiquiátrico primario (Tipo 1):*** El trastorno mental (para el caso -la esquizofrenia-) se inicia antes de que el consumo de la sustancia (abuso o dependencia) se haya presentado, como diagnóstico propiamente.
- ***Trastorno primario por consumo de sustancias (Tipo 2):*** El trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia) se ha dado antes del inicio del trastorno mental (esquizofrenia). En donde, las manifestaciones psiquiátricas están presentes durante las fases activas del trastorno primario (uso de sustancias) o dentro de las cuatro primeras semanas de abstinencia.
- ***Trastornos duales primarios (Tipo 3):*** También existen diversas variedades:
  - Los dos trastornos están presentes, sin haber coincidido en inicio y curso.

- Ambos trastornos son crónicos y severos con comienzos distintos y cursos sobrepuestos.
- Se da el trastorno dual de tipo 1; no obstante, ambos presentan cursos independientes sin que estos se afecten entre sí, aparentemente.
- Se da el trastorno dual de tipo 2; no obstante, ambos presentan cursos independientes sin que estos se afecten entre sí, aparentemente.

Además, se ha originado el concepto de “Patologías co-mórbidas circulares”, para hacer referencia a la presencia de ciertas comorbilidades que se superponen y se potencian como causa y efecto, tales como: la depresión y uso de sustancias. (Alfonzo Bello, L., *Epidemiología, factores etiológicos y modelos asistenciales en patología dual*, s.f. Recuperado de: <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2016/02/PMD-Patolog%C3%ADa-Dual-Epidemiolog%C3%ADa-factores-etiol%C3%B3gicos-y-modelos-asistenciales.pdf>)

Las razones para que se dé la comorbilidad son probablemente como lo dice Szerman, Álvarez Vara, & Casas, 2012: “Múltiples causas como: Vulnerabilidad genética, diversos factores ambientales y los efectos subjetivos de las drogas en el contexto de una función cerebral alterada en la esquizofrenia”. Y, en lo que se está de acuerdo es que esta situación provoca un impacto negativo en el curso de la enfermedad, lo que puede significar el incremento de número de episodios psicóticos, una mayor gravedad de los síntomas, así como la posibilidad de padecer discinesia tardía, hospitalizaciones recurrentes asociadas a otras enfermedades médicas.

Por otro parte, la cantidad de consumo de drogas en pacientes que padecen esquizofrenia es mayor de lo esperado en muestras de población general. Los consumos más prevalentes en orden descendente son: tabaco, alcohol y cannabis y; puede antagonizar algunos efectos de los antipsicóticos y disminuir su eficacia por el consumo de estas sustancias. El consumo de drogas se ha asociado con un aumento en los síntomas positivos de los pacientes psicóticos y una menor presencia de síntomas negativos (Tamayo, 1998).

La asociación entre psicosis y consumo de drogas se ha explicado mediante dos modelos: *el modelo de vulnerabilidad*, por el cual el consumo de drogas precipitaría la psicosis en sujetos vulnerables; y *el modelo de la automedicación* que justificaría el consumo como forma de aliviar los síntomas positivos o negativos o los efectos secundarios de la medicación (Arias, Sánchez, & Padín, 2002). Por otro lado, también, se distinguen 5 modelos para explicar esta asociación entre psicosis y el consumo de sustancias psicoactivas (Ortiz Lobo, 1998):

<b>MODELOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>
1. <i>Modelo etiológico</i>	Psicosis precipitada por el consumo de drogas
	El fenómeno adictivo sería otra manifestación de la esquizofrenia
2. <i>Modelo de disfunción dopaminérgica</i>	Vulnerabilidad biológica común a ambos trastornos
3. <i>Modelo de promoción de la socialización</i>	El consumo favorece la socialización del psicótico
4. <i>Modelo de la automedicación</i>	El uso de algunas drogas, mejoran algunos de los síntomas de la esquizofrenia, actuando como refuerzo negativo que condiciona a continuar el consumo.
5. <i>Independencia de los dos trastornos</i>	Alta prevalencia de ambos en la población general.

Existen diversas posibles explicaciones para la conexión entre el uso de drogas y el inicio de síntomas psiquiátricos, (Tamayo, 1998) 1) un caso en el cual se habla de un trastorno psiquiátrico inducido por sustancias; 2) La predisposición o alta sensibilidad del paciente, por consumo de una sustancia psicoactiva puede revelar un trastorno psiquiátrico; 3) El solo consumo de una sustancia psicoactiva puede intensificar un trastorno psiquiátrico preexistente.

Al referirse puntualmente al consumo del tabaco, se ha descrito un incremento de los síntomas psicóticos al cesar su consumo, interpretado como que su consumo es eficaz para la automedicación de los pacientes con esquizofrenia. Dado que, los receptores nicotínicos regulan el sistema dopaminérgico y glutamatérgico y el consumo de tabaco normalizaría la hipofrontalidad asociada a los síntomas negativos. (Arias Horcajadas F., 2007).

Se dice entonces que, el consumo del tabaco viene a tener una relación con el alivio de ciertos efectos adversos de los neurolepticos, aumentando el metabolismo o la liberación de dopamina. Este revierte ciertos efectos adversos del haloperidol. El efecto del consumo de tabaco sobre el metabolismo de los antipsicóticos disminuiría los síntomas negativos secundarios a la toma de medicación; pero, por otro lado, favorecen las recaídas. (Arias Horcajadas F., 2007)

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas, la ingesta de éste, está muy relacionada con un deficiente funcionamiento psicosocial y; en una asociación con la esquizofrenia, la funcionalidad psicosocial será la más alterada. En los últimos años se ha comprobado que la incorporación temprana de los sujetos con esquizofrenia a su medio social y familiar provoca menor deterioro de sus habilidades psicosociales.

Tanto la edad de inicio de la esquizofrenia como la del consumo de sustancias están muy relacionadas, ya que se dan aproximadamente a los 22 años. (Salcedo, Collazos, Martínez, Icaza, & Juárez, 2015). Esta coincidencia hizo que se planteen algunas hipótesis respecto a que los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia llegaran a provocar que los sujetos consumieran alcohol para minimizar sus síntomas. La euforia que provoca el alcohol en dosis bajas es uno de los hechos más controvertidos de la comorbilidad esquizofrenia-alcohol, pues se dice que el consumo de alcohol se debe a la existencia previa de síntomas negativos.

Es por eso que hay un marcado interés por ahondar en el impacto que pueda llegar a tener el consumo de estas drogas sobre el pronóstico y desarrollo de esta enfermedad psiquiátrica.

Según datos de la última Encuesta Domiciliaria sobre Drogas realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España: el alcohol es la droga psicoactiva de consumo más extendido en España. En el 2009 el 94,2% de la población de 15 a 64 años lo había consumido alguna vez en su vida, el 78,7% admitió haberlo consumido durante el año anterior a ser encuestado, el 63,3% lo hizo alguna vez durante el mes previo a la encuesta, aunque sólo un 11,0% lo consumió a diario durante este mismo periodo (EDADES, 2009).

Por otra parte, la causalidad inversa, que hace referencia al hecho de que los sujetos con expresión de vulnerabilidad para la psicosis, como pueden ser la ansiedad social o las expresiones más leves de experiencias sutiles tipo psicótico, pueden tener una mayor probabilidad de empezar a consumir cannabis como para “automedicar” su malestar (Henquet, Murria, Linszen, & Jim Van, 2006). Y, a pesar que se conoce los daños nocivos que puede ocasionar la marihuana, permanece la percepción entre la población general de que esta sustancia parece no ser tan dañina; es relativamente inocua en comparación con otras drogas

de abuso; pero, puede conducir a la aparición temprana de síntomas psicopatológicos. El delirium tóxico inducido por esta sustancia puede presentarse tras el consumo de grandes cantidades de cannabis, dado que su principal componente psicoactivo es el tetrahidrocannabinol.

En cuanto al consumo de cocaína, éste puede llevar a complicaciones psicopatológicas, en las que son comunes la presencia de síntomas psicóticos, siendo la paranoia transitoria el más destacado; así como las clásicas alucinaciones. La cocaína puede precipitar la aparición de psicosis en pacientes vulnerables. En este sentido se ha relacionado el consumo de cocaína con peor evolución, mayor número de recaídas, peor respuesta a los tratamientos convencionales y mayor posibilidad de aparición de efectos adversos e indeseados en los pacientes con trastornos mentales (Roncero, Ramos, Collazos, & Casas, 2001).

Otra sustancia, como el LSD y sus análogos, han sido utilizados como psicotomiméticos experimentales, aunque existen diversos inconvenientes (rápida tolerancia para efectos subjetivos y alucinaciones de tipo visual) que restan credibilidad al modelo alucinógeno-psicodélico del síndrome esquizofrénico. Los efectos adversos de tipo psíquico que más frecuentemente aparecen tras uso-abuso de LSD son: trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, perceptivos (trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, flashbacks) y psicóticos (Solé Puig, 2003).

Por eso las drogas repercuten en la evolución de la esquizofrenia, aumentando el número de ingresos y recaídas debido a un peor cumplimiento con las normas terapéuticas. Esto provocaría

un curso más desfavorable en un cuadro psicótico inicialmente de mejor pronóstico por la presencia de una personalidad premórbida más adecuada (Arias, Sánchez, & Padín, 2002)

La importancia de conocer la comorbilidad entre uno y otro trastorno reside en: poder brindar un claro diagnóstico; saber del curso y pronóstico, que en consecuencia es variado; plantear las adecuadas necesidades terapéuticas y otorgar eficacia al tratamiento; finalmente, determinar la necesidad de hospitalización para dichos pacientes. Todo ello, plantea las necesidades que puedan presentarse en los centros de atención asistencial en los que destacaría las siguientes circunstancias: *incremento de los servicios de urgencia o emergencia; incremento en el uso del servicio de hospitalización, derivación a servicios no apropiados* (conocido como “El síndrome de la puerta equivocada”, para señalar la dificultad de estos pacientes para recibir el tratamiento e intervención que responda óptima y pertinentemente a las necesidades comunes e independientes de los trastornos), *dificultad en el acceso a los centros de salud mental (por el cuadro agudo del trastorno)*.

Pueden resaltarse algunas condiciones que no permiten el abordaje adecuado de los pacientes, por ejemplo:

- Barreras de acceso a los servicios de atención, debido a que no se cuenta con centros especializados que aborden la patología dual.
- Existe un mal manejo de las manifestaciones clínicas, cuando se da el caso de un trastorno dual tipo 2 –en el que se tiene el uso de sustancias como trastorno primario–, si el paciente presenta síntomas referidos a otro trastorno, estos suelen no ser identificados, sino interpretados erróneamente como una consecuencia tóxica; lo que llevaría a suponer,

- Un tratamiento inadecuado y deficiencias de los sistemas de atención, generando además la reticencia de los pacientes al tratamiento.

Como respuesta a ello, Alfonso Bello, L. (s.f.), respecto al diseño del plan de tratamiento dual, sugiere lo siguiente:

- Considerar que el consumo de sustancias puede darse como consecuencia de un factor de automedicación (descartar esta probabilidad).
- Hay mayor eficacia de los tratamientos integrados, antes que los de tipo secuencial o paralelo.
- Considerar el enfoque de género.
- Debe aportar a la seguridad del paciente.
- Como en cualquier intervención, la alianza terapéutica es fundamental, para lograr la concienciación necesaria y enganche del paciente.
- Promover más los elementos motivadores del cambio, antes que los de confrontación (considerar el tipo de delirios).
- Entrenar en habilidades sociales, para su reinserción al medio.
- Considerar intervenciones específicas.

En otras palabras, para el tratamiento de la comorbilidad, será imprescindible plantearlo de manera integral en la cual se abarque ambas patologías (abuso de sustancias-esquizofrenia) en una perspectiva biopsicosocial como lo recomienda Szerman, Álvarez Vara, & Casas, 2012.



Esto hará frente a los posibles obstáculos que se presenten para tratar adecuadamente la comorbilidad, ya sea por omisión de la importancia de la asociación entre el trastorno psiquiátrico y el consumo de sustancias, por la separación y/o exclusión en el abordaje de cada trastorno. Por lo que existirá una mayor dificultad si solo se utiliza una visión médico-biologicista, dejando a un lado aspectos psicológicos y socioculturales de la persona. Por lo que, el tratamiento para el diagnóstico dual debe ser integral incluyendo a ambas patologías y, no por separado.

## **2. BASES TEÓRICAS**

### **2.1.DEFINICIONES CONCEPTUALES**

**2.1.1. Esquizofrenia.** - Es un trastorno psicótico que persiste durante 6 meses, incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, catatónico y síntomas negativos). Su sintomatología se asocia a una marcada disfunción personal, social y laboral (Sadock, Sadock, & Ruiz). Es pues, un trastorno que provoca síntomas que consisten en oír, ver o sentir cosas que no existen, tener creencias erróneas, desconfianza fuera de lo normal, encerrarse en sí mismo, diálogo incoherente, aplanamiento de la conducta y la afectividad u otros similares. La esquizofrenia afecta la capacidad de la persona de pensar claramente, controlar sus emociones, tomar decisiones o relacionarse con los demás. La mayoría de las personas que padecen este trastorno, presentan síntomas durante toda su vida.

Se encuentra en este trastorno *síntomas positivos y negativos*; dentro de los cuales, los primeros son: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, angustia, excitabilidad, insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios, comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva. Mientras que los síntomas negativos son: pobreza afectiva, alogia, abulia, apatía, anhedonia, insociabilidad, problemas cognitivos de la atención.

#### ***2.1.1.1. Esquizofrenia paranoide***

Según la Décima Clasificación internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1992), es el tipo de esquizofrenia más frecuente en la mayor parte del mundo en la que predominan ideas delirantes relativamente estables, de tipo paranoides, acompañadas de alucinaciones auditivas y sensoriales. No obstante, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

El curso de este trastorno psicótico puede ser episódico con remisiones parciales o completas, o crónico.

Para su diagnóstico es importante diferenciar el cuadro de psicosis inducidas por sustancias psicótropas.

### ***2.1.1.2.Esquizofrenia indiferenciada***

Según la Décima Clasificación internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1992) este diagnóstico debe darse cuando:

- El cuadro sintomatológico satisface las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia. No obstante, no satisfacen las pautas del tipo hebefrénico, catatónico o paranoide y; no se reúnen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.

**2.1.2. Consumo de sustancias.** - El consumo de sustancias es un patrón de uso de drogas o alcohol que causa problemas en la vida de una persona. Los trastornos por consumo que pueden desarrollarse a partir de la ingesta de sustancias, pueden ser los siguientes cuadros clínicos:

#### ***2.1.2.1.Consumo perjudicial. -***

Según la Décima Clasificación internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1992), se trata de un modo de consumo que está afectando la salud física y mental del consumidor. Un indicador de que se trata de un consumo perjudicial puede ser el comentario de terceras personas haciendo evidente la disfunción social, familiar, laboral, etc. que se está empezando a presentar. La intoxicación aguda y resaca no son consideradas como evidencia suficiente del deterioro para la salud. Nunca se hace este diagnóstico cuando ya está presente un síndrome de dependencia.

#### ***2.1.2.2.Síndrome de dependencia. -***

Según la Décima Clasificación internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1992), el síndrome de dependencia posee como característica esencial el deseo intenso, por lo general insuperable, de ingerir sustancias psicotropas; disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia; Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia; tolerancia física a la ingesta de la sustancia; abandono progresivo de otras actividades de diversión; persistencia en el consumo a pesar de las evidentes consecuencias perjudiciales.

**2.1.3. Sustancia psicoactiva. -** son aquellas sustancias que al ser consumidas por cualquier vía son capaces de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, generando cambios determinados en las funciones. Para la investigación, las sustancias que incluía el cuestionario fueron: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y sustancias consumidas por vía intravenosa.

**2.1.4. Pacientes. -** En el Centro de salud mental Moisés Heresi, se puede clasificar de la siguiente manera a los pacientes que son atendidos y, en consecuencia, se les puede atribuir la siguiente denominación y/o clasificación:

**2.1.4.1.Paciente nuevo. -** Persona que es atendida por primera vez por el servicio de consultorio externo por las áreas de Psiquiatría, Trabajo social y Psicología con la finalidad que multidisciplinariamente se

atienda la sintomatología presente para clasificarla dentro de un cuadro de signos y síntomas que lleven al diagnóstico presente.

**2.1.4.2. *Paciente continuador.***- Paciente que después de haber sido atendido una vez y tener su historia clínica, las siguientes citas acude según lo amerite el cuadro clínico y según lo determine el psiquiatra encargado; estos pacientes, en las posteriores sesiones tienen derecho a ser atendidos por el psiquiatra quien evalúa y hace seguimiento del cumplimiento del tratamiento farmacológico, pudiendo en ocasiones derivarlo a psicología, con la finalidad de brindarle pautas y técnicas para un mejor desenvolvimiento con el ambiente.

**2.1.4.3. *Paciente hospitalizado.***- Paciente que tras ser evaluado por el área de psiquiatría; si el médico responsable considera pertinente su internamiento es, el paciente es ingresado al área de cuidados intensivos debido a que presenta una descompensación del cuadro clínico presente, manifiesto con la evidente reagudización de los síntomas y signos del trastorno, que lo han conllevado a una notoria disfunción clínica significativa que interfiere con su vida diaria en relación a su contexto familiar y social, entre otros; con la finalidad de retomar el tratamiento y el proceso de rehabilitación y reinserción a la sociedad.

- Así mismo, dentro de las hospitalizaciones existen dos tipos: de tipo parcial o completa.

- La primera, se refiere a lo conocido como “hospital de día” en la que el paciente permanece desde las primeras horas matutinas hasta las 18:00 hrs, aproximadamente; realizando actividades de rehabilitación en el centro, las cuales pueden ser en jardinería, cocina, entre otras con el apoyo y dirección de los profesionales del centro de salud.
- Por otro lado, la hospitalización completa, consiste en que el paciente permanece las 24 horas del día en el centro, período en el que se logra la compensación; transcurrida una semana aproximadamente, según lo indique el médico psiquiatra, el paciente pasa del área de cuidados intensivos a cuidados intermedios, en la que el paciente participa de igual manera de las actividades de rehabilitación, antes mencionadas.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de estudio es descriptivo puesto que se va a describir la prevalencia existente entre las variables de estudio: el consumo de sustancias psicoactivas con la esquizofrenia, incluyendo en ésta, factores tales como el sexo, la edad de los pacientes y la sustancia con mayores índices de consumo. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

### **2. DISEÑO METODOLÓGICO**

El diseño de investigación utilizado es de tipo transeccional porque se va a describir en un determinado momento los valores que se obtienen en el consumo de sustancias psicoactivas con la esquizofrenia y, a partir de allí, atribuir las diferencias y prevalencia que pueda existir. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

### **3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.1.Población. -**

La población escogida para la investigación estuvo compuesta por pacientes diagnosticados con Esquizofrenia ya sea que se hayan atendido por consultorio externo, se encuentren hospitalizados y/o recibiendo un tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud mental Moisés Heresi.

#### **3.2.Muestra. -**

- **Muestreo no-probabilístico:** se seleccionaron para el análisis únicamente a los pacientes con un diagnóstico de Esquizofrenia de tipo paranoide o indiferenciada; ya sea que se hayan atendido por consultorio externo, se encuentren hospitalizados

y/o recibiendo un tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud mental Moisés Heresi durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2016. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

**3.3.Criterios de selección:** Los criterios de selección de los sujetos que conformaron la muestra, fueron los siguientes:

- Pacientes a los que se les haya diagnosticado Esquizofrenia (paranoide o indiferenciada) que hayan sido atendidos por los servicios de consultorio externo, hospitalización (parcial o completa) o que se encuentren llevando un tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud mental Moisés Heresi, los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2016.
- Que sean varones o mujeres con un rango de edad entre 18 y 65 años.

#### 4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES		NIVEL DE MEDICIÓN
	Nivel de la auto- indulgencia en		Tabaco	SI NO	Nominal



<b>PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS</b>	el consumo y la posible dependencia de una droga u otro químico que lleva a efectos que generan un deterioro en la salud física y mental de la persona que lo realiza, o el bienestar de otros. ( <i>Mosby's Medical, 1998</i> )	Uso de sustancias a lo largo de la vida	Bebidas alcohólicas	SI	
				NO	
			Cannabis	SI	
				NO	
			Cocaína	SI	
				NO	
			Estimulantes	SI	
				NO	
			Inhalantes	SI	
				NO	
			Sedantes	SI	
				NO	

			Alucinógenos	SI		
				NO		
			Opiáceos	SI		
				NO		
		Uso de sustancias durante los últimos tres meses	Nunca			De razón
			Una o dos veces			
			Mensualmente			
			Semanalmente			
			Diariamente o casi diariamente			
			No, nunca			De razón
Sí, en los 3 últimos meses						

		Problemas relacionados con el consumo	Sí, pero no en los últimos tres meses	De razón
		Posibilidad de dependencia	No, nunca	
			Sí, en los 3 últimos meses	
			Sí, pero no en los últimos tres meses	
		Uso de drogas vía endovenosa	No, nunca	
			Sí, en los 3 últimos meses	
			Sí, pero no en los últimos tres meses	
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	Trastorno psicótico que persiste durante			Nominal

	6 meses, incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, catatónico y síntomas negativos).	Paranoide	Diagnóstico médico	
		Indiferenciada	Diagnóstico médico	

## 5. INSTRUMENTOS

- Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), Manual para uso en la atención primaria. OMS, Washington DC

- En 1997, la Organización Mundial de la salud (OMS), desarrolló el ASSIT con la finalidad de:
  - Responder a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas.
  - Administrarla más rápidamente que las pruebas de diagnóstico de consumo de sustancias existentes.
  - Hacer una prueba de detección de todas las sustancias psicoactivas, no solo del alcohol y tabaco.
  - Poder utilizarla en servicios de atención primaria de salud
  - Tener relevancia transcultural
  - Poder vincularlo fácilmente a una intervención breve.
  - I Etapa: se crea la versión 1.0 y la versión 2.0, cada una con 12 y 8 preguntas, respectivamente.
  - II Etapa: se hizo un estudio internacional para validar el cuestionario; validez de manera concurrente, predictiva y discriminatoria. Se establece la versión 3.0 para fines investigativos.
  - III Etapa. Prueba aleatoria controlada para investigar la eficacia de una intervención breve (modelo FRAMES).
- El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas.
- Esta prueba identifica la puntuación de riesgo (Nivel bajo, nivel moderado y nivel alto) asociado al consumo de las siguientes sustancias: *tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes,*

*sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas;* para determinar en cada caso la intervención adecuada (“no tratamiento”, “intervención breve” o, “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento”).

- Cuenta con un tiempo de aplicación: 5 a 15 minutos.
- La constituyen 8 tarjetas para su aplicación, las cuales miden 6 áreas: a) Uso de sustancias a lo largo de la vida, b) Uso de sustancias durante los últimos tres meses, c) Problemas relacionados con el consumo, d) Riesgo actual de presentar problemas en el futuro, e) Posibilidad de dependencia y, f) Uso de drogas por vía intravenosa.
- El ámbito de aplicación puede darse en el marco de la atención primaria y promoción de la salud mental. Así como, para aquellas personas con síntomas que sugieren uso de sustancias psicoactivas y, personas con otros problemas que pueden empeorar con el uso de sustancias psicoactivas.
- Componentes: (**anexos**)
  - Hoja de apoyo para el paciente
  - Formulario impreso de la prueba
  - Hoja de retroalimentación del paciente

## **6. PROCEDIMIENTO**

### **6.1.Del permiso de evaluación:**

- En primer lugar, se procedió a solicitar el permiso correspondiente a la Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa, para evaluar a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2016, que

fueron atendidos por consultorio externo, se encontraban hospitalizados y/o siguiendo un tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

- Además de la autorización por parte de la beneficencia pública; antes de proceder a la aplicación del cuestionario se informaba a los pacientes de la investigación que se llevaría a cabo con la finalidad de conseguir el consentimiento de los mismos, para lo cual se tuvo un cuaderno de registro con los datos de los pacientes que accedieron a la evaluación.

## **6.2.Del acceso a la muestra**

- Una vez que se contó con la autorización correspondiente (tanto de la beneficencia como el consentimiento informado de los pacientes); se pudo tener acceso al cuaderno de registro de las próximas citas, así como a las historias clínicas. De las que se podía seleccionar a las personas que podían ser evaluadas según los criterios considerados para la aplicación del cuestionario; sobre todo, para conocer la fecha aproximada que debían acudir al centro por su control con el médico y abordarlos en ese momento (en cuanto a los pacientes continuadores).

## **6.3.Del horario de evaluación**

- Las evaluaciones se dieron en las primeras horas de atención del centro de salud mental; en coordinación con el área de psicología, enfermería y psiquiatría para abordar a los pacientes una vez terminada la consulta y/o en el intervalo de tiempo que esperaban ser atendidos por los demás servicios.
- Respecto a los pacientes hospitalizados, si bien se contaba con el permiso para aplicar el cuestionario; al igual que los pacientes continuadores y nuevos, se les

informaba acerca de la investigación que se estaba realizando para conseguir su consentimiento y proceder con la evaluación.

#### **6.4.Del cuestionario utilizado**

- Para la evaluación se utilizó el cuestionario propuesto en el proyecto de tesis; haciendo uso de la forma B de la prueba, con fines de optimizar el tiempo disponible de los pacientes, conseguir prontamente el puntaje de la prueba y proceder a la intervención sugerida, según sea el caso.
- Así mismo, para mantener la confidencialidad del caso, el cuestionario aplicado se hizo de manera anónima.

#### **6.5.De la intervención**

- Según el nivel de riesgo (leve y moderado) en el que se encontraba el paciente por el consumo de sustancias, se procedía a hacer una breve intervención, que principalmente era un feedback y recomendación de desarrollar y mantener hábitos adecuados de consumo.
- Si se trataba de un nivel de riesgo alto, la recomendación se hacía dirigida a los familiares para incentivar una adecuada adherencia al tratamiento.

#### **6.6.Otros recursos utilizados**

- Para complementar la información que se requería para el procesamiento de datos según las variables, se hizo uso de un cuaderno en el que se llevaba registro de todos los pacientes evaluados, en el que se consideraban el número de historia clínica, primer nombre del paciente e iniciales de sus apellidos, edad actual, edad de inicio



de consumo, comentarios acerca de cómo se daba el consumo (cantidad, frecuencia, entre otros), para equiparar el y algunas observaciones, tales como: si ya se había cesado el consumo, por qué motivo, si se habían presentado recaídas, etc.

## **7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

Para el procesamiento estadístico de los datos obtenidos del estudio de investigación, se utilizó el Programa IBM SPSS Statistics 22.0.

Se procesaron estadísticos de frecuencia (media, moda, mediana), de tipo descriptivo en función de las variables estudiadas.

En cuanto a la distribución de los datos obtenidos, se elaboraron tres cuadros de frecuencia.

- El primero, diseñado para procesar los datos de manera general; es decir, para poder identificar las principales características sociodemográficas de los pacientes que fueron evaluados: cantidad de varones y mujeres, tipo de pacientes que asistieron, edad promedio, entre otras.
- La segunda distribución, permitió trabajar con los datos únicamente de los pacientes que por lo menos alguna vez consumieron una de las sustancias para así poder resolver los objetivos planteados en la investigación.
- Finalmente, la tercera tabla de distribución se hizo para procesar de manera específica los datos obtenidos por cada una de las sustancias, para precisar por cada una de ellas, el tipo de consumo prevalente en la muestra evaluada.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

**CUADRO 1: Primera distribución de los datos recogidos**

*Distribución general de los datos*

VA RIABLES	INDICADORES	Frecuencia	Porcentaje	Total
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	146	57.3%	255
	<b>Femenino</b>	109	42.7%	
<b>Diagnóstico</b>	<b>Esquizofrenia paranoide</b>	226	88.6%	255
	<b>Esquizofrenia indiferenciada</b>	29	11.4%	
	<b>Hospitalización completa</b>	14	5.5%	
<b>Tipo de paciente</b>	<b>Hospitalización parcial</b>	6	2.4%	255
	<b>Continuador</b>	219	85.9%	
	<b>Nuevo</b>	16	6.3%	
<b>Consumo</b>	<b>No</b>	70	27.5%	255
	<b>Sí</b>	185	72.5%	

- El cuadro 1, refiere que fueron 255 los pacientes evaluados, de los cuales: 146 fueron varones y 109 mujeres, correspondiente al 57.3% y 42.7%, respectivamente. De los 255 pacientes 226 presentaron un diagnóstico de esquizofrenia paranoide (88.6%) y 29 fueron diagnosticados con esquizofrenia indiferenciada (11.4%). Así mismo, 14 pacientes estuvieron siendo atendidos por el servicio de hospitalización completa (5.5%) y 6 mediante hospitalización parcial (2.4%), 219 de los sujetos evaluados fueron pacientes continuadores (85.9%) y hubo 16 pacientes nuevos (6.3%). Finalmente, de

los 255 pacientes encuestados 70 pacientes refirieron no haber consumido ningún tipo de sustancia a lo largo de su vida (27.5%), mientras que 185 consumieron por lo menos una vez alguna sustancia, correspondiente al 72.5%.

**CUADRO 2: Segunda distribución general de datos, según las características de la población estudiada**

***Tabla 2.1. Según el sexo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	111	60.0	60.0	60.0
	Femenino	74	40.0	40.0	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

- De acuerdo a la tabla 2.1., se determina que de los 185 pacientes que refirieron haber consumido por lo menos alguna sustancia, 111 son varones y 74 son mujeres. En consecuencia, el sexo con mayor prevalencia de consumo corresponde al sexo masculino con un 60% de la muestra estudiada.

***Tabla 2.2. Según la edad cronológica y de inicio de consumo***

		Edad Cronológica	Edad de inicio de consumo
N	Válido	185	185
	Perdidos	0	0
Media		37.82	20.69
Mediana		35.0	20.0
Moda		30	20

- Según la tabla 2.2., la edad cronológica promedio de la muestra estudiada es de 37.82 años y la edad promedio de inicio de consumo de los sujetos evaluados es de 20.69 años de edad.

**Tabla 2.3. Según el tipo de paciente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hospitalización completa	11	5.9	5.9	5.9
	Hospitalización parcial	4	2.2	2.2	8.1
	Continuador	156	84.3	84.3	92.4
	Nuevo	14	7.6	7.6	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

- La tabla 2.3. muestra que, de los 185 pacientes consumidores, 156 son pacientes continuadores (84.3%), 14 pacientes son nuevos (7.6%); en cuanto al servicio de hospitalización, los pacientes que siguen la modalidad de hospitalización completa representan el 5.9% y el 2.2% son pacientes bajo hospitalización parcial.

#### **2.4 Según el tipo de diagnóstico**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Esquizofrenia paranoide	169	91.4	91.4	91.4
	Esquizofrenia indiferenciada	16	8.6	8.6	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

- La tabla anterior nos muestra que el 91.4% de los pacientes posee un diagnóstico de Esquizofrenia paranoide, mientras que el 8.6% de los pacientes tiene un diagnóstico de Esquizofrenia indiferenciada, por lo que el tipo de esquizofrenia con mayor prevalencia asociada al consumo de sustancias es la de tipo paranoide.

**CUADRO 3: Distribución de datos para determinar el consumo de una o más sustancias**

<i>Multiconsumo</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Una sola sustancia	79	42.7	42.7	42.7
	Una o más sustancias	106	57.3	57.3	100,0
	Total	185	100.0	100.0	

- Según la tabla 3.1., se desprende que de los 185 sujetos que refirieron consumir alguna sustancia, el 42.7% consumió a lo largo de su vida una sola sustancia, mientras que el 57.3% consumió una o más sustancias a lo largo de su vida.

**CUADRO 4: Distribución de datos según la prevalencia de consumo, por cada sustancia**

**4.1. Cigarrillos**

*Tabla 4.1.1. Frecuencia de consumo*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	73	39.5	39.5	39.5
	Sí consumieron; pero no en los últimos 3 meses	46	24.9	24.9	64.3
	Una o dos veces	28	15.1	15.1	79.5
	Mensualmente	15	8.1	8.1	87.6
	Semanalmente	14	7.6	7.6	95.1
	Diario o casi diario	9	4.9	4.9	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

- Según la tabla 4.1.1. refiere que de los 185 sujetos evaluados el 39.5% Nunca consumieron cigarrillos; el 24.9% de los pacientes consumieron la sustancia pero no lo hicieron en los últimos tres meses, mientras que el 15.1% afirman haber consumido la sustancia una a dos veces en el lapso de tres meses, un promedio de consumo de tres veces al mes lo hicieron el 8.1% de pacientes (es decir, de 3 a 9 veces en los últimos 3 meses), un aproximado de 4 veces a la semana que consumieron la sustancia fue de 7.6% y muestran un consumo de diario a casi diario el 4.9% de sujetos.

Por razones de interpretación y procesamiento estadístico según el cuestionario utilizado; a partir del siguiente cuadro, solo se tendrá en cuenta los sujetos que refirieron el consumo, de por lo menos una vez en la vida, de cigarrillos; es decir se procesarán los estadísticos en función a 112 pacientes para la sustancia mencionada, dado que, para los sujetos que negaron este consumo, no se procede con las demás interrogantes del cuestionario.

***Tabla 4.1.2. Deseo de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	53	47.32	47.32	47.32
	Sí presentaron; pero no en los últimos 3 meses	21	18.75	18.75	66.07
	Una o dos veces	16	14.29	14.29	80.36
	Mensualmente	15	13.39	13.39	93.75
	Semanalmente	7	6.25	6.25	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

- Respecto a la tabla 4.1.2., revela que, en los últimos tres meses, el 47.32% de los evaluados no reporta haber sentido el deseo de consumir cigarrillos. Así mismo, el 18.75% refiere haber tenido el deseo de consumo de la sustancia, pero no en los últimos tres meses. El 14.29% presentó el deseo de consumo entre 1 o 2 veces durante el último trimestre. Por otro lado, el 13.39% de los pacientes sintieron este deseo entre 1 a 3 veces al mes y; el 6.25% lo experimentaron de 3 a 4 veces semanalmente.

***Tabla 4.1.3. Problemas relacionados al consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	89	79.46	79.46	79.46
	Sí presentaron; pero no en los últimos 3 meses	19	16.96	16.96	96.42
	Una o dos veces	4	3.58	3.58	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

- Según la tabla 4.1.3. de los pacientes que refieren haber consumido por lo menos alguna vez cigarrillos: el 79.46% asegura que nunca tuvo problemas ya sea sociales, económicos, de salud, etc. a causa de este consumo. Por otra parte, el porcentaje de aquellos pacientes que sí presentaron alguna dificultad (social, económica, de salud, etc.); pero no en los últimos tres meses corresponde al 16.96%. Un 3.58% es equivalente a los pacientes que sí presentaron algún problema (debido a este consumo) entre 1 o 2 veces en los últimos tres meses.

***Tabla 4.1.4. Dejar de hacer lo esperado a causa del consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	100	89.29	89.29	89.29
	Sí; pero no en los últimos 3 meses	10	8.93	8.93	98.22
	Una o dos veces	2	1.78	1.78	100.0
	Total	112	100.0	100.0	



- El cuadro anterior nos muestra que el 89.29% de los pacientes consumidores de cigarrillos, nunca dejaron de hacer lo que se esperaba que hicieran (en el trabajo, en la familia, etc.) a causa de este consumo. Mientras que, el 8.93% de evaluados desatendieron algunas obligaciones debido al consumo de sustancia, pero no en los últimos tres meses. Finalmente, el 1.78% de sujetos no cumplieron con sus obligaciones entre 1 a 2 veces durante el último trimestre.

***Tabla 4.1.5. preocupación del entorno por los hábitos de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	88	78.58	78.58	78.58
	Sí, pero no en los últimos 3 meses	20	17.85	17.85	96.43
	Sí, en los últimos 3 meses	4	3.57	3.57	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

- El cuadro 4.1.5. refiere que de los 112 pacientes que consumieron la sustancia, el 78.58% no recibieron comentarios de preocupación acerca del consumo de cigarrillos. El 17.85% sí recibieron estos comentarios; pero no en los últimos tres meses. Finalmente, el 3.57% de sujetos, han percibido preocupación de su entorno debido a su consumo de la sustancia.

***Tabla 4.1.6. intento de reducir o eliminar el consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	79	70.54	70.54	70.54
	Sí, pero no en los últimos 3 meses	23	20.54	20.54	91.08
	Sí, en los últimos 3 meses	10	8.92	8.92	100.0
	Total	112	100,0	100.0	

- Según el cuadro 4.1.6. el 70.54% de pacientes no han mostrado iniciativa para dejar de consumir la sustancia; el 20.54% de sujetos hizo el intento de reducir y dejar el consumo de cigarrillos, pero no en los últimos tres meses. Mientras que, el 8.92% lo intentó en los últimos tres meses.

***Tabla 4.1.7. Nivel de riesgo para la salud***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de riesgo	24	21.43	21.43	21.43
	Riesgo bajo	24	21.43	21.43	42.86
	Riesgo moderado	64	57.14	57.14	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

- En cuanto a la tabla 4.1.7. refleja que tanto la probabilidad de ausencia de riesgo con el nivel bajo de riesgo para la salud representa el 21.43% (cada uno) y el 57.14% de los pacientes presentan un riesgo moderado para la salud debido al consumo de cigarrillos, que puede verse reflejado en el abandono del tratamiento farmacológico para el trastorno psiquiátrico, recaídas, incremento de la sintomatología positiva del cuadro, así como enfermedades médicas asociadas al consumo de tabaco.

## 4.2. Alcohol

***Tabla 4.2.1. Frecuencia de consumo***

		Frecuencia		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	10	5.4	5.4	5.4
	Sí consumieron; pero no en los últimos 3 meses	68	36.8	36.8	42.2
	Una o dos veces	63	34.1	34.1	76.2
	Mensualmente	31	16.8	16.8	93.0
	Semanalmente	12	6.5	6.5	99.5
	Diario o casi diario	1	.5	.5	100.0
	Total	185	100,0	100.0	

- En cuanto al consumo de alcohol (cerveza, pisco, vino, ron, entre otros), de los 185 pacientes el 36.8% de los sujetos afirman que consumieron por lo menos una vez en la vida esta sustancia, pero no lo hicieron en los últimos tres meses; por otro lado, el 34.1% de los pacientes se identifican como “bebedores sociales” de la sustancia siendo el

promedio de consumo de 1 a 2 veces en los últimos tres meses. Consumen de 3 a 9 veces en el período del último trimestre el 16.8%. El 6.5% de los usuarios refieren consumir la sustancia de 3 a 4 veces durante la semana y el 0.5% de los evaluados hacen uso de la misma casi diaria o diariamente. Finalmente, el 5.4% de los entrevistados negaron haber consumido la sustancia a lo largo de la vida. Por lo que a partir del siguiente cuadro (por razones de interpretación y uso del cuestionario utilizado) se tendrá a consideración a 175 pacientes.

***Tabla 4.2.2. Deseo de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	121	69.14	69.14	69.14
	Sí presentaron; pero no en los últimos 3 meses	32	18.29	18.29	87.43
	Una o dos veces	12	6.86	6.86	94.29
	Mensualmente	8	4.57	4.57	98.86
	Semanalmente	2	1.14	1.14	100.0
	Total	175	100.0	100.0	

- La tabla 4.2.2. nos muestra que de los 175 pacientes que afirmaron el consumo de alcohol, el 69.14% refieren no haber sentido el deseo de consumo de la sustancia, mientras que el 18.29% reporta que sí tuvo las ganas de hacerlo, pero no en los últimos tres meses. El 6.86% de los usuarios sintieron este deseo de consumo entre 1 a 2 veces en el último trimestre, de 3 a 9 veces en el mismo periodo de tiempo el 4.57% y entre 3 a 4 veces por semana refirieron el deseo el 1.14% de evaluados.

**Tabla 4.2.3. Problemas relacionados al consumo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	148	84.57	84.57	84.57
	Sí presentaron; pero no en los últimos 3 meses	24	13.72	13.72	98.29
	Una o dos veces	2	1.14	1.14	99.43
	Mensualmente	1	0.57	0.57	100.0
	Total	175	100.0	100.0	

- Según la tabla 4.2.3., el 84.57% de los pacientes niegan haber presentado algún problema relacionado al consumo de alcohol; mientras que, el 13.72% admite haber presentado alguna dificultad debida al consumo, pero no en los últimos tres meses. Finalmente, un 1.14% y el 0.57%, refiere que en el último trimestre del año presentaron problemas ya sea económicos, sociales, familiares debido al consumo de alcohol, en una proporción de una a dos veces por mes y hasta tres veces al mes, correspondientemente.

**Tabla 4.2.4. Dejar de hacer lo esperado a causa del consumo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	166	94,86	94,86	94,86
	Sí; pero no en los últimos 3 meses	9	5,14	5,14	100,0
	Total	175	100,0	100,0	

- De acuerdo a la tabla 4.2.4. los pacientes que afirmaron haber consumido alcohol a lo largo de su vida, refieren que “Nunca” el consumo de la sustancia impidió que dejarán de hacer alguna obligación o quehacer, correspondiente al 94.86%; mientras que el 5.14% de los evaluados afirmaron que sí dejaron de cumplir con algún quehacer debido al consumo de alcohol; sin embargo, no en los últimos tres meses.

***Tabla 4.2.5. Preocupación del entorno por los hábitos de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	146	83.43	83.43	83.43
	Sí, pero no en los últimos 3 meses	22	12.57	12.57	96.0
	Sí, en los últimos 3 meses	7	4	4	100.0
	Total	175	100.0	100.0	

- Según la tabla anterior, se puede decir que los pacientes que “Nunca” percibieron preocupación por parte de su entorno en cuanto a su consumo de la sustancia, equivale al 83.43%. Mientras tanto aquellos que sí percibieron esta preocupación de su entorno fueron el 12.57% pero no en los últimos tres meses y, el 4% en el último trimestre.

***Tabla 4.2.6. Intento de reducir o eliminar el consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	141	80.57	80.57	80.57
	Sí, pero no en los últimos 3 meses	30	17.14	17.14	97.71
	Sí, en los últimos 3 meses	4	2.29	2.29	100.0
	Total	175	100.0	100.0	

- La tabla anterior nos muestra que el 2.29% de los pacientes intentaron reducir o eliminar el consumo de alcohol en los últimos tres meses, porque “percibieron efectos negativos en su salud”, así mismo, el mismo intento lo realizaron el 17.14% de los pacientes, pero no en los últimos tres meses. No obstante, el 80.57% afirma que Nunca intentaron el cese del consumo al no percibirlo como un factor negativo para su salud.

***Tabla 4.2.7. Nivel de riesgo para la salud***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de riesgo	28	16.0	16.0	16.0
	Riesgo bajo	106	60.57	60.57	76.57
	Riesgo moderado	40	22.86	22.86	99.43
	Riesgo alto	1	0.57	0.57	100.0
	Total	175	100.0	100.0	

- En cuanto a la tabla 4.2.7. refleja que la probabilidad de ausencia de riesgo para la salud representa el 16% y la probabilidad de un nivel de riesgo bajo, moderado y alto para la salud representan el 60.57%, 22.86% y 0.57%, respectivamente, debido al consumo de alcohol, que puede verse reflejado en el abandono del tratamiento farmacológico para el trastorno psiquiátrico, recaídas, incremento de la sintomatología positiva del cuadro, así como enfermedades médicas asociadas al consumo de la sustancia.

### 4.3. Marihuana

***Tabla 4.3.1. Frecuencia de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	163	88.1	88.1	88.1
	Sí consumieron; pero no en los últimos 3 meses	8	4.3	4.3	92.4
	Una o dos veces	9	4.9	4.9	97.3
	Mensualmente	4	2.2	2.2	99.5
	Diario o casi diario	1	.5	.5	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

- Según la tabla 4.3.1. respecto al consumo de marihuana, el 88.1% de los pacientes niega el consumo de la sustancia a lo largo de la vida. El 4.3% la consumieron, pero no en los últimos tres meses. El 4.9%, el 2.2% y el 0.5% de los pacientes consumieron la sustancia en una frecuencia de una a dos veces al mes, tres veces al mes y, en una frecuencia de 4 o 5 veces durante la semana, respectivamente. En adelante, por razones de



interpretación del consumo por la sustancia, solo se tendrán en consideración los 22 pacientes que refirieron el consumo de marihuana.

***Tabla 4.3.2. Deseo de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	14	63.63	63.63	63.63
	Sí presentaron; pero no en los últimos 3 meses	6	27.27	27.27	90.9
	Una o dos veces	1	4.55	4.55	4.55
	Mensualmente	1	4.55	4.55	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

- Respecto a la tabla 4.3.2., los pacientes que afirmaron haber consumido la sustancia, manifiestan en un 63.63% no haber presentado el deseo de consumo de la sustancia. El 27.27% sí presentaron este deseo, pero no en los últimos tres meses. El 4.55%, dieron muestras de querer consumir nuevamente la sustancia, manifestando ese deseo entre una a dos veces al mes y, el 4.55% presentó el deseo de consumo de marihuana tres veces por mes durante el último trimestre del año.

***Tabla 4.3.3. Problemas relacionados al consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	12	54.54	54.54	54.54
	Sí consumieron; pero no en los últimos 3 meses	9	40.91	40.91	95.45
	Mensualmente	1	4.55	4.55	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

- Según la tabla 4.3.3. respecto a los problemas que presentaron los pacientes debido al consumo de marihuana. De los 22 pacientes que afirmaron el consumo de la sustancia, el 54.54% refiere que “Nunca” presentaron dificultades en torno al consumo de la misma, mientras que el 40.91% mencionan que sí se les presentó alguna dificultad relacionada a problemas económicos, de salud o con su familiares; pero no en los últimos tres meses del consumo; finalmente, el 4.55% manifiesta que presentó algún problema relacionado a la ingesta de la sustancia, que lo llevó a la recaída y, por ende, internamiento en el centro psiquiátrico, recientemente.

***Tabla 4.3.4. Dejar de hacer lo esperado a causa del consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	19	86.36	86.36	86.36
	Sí consumieron; pero no en los últimos 3 meses	2	9.09	9.09	95.45
	Mensualmente	1	4.55	4.55	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

- De acuerdo al cuadro anterior, solo un paciente (de los 22 que consumieron marihuana), admite que dejó de realizar sus actividades cotidianas y planificadas a causa del consumo. El 9.09% (2 pacientes) afirmar haber dejado de hacer lo esperado; sin embargo, no en los últimos tres meses. Mientras que el 86.36% refiere que “nunca” la sustancia interfirió en sus responsabilidades.

***Tabla 4.3.5. Preocupación del entorno por los hábitos de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	12	54.55	54.55	54.55
	Sí, pero no en los últimos 3 meses	6	27.27	27.27	81.82
	Sí, en los últimos 3 meses	4	18.18	18.18	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

- De los 22 pacientes que consumieron marihuana, el 18.18% refiere que, en el último trimestre del año, su entorno se mostró preocupado por el consumo de la sustancia por parte del paciente. El 27.27% (6 pacientes) manifiestan lo mismo; no obstante, esto no se dio en los últimos tres meses. Y, finalmente, el 57.57% manifiestan que su consumo no generó preocupación en su entorno inmediato de interrelación.

***Tabla 4.3.6. Intento de reducir o eliminar el consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	13	59.09	59.09	59.09
	Sí, pero no en los últimos 3 meses	5	22.73	22.73	81.82
	Sí, en los últimos 3 meses	4	18.18	18.18	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

- El cuadro anterior, refleja que, el 59.09% de los pacientes “nunca” intentó reducir el consumo de la sustancia, debido a que no la consideró como una adicción. El 22.73% sí percibió que el consumo podría resultarle perjudicial, por lo que intentó dejar la sustancia, pero no en los últimos tres meses. Mientras que, el 18.18% (4 pacientes) han tenido intentos fallidos de dejar el consumo de la sustancia en el último trimestre del año.

***Tabla 4.3.7. Nivel de riesgo para la salud***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de riesgo	1	4.55	4.55	4.55
	Riesgo bajo	6	27.27	27.27	31.82
	Riesgo moderado	14	63.63	63.63	95.45
	Riesgo alto	1	4.55	4.55	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

- Según el cuestionario de aplicación, el 4.55% de los pacientes consumidores de marihuana representa una ausencia de riesgo para la salud debido al consumo de la sustancia. Mientras que, el porcentaje restante (95.45%) sí presenta un nivel de riesgo para la salud con el siguiente porcentaje: 27.27% asociado a un nivel de riesgo bajo; el 63.63% representa un nivel de riesgo moderado para la salud y el 4.55% (equivalente a un paciente) representa a un nivel de riesgo alto para la salud, que puede traducirse en posibles recaídas, abandono del tratamiento y/o reingreso al servicio psiquiátrico por la agudización de los síntomas psicóticos durante el período de comorbilidad de los diagnósticos.

#### 4.4. PBC

*Tabla 4.4.1. Frecuencia de consumo*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	172	93.0	93.0	93.0
	Sí consumieron; pero no en los últimos 3 meses	9	4.9	4.9	97.8
	Una o dos veces	3	1.6	1.6	99.5
	Mensualmente	1	.5	.5	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

- En referencia al consumo de PBC, de los 185 pacientes que manifestaron algún tipo de consumo de sustancia, solo 13 pacientes confirmaron el consumo de la misma, equivalente al 8% de los pacientes consumidores. De los cuales, el 4.9% consumió la sustancia, pero no en los últimos tres meses, el 1.6% lo hizo entre una a dos veces durante un mes y el 0.5% (equivalente a 1 paciente) lo hace cada tres veces al mes en el lapso de 3 meses.

Por cuestiones de interpretación y procesamiento de estadísticos para la sustancia, en adelante, solo se tendrán en consideración para la descripción a los 13 pacientes que afirmaron el consumo de la sustancia.

**Tabla 4.4.2. Deseo de consumo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	11	84.62	84.62	84.62
	Sí consumieron; pero no en los últimos 3 meses	2	15.38	15.38	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

- Según la tabla 4.4.2., solo el 15.38% de los pacientes presentaron deseos de volver a consumir la sustancia, pero no en los últimos tres meses. Mientras que el 84.62% refiere que “nunca” presentó estas sensaciones.

**Tabla 4.4.3. Problemas relacionados al consumo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	10	76.92	76.92	76.92
	Sí consumieron; pero no en los últimos 3 meses	2	15.39	15.39	92.31
	Una o dos veces	1	7.69	7.69	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

- Según la tabla anterior, solo uno de los pacientes (7.69%) refiere que el consumo de PBC, le generó problemas (económicos, sociales, emocionales, etc.) de una a dos veces

en el periodo de un mes; mientras que, el 15.39% presentó dificultades hace poco más de tres meses.

***Tabla 4.4.4. Dejar de hacer lo esperado a causa del consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	13	100.0	100.0	100.0

- El cuadro 4.4.4., refiere que ninguno de los pacientes mencionó haber dejado de cumplir con sus obligaciones debido al consumo de la sustancia.

***Tabla 4.4.5. Preocupación del entorno por los hábitos de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	10	76.92	76.92	76.92
	Sí, en los últimos 3 meses	3	23.08	23.08	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

- La tabla anterior, refleja que el entorno de 3 de los pacientes (23.08%) que afirmaron el consumo de PBC, se mostraron preocupados por dicho consumo, no obstante, no lo hicieron en los últimos tres meses. Y el 76.92% niega dicha preocupación por parte de los familiares, amigos próximos, etc.



**Tabla 4.4.6. Intento de reducir o eliminar el consumo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	10	76.92	76.92	76.92
	Sí, pero no en los últimos 3 meses	1	7.69	7.69	84.61
	Sí, en los últimos 3 meses	2	15.39	15.39	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

- El 15.39% de los pacientes afirman que intentaron reducir el consumo de la sustancia en el lapso de los últimos tres meses, el 7.69% lo hizo, pero no en los últimos tres meses. Mientras que, el 76.92% menciona que “nunca” hubo dicha preocupación.

**Tabla 4.4.7. Nivel de riesgo para la salud**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de riesgo	2	15.38	15.38	15.38
	Riesgo bajo	2	15.38	15.38	30.76
	Riesgo moderado	9	69.24	69.24	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

- El 69.24% de los pacientes que consumieron la sustancia, presenta una probabilidad de nivel de riesgo moderado para la salud que los puede llevar a la recaída, al abandono del tratamiento, a un trastorno por consumo (intoxicación), reagudización de los

síntomas positivos de la psicosis. El 15.38% presenta, tanto del nivel de riesgo bajo; así como –la misma proporción- para la ausencia de riesgo.

**Tabla 4.5. Sedantes**

***Tabla 4.5.1. Frecuencia de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	178	96.2	96.2	96.2
	Sí consumieron; pero no en los últimos 3 meses	7	3.8	3.8	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

- En cuanto a la frecuencia de consumo de sedantes, tales como: alprazolam, diazepam, clonazepam, solo **7** (3.8%) de los pacientes refirieron el consumo; el resto equivalente al 96.2% niegan el consumo a lo largo de su vida.

***Tabla 4.5.2. Deseo de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	100.0	100.0	100.0

- Ninguno de los pacientes, después de haberse dado el consumo tuvo deseos de continuar con la ingesta de la sustancia, en adelante.

***Tabla 4.5.3. Problemas relacionados al consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	100.0	100.0	100.0

- Ninguno de los pacientes, refiere haber tenido problemas asociados al consumo de la sustancia.

***Tabla 4.5.4. Dejar de hacer lo esperado a causa del consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	100.0	100.0	100.0

- Ninguno de los pacientes, refiere haber dejado de hacer lo esperado debido al consumo de la sustancia.

***Tabla 4.5.5. Preocupación del entorno por los hábitos de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	100.0	100.0	100.0

- Ninguno de los pacientes, refiere haber tenido comentarios de preocupación por parte de su entorno más cercano debido al consumo de la sustancia.

***Tabla 4.5.6. Intento de reducir o eliminar el consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	100.0	100.0	100.0

- Ninguno de los pacientes, refiere haber intentado reducir o eliminar el consumo de la sustancia.

***Tabla 4.5.7. Nivel de riesgo para la salud***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de riesgo	1	14.29	14.29	14.29
	Riesgo moderado	6	85.71	85.71	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

- De los 7 pacientes que afirmaron el consumo de la sustancia, 6 de ellos (85.71%) presentaron un nivel de riesgo moderado para la salud, debido que este único consumo de la sustancia les ocasionó un trastorno por intoxicación, por la dosis ingerida. Y el 14.29% representa el porcentaje de ausencia de riesgo debido al consumo de la sustancia.

**Tabla 4.6. Inhalantes*****Tabla 4.6.1. Frecuencia de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	178	96.2	96.2	96.2
	Sí consumieron; pero no en los últimos 3 meses	4	2.2	2.2	98.4
	Una o dos veces	3	1.6	1.6	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

- En el cuadro anterior se puede ver que el porcentaje de los pacientes que refieren ser consumidores de inhalantes corresponde al 3.8% equivalente a 7 pacientes, de los que 3 de ellos consumieron una o dos veces en los últimos tres meses y, 4 de ellos consumieron la sustancia, pero no en los últimos tres meses. Finalmente, 178 de ellos (96.2%) negaron el consumo.

***Tabla 4.6.2. Deseo de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	100.0	100.0	100.0

- Ninguno de los pacientes, después de haberse dado el consumo tuvo deseos de continuar con la ingesta de la sustancia, en adelante.

***Tabla 4.6.3. Problemas relacionados al consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	100.0	100.0	100.0

- Ninguno de los pacientes, refiere haber tenido problemas asociados al consumo de la sustancia.

***Tabla 4.6.4. Dejar de hacer lo esperado a causa del consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	100.0	100.0	100.0

- Ninguno de los pacientes, refiere haber dejado de hacer lo esperado debido al consumo de la sustancia.

***Tabla 4.6.5. Preocupación del entorno por los hábitos de consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	100.0	100.0	100.0

- Ninguno de los pacientes, refiere haber tenido comentarios de preocupación por parte de su entorno más cercano debido al consumo de la sustancia.

***Tabla 4.6.6. Intento de reducir o eliminar el consumo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	100.0	100.0	100.0

- Ninguno de los pacientes, refiere haber intentado reducir o eliminar el consumo de la sustancia.

***Tabla 4.6.7. Nivel de riesgo para la salud***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de riesgo	1	14.29	14.29	14.29
	Riesgo bajo	1	14.29	14.29	28.58
	Riesgo moderado	5	71.42	71.42	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

- De los 7 pacientes que afirmaron el consumo de la sustancia, 6 de ellos (85.71%) presentaron un nivel de riesgo moderado para la salud, debido que este único consumo de la sustancia les ocasionó un trastorno por intoxicación, por la dosis ingerida. Y el 14.29% representa el porcentaje de ausencia de riesgo debido al consumo de la sustancia.

Todos los pacientes negaron haber consumido siquiera alguna vez (a lo largo de su vida): opiáceos, alucinógenos, anfetaminas y sustancias por vía intravenosa.

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

En el estudio que se realizó, se obtuvo que, en la muestra de 255 pacientes evaluados, el 82.5% - equivalente a 185 sujetos- afirmaron ser consumidores de alguna sustancia a lo largo de su vida; mientras que el 27.5% restante -70 pacientes-, negaron el consumo de cualquier tipo de sustancia psicoactiva. Lo cual, corroboraría lo hallado por Swartz et al en el 2008, estudio en el que se determinó que, de una muestra de 1460 sujetos con un diagnóstico de esquizofrenia, 579 de ellos (39.7%) se identificaron como no consumidores; mientras que, 881 de los sujetos (60.3%) se reportaron como consumidores. Esto lleva a inferir (de alguna forma) que, dentro de la población psiquiátrica, en los pacientes con esquizofrenia, existe una predominancia del consumo de sustancias psicoactivas en comorbilidad con este trastorno psicótico.

De acuerdo al estudio realizado, se puede decir que la prevalencia presente del consumo de sustancias en pacientes con psicosis, se debe de forma inmediata a la reducción de alguno de los síntomas del cuadro psicótico (dependiendo de la sustancia) sin considerar de fondo el nivel de riesgo al que se exponen. Como, por ejemplo, aquellos que han presentado mayores índices de consumo de PBC, lo habrían hecho porque es una sustancia que facilita la relación interpersonal y que en cierta forma ha sido percibida como un desinhibidor social de conducta (síntomas negativos del cuadro clínico). La dificultad para su consumo sería que, al no ser una droga legal, no se tiene mucho acceso de compra. Por otra parte, según la experiencia de algunos de los pacientes evaluados, el cese del consumo de determinadas sustancias puede deberse a un trastorno inducido por éstas (por ejemplo, intoxicación aguda), lo que les lleva a pensar que “la sustancia los envenena”, por ello la han dejado habiendo presentado un único



consumo de la misma. Este hallazgo, se contrasta y corrobora con lo postulado por Szerman MD, 2016; quien refiere que “en ocasiones los pacientes atribuyen al consumo, su conducta compulsiva”, en otras palabras, si el paciente hace un abuso de estas sustancias se debe a que encuentra en ésta beneficios y/o un alivio de síntomas. Lo que podría estar relacionado con la “*Teoría de automedicación*” expuesta por Extein IL (1993).

La presente investigación, demostraría en la casuística que, el tabaco es una de las sustancias más consumidas, por los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, incluso en cuanto a cantidad y el fácil acceso de ésta (económica y legalmente hablando), en un afán de compensar los síntomas negativos. Dicho hallazgo, se comprueba con lo encontrado por Lasser et al., 2000; quienes sostienen que la adicción al tabaco se da principalmente entre los sujetos que sufren trastornos mentales y con mayor frecuencia en los individuos diagnosticados con esquizofrenia; dado que su uso restaura transitoriamente los déficits cognitivos y sensoriales de estos pacientes. Por otro lado, si bien los efectos se dan a este nivel, también el consumo se da para regular el humor y reducir el estrés (Mobascher & Winterer, 2008); lo que estaría relacionado una vez más con lo que postulaba Extein IL en el año 1993, acerca de la *Teoría de la automedicación*; aunque la expresión coloquial (que los pacientes utilizan), refiera que “un cigarro los ayuda a estar más tranquilos”.

Según lo observado en los resultados de la investigación, hay que resaltar que el alcohol fue la sustancia con mayor prevalencia de consumo por pacientes hombres (60%) con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide (91.4%), que en su mayoría hacen uso de la sustancia de manera regular y/o eventual. Así mismo, por lo visto en la casuística, los pacientes que acuden por cualquiera de los servicios de atención del centro de salud mental Moisés Heresi, en un estado

aparente de ebriedad, y poseen un diagnóstico dual, muestran un patrón de conducta hostil, se agudizan las alucinaciones y habría cierta tendencia a conductas suicidas. Lo que reveló el estudio, se confirma con lo expuesto por Mohamed et al., 2015: el consumo de alcohol es más prevalente en pacientes con esquizofrenia (hasta tres veces más) que en la población general en un 31%. A esto se suma lo que dice Leposavic et al., 2015: “presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas con el alcohol los varones jóvenes afectos de esquizofrenia y con antecedentes de alcoholismo en la familia”. Por otro lado, Baigent et al., 1995, refieren que los efectos del alcohol mejoran el humor, las relaciones sociales según lo que manifiestan los propios pacientes; en algunos casos controlaría las alucinaciones y en otros, sucede todo lo contrario. Batel en el 2000, postula que “los pacientes con esquizofrenia paranoide y alucinaciones desarrollan adicción alcohólica más frecuentemente que los demás tipos de esquizofrenia”.

El presente estudio, refleja que los pacientes consumidores de cannabis representan un porcentaje considerable de padecer un nivel de riesgo moderado, lo cual amerita una intervención breve especializada (de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario aplicado); inclusive, según la casuística, se sabe que esta sustancia puede producir un trastorno psicótico inducido y/o de poseer un diagnóstico primario de psicosis agudizar los síntomas; no obstante, no se ha logrado una conciencia por parte de los pacientes, respecto a estos efectos de la marihuana. Todo lo anteriormente visto, según el estudio realizado, se equipara con las investigaciones hechas por Lutz et al., 2015, quienes refieren que los usuarios de cannabis tienen como motivo principal de su utilización el hecho de que buscan relajarse; lo cual indicaría una señalización endocannabinoide, que juega un rol central en el control del estrés,

el temor y la ansiedad. También, influencia la motivación para las recompensas naturales, al mismo tiempo que modula los efectos recompensantes de las drogas. No obstante, los consumidores de dicha sustancia desconocen y en muchos casos no se hacen conscientes de que su consumo da lugar a rasgos y estados emocionales negativos, produce *craving* que impulsa a la adicción, según señala Parson y Hurd, 2015.

Los pacientes con esquizofrenia podrían utilizar la cocaína para mejorar su estado afectivo para reducir la sintomatología positiva y negativa, y mejorar los síntomas depresivos, según señala Laudet et al., 2000; lo cual en contraste con los resultados encontrados, expone a los usuarios de ésta, a un mayor nivel de riesgo alto, dentro del que se puede incluir aumento de los efectos secundarios como la distonía y/o mayores índices de *craving*; así como la reagudización de síntomas en las recaídas.

En la presente investigación, se identificó que no se tuvieron registros del consumo de opioides por parte de los sujetos evaluados; lo cual, no ha permitido afirmar lo postulado por Zubieta et al., 2003, (*citado por Szerman, 2016. Protocolos de intervención patología dual: Patología dual, enfermedad mental/cerebral. pág.7*), respecto al sistema opioide endógeno, en el que se señala que “este sistema con sus receptores opioides mu, está distribuido ampliamente en el cerebro y procesa estados emocionales complejos y afectos negativos cuando es disfuncional” lo que explicaría el evidente rol clave en la adicción hacia estas sustancias.

Uno de los objetivos del presente estudio, fue determinar el nivel de riesgo para la salud asociado al consumo de sustancias, de lo que se pudo comprobar que; en principio, las drogas legales (alcohol y cigarrillos) oscilaban en mayor porcentaje entre ausencia y nivel bajo de

riesgo; en cuanto a las drogas ilegales o sin receta médica (marihuana, cocaína, inhalantes, sedantes) registraron entre un nivel moderado a alto de riesgo para la salud. Para el primer grupo de consumidores que se puede identificar como el grupo de consumidores de drogas legales, el nivel de riesgo estaba asociado a la cronicidad del cuadro clínico dual, con tendencia a presentar trastornos, tales como: abuso de sustancias y la dependencia propiamente dicha. Mientras que, el segundo grupo de consumidores (de drogas ilegales o sin receta médica) pese que en algunos casos solo se presentó un único consumo, el nivel de riesgo para la salud fue de moderado a alto; debido a que, la ingesta de la sustancia implicó – en principio- la recaída del paciente, la reagudización de la sintomatología psicótica, el abandono del tratamiento farmacológico debido a la intoxicación por la ingesta de la droga. Pues bien, haciendo una contrastación con lo referido en el 2008 por Swartz et al., los autores realizaron un estudio en pacientes diagnosticados con esquizofrenia para determinar cuántos de ellos eran además consumidores o no de alguna sustancia o droga; así mismo, lo que pretendieron era definir cuántos de los pacientes consumidores podían ser clasificados como *consumidores sin daño aparente* (23%) y cuántos de ellos se clasificaban como afectados de un trastorno actual debido al consumo de drogas (37%). Lo que reafirmaría la hipótesis teórica de que el consumo de sustancias en este tipo de pacientes representa un nivel de riesgo para la salud (crónico o agudo), que en definitiva es perjudicial.

## CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

### CONCLUSIONES

#### PRIMERA. -

El 72.5% ( $N=185$ ), de la muestra estudiada ( $N=255$ ), presenta un consumo elevado de sustancias psicoactivas; mientras que, el 25.5% ( $N=70$ ) de los pacientes no han presentado el consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida.

#### SEGUNDA. -

Las características sociodemográficas con mayor incidencia fueron: *en cuanto al sexo, un 60%* ( $N=111$ ) equivalente a varones; *en cuanto al tipo de paciente*, los pacientes continuadores (o en tratamiento ambulatorio) registraron el 84.3% ( $N=156$ ); *en cuanto a la edad:* cronológico promedio de 37.82 y una edad promedio de inicio de consumo de 20.69; *en cuanto al tipo de diagnóstico* un 91,4% ( $N= 169$ ) respecto a un diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide.

#### TERCERA. -

El 57.3% ( $N=106$ ) de los pacientes consumidores registraron el consumo de 2 o más sustancias a lo largo de su vida y, el 42.7% ( $N=79$ ) de los pacientes han consumido una sola sustancia.

#### CUARTA. -

Las características del consumo de sustancias por cada una de ellas, son:

- **Cigarrillos**, consumieron la sustancia el 66.5% ( $N=112$ ). Con una mayor frecuencia de consumo de una o dos veces al mes en un 15.1%; 9 de los pacientes consumen la sustancia diaria o, casi diariamente. El 78.58% refirieron “nunca” percibir preocupación

del entorno por sus hábitos de consumo; el nivel de riesgo para la salud debido al consumo con mayor incidencia es de nivel moderado con un 57.14%.

- **Alcohol**, consumieron la sustancia el 94.6% ( $N=175$ ). La frecuencia de mayor incidencia fue de 36.8% en la que los pacientes consumen la sustancia una o dos veces al mes –a quienes puede denominárseles “bebedores sociales”-; el 83.43% “nunca” percibieron preocupación del entorno inmediato por sus hábitos de consumo; el nivel de riesgo para la salud debido al consumo con mayor incidencia es de nivel bajo con un 60.57%.
- **Marihuana**, consumieron la sustancia el 11.9% ( $N=22$ ). La frecuencia de mayor incidencia fue de 4.9% en la que los pacientes consumen la sustancia en un aproximado de 1 a 2 veces al mes; 12 de los pacientes “nunca” percibieron preocupación del entorno inmediato por sus hábitos de consumo de la sustancia; el nivel de riesgo para la salud debido al consumo con mayor incidencia es de nivel moderado con un 63.63%.
- **Cocaína**, consumieron la sustancia el 7% ( $N=13$ ). La frecuencia de mayor incidencia fue de 4.9% en la que los pacientes consumieron la sustancia, pero no lo hicieron en los últimos tres meses; 10 de los pacientes “nunca” percibieron preocupación del entorno inmediato por sus hábitos de consumo de la sustancia; el nivel de riesgo para la salud debido al consumo con mayor incidencia es de nivel moderado con un 69.24%.
- **Sedantes**, consumieron la sustancia el 3.8% ( $N=7$ ); el total de los pacientes consumieron la sustancia, pero no lo hicieron en los últimos tres meses; el nivel de

riesgo para la salud debido al consumo con mayor incidencia es de nivel moderado con un 85.71%.

- ***Inhalantes***, consumieron la sustancia el 3.8% ( $N=7$ ); 4 de los pacientes consumieron la sustancia, pero no lo hicieron en los últimos tres meses y, 3 de ellos los consumieron aproximadamente una o dos veces al mes; el nivel de riesgo para la salud debido al consumo con mayor incidencia es de nivel moderado con un 71.42%.
- ***Anfetaminas, opiáceos, alucinógenos y las sustancias por vía intravenosa***, ninguno de los pacientes las consumió.

#### QUINTA. -

Los pacientes que hacen uso de sustancias legales están expuestos a un nivel de riesgo bajo con tendencia a la cronicidad; mientras que los consumidores de sustancias ilegales son más propensos a niveles de riesgo para su salud de nivel moderado (pese a tratarse de un consumo eventual), su ingesta representa la fase aguda del cuadro clínico dual.

#### SUGERENCIAS

- Sabiendo que existe un consumo elevado de sustancias psicoactivas en esta muestra psiquiátrica de nuestra ciudad, se sugiere profundizar el presente estudio en cuanto a determinar si existe una correlación positiva directa teniendo como diagnóstico primario el consumo de sustancias que desencadene un trastorno psiquiátrico y/o determinar si es un factor que induce al diagnóstico dual teniendo a la esquizofrenia como precedente.

- Es importante que a partir de este resultado se incluya dentro del abordaje terapéutico la psicoeducación familiar de pacientes con diagnóstico dual, para la concientización respectiva y una posterior adecuada adherencia al tratamiento.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonzo Bello, L. (s.f.). *Epidemiología, factores etiológicos y modelos asistenciales en patología dual*. Recuperado el 26 de noviembre de 2018, de <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2016/02/PMD-Patolog%C3%ADa-Dual-Epidemiolog%C3%ADa-factores-etiol%C3%B3gicos-y-modelos-asistenciales.pdf>
- Arias Horcajadas, F. (2007). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones*, 191-203.
- Arias Horcajadas, F., Sánchez Romero, S., & Padín Calo, J. (2002). Influencia del consumo de drogas en las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia. *Actas españolas de psiquiatría*, 65-73.
- Arias, F., Sánchez, S., & Padín, J. (2002). Consumo de drogas y riesgo de recaídas en la Esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 63-67.
- Batel, P. (2000). Addition and schizophrenia . *Eur Psychiatry*, 15(2):115-22.
- Batel, P., Lejoyeux, M., & Ades, J. (1993). Prevalence and severity of alcoholism among schizophrenics: a clinical study. *ESBRA 4º congreso*, 242.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., y otros. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P., Sweeney, S., & Frances, A. (1991). Drug Abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*, 224-230.
- Extein IL, G. M. (1993). Hypothesized neurochemical models for psychiatric syndromes in alcohol and drug dependence. *J Addict Dis*, 29-43.

- Fielitz G, P., Suárez C, H., Escobal L, M., Frontini L, M. A., López-REga, G., Navarro T, V., y otros. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de emergencia sala de emergencia psiquiátrica: hospital Viladerbó, Montevideo. Uruguay. *Neuro psiquiatría*, 106-113.
- Fumero, A., Santamaría, C., & Navarrete, G. (2009). Predisposición al consumo de alcohol y drogas en personas vulnerables a la esquizofrenia. *Revista Neurol*, 8-12.
- Gálvez Flórez, J. F., & Rincón Salazar, D. A. (2009). Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento de los pacientes farmacodependientes con trastornos psiquiátricos mayores. *Colombia Psiquiatría vol. 38*, 143-172.
- Gil Mejia, W. S. (2017). *repositorio.unsa.edu.pe*. Recuperado el 15 de junio de 2018, de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5394/CHSgimews.pdf?sequence=1>
- Henquet, C., Murria, R., Linszen, D., & Jim Van, O. (2006). Ambiente esquizofrenia: el papel del consumo de cannabis. *Schizophrenia Bulletin*, 61-65.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Jiménez-Castro, L., Raventós-Vorst, H., & Escamilla, M. (2011). Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población Latina. *Actas espanolas psiquiátricas*, 123-130.
- Lasser, K., Boyd, J., Woolhandler, S., Himmelstein, D., & McCormick, D. B. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, 284(20):2606-10.
- Laudet, A., Mogura, S., Vogel, H., & Knight, E. (2000). Recovery challenges among dually diagnosed individuos.i. *J Subst Abuse Treat*, 18(4):321-9.

- Lutz, B., Marsicano, G., Maldonado, R., & Hillard, C. (2015). The endocannabinoid system in guarding against fear, anxiety and stress. *Nat Rev Neurosci*, 16 (12): 705-18.
- Martínez Ortega, J. M., Gurpegui, M., Díaz, F., & De León, J. (2004). Tabaco y esquizofrenia. *Adicciones*, 178-190.
- Melich, M. T. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 315-319.
- Miguez Varela, M. d., & Becoña Iglesias, E. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en la oncología. Dialnet*, 99-112.
- MinJusticia, O. (2017). *Observatorio de drogas de Colombia*. Recuperado el 12 de mayo de 2017, de <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>
- Mobascher, A., & Winterer, G. (2008). The molecular and cellular neurobiology of nicotine abuse in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, Sep;41 Suppl 1:S51-9.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., Lin, H., Swartz, M., McEvoy, J., & Stroup, S. (2015). Randomized Trial of the Effect of Four Second-Generation Antipsychotics and One First-Generation Antipsychotic on Cigarette smoking, alcohol and drug use in chronic schizophrenia. *J. Nerv Ment Dis*, 203(7):486-92.
- OMS. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.
- OMS. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria*. Washington DC.
- OMS. (noviembre de 2016). *Organización Mundial de la salud*. Recuperado el 10 de octubre de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

- ONU. (s.f.). *ONU MUJERES*. Recuperado el 10 de octubre de 2017, de <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women>
- Ortiz Lobo, A. (1998). Esquizofrenia y consumo de drogas. *Psiquiatría pública*. Vol. 10, 369-377.
- Romero Soriano, C., & Martínez Pérez, A. (s.f.). *Artículos científicos*. Recuperado el 30 de setiembre de 2016, de Abuso de drogas y su relación con la esquizofrenia: <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articles/rev60/artic07.htm>
- Roncero, C., Barral, C., Lara Grau-López, E. R.-C., & Casas, M. (2016). *Protocolos de intervención patología dual: Patología dual en Esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed, S. L.
- Roncero, C., Matali, J., & Yelmo, S. (2006). Paciente psicótico y consumo de sustancias: patología dual. *Trastornos adictivos*, 1-5.
- Roncero, J., Ramos, J., Collazos, F., & Casas, M. (2001). Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. *Adicciones*, 179-189.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (s.f.). *Sinopsis de psiquiatría*. Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health .
- Salcedo, V. V., Collazos, M. V., Martínez, L. R., Icaza, M. E., & Juárez, F. (2015). Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol. *Salud Mental*, 40-48.
- Santamarina Montilla, C. I. (2001). Esquizofrenia y sustancias psicotropas de consumo frecuente en nuestro medio. *Adicciones*.
- SEPD. (2015). *Adicciones y otros trastornos mentales*. Recuperado el 15 de 10 de 2017, de [http://www.patologiadual.es/pacientes\\_pdual.html](http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html)
- Solé Puig, J. (2001). Desarrollo de la CIE-10 y el DSM-IV para trastornos por Cánnabis. *Salud y drogas*, 41-70.

- Solé Puig, J. (2003). LSD y alucinógenos. *Adicciones*.
- Swartz, M., Wagner, R., Swanson, J., Stroup, S., McEvoy, J., Canive, J., y otros. (2008). Consumo de drogas en personas con esquizofrenia. Prevalencia basal y correlaciones con el estudio NIMH CATIE. *Toxicomanías*, 18-28.
- Szerman MD, N. (2016). *Protocolos de intervención patología dual: patología dual, enfermedad mental/cerebral*. Barcelona: EdikaMed, S.L.
- Szerman, N., Álvarez Vara, C., & Casas, M. (2012). *Temas en patología dual opciones terapéuticas: Patología dual en Esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- Tamayo, J. M. (1998). Marihuana y esquizofrenia: ¿Un diagnóstico dual inocuo y terapéutico? *Revista Col. Psiquiatría*, 19-31.
- Torres Larrañaga, J. L. (1998). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. *LiberAddictus*.
- Vicente, N., Díaz, H., & Ochoa, E. (2001). Consumo de sustancias en pacientes con Esquizofrenia. *Psiquiatría*.
- Zegarra-Valdivia, J., Cazorla Pérez, E., & Chino Vilca, B. (2016). Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental "Moisés Heresi" de Arequipa - Perú, entre los años 2011 y 2013. *Scielo*, 98-107.

## **ANEXOS:**

- **ANEXO 1.- PERMISO DE EVALUACIÓN A PACIENTES**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento, se me ha informado acerca de la investigación “Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del centro de salud mental Moisés Heresi, Arequipa-2016”, quien tiene como responsable a la Bach. Lina Grethel Ccama Callo, con fines de realizar su tesis para obtener el título de Licenciada en psicología por la Universidad Católica San Pablo de la ciudad de Arequipa.

Tengo entendido que cuenta con la autorización, para realizar el presente estudio, del centro de salud mental “Moisés Heresi” al cual acudo como paciente y; que lleva un cuaderno de registro donde se añadirán: mi *edad actual*, la *edad de inicio de consumo* –de ser el caso-, *sexo*, si soy *paciente nuevo*, *paciente continuador*, *paciente en hospitalización* y, *el tipo de diagnóstico con el que cuento*. Por lo que, doy fe de que mi participación es de manera voluntaria y la información que aportaré será manejada confidencialmente, respondiendo el cuestionario de manera anónima y con fines de investigación únicamente.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

---

**PARTICIPANTE**

---

**INVESTIGADOR**

- **ANEXO 2.- CUESTIONARIO UTILIZADO**

- **Pregunta 1**

<b>PREGUNTA 1   A lo largo de la vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)</b>		
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc)	SI	NO
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	SI	NO
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc)	SI	NO
Cocaina (coca, crack, etc)	SI	NO
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc)	SI	NO
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc)	SI	NO
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc, -no medicados-)	SI	NO
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc)	SI	NO
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc)	SI	NO
Otras, _____ especifique:	SI	NO

• **Pregunta 2**

<b>PREGUNTA 2   En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente o casi diariamente</b>
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc)	0	2	3	4	6
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	0	2	3	4	6
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc)	0	2	3	4	6
Cocaína (coca, crack, etc)	0	2	3	4	6
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc)	0	2	3	4	6
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc)	0	2	3	4	6
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc, -no medicados-)	0	2	3	4	6
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc)	0	2	3	4	6
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc)	0	2	3	4	6
Otras, <span style="float: right;">especifique:</span> _____	0	2	3	4	6



• **Pregunta 3**

<b>PREGUNTA 3   En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente o casi diariamente</b>
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc)	0	2	3	4	6
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	0	2	3	4	6
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc)	0	2	3	4	6
Cocaína (coca, crack, etc)	0	2	3	4	6
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc)	0	2	3	4	6
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc)	0	2	3	4	6
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc, -no medicados-)	0	2	3	4	6
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc)	0	2	3	4	6
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc)	0	2	3	4	6
Otras, <span style="float: right;">especifique:</span> _____	0	2	3	4	6

• **Pregunta 4**

<b>PREGUNTA 4   En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia el consumo le ha causado problemas de salud, sociales o legales o económicos?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente o casi diariamente</b>
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc)	0	2	3	4	6
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	0	2	3	4	6
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc)	0	2	3	4	6
Cocaina (coca, crack, etc)	0	2	3	4	6
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc)	0	2	3	4	6
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc)	0	2	3	4	6
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc, -no medicados-)	0	2	3	4	6
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc)	0	2	3	4	6
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc)	0	2	3	4	6
Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

• **Pregunta 5**

<b>PREGUNTA 5   En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia se ha dejado de hacer lo que se esperaba habitualmente, por el consumo de sustancias?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Mensualment e</b>	<b>Semanalment e</b>	<b>Diariamente o casi diariamente</b>
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc)	0	2	3	4	6
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	0	2	3	4	6
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc)	0	2	3	4	6
Cocaína (coca, crack, etc)	0	2	3	4	6
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc)	0	2	3	4	6
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc)	0	2	3	4	6
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc, -no medicados-)	0	2	3	4	6
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc)	0	2	3	4	6
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc)	0	2	3	4	6
Otras, <span style="float: right;">especifique:</span> _____	0	2	3	4	6

• **Pregunta 6**

<b>PREGUNTA 6   ¿Un amigo, un familiar o alguien más <i>alguna vez</i> ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo?</b>	<b>No, Nunca</b>	<b>Sí, en los tres últimos meses</b>	<b>Sí, pero no en los tres últimos meses</b>
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc)	0	6	3
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	0	6	3
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc)	0	6	3
Cocaína (coca, crack, etc)	0	6	3
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc)	0	6	3
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc)	0	6	3
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc, -no medicados-)	0	6	3
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc)	0	6	3
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc)	0	6	3
Otras, _____ especifique:	0	6	3

• **Pregunta 7**

<b>PREGUNTA 7   ¿Ha intentado <i>alguna vez</i> reducir o eliminar el consumo?</b>	<b>NO, Nunca</b>	<b>Sí, en los tres últimos meses</b>	<b>Sí, pero no en los tres últimos meses</b>
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc)	0	6	3
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	0	6	3
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc)	0	6	3
Cocaína (coca, crack, etc)	0	6	3
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc)	0	6	3
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc)	0	6	3
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc, -no medicados-)	0	6	3
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc)	0	6	3
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc)	0	6	3
Otras, _____ especifique:	0	6	3

• **Pregunta 8**

<b>PREGUNTA 8   ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?</b>	<b>No, Nunca</b>	<b>Sí, en los tres últimos meses</b>	<b>Sí, pero no en los tres últimos meses</b>
Marque la casilla correspondiente			

**ANEXO 3: HOJA DE APOYO**

<b>RECUADRO 3   Lista de sustancias de la tarjeta de respuestas para usuarios</b>
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc)
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc)
Cocaína (coca, crack, etc)
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc)
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc)
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc)
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc)
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc)
Otras, especifique: _____

#### ANEXO 4.- HOJA DE RETROALIMENTACIÓN

Puntuaciones de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo	
a. Productos de tabaco		0 -3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
b. Bebidas alcohólicas		0 – 10 11 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
c. Cannabis		0 -3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
d. Cocaína		0 -3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamina		0 -3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
f. Inhalantes		0 -3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
g. Sedantes o pastillas para dormir		0 -3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
h. Alucinógenos		0 -3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
i. Opiáceos		0 -3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
j. Otras, especifique _____		0 -3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto