

ABUSO DE DROGAS Y SU RELACIÓN CON LA ESQUIZOFRENIA

Autoras

Romero Soriano, C.*

Martínez Pérez, A.*

* D.U.E.

Resumen

Con este artículo resaltamos la importancia que tiene el abuso de drogas como factor de riesgo en la aparición de un cuadro esquizofrénico.

PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia. Jóvenes. Drogodependencia. Cannabis.

INTRODUCCIÓN

En la población general, especialmente en los jóvenes, se observa un uso cada vez más extendido de drogas. Casi el 50% de los adultos jóvenes, se observa un uso cada vez más extendido de drogas. Casi el 50% de los adultos jóvenes han probado o usado regularmente sustancias de abuso (marihuana, drogas psicodélicas, hipnóticos, sedantes, estimulantes como la cocaína, derivados opiáceos, etc.). Si se incluye el alcohol las tasas de incidencia se incrementan hasta un 90%.

Por otro lado el abuso de drogas puede exacerbar los trastornos psiquiátricos, incluso las sustancias psicoactivas han sido implicadas en el comienzo precoz de la psicosis. El uso y abuso de determinados tipos de drogas se considera un factor de riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia y podría actuar como factor desencadenante de la misma en pacientes con una determinada personalidad psicótica.

En la práctica diaria, los profesionales de la salud se encuentran frecuentemente con problemas de salud mental, ya sean trastornos mentales propiamente dichos o bien conflictos psicosociales.

DROGA, DROGODEPENDENCIA. DROGADICCIÓN

La droga se define como toda sustancia terapéutica o no, de origen natural o industrial que introducida en el organismo es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), hasta provocar alteración física o intelectual, creando un estado de dependencia física, psíquica o ambas.

Clasificación de las principales drogas

I- Narcóticos	[- Heroína. - Morfina. - Metadona. - Codeína.]
II- Estimulantes o psicoanalépticos	[- Anfetaminas o derivados. - Cocaína. - Cafeína.]
III- Sedantes --- Barbituricos.			
IV- Tranquilizantes menores o ansiolíticos --- Diacepánidos.			
V- Alucinógenos	[- LSD-25. - Mescalina. - Cannabis -----]
			[
			- Marihuana. - Hachis. - Goma o brea. - Aceite de hasch.
		- Drogas de diseño (MDMA).]
VI- Volátiles o inhalantes	[- Acetona. - Benzeno - Tolueno]
		.Colas. .Combustibles. .Lacas, etc...]
VII- Analgésicos no narcóticos	[- Aspirina. - Cibalgina.]
VIII- Exceso de fármacos	[- Somniferos de tipo hipnótico. - Jarabes para la tos (derivados morfínicos).]

La drogodependencia (según la OMS) “es un estado de intoxicación crónica que afecta a la persona y a la sociedad originado por el consumo repetido de una droga natural o sintética”.

Los rasgos que caracterizan la personalidad de un toxicómano son:

1. Incidencia en la depresión.
2. Egocentrismo.
3. Inferioridad personal encubierta en una personalidad autosuficiente.
4. Dificultad para mantener relaciones estables.
5. Inmensa necesidad afectiva o de aprobación.
6. Su bajo nivel de tolerancia a la frustración.

PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA Y CONSUMO DE DROGAS

La exquizofrenia es una de las formas más graves de los síndromes psiquiátricos y a la vez más frecuente. Tiene una edad de aparición entre los 15 y 30 años. También es llamada “Psicosis discordante”, definida como la discordancia entre el pensamiento y la conducta que manifiesta este pensamiento. El mayor problema es que va encaminado a desembocar en la cronicidad, con mal pronóstico porque limita la vida del enfermo e incluso la vida de sus familiares.

En la última revisión de los criterios diagnósticos para enfermedades mentales -DSM IV, los referidos a la esquizofrenia son:

A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes.

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado.
- Comportamiento catatónico, o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos.

B. Disfunción social/laboral.

C. Duración de al menos 6 meses.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.

E. Exclusión del consumo de sustancias y de enfermedad médica.

F. Sin relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

En España los derivados de la cannabis, fundamentalmente el hachís, siguen siendo las drogas de consumo ilegales más extendidas, aunque su uso parece haber disminuido en la última década, al tiempo que ha aumentado el consumo de alucinógenos.

El consumo de drogas de diseño (MDMA o éxtasis) conocidos como “fididos, tanques, delfines, pájaros, cacharros, etc.” y con gran heterogeneidad en su presentación y composición, ha aumentado de forma importante en los últimos años, fundamentalmente en ambientes festivos ligados a la subcultura del BAKALAO. Un 2,3% de la población de más de 15 años las ha consumido alguna vez en la vida, y se han incrementado extraordinariamente las cantidades decomisadas por la policía, lo que sugiere su mayor circulación.

PSICOSIS CANNABICA

Existen cuadros psicóticos de larga duración de tipo esquizofrénico puestos en marcha por el consumo de cannabis que plantean una confusión en el diagnóstico. Puede ser una “ESQUIZOFRENIA ENDOGENA” cuyo factor desencadenante es el consumo de drogas o bien puede ser una “PSICOSIS” cuyo factor causal es el consumo de tóxicos, denominada “PSICOSIS CANNABICA”. Este diagnóstico se incluye en el DSM IV y lo denomina Trastorno Psicótico inducido por sustancias. Sus criterios resumidos son:

A. Alucinaciones o ideas delirantes.

B. Los síntomas de “A”, aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias.

C. La alteración no es una esquizofrenia endógena.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

ETIOLOGIA

El abuso de drogas prece al comienzo de la psicopatología, actuando así como causa o precipitante. Se ha visto en diferentes estudios que los pacientes esquizofrénicos con abuso de drogas presentan un comienzo de la enfermedad a edad más temprana y un mejor funcionamiento premórbido; bien actuando como desencadenante o como un factor de riesgo más.

EPIDEMIOLOGÍA

En enfermos mentales crónicos se ha hallado que los pacientes con doble diagnóstico son la mayoría jóvenes, varones, de extracto socioeconómico bajo, y con una historia familiar de sociopatía y alcoholismo, menos capaces de dirigir sus vidas en la comunidad, con dificultades para mantener comidas regulares, sus finanzas adecuadamente, un hogar estable y unas actividades regulares mostrando una gran hostilidad, un mayor índice de suicidabilidad, una mayor desorganización y manteniendo un pobre cumplimiento en las prescripciones medicamentosas.

Además el comienzo de su enfermedad es más temprana y sufren más rehospitalizaciones. Asimismo parece existir una historia familiar de abuso de drogas significativamente más común en pacientes abusadores que los que no lo son. Hay numerosos trabajos que señalan aspectos en la interrelación entre el uso de drogas y la evolución de la esquizofrenia.

El abuso de estimulantes está asociado con la primera hospitalización a edad más temprana pero no con mayor número de hospitalizaciones.

EPIDEMIOLOGÍA

GRÁFICA 1

Tipos de sonda

	N	%
Edad media (años):	26,12 (+-)3,8	Rango:21-31 años
Sexo		
Varón	14	82
Mujer	3	18
Estado Civil		
Soltero	15	88
Casado	2	12
Nivel educativo		
Sin el graduado escolar	12	70
EGB	4	24
BUP	1	6
Profesión		
Sin profesión	12	70
No cualificada	5	30
Situación laboral		
Paro primario	11	64
Paro secundario	4	24
Activo	2	12
Tipo de convivencia		
Familia de origen	14	82
Familia propia	2	12
Solo	1	6
Antecedentes legales		
Sí	5	30
No	12	70
Total	17	100

TABLA 2

Tipos de sustancias

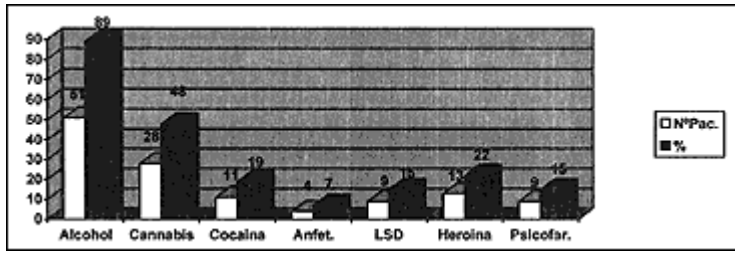
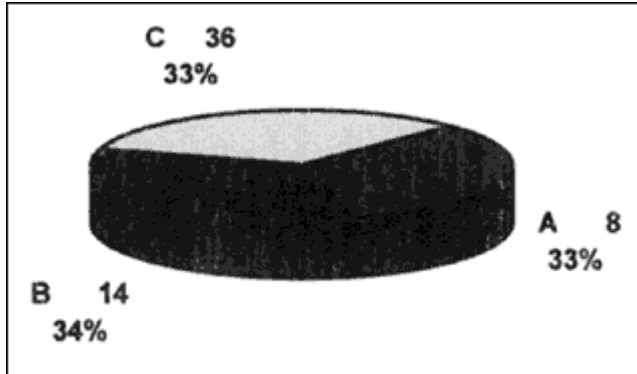


TABLA 3
Patrones de consumo



Patrones de consumo en relación al inicio de la esquizofrenia y al consumo de tóxicos.

Tipos de patrones:

- Patrón A: Se inicia el consumo antes del diagnóstico de esquizofrenia y cesa tras la aparición del primer brote.
- Patrón B: Se inicia el consumo de tóxicos después de la aparición y diagnóstico de la esquizofrenia.
- Patrón C: Se inicia el consumo antes de la aparición de la esquizofrenia y continua después del diagnóstico de la esquizofrenia.

CONCLUSIONES

Podemos entender la enfermedad mental como primaria, siendo el abuso de sustancias una consecuencia; por otro lado, el trastorno psiquiátrico podría ser considerado también como secundario al abuso de drogas. Asimismo, se pueden explicar ambas patologías (esquizofrenia-drogadicción) como independientes o con una etiología común.

Se ha demostrado que el uso de cannabis es un factor de riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia, como también que el riesgo de padecerla entre los consumidores de cannabis es seis veces mayor que entre los no consumidores.

Es significativamente frecuente entre los pacientes esquizofrénicos el consumo de drogas mayor en los hombres que en las mujeres, y en particular de alcohol y cannabis entre otros. Los pacientes jóvenes son más propensos al abuso de estimulantes y alucinógenos. Con un bajo nivel socioeconómico se abusa más del cannabis que de otras drogas siendo en entorno social y familiar un determinante crítico.

Los trastornos psicosociales causan más problemas e incapacidad a la población en general. Su detección depende de varios factores:

1. La capacidad y sensibilidad de los profesionales de la salud para reconocer precozmente el problema.
2. El modelo de atención sanitaria. Existe una mayor dificultad en la detección de estos problemas si solo se utiliza el modelo médico-biológico, dejando a un lado los aspectos psicológicos, y socioculturales del individuo.
3. El tiempo utilizado por los profesionales.
4. La formación adecuada de los profesionales de la salud.

El campo de las toxicomanías debe estar incluido o al menos organizar sus actividades en íntima conexión con el de la "Salud Mental" por los pacientes toxicómanos. A nuestro juicio, el PLAN NACIONAL DE DROGODEPENDENCIA debería incluir en sus sistemas de información la frecuentación de los SERVICIOS DE SALUD MENTAL por los toxicómanos.

Muchos de los problemas de salud mental y de los conflictos psicosociales crónicos pueden prevenirse, si se abordan con sentido común de forma precoz, de lo contrario la patología evolucionará hasta crónica o permanente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Excelentísimo Ayuntamiento de Valencia, Concejalía de Sanidad y Consumo. *Programa Municipal de Drogodependencia*.
2. Piedrola, G. et. al.: *Medicina Preventiva y Salud Pública* Barcelona. Salvat. 9.^a Edición.
3. Orta Rodríguez, José: *Problemas de diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y la psicosis cannabicas*. Folia Neuropsiquiátrica. (1996) 2/31 pg. 141-147.
4. Angosto, T.; Fernández, J. L.; Arnillas, H.; Gastañaduy, M. J.; Teijeira, J. R.; Olivares, J. M.: *Comorbilidad y Esquizofrenia*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsi, vol. XVI, n.º 57, (1996) pg. 21-36.
5. Teijeira Santiago, J. R. y otros: *Esquizofrenia y uso/abuso de opiáceos*. Comunicación libre al XIX Congreso de la AEN, Sevilla, 1993.
6. OMS. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid. 1992.
7. Kaplan, H. J.; Sadock, B. J.: *Tratado de Psiquiatría*. 2.^a Edición. Tomo I. 1989.
8. Nogueras Ormazábal, B.; Mendivil Ferrández, J. L.; Eguiluz Urruchurtu, J.; González Torres, M. A.: *El doble diagnóstico. Esquizofrenia y toxicomanía: revisión de la literatura*. Psiquis. 1993; 14(3): pg. 119-127.
9. Varo, J. R.; Ara, M. S.; Martínez Arevalo, M. J.: *Aspectos de comorbilidad Psiquiátrica en el consumo de drogas*. XX Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol: Avances en drogodependencias. 1992; pg. 169-178.
10. Varo, J. R.: *Psicosis inducidas por drogas: Aspectos clínicos y psiquiátricos legales*. I Jornadas Nacionales. Madrid, 10-11 Octubre 1991.
11. Bellido, J.; Torre, V.; Sanz, A.; Navarro, M.^a E.; Herreer, F.; Vidal, C.; Sanz, E.: *Patrones de consumo de tóxicos en la esquizofrenia*. *Informaciones psiquiátricas*. 1991, 125/ 3er trimestre 1991, pg. 255-263.
12. Arranz Muñecas, J.; Bellido Torrejón, J.; Bosque Gabarre, C.; Galve Fernández, L.; Navarro Hurtado, M.^a E.: *Comorbilidad en los trastornos de personalidad*. *Informaciones psiquiátricas*. 1992, 130/4.º trimestre de 1992, pg. 771-779.
13. Simoes, M.; Carbonell Masia, C.; Pocayerra, M.; Hernández, L.: *Cannabis y psicosis esquizofrénica: Estado clínico psicopatología*. 1991, 1/T1. pg. 15-19.

14. Rasool, G. H.: *The health status and health care of ethno-cultural minorities in the United Kingdom: an agenda for action*. Journal-of-Advanced-Nursing 1995 Feb; 21(2): 199-201.
15. Ries, R.; Mullen, M.; Cox, G.: *Symptom Severity and utilization of treatment resources among avally diagnosed inpatients*. Hospital-and-Community-Psychiatry 1994. Jun-45(6): 562-8.
16. Gyuzu, R.; Mound, B.; Flanagan, E.: *Mental health consumers as public educators: qualitative study*. Canadian Journal-of-Nursing-Research 1994 Summer; 26(2): 29-42.
17. Cuffel, B. J.; Heithoff, K. A.; Lawson, W.: *Correlates of patterns of substance abuse among patients with schizophrenia*. Hos-Community-Psychiatry 1993 Mar; 44(3): 247-51.

[Índice artículos](#)