

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**“CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN  
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL  
TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO  
2019”**

**AUTORES:**

**HERRERA MONTESDEOCA ASTRID CAROLINA  
SANYER BOHÓRQUEZ ANDREA LISSETTE**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de  
MÉDICO**

**TUTOR:**

**DR. BRIONES JIMÉNEZ ROBERTO LEONARDO**

**Guayaquil, Ecuador**

**11 de septiembre del 2020**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Herrera Montesdeoca, Astrid Carolina** y **Sanyer Bohórquez, Andrea Lissette**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Briones Jiménez, Roberto Leonardo**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis**

**Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Herrera Montesdeoca, Astrid Carolina** y **Sanyer Bohórquez,**

**Andrea Lissette**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019**, previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020**

**LOS AUTORES**

f.

**Herrera Montesdeoca, Astrid**

f.

**Sanyer Bohórquez, Andrea**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA MEDICINA**

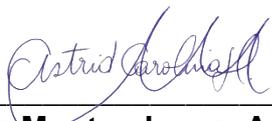
**AUTORIZACIÓN**

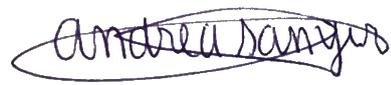
Nosotros, **Herrera Montesdeoca, Astrid Carolina** y **Sanyer Bohórquez, Andrea Lissette**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020**

**LOS AUTORES**

f.   
\_\_\_\_\_  
**Herrera Montesdeoca, Astrid**

f.   
\_\_\_\_\_  
**Sanyer Bohórquez, Andrea**

# REPORTE URKUND



## Document Information

---

<b>Analyzed document</b>	TESIS ESQUIZOFRENIA.doc (D78746154)
<b>Submitted</b>	9/7/2020 11:45:00 PM
<b>Submitted by</b>	
<b>Submitter email</b>	andreasanyerb@gmail.com
<b>Similarity</b>	0%
<b>Analysis address</b>	robertobriones.ucsg@analysis.urkund.com

**TUTOR**

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "R. Briones Jiménez", written over a horizontal line.

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Briones Jiménez, Roberto Leonardo**

## **AGRADECIMIENTO**

Doy gracias a Dios y a mi familia por haberme apoyado en esta carrera que empezó en Mayo del 2014, y agradezco porque todos ellos hayan estado en pie por mi e incondicionalmente para mis necesidades, a pesar de que fue una carrera dura y de muchos obstáculos para mí fue más llevadera porque sabía que no iba sola, siempre iba con ellos, pero sobretodo me doy gracias a mi por no desistir, por siempre seguir adelante y tratando de mejorar a pesar de todo lo que sentía. Doy gracias también a los pacientes que tuve durante mi proceso de internado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo y a todas las almas que nos dejaron sus cuerpos para poder aprender en los inicios de la carrera.

**Herrera Montesdeoca Astrid Carolina**

Me siento agradecida con Dios, ya que me dio la oportunidad de llegar hasta aquí, siempre ayudándome a cumplir todas mis metas. Le agradezco a mis padres porque finalizar mi carrera solo es el resultado de todas sus enseñanzas y motivación. Por último, doy gracias a todos mis tutores y profesores quienes aportaron con sus conocimientos en este trabajo y en el ámbito profesional.

**Sanyer Bohórquez Andrea Lissette**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo y todos los éxitos de mi carrera a mis padres Aída Montesdeoca y José Herrera por estar siempre para mí, a mis hermanas Andrea Herrera y Adriana Herrera por confiar en mis conocimientos, a mis sobrinos Mathias Andrés Villamar, Salvador André Villamar, Camila Alejandra Villamar, José Alejandro Padilla por ser siempre mi inspiración y sobretodo con mucho amor le dedico este trabajo a mi sobrino George André Herrera Montesdeoca que me cuidó y guió durante el inicio de mi carrera desde el cielo, todo lo que he alcanzado es gracias a ellos. También le dedico este trabajo a Miguel Ángel Ponce por haber compartido sus conocimientos conmigo con el fin de mi beneficio académico.

**Herrera Montesdeoca Astrid Carolina**

Este trabajo se lo dedico a mis padres quienes me acompañaron a lo largo de mi carrera brindándome su apoyo y cariño, sin ellos llegar hasta el día de hoy no hubiera sido posible. También está dedicado a mi abuela quien siempre cuidó de mí y me dio su infinito cariño.

**Sanyer Bohórquez Andrea Lissette**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. DANIEL FERNANDO FELIZ NEVADA**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. CESAR DANIEL CHAVEZ RODRIGUEZ**

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>4</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 ESQUIZOFRENIA</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 DEFINICIÓN .....	5
1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA .....	5
1.1.3 ETIOLOGÍA .....	6
1.1.4 FISIOPATOLOGÍA .....	8
1.1.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS .....	8
1.1.6 DIAGNÓSTICO .....	10
1.1.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	11
<b>1.2 SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS</b> .....	<b>12</b>
1.2.1 GENERALIDADES .....	12
1.2.2 TIPOS DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS .....	13
<b>1.3 ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS</b> .....	<b>16</b>
1.3.1 EPIDEMIOLOGÍA .....	16
1.3.2 FACTORES DE RIESGO .....	17
1.3.3 PATOGENIA .....	18
1.3.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS .....	19
1.3.5 CURSO DE LA ENFERMEDAD .....	21
<b>2. MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO</b> .....	<b>23</b>
<b>2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b> .....	<b>23</b>
<b>2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b> .....	<b>23</b>
<b>2.5 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	<b>23</b>
<b>2.6 VARIABLES</b> .....	<b>24</b>
<b>2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b> .....	<b>25</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>30</b>
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>34</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>38</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1. Tabla Cruzada entre uso de drogas y sexo y prueba Chi cuadrado para demostrar asociación .....</b>	<b>38</b>
Tabla 2. Medias de edad actual y edad de diagnóstico de esquizofrenia entre consumidores de drogas y no consumidores .....	38
Tabla 3. Prueba T-student para comparar medias de edad actual y edad de diagnóstico de esquizofrenia entre consumidores de drogas y no consumidores .....	39
Tabla 4. Tabla Cruzada entre uso de drogas y nivel socioeconómico y prueba Chi cuadrado para demostrar asociación.....	39
Tabla 5. Tabla Cruzada entre uso de drogas y escolaridad y prueba de Chi cuadrado para demostrar asociación .....	40

## RESUMEN

**Introducción:** La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica que afecta a alrededor de 21 millones de personas a nivel mundial. La tendencia de estos pacientes a consumir sustancias psicotrópicas es frecuente y su repercusión puede acentuar los síntomas psicóticos, incitar violencia o suicidio. Existen factores de riesgo para el consumo de sustancias como el sexo, edad, nivel socioeconómico, escolaridad y edad de diagnóstico de esquizofrenia.

**Objetivo:** Analizar el consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) durante el periodo 2019.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal y observacional en una población del HTMC en el año 2019.

**Resultados:** Fueron evaluados 113 pacientes esquizofrénicos de los cuales 36.28% consumían sustancias psicotrópicas. La sustancia consumida con mayor frecuencia fue el alcohol (78.05%). El 68.29% pertenecieron al sexo masculino y está asociado al uso de drogas ( $p=0.03$ ). La edad promedio de los consumidores fue de 43.40 años. La edad media al diagnosticar la esquizofrenia fue de 27.51 años en consumidores y 24.89 en no consumidores, no hay diferencias significativas ( $t=-0.068$   $p=0.946$ ). La mayoría cursaron hasta el bachillerato y tienen nivel socioeconómico medio, no se evidenció asociación.

**Conclusión:** La prevalencia de consumo de sustancias psicotrópicas en esquizofrénicos fue del 36.28% y el alcohol fue la sustancia más usada. El factor de riesgo más importante para el estudio fue ser hombre. Mientras que el resto de los factores no se encontraron asociados al consumo de sustancias.

**Palabras claves:** esquizofrenia; sustancias psicotrópicas; factores de riesgo; sexo masculino; alcohol.

## ABSTRACT

**Introduction:** Schizophrenia is a psychiatric illness that affects around 21 million people all over the world. The tendency of these patients to consume psychotropic substances is frequent, and its repercussion can accentuate the psychotic symptoms, incite violence or suicide. There are risk factors to consume these substances such as the age, gender, socio-economic level, education level, and schizophrenia diagnosis age. **Objective:** To analyze the consumption of psychotropic substances in patients with schizophrenia at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital (TMCH) during the period 2019. **Materials and methods:** Descriptive, transversal and observational study in a group of patients at TMCH in 2019. **Results:** 113 schizophrenic patients were evaluated. From these patients, 36.28% consume psychotropic substances. The consumed substance with highest frequency was the alcohol (78.05%). The 68.29% belongs to male gender and is associated with drug abuse ( $p=0.03$ ). The average age of the consumers was 43.40 years. The media age to diagnose schizophrenia was 27.51 years in consumers, and 24.89 in non-consumers, there are no significant differences ( $t=0.068$ ,  $p=0.946$ ). The majority studied until the Baccalaureate and have medium socio-economic level, there is no association evidence. **Conclusion:** The prevalence of psychotropic substances consumption in schizophrenics was around 36.28%, and the alcohol was the most used substance. The most important risk factor was to be a man. In addition, the rest of factors are not found associated with the consumption of these substances.

**Keywords:** schizophrenia; psychotropic substances; risk factors; male gender; alcohol.

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un síndrome heterogéneo que se caracteriza por perturbaciones del lenguaje, percepción, pensamiento, relación social y afecto. Puede aparecer en los últimos años de la adolescencia y ser insidioso (1). Afecta aproximadamente a 21 millones de personas alrededor del mundo, siendo los hombres (12 millones) más susceptibles a desarrollarla que las mujeres (9 millones). Es considerada una discapacidad importante ya que impide el desarrollo laboral y social que una persona sana tendría (2).

El consumo de sustancias psicotrópicas o psicoactivas ocasionan alteración en el sistema nervioso central (SNC). Sus manifestaciones pueden ser desde efecto eufórico, relajante o sedación, disminución de las funciones cognitivas, perceptivas y motoras hasta ocasionar convulsiones o infarto al miocardio. Todo depende del tipo de droga que se administre y su dosis(3)(4).

Existe la tendencia que pacientes con esquizofrenia sean vulnerables al consumo de sustancias. En países como Estados Unidos (EU) y Europa se han realizado estudios de prevalencia de esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias (TCS). El 28.9% de personas con enfermedades psiquiátricas tienen TCS, de las cuales la esquizofrenia se ubicó como la tercera enfermedad más frecuente en presentar TCS. Pacientes esquizofrénicos tienen un alto riesgo (4.6 veces mayor) de consumir drogas comparado con una población sin antecedentes de enfermedad mental. En países de Latinoamérica se han llevado a cabo pocos estudios. Un estudio originado en Brasil explica que la prevalencia de TCS con psicosis funcional fue de 10.4% y el alcohol fue la sustancia más consumida(5).

La repercusión de las sustancias psicotrópicas en esquizofrénicos es diversa, puede acentuar los síntomas positivos psicóticos propios de la patología, alteraciones conductuales, violencia, suicidio, disminución de

efectos de fármacos como los neurolépticos utilizados para su tratamiento, entre otros(4).

Existen factores de riesgo en personas con esquizofrenia que los relacionan a consumo de drogas, ya sea en pacientes diagnosticados con TCS o consumidores ocasionales. Se reconoce que algunos de estos factores están implicados con el sexo masculino, jóvenes, edad temprana al diagnóstico de esquizofrenia, baja escolaridad y nivel socioeconómico bajo(5)(6).

El curso de la esquizofrenia se ve afectada por el uso de drogas, conduciendo a desajustes en la conducta, mayores ingresos hospitalarios o fallos en el tratamiento. Todo esto conlleva a una mala calidad de vida de quienes lo padecen y su entorno familiar. Por medio de nuestra investigación deseamos analizar el consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019.

## **JUSTIFICACIÓN**

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica que afecta a millones de personas en el mundo. Se llega a asociar con el consumo de sustancias psicotrópicas tanto ilícitas como lícitas. El fin de nuestro estudio es determinar la prevalencia de pacientes con esquizofrenia que consumen sustancias en el HTMC durante el periodo 2019, ya que en Ecuador contamos con escasa información estadística de esta patología, así como a nivel Latinoamérica se exponen pocos estudios. Además, con esta investigación queremos establecer cuáles son los factores de riesgo que predominan en ellos, porque es primordial identificar los grupos más susceptibles. También nos interesa establecer si ciertos factores tienen asociación significativa con el consumo y esquizofrenia en nuestro medio, puesto que la información que tomamos de base al estudiar estos pacientes proviene de países con diferentes etnias y esto puede diferir con lo

encontrado en Ecuador. De esta forma queremos aportar nuevos conocimientos al área de psiquiatría y que nuestros hallazgos sirvan como ayuda para el seguimiento apropiado de los pacientes, evitando hospitalizaciones, fallar en el tratamiento o peligrosas conductas suicidas.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Analizar el consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar la prevalencia de pacientes con esquizofrenia que consuman sustancias psicotrópicas
- Identificar cuáles drogas usan los pacientes esquizofrénicos
- Establecer qué factores de riesgo están presentes en pacientes con esquizofrenia usuarios de sustancias psicotrópicas

# **1. MARCO TEÓRICO**

## **1.1 ESQUIZOFRENIA**

### **1.1.1 DEFINICIÓN**

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico. La sintomatología aparece en la adolescencia o edad adulta. Puede llegar a incapacitar, además muestra problemas para interactuar con el medio en el que se desenvuelve.

En su cuadro clínico están presentes alucinaciones o delirios, habla desorganizada, lo cual se denomina síntomas positivos. Por otro lado, el afecto plano, pobreza del habla y déficit cognitivo son síntomas negativos. El diagnóstico se lleva a cabo mediante los criterios para esquizofrenia del DSM-V (7).

### **1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA**

La prevalencia de la esquizofrenia se ha estimado en aproximadamente 1% a nivel mundial, lo cual representa que 45 millones de personas padecen la enfermedad. Se estima que para el 2050 incrementará a 71 millones de casos. No obstante, una revisión sistemática realizada por Saha et al de 188 estudios extraídos de 46 países encontró un riesgo de 4.0 por 1000 habitantes. Las prevalencia de los países subdesarrollados fueron significativamente más bajas que las de los países desarrollados (8) (9).

Un estudio demuestra que la esquizofrenia tiene 0.6% y 1.9% de prevalencia en Estados Unidos. La patología parecer ser igual en hombres y mujeres, mientras que en los hombres desarrollan el primer episodio a los 20 años y las mujeres a finales de los 20 o 30 años (10)

La probabilidad de desarrollar la enfermedad incrementa al 10% en personas con parientes de primer grado con esquizofrenia y sigue creciendo el

porcentaje en familias con varios miembros con el antecedente patológico. Existe un 80% de posibilidad de heredar la enfermedad (9).

### **1.1.3 ETIOLOGÍA**

A pesar de las investigaciones aún no se encuentra la causa precisa de la esquizofrenia. Pero se ha relacionado con susceptibilidad genética, influencia ambiental y familiar/social (10).

#### **FACTORES GENÉTICOS**

Los factores genéticos tienen mayor evidencia de estar ligados a patologías psiquiátricas. Existe el 50% de probabilidad de heredar esquizofrenia cuando ambos padres la padecen, por esto es importante conocer los antecedentes patológicos familiares (APF). Se ven implicadas anomalías cromosómicas, pero no se ha logrado identificar el gen específico alterado. Recientes estudios refieren que los genes más relevantes son la Disbindina localizada en el cromosoma 6, Neuroregulina 1 y G72 en el cromosoma 13, gen DAAO en el 12. Pueden estar implicados otros genes y acompañados de factores ambientales, desencadenan la patología. Los hallazgos de fenotipo son anomalías físicas menores como circunferencia cefálica menor, implantación baja de orejas, menor diámetro binocular. Su conducta puede manifestarse con aislamiento social, poco afecto, retardo en el desarrollo psicomotor y cognitivo(11).

#### **FACTORES AMBIENTALES**

Las complicaciones obstétricas se reportan en aproximadamente 20% de las historias clínicas de los esquizofrénicos(12). Dentro de ellas se encuentran los antecedentes de infecciones durante el embarazo como las causadas por virus de la influenza, toxoplasmosis, virus herpes simple tipo 2, citomegalovirus e infecciones virales del SNC. Las complicaciones perinatales y alteraciones intrauterinas pueden ocasionar desorganización

neuronal. La más usual es por hipoxia neonatal, también la hemorragia durante el parto, preeclampsia, atonía uterina y bajo peso al nacer.

La desnutrición materna durante el embarazo puede conferir vulnerabilidad para padecer esquizofrenia. Esto podría vincularse con el déficit de micronutrientes como la vitamina D, folatos y hierro. Tanto el aumento del nivel plasmático de homocisteína como la anemia materna durante el tercer trimestre se asociaron con un aumento del riesgo de esquizofrenia en la descendencia, aun al tener en cuenta otras variables. Otras consecuencias de la malnutrición materna incluyen la obesidad y la diabetes gestacional, cuadros que podrían influir sobre el riesgo de esquizofrenia(13).

## **FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES**

Algunos antecedentes familiares pueden desencadenar la esquizofrenia más no se asegura que la origine. Edad temprana de la madre, ser primogénito o periodo intergenésico menor a 5 años influyen como factores(11).

Someterse a mucho estrés tiene una alta posibilidad de presentar más adelante la patología (10). Los niños maltratados y traumatizados tienen una mayor probabilidad de padecer psicopatología durante su vida. Se ha propuesto un vínculo causal entre el abuso infantil y la psicosis, en particular las alucinaciones en la vida adulta, pero la evidencia hasta la fecha no es concluyente. Los metaanálisis y revisiones han identificado una alta prevalencia de trauma infantil (TI) en pacientes adultos con psicosis, tanto en estudios retrospectivos como prospectivos. Algunos autores sugieren una relación entre el TI y la psicosis, lo que indica que un mayor grado de TI se asocia con más síntomas psicóticos y un peor funcionamiento cognitivo. Un niño que pasa un largo período de estrés personal o familiar puede tener trastornos del espectro esquizofrénico a lo largo de su vida o convertirse en un adulto con esquizofrenia porque el cerebro aún se está formando, ha estado expuesto al estrés durante un período prolongado y ha cambiado su entrenamiento en el sistema límbico. El sistema límbico es responsable de integrar la información sensorial con el estado mental interno y emocional.

Este sistema comprende estructuras cerebrales responsables del comportamiento social, emocional, sexual, aprendizaje, memoria y motivación(14).

Factores ambientales relacionados a vivir en zonas urbanas y aislamiento social también están asociados. La discriminación o problemas económicos pueden llevar a pensamientos delirantes o paranoico(10).

#### **1.1.4 FISIOPATOLOGÍA**

La teoría dopaminérgica explica el incremento de la actividad de este neurotransmisor de la vía mesolímbica. Se mostró disminución del tono cortical de la función dopaminérgica, sobre todo en la corteza prefrontal y dar hiperactividad en las estructuras subcorticales. El paciente esquizofrénico puede presentar síntomas positivos si mantiene actividad hiperdopaminérgica o síntomas negativos con actividad hipodopaminérgica. Se cree que los receptores 5HT2 son parte de la etiopatogenia, por lo cual la clozapina usada para el tratamiento de la enfermedad actúa sobre estos receptores serotoninérgicos. Otro neurotransmisor relevante son los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) del glutamato, se ha observado que la fenciclidina actúa bloqueando receptores que son excitadores del glutamato y causa conducta característica de esquizofrenia. Ciertos casos cursan con trastornos en el desarrollo neurológico, sus manifestaciones son déficit intelectual en etapas tempranas y estructuras del cerebro anormales(11).

#### **1.1.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Los síntomas se clasifican en: positivos, negativos o cognitivos(1). A continuación, se explican cada uno.

## **SÍNTOMAS POSITIVOS**

Los pacientes con esquizofrenia presentan ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizados. Las ideas delirantes son creencias erróneas por mala interpretación de las percepciones o experiencias. Pueden ser delirios que no tienen sentido común o pueden parecer ser ciertos (15). Las alucinaciones es uno de los principales síntomas para diagnosticar la patología, el paciente percibe sensaciones auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles en ausencia de fuentes externas. La alucinación más habitual y característica de la patología es la auditiva (15).

El lenguaje presenta desorganización, un sujeto puede cambiar de un tema a otro sin algún orden, esto se conoce como “tangencialidad”. El comportamiento desorganizado va desde actitud infantiloides hasta agitación impredecible (15).

## **SÍNTOMAS NEGATIVOS**

Se manifiesta con expresión emocional disminuida o abolición “afecto plano”. La apatía puede estar presente y se caracteriza por poca higiene personal, ser irresponsable y falta de energía. También pueden experimentar alogia (disminución del lenguaje) y anhedonia (incapacidad de sentir interés en cualquier actividad). Los síntomas negativos están asociados con alta morbilidad y poca respuesta al tratamiento (10) (1).

## **OTRAS MANIFESTACIONES**

El deterioro cognitivo afecta a áreas como la atención, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, aprendizaje visual y razonamiento(16). Los pacientes tienen una falta de conocimiento de la enfermedad que padecen, se lo relaciona con incumplimiento, recaída, mala función psicosocial, mala higiene y mal pronóstico. Sus principales síntomas ya mencionados pueden traer consecuencias como educación incompleta por lo tanto se dificulta obtener y mantener un empleo (10).

Otros trastornos son causados debido a fármacos que afectan al SNC, tales como distonías agudas, acatisia y pseudoparkinsonismo. Los trastornos metabólicos se relacionan al consumo de antipsicóticos provocando aumento de peso, diabetes e hiperlipidemia (10).

La catatonía posee signos principales y son mutismo, inmovilidad, negativismo, catalepsia, estereotipias y eco fenómenos, pero en sus formas más graves se observa estupor y disminución o ausencia de ingesta de comida y líquidos (17).

#### **1.1.6 DIAGNÓSTICO**

Se basa en la historia clínica completa del paciente y la evaluación de los antecedentes, signos y síntomas(18). La información obtenida de fuentes colaterales como los familiares o personas que se relacionen al paciente son de gran ayuda(18,19).

El diagnóstico de esquizofrenia puede ser difícil en la infancia. En comparación con la esquizofrenia en jóvenes o adultos, las ideas delirantes son poco frecuentes, generalmente en niños menores de 10 años, sólo alrededor del 50% de los casos muestran ideas delirantes y es probable que sean poco complejas y no sistematizadas. Con el 80% de los casos, las alucinaciones auditivas son las más frecuentes, en la infancia las alucinaciones se describen con frecuencia como de localización interna, por lo que es difícil distinguir tales experiencias del habla interna o pensamientos (14).

Las variaciones de desarrollo en la forma de presentación de la enfermedad conlleva a una serie de alternativas diagnósticas, y dificulta saber cuándo comenzó la enfermedad(14).

Los jóvenes con esquizofrenia de inicio temprano generalmente pueden describir aspectos relevantes de sus síntomas psicóticos, aunque algunos estarán muy desorganizados, confundidos y/o paranoicos para proporcionar detalles exactos o antecedentes de importancia(14). Al evaluar a los

jóvenes, especialmente a los niños menores de 12 años, el clínico debe asegurarse de que el niño entienda la pregunta y de que se tengan en cuenta las consideraciones de desarrollo (14).

## **DIAGNÓSTICO DSM-V**

“El diagnóstico de esquizofrenia es clínico, y se realiza basándose en los criterios diagnósticos del CIE-10 o del DSM-V”(19)

De acuerdo a los criterios del DSM-V, el diagnóstico de la esquizofrenia requiere la presencia de (18,20):

- A. Dos o más síntomas característicos presentes durante un mes:
  - 1. Ideas delirantes extrañas(18)
  - 2. Alucinaciones predominantes durante muchos días a lo largo del día o varias veces a la semana durante muchas semanas(18).
  - 3. Habla desorganizado(18)
  - 4. Conducta catatónica(18)
  - 5. Síntomas negativos(18)

### **1.1.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Existe una serie de condiciones que pueden presentar sintomatología similar o parecida a los de la esquizofrenia, por lo que es necesario incluir siempre el diagnóstico diferencial en el proceso de evaluación(19).

En un primer episodio psicótico es fundamental descartar el riesgo suicida, la presencia de un trastorno del ánimo y el abuso de sustancias psicoactivas, por las implicancias pronosticas para el tratamiento(19). La psicosis debida a otros trastornos médicos o abuso de sustancias debe descartarse por medio de la anamnesis y examen físico con pruebas de laboratorio y estudios de neuroimagen(18). Aunque algunos pacientes con esquizofrenia tienen anomalías estructurales cerebrales en neuroimagen, no son suficientemente específicos como para tener valor diagnóstico(18).

Otros trastornos mentales con síntomas similares incluyen varios que están relacionados con es la esquizofrenia como:(18)

1. Trastorno esquizofreniforme
2. Trastorno esquizoafectivo
3. Trastorno bipolar
4. Depresión mayor con características psicóticas
5. Trastornos psicóticos inducidos por sustancias
6. Trastorno delirante

Las pruebas neuropsicológicas, los estudios por imágenes, el electroencefalograma (EEG) y otras pruebas de función cerebral no ayudan a distinguir entre los principales trastornos psicóticos. Algunos trastornos de la personalidad tienen síntomas parecidos a los de la esquizofrenia, aunque habitualmente no tan graves y no implican psicosis(18)

No debe hacerse el diagnóstico de esquizofrenia si el paciente presenta síntomas afectivos (depresivos o de la esfera maníaca) o si tiene consumo activo de sustancias como drogas o alcohol, en esos casos primero se debe estabilizar al paciente del cuadro afectivo o del consumo de alcohol y drogas, y luego volver a evaluar el cuadro psicótico(19).

## **1.2 SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS**

### **1.2.1 GENERALIDADES**

Las sustancias psicotrópicas o psicoactivas son aquellas que alteran la conciencia, estado ánimo o pensamientos de las personas. Gracias a estudios se comprobó que estas sustancias actúan en el cerebro, modificando ciertas funciones. Entre las más utilizadas se encuentran el alcohol, sedantes, opioides, cannabis, cocaína y anfetaminas(3).

Según su estatus socio legal se dividen en tres grupos.

- Existen sustancias usadas con fines terapéuticos para dolor, trastornos del sueño o del estado de ánimo. En este grupo se encuentra el metilfenidato, un estimulante, que está indicado para el déficit de atención con hiperactividad en niños. Vale recalcar que se los puede adquirir solo bajo receta médica prescrita(3)
- Las sustancias ilícitas, en la mayoría de los países, se consideran a los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína, entre otros. Su consumo es muy alto sobre todo en adultos jóvenes con el fin de beneficiarse de sus propiedades psicoactivas(3)
- Sustancias lícitas como bebidas alcohólicas se consumen por diferentes fines. Se emplea en celebraciones hasta su abuso excesivo que puede ocasionar situaciones de peligro(3)

Asimismo, se consideran sustancias psicoactivas a la cafeína y nicotina, pero no causan mayor impacto en el organismo del ser humano(3).

## **1.2.2 TIPOS DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS**

### **ALCOHOL**

El alcohol es un depresor del SNC, se lo consume por vía oral y toma el nombre de alcohol etílico o etanol. Se absorbe en el torrente sanguíneo a través del intestino delgado(3).

Los efectos del alcohol varían según cada organismo, dosis y ritmo de ingesta. Lo descrito por los pacientes fue sentirse con mejor estado de ánimo y mejora su interacción social, pero esto difiere en cada persona (3) (4). En dosis bajas se observa mayor actividad pero su efecto es indirectamente proporcional cuando existen cantidades altas de etanol sanguíneo, disminuyendo las funciones cognitivas, perceptivas y motoras(3). El etanol inhibe los receptores GABA-A y disminuyen la actividad excitatoria

mediada por los receptores de glutamato, lo cual se relaciona con el efecto sedante y falta de memoria durante el consumo de la sustancia(3).

El consumo crónico de alcohol presenta mayores alteraciones de sistemas y estructuras nerviosas (3).

## **CANNABINOIDES**

El delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) es el principal compuesto con efectos psicoactivos. Habitualmente su presentación permite fumarlo o mezclarlos para ser ingeridos. Al fumar aproximadamente 30 minutos ocasiona intoxicación y su efecto dura hasta 6 horas. Se puede detectar en orina a los 2 o 3 días luego de fumar una mínima cantidad o prolongarse hasta 6 semanas cuando su uso es continuo(3). Como efecto, hay sensación de relajación, la percepción del tiempo es lenta, disminuye la coordinación motora y memoria a corto plazo(3). Estudios controversiales muestran el lado terapéutico de esta droga, el cual beneficia de forma paliativa a pacientes con cáncer o SIDA por su acción antiemética y analgesia(3).

Sus efectos activan el receptor cannabinoide CB1 (a nivel del SNC) y CB2 (en tejidos periféricos del sistema inmunológico). Los agonistas del receptor CB1 disminuyen la cognición, la memoria y función motora, mientras que se localizan en rutas del dolor en el cerebro y médula espinal lo cual atribuye su propiedad analgésica. Los receptores CB2 tienen función inmunomoduladora(3). Crea un efecto en las personas de usarlo reiteradas veces, ya que la delta-9-THC incrementa el funcionamiento de la dopamina en la ruta mesolímbica desde el área tegmental ventral (ATV) al núcleo accumbens, zona importante para desarrollo de dependencia(3).

La intoxicación aguda con cannabis puede precipitar síntomas psicóticos o exacerbaciones de la enfermedad psicótica existente(14).

## **ESTIMULANTES**

Entre los estimulantes se citan a la cafeína, cocaína y anfetaminas. El consumo de estimulantes legales, como las xantinas (cafeína) es muy frecuente en la población(4). En general se considera que en torno a un 9% de pacientes con psicosis consumen psicoestimulantes, aunque existen variaciones entre los distintos países y continentes. De todas las sustancias con propiedades psicoestimulantes, la anfetamina se considera como la sustancia de referencia, aunque la cocaína es más prevalente(4).

La cocaína es un fuerte estimulante del sistema nervioso. Actúa como bloqueador de vehículos de monoaminas con afinidades similares para vehículos de dopamina, serotonina y norepinefrina(3). Se puede consumir por aspiración por vía nasal la cual es su forma más común, inyección intravenosamente o fumarlo(3). Los efectos que causa dicho estimulante son diversos, experimentan sensación de bienestar y euforia, aumenta la energía y capacidad sexual. Por otro lado, ocasiona síntomas no agradables para el individuo como ansiedad, paranoia e inquietud. Cuando se consume altas dosis están presentes los temblores, convulsiones y alza térmica. Otros efectos adversos por sobredosis son taquicardia, hipertensión arterial hasta provocar infarto al miocardio o hemorragias cerebrales(3).

Es muy común que los pacientes no comenten el hábito de consumir cocaína, o lo niegan, pero la sospecha exige que se corrobore mediante exámenes. Se realizan pruebas de laboratorio para buscar metabolitos de cocaína en diferentes fluidos o localizaciones corporales. La benzoilecgonina es el metabolito primario producto de la desmetilación de la cocaína, es la molécula que se identifica en las pruebas(21).

## **OPIOIDES**

Los opioides son compuestos extraídos de la semilla de la amapola. La heroína y morfina actúan en lugares específicos de enlace en el cerebro. La administración intravenosa ocasiona rubor en la piel y experimentan éxtasis

o desencadenar náusea y vómito. Sus efectos son de euforia, analgésicos, sedante y depresión del sistema respiratorio. Los opioides causan alta dependencia(3).

## **1.3 ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

### **1.3.1 EPIDEMIOLOGÍA**

Los esquizofrénicos son más vulnerables a desarrollar dependencia de sustancias. Los datos epidemiológicos así lo demuestran, aunque no todos los estudios aportan las mismas cifras, lo que puede deberse a diferencias en la identificación de los casos, utilización de distintos criterios diagnósticos y población estudiada, entre otros (4).

“El primer estudio sobre comorbilidad fue el Epidemiological Catchment Area (ECA), estadounidense, se realizó a partir de una gran muestra de la población general, confirmó que más del 47% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia había presentado un diagnóstico comórbido de TCS a lo largo de vida”(4).

La prevalencia del consumo de cocaína en los pacientes con esquizofrenia varía entre el 22 y 31%, o entre el 15 y 50%, aunque hay autores que lo elevan al 50% por el aumento en los últimos años de consumo. El consumo de anfetaminas varía según estudios. Se han descrito prevalencias del 10-65% y del 30%. En cuanto al consumo de alcohol es más prevalente en esquizofrénicos que en la población general, entre un 31%, un 33,7% y un 60%, según estudios, aunque recientemente se ha descrito una tendencia a la disminución de estas, situándose en algunos estudios en el 21% a lo largo de la vida(4). Presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas con el alcohol los varones jóvenes afectos de esquizofrenia y con antecedentes de alcoholismo en la familia(4).

El cannabis es la droga ilegal más consumida en la población general y una de las más prevalentes en pacientes esquizofrénicos. Algunos estudios la cifran en torno al 30% y al 40% y cerca del 40% de los primeros episodios(4).

### 1.3.2 FACTORES DE RIESGO

Las características o factores de riesgo que posiblemente llevan a pacientes con esquizofrenia a consumir sustancias psicotrópicas son:

- Sexo masculino: es más habitual en hombres que en mujeres, incluso se contempla la posibilidad de que el estrés con el que conviven los pacientes se relacione con la etiología de la esquizofrenia y consumo de sustancias o alcohol (23)
- Edades jóvenes: se ha observado que los pacientes jóvenes con esquizofrenia consumen diferentes drogas, esto se debe a su vulnerabilidad por experimentar sensaciones nuevas. Otro factor es el desarrollo de esquizofrenia a edades tempranas, también incrementa el riesgo de consumo de sustancias(5)(6)
- Escolaridad baja: es posible que en la población general, los resultados negativos en la vida tal como el abandono de escolaridad también sea influencia para el consumo de sustancias(5,22)
- Nivel socioeconómico bajo: un estudio estadounidense señaló que además de pertenecer al género masculino, ser indigente, desempleados, presidiarios son factores comunes que se observan. “Jiménez-Castro aportó con su investigación que inmigrantes de México en EU poseían ambos diagnósticos”. Un estudio publicado en el 2018 mostró que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia consumían sustancias como alcohol u otras sustancias, no tenían

trabajo, por ende, ingresos y no estaban satisfechos con su nivel socioeconómico (24)

- Otros factores: no tener una pareja estable, antecedente familiar de uso de drogas y proceder de países de habla inglesa (24)

### **1.3.3 PATOGENIA**

Existe una estrecha relación entre la vulnerabilidad a la adicción y la esquizofrenia, que también parece estar relacionada con el desarrollo anormal del cerebro y de sus funciones(25). Las anomalías neuronales de la esquizofrenia parecen coincidir con los sustratos neuronales que regulan los comportamientos adictivos, por ejemplo, los circuitos mesolímbicos y mesocorticales (25).

Afirman que los pacientes con esquizofrenia y dependencia de drogas o abuso del alcohol muestran una implicación neurofisiológica activa de estos circuitos que conducen al deterioro cognitivo, en este contexto. Las habilidades cognitivas más afectadas en ambos tipos son el control de la atención, el razonamiento abstracto, la flexibilidad cognitiva, la planificación estratégica global, la respuesta secuencial y la memoria de trabajo(25). Todos estos procesos están vinculados a la función ejecutiva; como también la memoria verbal, la fluidez verbal y la velocidad motriz parecen estar afectadas(25).

Se han descrito marcados déficits cognitivos en las áreas de atención y memoria de trabajo visual, el deterioro predomina en las áreas de la red atencional ejecutiva y la atención sostenida(25).

Dentro de los problemas de memoria, la memoria episódica es la que muestra más daños, porque requiere un contexto espaciotemporal(25).

Las alteraciones de las funciones ejecutivas se han considerado históricamente como una patología del lóbulo frontal, principalmente a través

de las lesiones que afectan a las regiones dorsolateral, orbitofrontal y cingular prefrontales(25).

En el campo del alcoholismo informan que no todos los pacientes manifiestan problemas cognitivos, los cambios observados en las funciones ejecutivas y la memoria se interpretan como un aumento de la impulsividad de los lóbulos frontales a los efectos tóxicos del alcohol(25). Además, en los pacientes con abuso de sustancias, se produce mayor deterioro tanto a nivel atencional como en el procesamiento de emociones y deterioro de funciones ejecutivas, y muestran un nivel llamativo de atrofia cerebral en los lóbulos frontales, sistema límbico y cerebelo(25).

#### **1.3.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Los esquizofrénicos consumidores de sustancias psicotrópicas presentan características diferentes de los esquizofrénicos que no consumen. La gravedad de los síntomas en el primer episodio no se ha relacionado con la intensidad del consumo, pero sí del tratamiento ya que se ha argumentado que los pacientes que tienen descompensación psicótica necesitan más de un tratamiento antipsicótico que los que no presentan descompensación en su episodio(4).

“La comorbilidad entre la esquizofrenia y TCS conlleva a mayor presencia de conductas caracterizadas por agresividad y conductas impulsivas. En el estudio ECA analizaron que la prevalencia de violencia entre las personas con esquizofrenia era del 12,7%, del 24,5% en aquellos que presentaban dependencia de alcohol y del 34,7% en los consumidores de otro tipo de tóxicos”. No se toma en cuenta el uso de tabaco por no ser perjudicial para la salud mental de los esquizofrénicos según estudios(4,26,27).

También se ha objetivado que los pacientes esquizofrénicos y TCS presentan mayor riesgo de suicidio, aunque se desconoce con exactitud si el uso de sustancias es un factor de riesgo independiente(4).

## **ALCOHOL**

El alcohol disminuye los síntomas negativos de la esquizofrenia. Su uso sugiere como fin controlar síntomas, como las alucinaciones, aunque en algunos pacientes se pueden producir el efecto contrario(4).

Los pacientes con esquizofrenia paranoide y alucinaciones desarrollan adicción alcohólica más frecuentemente que los demás tipos de esquizofrenia. El patrón de consumo de alcohol en los pacientes es más irregular que en los alcohólicos sin esquizofrenia. Presentan más alteraciones conductuales, comportamiento hostil y conductas suicidas. El alcoholismo puede ser un factor de predicción de suicidio en los esquizofrénicos, al igual que en la población general y de deterioro cognitivo. El alcohol altera la efectividad de los neurolépticos, al aumentar su metabolismo hepático y disminuir sus valores séricos(4).

## **MARIHUANA**

En una revisión, muestran que la actividad dopaminérgica aumenta con el consumo de cannabis y también del alcohol ya que estimula profundamente la liberación de dopamina en los terminales mayores del sistema mesolímbico y el núcleo accumbens y que este aumento puede significar un incremento de los síntomas positivos psicóticos, es decir ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizados(23,28). De manera individual el consumo regular de marihuana está asociado con alteraciones en ciertas regiones del cerebro que participan en las funciones ejecutivas como memoria, aprendizaje y control de los impulsos. Mientras que la esquizofrenia está relacionada con la afectación ya mencionada anteriormente, hace que esta asociación de la marihuana y la esquizofrenia tengan como manifestaciones alteración en conjunto del pensamiento, memoria, aprendizaje y las funciones ejecutivas en general(2,22).

Se sugirió que el consumo de marihuana empeora el cuadro clínico en pacientes esquizofrénicos, en tanto que otros autores indicaron una mejoría

del desempeño social y cognitivo(13). Hasta el momento no es posible definir el efecto de la marihuana sobre la integridad del cerebro, es posible que el consumo de cannabis se relacione con una alteración del hipocampo y la amígdala, lo cual coincide con lo observado en pacientes esquizofrénicos(13)

## **COCAÍNA**

El consumo de estimulantes como la cocaína se ha estimado alrededor de cuatro veces más común en pacientes esquizofrénicos que en los que no lo son(4).

El consumo de cocaína, pasta de cocaína, crack o base de cocaína se asocia a la presentación persistente de sintomatología psicótica, durante la intoxicación es muy habitual la emergencia de vivencias paranoides y fenómenos perceptivos. La incidencia de psicosis en consumidores de cocaína es variable de hasta el 18%(21).

Pueden presentarse alucinaciones auditivas, visuales y táctiles. Las alucinaciones táctiles son clásicas, consisten en la sensación de bichos desplazándose por la piel con escozor y se presentan del 18 al 32% en los casos de cuadros psicóticos inducidos por cocaína(21). En la esfera afectiva los sentimientos de irritabilidad y disforia también están presentes. Otro signo característico es la presencia de movimientos estereotipados de búsqueda o chequeo de algo tanto con ojos, cabeza y manos, con desesperación. Aparte presentan conductas sexuales inapropiadas y conductas agresivas o violentas(21).

### **1.3.5 CURSO DE LA ENFERMEDAD**

El TCS conlleva a mal pronóstico o curso de la esquizofrenia. Pueden alterar sus síntomas y tratamiento por consumir drogas. Estos pacientes desarrollan mayores comorbilidades, tienen ingresos hospitalarios frecuentes y estadía prolongada. Tienen comportamiento violento y puede llevarlo a cometer delitos, además su tasa de mortalidad y suicidios es alta ocasionado por las

sustancias. También se observan pacientes que se recuperan completamente de el TCS, aquellos que consumieron por pocos años muestran mejoría pareciendo que nunca hubieran consumido drogas. Algunos autores sugieren que pueden experimentar efectos secundarios de los antipsicóticos cuando existe consumo de drogas, tales como efectos secundarios extrapiramidales o discinesias tardías(27).

## **2. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

Tipo de estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional

### **2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población utilizada para el estudio es de 332 pacientes con esquizofrenia que provienen del HTMC durante el periodo 2019.

### **2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acuden al HTMC durante el año 2019
- Pacientes que consuman sustancias psicotrópicas ocasionalmente
- Pacientes con trastorno por consumo de sustancias

### **2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con esquizofrenia que presentan otros trastornos psiquiátricos
- Pacientes con historia clínica incompleta
- Pacientes que consuman tabaco o cafeína

### **2.5 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Recolección de datos secundarios de historias clínicas del HTMC. Se revisaron parámetros como diagnóstico de esquizofrenia, uso de sustancias psicotrópicas y cuales han sido consumidas, nivel socioeconómico y escolaridad, entre otros datos del paciente. Los datos recolectados del estudio fueron obtenidos del sistema AS 400 del hospital donde se lleva a cabo la investigación. Para almacenar y tabular datos se usó Microsoft Office Excel por medio de tablas y posteriormente fueron analizados en el programa SPSS Statistics. Las citas bibliográficas y bibliografía fueron elaboradas en el programa Zotero.

## 2.6 VARIABLES

Nombre variable	Definición variable	Instrumento	Tipo	Valor final
<b>Sexo</b>	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres	Historia clínica	Categórica nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Historia clínica	Numérica continua	Numérico
<b>Antecedente personal de consumo de sustancias psicotrópicas</b>	Persona que abusa de sustancias psicoactivas	Historia clínica	Categórica nominal dicotómica	Si/No
<b>Tipos de sustancia psicotrópica</b>	Sustancia que al introducir al organismo produce alteraciones en el SNC	Historia clínica	Categórica nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cannabis</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Cocaína</li> </ul>
<b>Escolaridad</b>	Nivel de estudios que recibió una persona	Historia clínica	Categórica nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Primaria incompleta</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Secundaria incompleta</li> <li>• Superior</li> <li>• Superior incompleta</li> <li>• Ninguno</li> </ul>
<b>Nivel socioeconómico</b>	Posición que ocupan las personas en la sociedad según sus ingresos, educación y	Historia clínica	Categórica nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel bajo</li> <li>• Nivel medio</li> <li>• Nivel alto</li> </ul>

	empleo			
<b>Edad de diagnóstico</b>	Edad en la que se diagnosticó esquizofrenia	Historia clínica	Numérica continua	Numérico

## 2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de cada variable cuantitativa se determinó la media, valor máximo, mínimo y desviación estándar. En la edad actual y edad al diagnóstico de esquizofrenia se usó la prueba T-student para ver diferencias entre la media de edad en pacientes que consumen sustancias psicotrópicas y en aquellos que no.

En las variables cualitativas con dos o más categorías como sexo, nivel socioeconómico y escolaridad se realizó la prueba de Chi cuadrado para analizar la asociación como factores de riesgo de consumo de sustancias. Tanto en variables con dos o más categorías se obtuvo la frecuencia y sus respectivos porcentajes.

## RESULTADOS

Nuestro estudio abarcó una población de 332 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el HTMC durante el 2019. Al ser excluidos 200 pacientes debido a historias clínicas incompletas y 19 por diagnóstico de otro trastorno psiquiátrico, se obtuvo 113 participantes en su totalidad.

La prevalencia de pacientes esquizofrénicos que consumen sustancias psicotrópicas es de 36.28% (n=41). Por otro lado, el 63.72% (n=72) refieren no consumir sustancias (Gráfico 1).

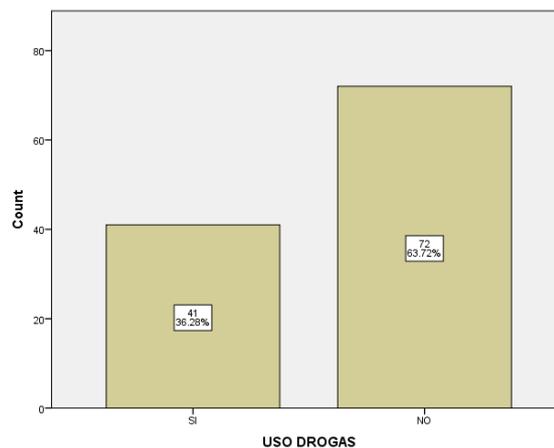


Gráfico 1. Prevalencia de consumo de sustancias psicotrópicas en esquizofrénicos

La sustancia que se consume con mayor frecuencia es el alcohol con 78.05%, seguida por la marihuana 17.07% y con menor frecuencia la cocaína 4.88% (Gráfico 2).

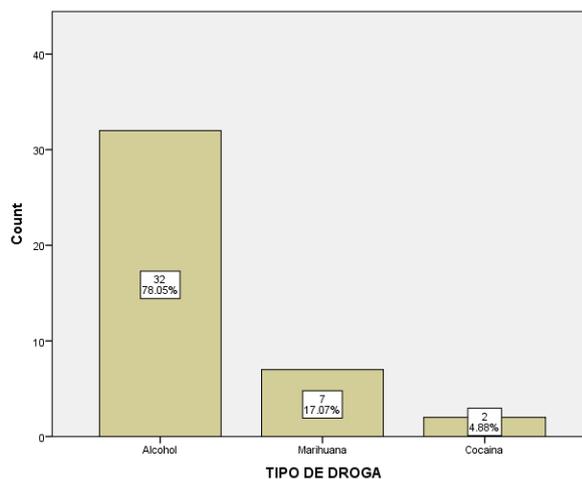


Gráfico 2. Tipos de sustancias psicotrópicas consumidas

Los factores de riesgo para consumo de sustancias en esquizofrénicos fueron los siguientes. En variable sexo se evidencia que el 68.29% (n=28) son masculinos y 31.71% (n=13) son femeninos (Gráfico 3). Existe una asociación estadísticamente significativa entre uso de drogas y sexo (Chi cuadrado 4.684, p=0.030) (Tabla 1).

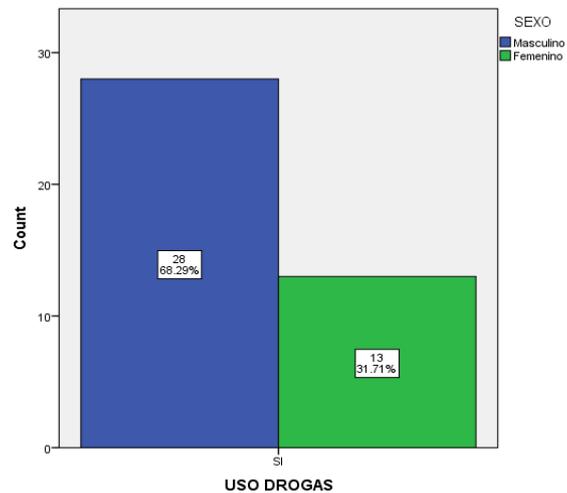


Gráfico 3. Variables sexo y uso de drogas

Los pacientes esquizofrénicos que utilizan sustancias psicotrópicas tienen una edad actual promedio de 43.40 años y los que no utilizan 44 años (Gráfico 4).

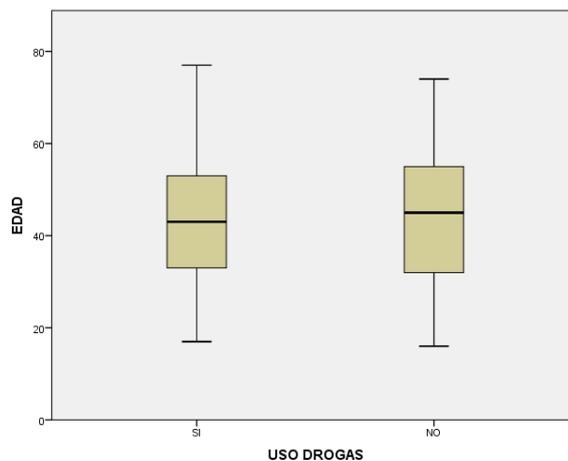


Gráfico 4. Gráfico de cajas que compara la media de edad actual entre pacientes consumidores de drogas y no consumidores

La edad al diagnosticar la patología en consumidores alcanza una media de 27.51 años y los no consumidores de 24.89 años (Gráfico 5).

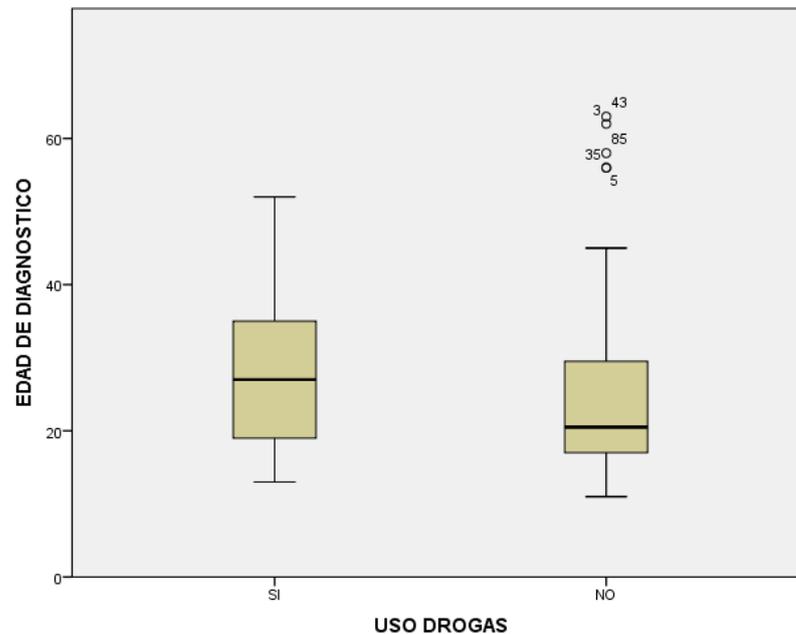


Gráfico 5. Gráfico de cajas que compara la media de edad de diagnóstico de esquizofrenia entre pacientes consumidores de drogas y no consumidores

La prueba T-student demostró que no hay diferencia estadísticamente significativa entre la media de edad actual ( $t=-0.068$   $p=0.946$ ), y tampoco sobre la edad de diagnóstico ( $t=1.154.068$   $p=0.251$ ) entre los pacientes consumidores y aquellos que no lo hacen (Tabla 2 y 3).

El 80.49% ( $n=33$ ) tienen nivel socioeconómico medio, 17.07% ( $n=7$ ) son nivel bajo y 2.44% ( $n=1$ ) de nivel alto (Gráfico 6). No existe una asociación estadísticamente significativa entre uso de drogas y nivel socioeconómico (Chi cuadrado 0.559, valor  $p$  0.756) (Tabla 4).

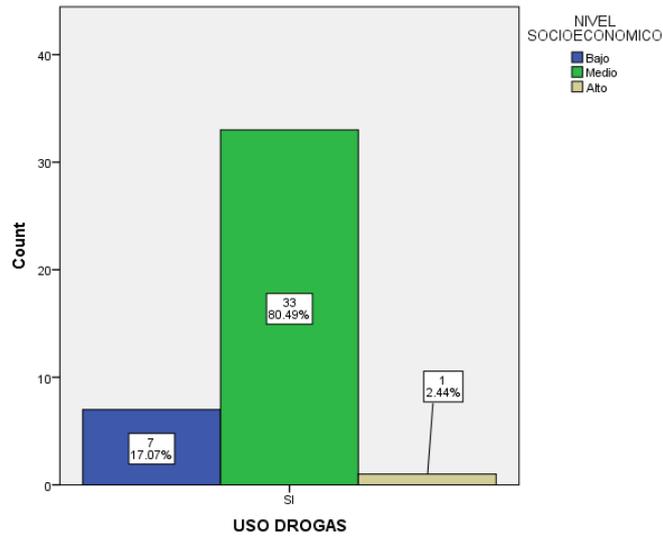


Gráfico 6. Variables nivel socioeconómico y uso de drogas

El 58.54% (n=24) alcanzaron niveles de escolaridad de bachiller, 24.39% (n=10) llegaron a obtener estudios superiores, 9.76% (n=4) no culminaron los estudios de secundaria, 4.88% (n=2) concluyeron sus estudios primarios y 2.44% (n=1) refiere no tener ningún tipo de estudios (Gráfico 7). Los valores (Chi cuadrado 4.325,  $p=0.633$ ) no son estadísticamente significativos entre uso de drogas y la escolaridad (Tabla 5).

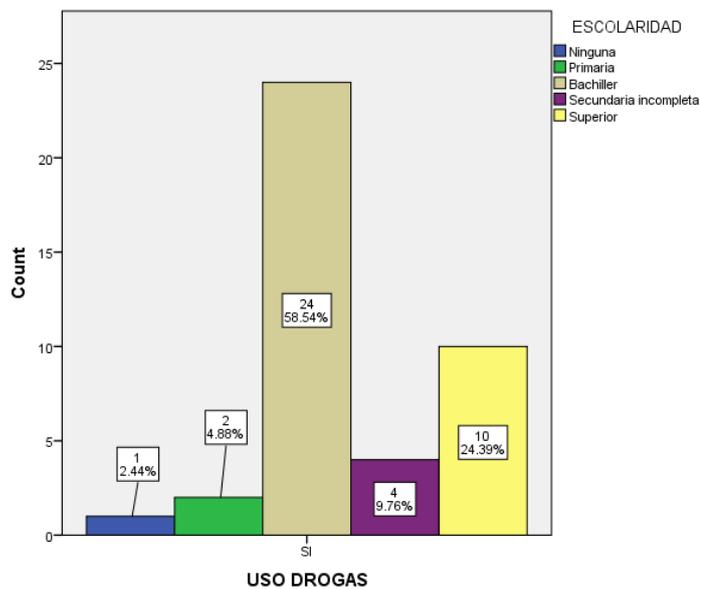


Gráfico 7. Variables escolaridad y uso de drogas

## DISCUSIÓN

Nuestro estudio determinó que la prevalencia del consumo de sustancias psicotrópicas en paciente con esquizofrenia fue de 36.28% en una población total de 113 pacientes provenientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019. Correlacionando con el estudio de Jiménez et al, su porcentaje de prevalencia fue más baja que la nuestra. Se enfocaron en una población de 518 pacientes esquizofrénicos de origen latinoamericano y hallaron que el 24.3% tenían trastorno por consumo de sustancias(29). En EU la prevalencia fue más alta, su número de población fue 1460 pacientes de los cuales el 60.3% poseen ambas características(30). Al parecer, el número de pacientes con esquizofrenia que consumen sustancias psicotrópicas se modifica según el país donde habitan y etnia. Como se puede apreciar aquellos que provienen de Latinoamérica o de descendencia latina, tienen menos porcentaje de prevalencia comparado con sujetos de EU o países más desarrollados.

La sustancia psicotrópica que los esquizofrénicos consumen con mayor frecuencia es el alcohol 78.05%. En segundo lugar, se sitúa a la marihuana con 17.07% y con menor frecuencia la cocaína 4.88%. El estudio de Jiménez comparte la misma frecuencia de uso de dichas drogas, además un estudio de Sao Paulo también situó al alcohol como la sustancia mayormente utilizada. Sin embargo, en Londres se encontró que los pacientes consumían cannabis con mayor frecuencia seguido de estimulantes como la cocaína y anfetaminas (29,31,32). La ubicación geográfica sigue influyendo en los resultados, en el caso de países latinos, adquirir alcohol es más económico y fácil. Países como Londres están en la posibilidad de obtener drogas costosas como la cocaína y a esto se atribuye la diferencia de porcentajes.

Acorde a nuestros resultados, pertenecer al sexo masculino fue el factor de riesgo más relevante por su asociación significativa, con el valor porcentual de 68.29%. Estos mismos hallazgos fueron reportados en los estudios

mencionados dentro de la discusión como Jiménez et al, Barnes et al y Rossi et al (29,31,32).

El 80.49% de nuestros pacientes son de nivel socioeconómico medio y la minoría fueron de nivel bajo (2.44%). No se encontró asociación significativa y tampoco corrobora los datos de otros estudios realizados. Por otro lado, el reporte de Montross et al indican que latinos con esquizofrenia sin hogar o “homeless”, que provienen de un nivel socioeconómico bajo, tienen mayor probabilidad de consumir drogas. El estudio de Rossi et al también mostró que sus participantes tienen bajos ingresos económicos sin embargo refirieron tener apoyo económico de sus familias (32,33). Puede que nuestros datos no coincidan con el resto de los estudios ya que el lugar donde se llevó a cabo la investigación fue en un hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), en el cual la mayoría de los afiliados tienen un trabajo estable con más de tres aportaciones al seguro. De esta forma la mayoría pertenece al nivel socioeconómico medio.

La mayoría de ellos cursaron hasta el bachillerato con un porcentaje de 58.54%, sin asociación significativa. Con este resultado podemos inferir que nuestros pacientes culminaron sus estudios secundarios mas no llegaron a ser profesionales. Según estudios, describen que la esquizofrenia junto al consumo de drogas está asociado a menor grado de escolaridad. En Sao Paulo la mayoría de los sujetos no completaron sus estudios de escuela básica. A pesar de esto, Montross et al evidenciaron que la mayoría completó la secundaria y no encontraron relación entre las variables(32,33).

La edad media de los esquizofrénicos que consumen sustancias es de 43.40, no se encontró diferencia significativa con la edad media de pacientes que no consumen drogas. Por lo tanto, en nuestro estudio las personas adultas son las que reúnen ambas características en su mayoría. La investigación de Barnes et al discrepa con nuestros datos, ellos encontraron que sus pacientes eran más jóvenes (media de 24 años) al momento de la evaluación y reportaron diferencia significativa de edad con sus pacientes

que no consumían(31). Nuestra población en general son afiliados del IESS y la mayoría son adultos o adultos mayores quienes acuden a consulta, por ende, no encontramos suficiente población joven.

La edad media al diagnóstico de la esquizofrenia observada en consumidores es de 27.51 y en aquellos que no consumen es de 24.89. Se demostró que no hay diferencia significativa entre la media de edad de diagnóstico. Por lo tanto, la edad de diagnóstico no influye en la predilección a consumir sustancias. El estudio de Barnes sí encontró que la edad temprana de manifestación de la enfermedad está relacionada con el consumo de drogas, definiéndose como un factor de riesgo importante para su artículo(31).

Una de las limitaciones de nuestro estudio fue tener una población pequeña, lo cual pudo interferir en las asociaciones poco significativas de ciertos factores de riesgo. La ausencia de datos importantes en las historias clínicas del hospital no favoreció al estudio, reduciendo su número de participantes por exclusión. Los pacientes que acuden normalmente al HTMC son adultos, lo cual no permitió analizar grupos etarios jóvenes y así corroborar lo descrito en la literatura. Finalmente, no todos los pacientes refieren que consumen algún tipo de sustancia psicotrópica o que padecen de trastornos por consumo si no llevan un control de larga data en el hospital, consecuentemente esto disminuyó la población.

## CONCLUSIÓN

La presente tesis tuvo como fin primordial analizar el consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019. Seleccionamos 113 pacientes para nuestro estudio, el cual finiquitó que el 36,28% consumen sustancias psicotrópicas.

Se identificó que el tipo de sustancia habitualmente consumida por nuestros pacientes fue principalmente el alcohol. Seguida de la marihuana y por último la cocaína. Se establece que el sexo es un factor de riesgo significativo, dando un porcentaje alto para pacientes masculinos. Denotamos que tanto el nivel socioeconómico y escolaridad no fueron factores de riesgo en nuestro estudio y no hallamos una asociación significativa con el uso de drogas.

La edad promedio de los consumidores fue de 43.40 años lo cual lo cataloga en el grupo etario de adultos. Por otro lado, no encontramos diferencias significativas entre la edad de diagnóstico de esquizofrenia en pacientes consumidores y aquellos que no consumen. Por lo tanto, la edad de diagnóstico no influye en la tendencia de abuso de drogas.

Con este estudio, concluimos que la única relación que ejerce influencia entre el consumo de sustancias psicotrópicas en esquizofrenia es pertenecer al sexo masculino.

Recomendamos que en futuros estudios se abarquen metodologías diferentes para poder identificar si existen otros factores de riesgo que se asocian al consumo de sustancias psicotrópicas en los pacientes con esquizofrenia. Se sugiere realizar historias clínicas completas por parte de los hospitales. Desde el punto de vista académico, incitamos a que las futuras generaciones de médicos sigan interesándose en la salud mental y su relación con el consumo de drogas y continuar con investigaciones de temas que no hayan sido abordados en nuestro estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19 edición. Mexico: Mc Graw-Hill; 2016. 2777 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Internet]. 2019 [citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas [Internet]. Washington, DC; Disponible en: [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf?ua=1)
4. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Ros-Cucurull E, Casas M. Sección de Adicciones y Patología Dual. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron.CIBERSAM. Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona. :57.
5. Jiménez-Castro L, Raventós-Vorst H, Escamilla M. Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población Latina. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(2):123-30.
6. Lybrand J, Caroff S. Management of Schizophrenia with Substance Use Disorders. Psychiatric Clinics of North America. diciembre de 2009;32(4):821-33.
7. Luo Y, He H, Duan M, Huang H, Hu Z, Wang H, et al. Dynamic Functional Connectivity Strength Within Different Frequency-Band in Schizophrenia. Front Psychiatry. 2019;10:995.
8. Frankenburg F. Schizophrenia: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. 6 de enero de 2020 [citado 8 de febrero de 2020]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/288259-overview#a5>
9. Giugni M, Bordones D, Malavé B, Grimón F, Monguet JM. Herramienta de rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia. Universidad, Ciencia y Tecnología. marzo de 2009;13(50):051-8.

10. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: Overview and Treatment Options. P T. septiembre de 2014;39(9):638-45.
11. Salud Ment. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. 2014;37:1-101.
12. Murra DE, Mendoza CS, Espinoza E, Sierra M. FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MARIO MENDOZA, HONDURAS. 2015;9.
13. Factores que aumentan el riesgo de esquizofrenia - Artículos - IntraMed [Internet]. [citado 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=92919>
14. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Centro Médico Nacional ", 20 de Noviembre", , Servicio de Psiquiatría, Especialidad Paidopsiquiatría, Ciudad de México, México, Enriquez-Sánchez H, Ochoa-Madrigal MG. Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. Rev Fac Med. 25 de julio de 2019;62(4):9-23.
15. Campero-Encinas D, Campos-Lagrava H, Campero Encinas M. Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. Revista Científica Ciencia Médica. 2009;12(2):32-7.
16. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. Schizophr Res. 15 de diciembre de 2004;72(1):29-39.
17. Serra-Mestres J. (PDF) Catatonia en el paciente psicogeriatrico [http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0302/302\\_0067\\_0072.pdf](http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0302/302_0067_0072.pdf) [Internet]. ResearchGate. [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/283270850\\_Catatonia\\_en\\_el\\_paciente\\_psicogeriatrico\\_httpwwwviguera.comsepgpdfrevista0302302\\_0067\\_0072pdf](https://www.researchgate.net/publication/283270850_Catatonia_en_el_paciente_psicogeriatrico_httpwwwviguera.comsepgpdfrevista0302302_0067_0072pdf)
18. Esquizofrenia - Trastornos psiquiátricos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

19. GPC\_EQZ.pdf [Internet]. [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2017/07/GPC\\_EQZ.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/07/GPC_EQZ.pdf)
20. Osorio-Martínez ML. Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. :6.
21. Revilla-Zúñiga J, Rivera-Encinas MT, Cruzado L. Diagnóstico erróneo de psicosis inducida por cocaína en una persona con esquizofrenia y masticadora de hojas de coca. :8.
22. la-marihuana-reporte-de-investigacion.pdf [Internet]. [citado 30 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/download/1380/la-marihuana-reporte-de-investigacion.pdf?v=87b7363dc6bd7b778ecd726d0f3d8f26>
23. Garralda AU, Beaumont VE. ESQUIZOFRENIA Y CANNABIS: ¿RELACIÓN ESTRECHA? PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA GRUPAL. :63.
24. Contin MR, Corradi-Webster CM, Vieira FDS, Zanetti ACG. Identificação do consumo de substâncias psicoativas entre indivíduos com esquizofrenia. SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog. 31 de marzo de 2018;14(1):12-9.
25. Belon-Hercilla MV, Denegri-Solís L, Soto-Añari M. Comparación del perfil cognitivo de pacientes con alcoholismo y esquizofrenia. Revista de Neuro-Psiquiatria. 11 de abril de 2020;83(1):26-32.
26. Stucchi-Portocarrero S, Saavedra JE. Polifarmacia psiquiátrica en personas con esquizofrenia en un establecimiento público de salud mental en Lima. Revista de Neuro-Psiquiatria. 4 de octubre de 2018;81(3):145-145.
27. Tekin Uludag Y, Gulenc G. Prevalence of Substance Use in Patients Diagnosed with Schizophrenia. Arch Neuropsychiatr. 10 de marzo de 2016;53(1):4-11.
28. Salazar-Guerra YI, Broche-Pérez Y, Moreno AC. Dependencia al alcohol, patología dual y funcionamiento neurocognitivo: Una revisión necesaria. :12.

29. Jiménez-Castro L, Hare E, Medina R, Raventos H, Nicolini H, Mendoza R, et al. Substance use disorder comorbidity with schizophrenia in families of Mexican and Central American Ancestry. *Schizophrenia Research*. julio de 2010;120(1-3):87-94.
30. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Canive JM, et al. Substance Use in Persons With Schizophrenia: Baseline Prevalence and Correlates From the NIMH CATIE Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. marzo de 2006;194(3):164-72.
31. Barnes TRE, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. marzo de 2006;188(3):237-42.
32. Rossi Menezes P, Ratto LRC. Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in Sao Paulo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1 de marzo de 2004;39(3):212-7.
33. Montross L, Barrio C, Yamada A, Lindamer L, Golshan S, Garcia P, et al. Tri-ethnic variations of co-morbid substance and alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 15 de noviembre de 2005;79(2-3):297-305.

## ANEXOS

**Tabla 1. Tabla Cruzada entre uso de drogas y sexo y prueba Chi cuadrado para demostrar asociación**

SEXO * USO DROGAS Crosstabulation				
		USO DROGAS		Total
		SI	NO	
SEXO	MASCULINO	28	34	62
	FEMENINO	13	38	51
Total		41	72	113
		Pearson Chi-Square 4.684 <sup>a</sup> Asymptotic Significance (2-sided) 0.030		
Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo 2019. Autores: Sanyer Andrea; Herrera Astrid.				

**Tabla 2. Medias de edad actual y edad de diagnóstico de esquizofrenia entre consumidores de drogas y no consumidores**

		USO DROGAS	N	Media	Desviación estándar
EDAD		SI	41	43.80	15.320
		NO	72	44.00	14.235
EDAD DE DIAGNÓSTICO		SI	41	27.51	10.250
		NO	72	24.89	12.326
Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo 2019. Autores: Sanyer Andrea; Herrera Astrid.					

**Tabla 3. Prueba T-student para comparar medias de edad actual y edad de diagnóstico de esquizofrenia entre consumidores de drogas y no consumidores**

	T-student para igualdad de medias						
	t	df	Valor P	Diferencia de medias	Error Estándar	95% IC	
						Minimo	Maximo
EDAD	-.068	111	.946	-.195	2.863	-5.869	5.479
EDAD DE DIAGNÓSTICO	1.154	111	.251	2.623	2.274	-1.882	7.129

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo 2019. Autores: Sanyer Andrea; Herrera Astrid.

**Tabla 4. Tabla Cruzada entre uso de drogas y nivel socioeconómico y prueba Chi cuadrado para demostrar asociación**

NIVEL SOCIOECONOMICO * USO DROGAS Crosstabulation				
		USO DROGAS		Total
		SI	NO	
NIVEL SOCIOECONOMICO	BAJO	7	16	23
	MEDIO	33	55	88
	ALTO	1	1	2
Total		41	72	113
Pearson Chi-Square 0.559		Valor P= 0.756		

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo 2019. Autores: Sanyer Andrea; Herrera Astrid.

**Tabla 5. Tabla Cruzada entre uso de drogas y escolaridad y prueba de Chi cuadrado para demostrar asociación**

<b>ESCOLARIDAD * USO DROGAS Crosstabulation</b>				
		USO DROGAS		Total
		SI	NO	
ESCOLARIDAD	NINGUNA	1	1	2
	PRIMARIA	2	10	12
	PRIMARIA INCOMPLETA	0	1	1
	BACHILLER	24	37	61
	SECUNDARIA INCOMPLETA	4	6	10
	SUPERIOR	10	15	25
	SUPERIOR INCOMPLETA	0	2	2
Total		41	72	113
Pearson Chi-Square 4.325		Valor p 0.633		
Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo 2019. Autores: Sanyer Andrea; Herrera Astrid.				



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Herrera Montesdeoca, Astrid Carolina** con CC: 0922034020 y **Sanyer Bohórquez, Andrea Lissette** con C.C: 0922819313 autoras del trabajo de titulación: **Consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 11 de septiembre de 2020

f. \_\_\_\_\_  
**Herrera Montesdeoca, Astrid**

C.C: **0922034020**

f. \_\_\_\_\_  
**Sanyer Bohórquez, Andrea**

C.C: **0922819313**

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019		
<b>AUTOR(ES)</b>	Herrera Montesdeoca, Astrid Carolina; Sanyer Bohórquez, Andrea Lissette		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Briones Jimenez Roberto		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias médicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico General		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	11 de septiembre de 2020	<b>No. PÁGINAS:</b>	54
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	PSIQUIATRÍA, TOXICOLOGÍA, MEDICINA INTERNA		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Esquizofrenia; sustancias psicotrópicas; factores de riesgo; sexo masculino; alcohol		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras):			
<p><b>Introducción:</b> La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica que afecta a alrededor de 21 millones de personas a nivel mundial. La tendencia de estos pacientes a consumir sustancias psicotrópicas es frecuente y su repercusión puede acentuar los síntomas psicóticos, incitar violencia o suicidio. Existen factores de riesgo para el consumo de sustancias como el sexo, edad, nivel socioeconómico, escolaridad y edad de diagnóstico de esquizofrenia. <b>Objetivos:</b> Analizar el consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) durante el periodo 2019. <b>Materiales y métodos:</b> Estudio descriptivo, transversal y observacional en una población del HTMC en el año 2019. <b>Resultados:</b> Fueron evaluados 113 pacientes esquizofrénicos de los cuales 36.28% consumían sustancias psicotrópicas. La sustancia consumida con mayor frecuencia fue el alcohol (78.05%). El 68.29% pertenecieron al sexo masculino y está asociado al uso de drogas (<math>p=0.03</math>). La edad promedio de los consumidores fue de 43.40 años. La edad media al diagnosticar la esquizofrenia fue de 27.51 años en consumidores y 24.89 en no consumidores, no hay diferencias significativas (<math>t=-0.068</math> <math>p=0.946</math>). La mayoría cursaron hasta el bachillerato y tienen nivel socioeconómico medio, no se evidenció asociación. <b>Conclusión:</b> La prevalencia de consumo de sustancias psicotrópicas en esquizofrénicos fue del 36.28% y el alcohol fue la sustancia más usada. El factor de riesgo más importante para el estudio fue ser hombre. Mientras que el resto de los factores no se encontraron asociados al consumo de sustancias.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>CON</b>	<b>Teléfono:</b> +593994291480 +593985864595	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:andreasanyerb@gmail.com">andreasanyerb@gmail.com</a> aherreramontesdeoca@gmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN</b>	<b>LA</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Andrés Mauricio Ayón Genkuong <b>Teléfono:</b> 0997572784	



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

<b>(COORDINADOR PROCESO UTE):</b>	<b>DEL</b>	<b>E-mail:</b> andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>		
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		