

Ángela Raposo Ramos

**EL CONSUMO DE DROGAS Y SU IMPACTO EN EL
DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por Dra. Pilar Montesó Curto

Enfermería



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

FACULTAD DE ENFERMERIA

TORTOSA 2018

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a Pilar Montesó, como tutora de este trabajo, por su ayuda, consejo y dedicación de su tiempo; y al equipo del CRAI de la URV por mostrarme sus conocimientos hacia a mí, a mis amigos y en especial, a mis padres.

RESUMEN

Objetivo: Los objetivos de este estudio son analizar la prevalencia de personas que sufren esquizofrenia y a la vez son consumidoras de drogas (cocaína, cannabis, alcohol y tabaco); y conocer si existe relación entre el desarrollo de la enfermedad y otras covariables como el sexo, edad de inicio y cantidad de droga consumida.

Metodología: Se trata de una revisión sistemática cuantitativa de estudios publicados en inglés y español desde Octubre de 2017 a Enero de 2018. Relacionada con el consumo de drogas y el desarrollo de esquizofrenia. La búsqueda bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed y Cinahl.

Resultados: Los hombres consumen en torno a un 20% más que las mujeres. Un 13% de adolescentes de entre 14'9 y 17'4 años consumen a diario cannabis. El consumo diario, puede crear dependencia o abuso, de forma general, en torno a los 19'6 +/- 3 años de edad media y presenta un gran riesgo de desarrollar un trastorno psicótico en torno a los 26 años de edad.

Conclusión: Este estudio permite concluir que el consumo de drogas es un riesgo para las enfermedades mentales, puede adelantar y agravar el desarrollo de la esquizofrenia. Siendo más destacable a padecer el primer episodio psicótico las personas que comienzan a consumir THC al principio de la adolescencia y crean dependencia, especialmente los hombres.

* **Palabras clave:** esquizofrenia, esquizofrenia en adolescentes, drogas, cannabis, causas.

ABSTRACT

Objective: The objectives of this study are to analyze the prevalence of people suffering from schizophrenia and at the same time are drug users (cocaine, cannabis, alcohol and tobacco) and to know if there is a relationship between the development of the disease and other variables such as sex, age of start and quantity of drugs consumed.

Methods: I performed a systematic review search for original studies published in Spanish and English from October 2017 to January 2018, in which multidisciplinary treatment is related to drug use and the development of schizophrenia. We searched in the following databases: CINAHL and Pub Med

Results: Men consume around 20% more than women. 13% of adolescents between 14'9 and 17'4 consume cannabis daily. Daily consumption can create dependency or abuse, generally around 19.6+/-3 years of average age and presents a great risk of developing a psychotic disorder around 26 years of age.

Conclusion: This study allows us to conclude drug use is a risk for mental illness. It can advance and aggravate the development of schizophrenia. Being more remarkable to suffer the first psychotic episode, people who begin to consume THC at the beginning of adolescence and create dependence.

* **Key words:** schizophrenia, schizophrenia teenagers, drugs, cannabis, causes.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	pág.6
1.2. Justificación personal y relevancia profesional del trabajo.....	págs.6-7
2. MARCO CONCEPTUAL.....	págs. 7-18
3. OBJETIVOS.....	pág. 18
4. METODOLOGÍA.....	pág. 18-23
4.1. Diseño de estudio	
4.2. Estrategia de búsqueda	
4.3. Términos utilizados en la búsqueda bibliográfica y marcadores boleanos	
4.4. Limitaciones para la búsqueda	
4.5. Resultados de la búsqueda	
5. RESULTADOS.....	págs. 24-28
6. DISCUSIÓN.....	págs. 29-34
7. CONCLUSIÓN.....	págs. 34-35
8. PROPUESTA DE MEJORA.....	pág. 35
9. BIBLIOGRAFÍA.....	págs. 36-39
10. ANEXOS.....	págs. 40-41

1. Introducción

Como introducción, vamos a hacer un pequeño resumen que nos ayudará a comprender el resto del trabajo.

Enfocamos esta búsqueda bibliográfica en dos grandes conceptos y la relación que existen entre ellos, por una parte la esquizofrenia como enfermedad de salud mental y por otra parte las drogas en general, haciendo más hincapié en el cannabis.

La esquizofrenia para definirla, podemos decir que es una enfermedad de salud mental crónica, se considera el trastorno psicótico más frecuente y el que causa mayor discapacidad. Se puede llegar a conocer también como síndrome neuropsiquiátrico. La diagnostica un médico psiquiátrico.

Esta enfermedad la pueden llegar a padecer por igual personas de distintas razas, ningún grupos cultural está exento de poder desarrollarla, al igual que tampoco son inmunes las personas con un alto coeficiente intelectual. Las personas solteras y divorciadas tienen el doble de posibilidades de desarrollar la enfermedad frente a las casadas o viudas. También personas que suelen disponer de bajo nivel socioeconómico.

Las drogas causan impactos serios en la salud física y mental. Existe un riesgo de padecer la enfermedad o recaer en ella al consumir drogas.

1.2. Justificación personal y relevancia profesional del trabajo

Respecto a la justificación personal, he escogido este tema porque observo que actualmente en la sociedad en general existe un desconocimiento del riesgo del consumo de drogas respecto a la influencia en desarrollar patologías de salud mental o aumentar las probabilidades de recaídas y el cambio irreversible que puede ocasionar en el ser humano.

Este estudio surge para mejorar un propósito profesional en la prevención, en el ámbito de la salud mental, concretamente conocer uno de los factores importantes en los que tiene origen la esquizofrenia y disponer de conocimientos, habilidades y destrezas para poder evitarlos en la medida de lo posible.

Esta siendo revisado el pronóstico de una población específica, población que consume, frente a una población no consumista, ambos sanos que desarrollan la enfermedad; y por otra parte pacientes que ya han sido diagnosticados de esquizofrenia y siguen presentando episodios de recaídas.

Presentamos 4 casos clínicos que nos relacionan la importancia del consumo de drogas con el desarrollo de la esquizofrenia (Anexos 2, 3, 4 y 5)

Se lleva a cabo con la finalidad de conocer cómo influye esta sustancia en el desarrollo concreto de la enfermedad de salud mental, la esquizofrenia.

Considero, según lo aprendido durante mi carrera y al realizar este trabajo de fin de grado, que sería importante la participación de forma directa por parte del profesional de enfermería en este ámbito, con la finalidad de un desarrollo positivo, y más eficiente ante los usuarios. En este caso enfermería puede intervenir con pacientes de salud mental o en escuelas aportando educación sanitaria en cuanto a consumo y drogadicciones. Por otra parte, también sería efectivo disponer de amplios conocimientos sobre el uso de terapias en pacientes vulnerables a consumir o personas ya adictas, que tienen dependencia al consumo de drogas, en el área de drogodependencia, tarea que es bastante compleja.

2. Marco conceptual

Glosario y conceptos básicos

Dependencia: estado del individuo mediante el cual crea y mantiene constante el deseo de ingerir alguna sustancia. (Roiboó, 2016; Medline, 2016)

Síndrome de abstinencia: reacciones físicas negativas o que ponen en peligro al individuo, desarrolladas por la falta de consumo en una persona adicta. (Rebraca, 2007; Roiboó, 2016; Lozano 2009)

Dependencia psicosocial: Deseo de ingerir cualquier tipo de sustancia en una persona adicta. (Roiboó, 2016)

Dependencia física: presencia de síntomas por la falta de consumo en una persona adicta al consumo de drogas, interfiere en su salud de forma física. (Rebraca, 2007; Barrio, 2013)

Drogas duras: causa dependencia física y psicosocial. (Paul, Simms, Mahesan, Belanger, 2017)

Drogas blancas: causa dependencia psicosocial. (Lozano, 2009)

2.1. Enfermedades de salud mental

Según la OMS en 2017 alertaba que hay una amplia variedad de trastornos mentales. A pesar de que cada trastorno mental contenga ciertos síntomas que lo caracterice, todos engloban ciertas características que comparten en común como son la alteración del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones sociales con otros individuos en un entorno social.

Las enfermedades mentales engloban el trastorno afectivo bipolar, la depresión, la demencia, discapacidades intelectuales, el autismo, que se considera un trastorno del desarrollo y la esquizofrenia, un tipo de psicosis. (Prieto, Romano, Caynas, Prospéro, 2010). No todos los trastornos mentales se pueden prevenir. En el caso de la depresión existen técnicas para reducir su aparición. (Roiboó, 2016)

2.1.1. Recursos del sistema de sanidad

Los sistemas de sanidad hoy en día no proporcionan unos recursos sanitarios coherentes en el ámbito de la salud mental. Teniendo en cuenta la alta demanda de tratamientos que existe, hay una alta divergencia respecto a las prestaciones. (OMS, 2017)

Según la OMS, 2017; Medline, 2016 y Paul, 2017 en países con ingresos bajos y medios ronda en torno al 80% de las personas con trastornos mentales graves que no reciben el tratamiento adecuado, frente a un 45% en los países de ingresos elevados. Estamos hablando de una cifra bastante elevada de personas que padecen trastornos mentales y no se benefician de los tratamientos que necesitan a causa de la falta de recursos.

Crosas en 2017 añade que dentro de las personas que presentan un primer trastorno psicótico, el 52'0% presentan un estatus pobre en el momento de integrarse en los programas terapéuticos y un 37% lo continúa teniendo a la salida de los programas.

Se debe reforzar el ámbito de la salud mental, proporcionando servicios de asistencia de salud mental que sean completos integrados y con capacidad de respuesta, es decir que resulten eficaces y eficientes, llevando a cabo estrategias de promoción y prevención de la salud y fortaleciendo los sistemas de información, datos científicos y las investigaciones sobre salud mental. (Pérez-Neri, 2015; Prieto, 2010)

Cabe recalcar que, en España, los pacientes deben tener acceso libre y gratuito a una atención médica. (Rebraca, 2007; Prieto, 2010)

2. 2. Esquizofrenia

2.2.1. Definición

La esquizofrenia es uno de los padecimientos más graves que se conocen en salud mental. Es un trastorno mental crónico. La esquizofrenia se considera un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo o el 1% de la población mundial. Puede desarrollarse con psicosis, déficit cognitivo y aislamientos sociales. La psicosis impide diferenciar lo que es real de lo que no. La edad de comienzo de esta enfermedad, de forma general, ocurre sobre la adolescencia o principio de la edad adulta. (Pérez-Neri, 2015; Hernández, Sánchez 2007; Bighelli, Salanti, Reitmeir, Wallis, Barbui, Furukawa, Leucht, 2018)

2.2.2. Epidemiología

La prevalencia de la esquizofrenia es variable a lo largo de la vida. Como ya hemos comentado anteriormente, la mayoría de las teorías ronda en torno a un 1% de la población globalmente, es decir, no es tan común como la gravedad que presenta este trastorno según Bighelli en 2018.

De forma general, es uniforme en todo el mundo. Es más frecuente en hombres, el sexo masculino ronda sobre unos 12 millones, frente a los 9 millones de mujeres. (Oakley, Kisely, Baxter, Harris, Desoe, Dziouba, Siskind, 2018). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana. Aunque se ha diagnosticado este trastorno psicótico en adolescentes, aproximadamente el 75% de las personas diagnosticadas habían manifestado síntomas clínicos entre los 16 y 25 años.

En niños tiende a confundirse con otras patologías de salud mental, como el trastorno del espectro autista, según la OMS en 2017.

2.2.3. Causas

Es una enfermedad bastante compleja, a veces no se conoce su causa, aunque existen varias teorías que intentan explicar su origen, los científicos están actualmente investigando los posibles factores que contribuyen al desarrollo de la esquizofrenia. No se ha identificado un único factor. Estas teorías incluyen predisposición genética (no más de un 65%), nivel elevado de estrés, alteraciones durante el embarazo o parto, como una falta de oxígeno o infecciones durante el embarazo, alteraciones durante el desarrollo del sistema nervioso central (durante las semanas 27-30 de la gestación), consumo de sustancias tóxicas, nivel de vida o factores psicosociales. (Roiboó, 2016; Lermenda, Holmgren, Soto-Aguilar, Sapag, 2013)

De hecho se han formulado numerosas teorías sobre la causa de la esquizofrenia, la teoría de la predisposición genética; la teoría bioquímica y neuroestructural; la teoría orgánica o psicofisiológica; la ambiental o cultural; la perinatal; la teoría psicológica o empírica y por último la teoría de la deficiencia vitamínica. (Prieto, 2010)

2.2.4. Sintomatología

La esquizofrenia puede tener una variedad de síntomas. Por lo general, la enfermedad se va desarrollando paulatinamente, o en otros casos de manera menos progresiva. Los síntomas de esquizofrenia pueden clasificarse, de acuerdo a su respuesta farmacológica, en dos grandes grupos:

Síntomas positivos; exceso o distorsión de las funciones normales, presentan delirios (ideas persistentes erróneas que el paciente defiende firmemente incluso cuando existen pruebas que demuestran lo contrario) y alucinaciones (ver, oír o percibir algo que no existe), desorganización conceptual, excitación o agitación, hostilidad o conducta agresiva, vestido o conductas extravagantes, posibles tendencias suicidas.

Responden bien al tratamiento con neurolépticos. (Rebraca, 20107; OMS; 2017; Pérez-Neri, 2015, Prieto, 2010)

Síntomas negativos; presentan una disminución o pérdida de las funciones normales, incluyen déficit cognitivo, abandono del aseo personal, retraimiento emocional y social (abulia), anergia (falta de energía), anhedonia (pérdida de placer y de interés), contacto visual deficiente (evitación) o alogia (falta de espontaneidad y de flujo en la conversación). Pueden complicarse con administración de neurolépticos. (Rebraca, 2007; OMS, 2017)

Síntomas desorganizados; defectos cognitivos o confusión, discurso incoherente, discurso desorganizado, gestos rítmicos repetidos, defectos de atención. (Roiboó, 2016)
Los síntomas varían dependiendo de la fase en la que se encuentre la enfermedad. A medida que evoluciona la enfermedad se presentan síntomas psicóticos como una falta de emoción o estado de ánimo, estado catatónico, delirios, alucinaciones o pensamiento desordenado. (Rebraca, 2007; OMS, 2017)

Cada tipo de esquizofrenia tiene unos síntomas más característicos. (Barrio, 2013)

2.2.5. Fases de la esquizofrenia

La esquizofrenia presenta tres fases típicas, se dividen en tres categorías principales que se explicarán dentro de este punto; la fase prodrómica, fase activa y fase residual. (Rebraca, 2007; OMS, 2017; Bighelli, 2018; Prieto, 2010)

La fase prodrómica, incluye el inicio y el aumento de los síntomas esquizofrénicos: retraimiento social y aislamiento social, conductas peculiares, comunicación deficiente y descuido personal. Estos síntomas pueden estar atenuados o pasar desapercibidos. La duración de esta fase es impredecible, puede haber una duración desde varios días hasta años, e incluso puede ser inexistente. En algunas personas que ya sufren la enfermedad de mayor, durante la etapa de la adolescencia ya se detectaba cierta anomalía; aunque no siempre es así, la enfermedad puede llegar a desarrollarse sin detectar previamente esta fase, como ya hemos explicado anteriormente. A veces las presiones psicológicas o demandas excesivas sobre el paciente en esta fase pueden ser el motivo del inicio de la siguiente etapa. (Rebraca, 2007; OMS, 2017; Bighelli, 2018; Prieto, 2010)

La fase activa, es donde se desencadena la enfermedad, la persona muestra los verdaderos síntomas de la esquizofrenia, en esta etapa se pueden diferenciar claramente entre los tres tipos de síntomas que nos encontramos. Existen brotes o crisis psicóticas,

empieza a tener perturbaciones graves en el pensamiento y deterioro muy evidente en las relaciones sociales. Los síntomas que más predominan en esta fase son los de desorganización y los positivos tales como alucinaciones, trastornos del pensamiento o delirios. En cuanto a la prolongación de esta fase puede ser bastante relativa, se puede presentar de forma repentina o por el contrario puede presentarse paulatinamente e incluso pasar de manera desapercibida como la anterior, la fase prodrómica. (Roiboó, 2016; Bighelli, 2018; Prieto, 2010).

La fase residual, fase después del tratamiento suelen disminuir los síntomas. Tras esto es frecuente encontrar un deterioro más o menos afectado a nivel social, laboral y personal grave, y sobre todo cognitivo. Se podría decir que son los aspectos sociales en los que afecta la enfermedad y dentro de esto encontramos ciertos entornos concretos. Para la recuperación de esta fase es necesaria la participación de una trabajadora social que reintegre al paciente de nuevo en la sociedad para poder llevar a cabo una vida cotidiana de manera más independiente. (Lermanda, 2013)

Según Hernández en 2007, en esta última fase de la esquizofrenia desaparecen los síntomas positivos, son los fármacos los que cumplen un papel fundamental en la eliminación de estos síntomas, a partir de ahí es cuando se comienzan a ser más efectivos los temas sociales o terapias en grupo.

Es muy importante conocer estos aspectos en la progresión de la patología, puesto que determina el plan de tratamiento al adaptar la intervención a las características psicopatológicas del paciente. (Bighelli, 2018; Barrio, 2013)

2.2.6. Tipos

Desorganizada

Los síntomas clínicos de la esquizofrenia desorganizada se consideran los más graves de todos los subtipos, el paciente manifiesta una gran desintegración de su personalidad. Su principal característica es el lenguaje y el comportamiento desorganizado. Presenta una afectividad inapropiada que puede ir acompañado de risas inmotivadas en momentos fuera de lugar; además de una falta de emoción y aislamiento social. El paciente manifiesta una falta de atención hacia su higiene y cuidado personal. El

pronóstico de recuperación de este tipo de esquizofrenia es negativo, tiene a hacerse crónica. (Rebraca, 2007; Ordóñez, Lemos, Paino, Fonseca, García, Pizarro, 2014)

Catatónica

En este tipo es posible encontrar personas con una marcada alteración psicomotora, que puede ocasionar desde una actividad motora excesiva hasta una inmovilidad total.

La esquizofrenia catatónica suele presentar agitación, disminución de la sensibilidad al dolor, incapacidad para cubrir sus necesidades básicas, sentimientos negativos, alteraciones motrices, rigidez muscular o estupor. La ecolalia, repetición patológica de una palabra o una frase y la acopraxia, la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona, son también características de la esquizofrenia. Los pacientes presentan riesgo a causa de los síntomas mencionados anteriormente, ya que pueden llegar a desarrollar una situación vegetativa o una actividad motora excesiva lo que les llevaría a causar lesiones por ellos mismos o agotamiento. (Ordoñez, 2014)

Paranoide

La característica principal de este tipo consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas. Fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución, grandeza o ambas a la vez, aunque en menor porcentaje pueden aparecer otras temáticas menos usuales como por ejemplo son los celos. También, pueden presentar cambios de comportamiento, como ira, hostilidad o comportamientos violentos. Los síntomas clínicos de este tipo de esquizofrenia pueden suponer una amenaza para la seguridad del propio paciente y de los que se encuentran a su alrededor. (Roiboó, 2016; Lermenda, 2013; Barrio, 2013)

Las ideas delirantes de persecución pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida; y la combinación de ideas delirantes de persecución y de grandeza con ira puede predisponerlo a la violencia. (Roiboó, 2013)

El inicio suele ser más tardío que los otros tipos y tiene mejor pronóstico. Los pacientes que desarrollan la esquizofrenia sobre los 30 años tienen, normalmente, una vida social establecida, lo que le facilita el poder recuperarse de la enfermedad. (Medline, 2016; Hernández, 2007; Barrio, 2013)

Residual

Este diagnóstico engloba al paciente que conserva algunos síntomas de la esquizofrenia, pero son más atenuados. Se utiliza para describir al tipo de paciente que desarrolla los síntomas negativos seguidos, al menos, de un episodio agudo de esquizofrenia. Puede presentar algunas ideas extrañas o aislamiento social. Los síntomas agudos pueden persistir o remitir completamente. (Barrio, 2013)

Indiferenciada

Esquizofrenia caracterizada por sus principales síntomas (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y síntomas negativos). Se considera indiferenciada cuando no cumplen con los criterios para pertenecer a los subtipos paranoide, desorganizada o catatónica. Puede abarcar síntomas de más de un tipo de esquizofrenia. El paciente puede manifestar síntomas, tanto positivos como negativos. (Roiboó, 2016; Penn, 2017)

2.2.7. Diagnóstico

No existen exámenes médicos que confirmen la esquizofrenia al cien por cien. El diagnóstico final debe ser hecho por un psiquiatra. El curso de la enfermedad y la duración de los síntomas, el cambio en el nivel de funcionamiento antes de la enfermedad, los antecedentes del desarrollo, genéticos y familiares y la respuesta a medicamentos son factores que pueden sugerir el diagnóstico de esta enfermedad, pero nunca lo confirma. (Ordoñez, 2014)

Para su diagnóstico se deben cumplir ciertos criterios o requisitos, los cuales engloban; que sean evidentes dos o más de estas características; ideas delirantes, alucinaciones, discurso desorganizado, conducta visiblemente desorganizada o catatónica y los síntomas negativos; la presencia de los síntomas anteriores durante la mayor parte del día, durante un mes; la alteración importante en la vida laboral, las relaciones interpersonales o en el auto cuidado; la manifestación de problemas continuamente durante al menos seis meses; que los síntomas psicóticos que no sean causados por drogadicción o una situación médica. Por último sería conveniente indagar si existen informes que verifiquen trastornos afectivos, realizarle un examen del estado del paciente actual y usar las escalas que determinan los síntomas de síndromes positivos y negativos de la esquizofrenia, escala de PANSS (Anexo 1) (Hernández, 2007)

2.2.8. Tratamiento

El tratamiento de la esquizofrenia más adecuado sería una combinación de intervenciones psicológicas, farmacológicas, sociales educativas y relacionadas con el empleo para promover y recuperar la integración social, es decir la psicoterapia cognitivo-conductual, la misma que reconoce llevar paralelamente un tratamiento farmacológico y la intervención psicológica cuando el paciente está controlado con medicación. Todos los antipsicóticos presentan un mecanismo de acción común, pero con diferencias puntuales: el efecto antidopaminérgico. (Lermanda, 2013)

Los antipsicóticos son los medicamentos farmacológicos que se utilizan para el tratamiento de la esquizofrenia. Se supone que la mayoría de antipsicóticos tardan entre unos 7 y 14 días para tener el mayor efecto, aunque a partir de las 48-72 horas de cumplimiento de la mediación, el paciente debe manifestar una mejoría en su capacidad de expresarse. (Bighelli, 2018)

Se pueden dividir en dos grandes grupos, los antipsicóticos típicos (AT) y atípicos (AA). Las diferencias fundamentales de estos dos grupos son los efectos secundarios, el perfil de seguridad y la eficacia sobre los síntomas negativos presentados en la esquizofrenia. Los antipsicóticos típicos presentan más efectos secundarios que los atípicos, presentan bastante deterioro cognitivo o agitación. Los antipsicóticos típicos han demostrado que no por ser usadas en dosis más bajas son más seguros. (Pérez.Neri, 2015)

Algunos de los medicamentos más efectivos son la clozapina, quetiapina, olanzapina y risperidona; parecen dar mejores resultados sobre los síntomas negativos que algunos neurolepticos clásicos. En personas con tratamiento antipsicótico continuado reduce el riesgo de recaída. (Barrio, 2013)

Respecto a la clasificación, encontramos como antipsicóticos típicos, la Clozapina (Clozaril), el Haloperidol (Haldol) o el Sinogan (Levomepromazina)

Los fármacos atípicos conocidos son; el Aripiprazol (Abilify), la Olanzapina (Zyprexa), la Quetiapina (Seroquel), la Risperidona (Risperdal) o la Ziprasidona (Geodon). Existen casos en los que los pacientes se hacen resistentes al tratamiento, esto se da cuando no responde a dos o más medicamentos antipsicóticos tomados en dosis terapéuticas durante seis o más semanas; en este caso se usaría la clozapina, es el único

medicamento que se ha demostrado efectivo en personas que no responden a otro tipo de tratamientos. Es un medicamento más eficaz pero con efectos secundarios altamente letales. (Rebraca, 2007)

Los pacientes que abusan de forma continuada del alcohol o sustancias como drogas psicodélicas deben de recibir un tratamiento específico. (Prieto, 2013)

La finalidad es conseguir una dosis óptima, es decir, que produzca una mayor mejoría clínica con el menor número de efectos secundarios (Barrio, 2013)

2.2.9. Prevención

Es difícil conocer hasta qué punto es posible prevenir la esquizofrenia, ya que por una parte tenemos los factores de riesgo genéticos que ocupan en torno a un 65% frente a un 25% que son los factores ambientales. Los factores de riesgo ambientales que se pueden prevenir incluyen; el nivel elevado de estrés o el consumo de sustancias tóxicas (drogas psicodélicas).

Por otra parte también se podría evitar, en la medida de lo posible, los factores sociales o ambientales perjudiciales. (Oakley, 2018)

2.3. Drogas

En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental.

La diferencia que existe entre droga y droga ilegal es que en la ilegal, la sustancia psicoactiva tiene prohibida su producción, venta o consumo. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción fuera de los canales legales permitidos.

Por otra parte las drogas de diseño son sustancias químicas nuevas con propiedades psicoactivas, sintetizadas expresamente para su venta ilegal. (Lozano, 2009)

2.3.1. Drogas psicodélicas

Los alucinógenos, psicodislépticos o drogas psicodélicas, son sustancias que tienen la capacidad de producir alucinaciones, alejándolos de la realidad. (Crosas, Cobo, Ahuir, Hernández, García, Pousa, Palao; 2018)

Las sustancias psicótropas pueden ser, el alcohol, la heroína, LSD, anfetaminas, hachís o cocaína. Estas tienen capacidad de producir alucinaciones. Entre las drogas nombradas, el LSD tiene alta capacidad alucinógena frente al alcohol, que es muy baja. Estas sustancias pueden provocar alteraciones creando conductas similares a las que observadas en pacientes psicóticos. Muy a menudo se etiqueta a determinadas sustancias psicodélicas como drogas ilusiogénicas o perturbadoras del SNC. Cuanto menor es la confusión, mayor es la capacidad del sujeto para comunicar la experiencia alucinógena. (Paralaro, 2010)

2.3.1.1. Alcohol

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central, está incluida en el grupo de las drogas sedantes. Esta considerada una droga, pero a nivel cultural la englobamos tanto en nuestro día a día que pasa desapercibida como si no lo fuera. La sociedad está confundida. (OEDA, 2017)

2.3.1.2. LSD

Droga sintética formada por la dietilamida del ácido lisérgico.

Es una droga de alta potencia, alucinógena que como tal provoca anomalías en las percepciones sensoriales. Los efectos son impredecibles y dependen de la cantidad consumida, del entorno en el que se consume, de la susceptibilidad, personalidad, humor y expectativas del propio consumidor. (OEDA, 2017)

La acción alucinógena de la LSD tiene lugar tras su ingestión oral de solo 25 microgramos, la dosis usual oscila entre 25 y 300 microgramos. (Lozano, 2009)

2.3.1.3. Anfetaminas

Sustancia alucinógena y perturbadores psicológicos.

Esta familia incluye la MDMA conocida usualmente como éxtasis. (OEDA, 2017)

2.3.1.4. Cannabis sativa

La marihuana proviene de una planta llamada cáñamo. El hachís es la sustancia que se encuentra en las puntas de las plantas hembras. Contiene mayor cantidad de THC. El

THC actúa en el cerebro, en el sistema nervioso central. El THC induce a que las neuronas liberen dopamina influyendo en el estado de ánimo y el pensamiento. (OEDA,

2.3.1.5. Cocaína

Estimulante altamente adictivo extraído de la hoja del arbusto de la coca del género *Erythroxylum*. La cocaína acelera todo el cuerpo, puede crearle alegría o hacerle sentir feliz y emocionado, pero esto trae consecuencias. El estado de ánimo cambia, puede sentirse nervioso o con temor. Es fácil perder el control de la cocaína y llegar a desarrollar una conducta adictiva. (OEDA, 2017)

2.3.2. Tabaco

Pertenece al género de la nicotina. Algunas sustancias químicas que se encuentran presente en el humo del tabaco son amoníaco, dióxido de carbono, monóxido de carbono, propano, metano, acetona, cianuro de hidrogeno y varios agentes cancerígenos. Por otra parte si lo masticamos o inhalamos obtendríamos anilina, naftaleno, fenol, pireno, alquitrán y 2-naftilamina. (OEDA, 2017)

3. Objetivos generales

- Analizar la prevalencia de personas que sufren esquizofrenia y a la vez son consumidoras de drogas (cocaína, cannabis, alcohol y tabaco)
- Conocer si existe relación entre el desarrollo de la enfermedad y otras covariables como el sexo, edad de inicio y cantidad de droga consumida.

4. Metodología y resultados

4.1. Diseño de estudio

El diseño de este trabajo se basa en una revisión bibliográfica sobre “Influencia del consumo de drogas en enfermedades de salud mental, concretamente, la esquizofrenia”

4.2. Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se va a llevar a cabo entre los meses de Octubre del 2017 a Enero del 2018.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de daos de ciencias de la salud: PubMed y Cinahl

Se ha aceptado como bibliografía válida todos aquellos artículos académicos de tipo revisión bibliográfica, así como artículos originales, los cuales tengan como tema principal la investigación en el consumo de drogas relacionado con desarrollos y recaídas de la esquizofrenia. Se dan por válido tanto artículos de carácter cualitativo como cuantitativo.

A parte de la información obtenida en las bases de datos, también se han utilizado documentos especializados y páginas web como soporte de conocimientos a la revisión.

4.3. Términos utilizados en la búsqueda bibliográfica y marcadores booleanos

La terminología utilizada para ejecutar la búsqueda de información es la siguiente: trastornos psiquiátricos, esquizofrenia, drogas, heroína, enfermedades de salud mental, dependencia, recaídas.

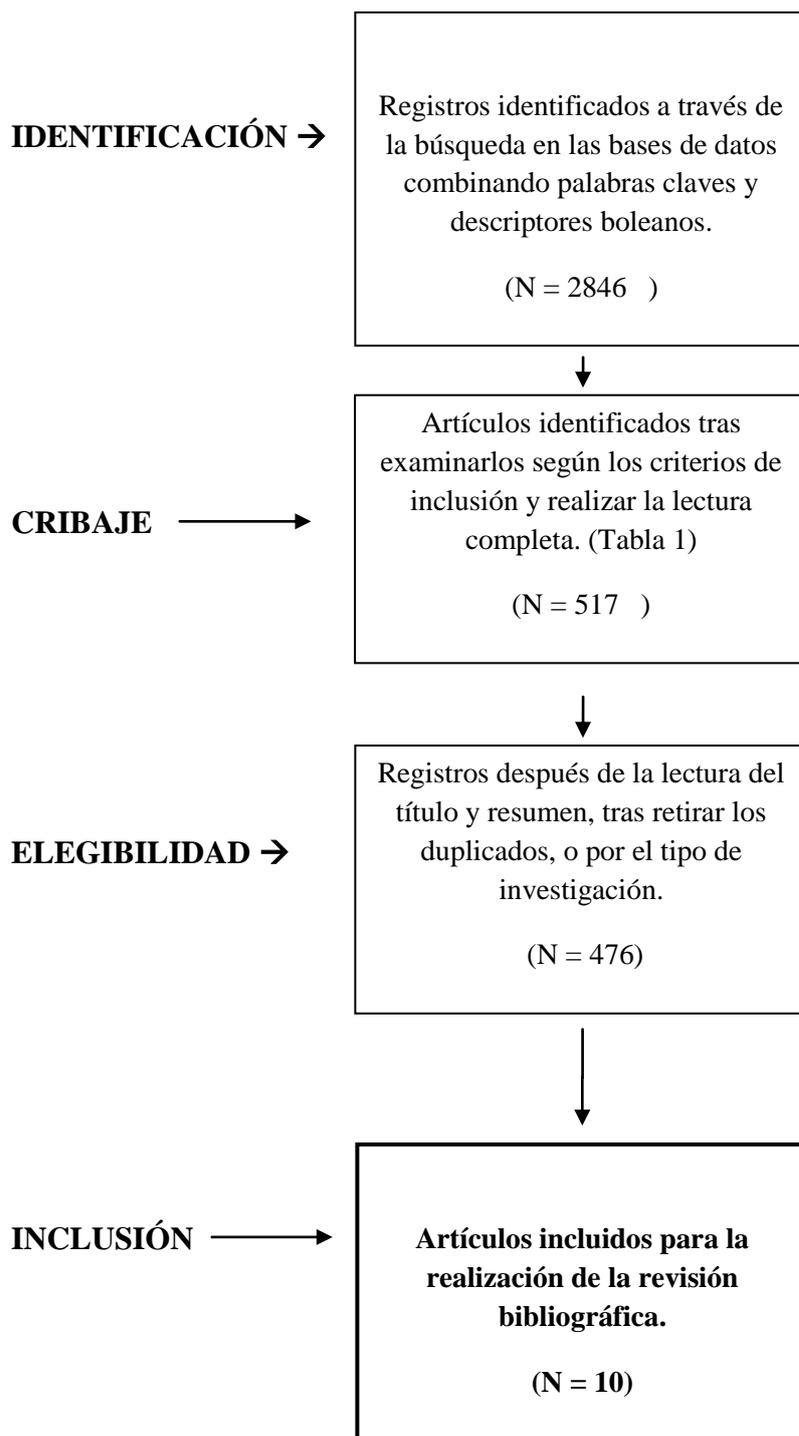
En inglés las palabras introducidas son las siguientes: psychiatric disorder, schizophrenia, drugs, heroin, mental health disorder, dependence, relapse.

Se va a realizar la combinación de la terminología clave referida anteriormente mediante el descriptor booleano “AND” y “OR” en algunos de los casos. El operador “OR” se ha empleado para ampliar la búsqueda y rescatar aquellos artículos que contuvieran alguno o todos los términos sinónimos para abarcar todas las opciones posibles. Mediante el operador “AND” se han localizado aquellos artículos que incluían los términos utilizados.

Los resultados están representados en la **Tabla 1**, tabla que exponemos a continuación.

Tabla 1. Resultados obtenidos según la combinación de la terminología y el uso de los descriptores booleanos tras la búsqueda realizada en las diferentes bases de datos.

Nº de búsquedas	Palabras clave y operadores booleanos	Resultados sin cribaje	Resultados con cribaje	Documentos seleccionados
PUBMED				
1ª Búsqueda	“Schizophrenia” AND “Cannabis”	1212	264	3
2ª Búsqueda	“Schizophrenia teenagers” AND “Causes”	341	71	2
3ª Búsqueda	“Schizophrenia teenagers” AND “Drugs”	1111	128	2
CINAHL				
1ª Búsqueda	“Esquizofrenia en adolescentes” AND “Causas”	3	1	1
2ª Búsqueda	“Esquizofrenia en adolescentes” AND “Drogas”	3	1	1
3ª Búsqueda	“Schizophrenia” AND “Cannabis”	176	52	1



Prisma. Figura de selección de artículos científicos según búsqueda

4.4. Limitaciones para la búsqueda.

La búsqueda en las bases de datos sobre la cual se centra este proyecto de revisión bibliográfica se ha realizado teniendo en cuenta unas limitaciones que se encuentran representadas en la tabla 2, tabla de criterios de inclusión y exclusión.

Resaltar que no encontramos limitaciones en cuanto a las características de las personas, es indiferente el sexo, la edad, si consumen o no e incluso la revisión bibliográfica compara personas que padecen o no la esquizofrenia, es decir agrupa a usuarios sanos y personas que la padecen.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos publicados entre los años 2007 y 2018	Artículos publicados fuera de los años
Artículos que se encuentren a texto completo	Artículos no disponibles a texto completo
Publicaciones escritas en castellano e inglés	Publicaciones que se encuentren escritas en idiomas diferentes al castellano y el inglés
Estudios que relacionen información sobre esquizofrenia y consumo de drogas (cannabis, cocaína y tabaco)	Revisiones bibliográficas que no se centren en la relación de la esquizofrenia con el consumo de drogas (exclusión de otras drogas que no sean cannabis, cocaína y tabaco)

4.5. Resultados de la búsqueda

Según los registros identificados a través de la búsqueda en las bases de datos combinando palabras claves y descriptores booleanos obtenemos un total de 2846 artículos, posteriormente le aplicamos los filtros expresados en la **Tabla 2**. Obteniendo 517. De estos 517 descartamos en base a los títulos y resúmenes, quedándonos con 476 y finalmente de estos, seleccionamos 10 artículos para nuestra revisión. Seis de ellos son de la base de datos de Pubmed y los otros restantes de Cinahl. Estos se relacionan con nuestra temática y cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

En los artículos analizados encontramos numerosos factores causantes de la esquizofrenia, 9 de los 10 artículos relaciona el consumo con el desarrollo de la enfermedad, es decir de ser el desencadenante que de paso a un brote psicótico.

Encontramos un factor de riesgo en el que todos los artículos estudiados coinciden, ya sea en un menor o mayor medida.

Los resultados escogidos están representados en la **Tabla 3**.

5. Resultados (Tabla 3)

PAÍS (AÑO)	TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	ANÁLISIS
1. England (2015)	Smoking and schizophrenia in population cohorts of Swedish women and men	Hacer un estudio sobre la asociación que existe entre el consumo de tabaco y el inicio del desarrollo de esquizofrenia	Diseño de estudio: prospectivo y correlativo estudio de control Método: Utilizando el modelo de los riesgos proporcionales de Cox y el de control de correlativos pronosticaron el riesgo de desarrollar esquizofrenia en fumadores. Usando las variables de sexo, edad y cantidad de cigarrillos al día.	Existen diferencias entre fumadores y no fumadores. Estudio en mujeres sin antecedentes de psicosis no afectiva de edad media 27'3 años (DE= 5'2) para las no fumadoras (2,21 [IC 95%=1,90-2,56] y para las fumadoras fuertes > 10 cigarrillos/día: 3,45 [IC 95%=2,95-4,03]. Estudio en hombre sin antecedentes de psicosis no afectiva de edad media 18'5 años (DE= 8'4) para los no fumadores 2,15 [IC 95%=1,25-3,44]), y también para los que fumaban mucho (11-20 cigarrillos/ día): 3,80 [IC 95%=1,19-6,60] para hombres.	El consumo de tabaco influye en la edad de inicio del desarrollo de la esquizofrenia, afectando más en hombres que en mujeres, esto puede relacionarse con que comienzan a edades más tempranas, y consumen mayor cantidad.
2. Spain (2018)	Substance abuse and gender differences in first episode psychosis: Impact on hospital readmissions	Explorar las diferencias de género en primeros episodios psicóticos (PEPs) y establecer la relación entre el consumo de sustancia por género y los reingresos hospitalarios.	Diseño: analítico y prospectivo Método: pacientes incluidos en el programa de PEPs con repeticiones, de edad entre 18 y 35 años, afectos de cualquier primer episodio con síntomas psicóticos con una duración de 18 meses. N _T = 141	Existen diferencias entre consumidores y no de sustancias. (N _T : 71) que padecían PEPs; (50'4) consumían cannabis; 17 (38'6) en M frente a 54 (55'7) de H. ($p = 0'071$) (N _T = 47) que padecían PEPs (33'3) consumían alcohol, siendo 10 (22'7) M y 37 (38'1) H ($p = 0'031$) (N _T = 13) que padecían PEPs (9'2), consumían cocaína frente a 1 (2'3) M y 12 (12'4) H. ($p = 0'064$) Edad media consumo: 26,1 años, el 31'5% son M vs al 68'6% de H. Edad PEPs 24,4 (DE = 5,1) en M vs de 27'4 de H	Existen diferencias de género, en la edad y en la cantidad consumida en relación a padecer PEPs. Los hombres consumen a edades más tempranas, abusan de las sustancias, siendo el cannabis la más consumida con diferencia; todos estos factores predisponen a un desarrollo de la SZ en hombres a edades más avanzadas y por lo consiguiente peores pronósticos y mayor

				(DE = 4'7) con un rango entre 17-35. (<i>p</i> 0'002)	riesgo a padecer recaídas.
				Frecuencia de consumo: ocasional/intermitente: M+H: 32 (22'7) M: 11 (25'0) H: 21 (21'6) frecuente/habitual: M+H: 31 (22'0) M: 6 (13'6) H: 25 (25'8) abuso/dependencia: M+H: 18 (12'8) M: 2 (4'5) H: 16 (16'5)	
3. Australia (2016)	Cannabis Use in Adolescence and Young Adulthood	Las consecuencias del uso de cannabis en adolescentes como enfermedades mentales.	Diseño: estudio de cohorte Método: participantes de rango de edad de 14-35 años que consumen cannabis.	Abuso de cannabis en edades de entre 14'9 - 17'4 años. Consumo a diario cannabis al salir de la escuela (13%) (9% eran mujeres y 4% hombres) M: 1'9 IC 95% = 1'1 - 3'3 H: 0'47 IC 95 = 0'17 - 1'3	Se observó una asociación entre síntomas de depresión que pueden llegar a desarrollar psicosis y el consumo de cannabis en la adolescencia o adultez temprana. Abuso de cannabis en edad escolar en mujeres adolescentes.
4. United States (2012)	The burden of disease attributable to cannabis use in Canada in 2012.	Está asociado a la morbilidad del cannabis.	Diseño: diseño epidemiológico Metodología: Canadienses de ≥ 15 años en 2012. Estudio realizado independientemente por edad, sexo y efectos adversos para la salud.	Incapacidad causada por cannabis 31'909 años de promedio de vida perdidos en hombres IC 95% [20.662-43.090] frente a los 16.697 en mujeres con un IC 95% [10.812-22.548]. 2/3 afecta en hombres. Edad destacada: 15-24 años, casi el 50% del total. Consumo de cannabis provocó 287 muertes (IC 95% = 108 - 609) En 2012, en personas >15 años causó incapacidades o muertes.	El consumo de cannabis afecta en la esquizofrenia, en un mayor rango a adolescentes y jóvenes adultos de sexo masculino. También aparecieron otros efectos secundarios como el cáncer de pulmón y lesiones causadas por el tránsito.
5. United States (2018)	The relative prevalence of schizophrenia among cannabis and cocaine users attending addiction	Averiguar la prevalencia de la esquizofrenia en personas adictas a las drogas, excluyéndolas todas	Diseño: descriptivo, de prevalencia. Metodología: con una muestra de 22,615 personas de Chile tratadas por el consumo	La prevalencia de los que desarrollaron esquizofrenia y consumidores de cocaína era del 1'1% frente a los que consumían cannabis que presentaba una prevalencia del 5'2% (OR 4'9; <i>p</i> < 0'01).	Entre los que asisten a servicios de adicción, la prevalencia más alta de desarrollar síntomas psicóticos son los que consumen cannabis frente

	services.	menos la cocaína y el cannabis.	de drogas ilícitas. La prevalencia de la esquizofrenia se calculó por consumo de cannabis y cocaína. Se usa las covariables de sexo, edad y cantidad consumida.		a la cocaína, aumenta en un 4'1% independientemente del sexo, la edad y la cantidad consumida.
6. United States (2015)	Adolescent Initiation of Cannabis Use and Early-Onset Psychosis	Este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre el consumo de cannabis en adolescentes y la edad de inicio de los PEPs ; y la manifestación de síntomas psicóticos en los que abusan del cannabis	Diseño: revisión narrativa Metodología: revisión de la literatura actual para jóvenes que inició el consumo de cannabis de < 18 años que llegan a experimentar síntomas psicóticos en edades menores o iguales a 25.	Adolescentes que consumen a diario tienen una mayor probabilidad de psicosis de inicio agudo en comparación con aquellos con uso no cotidiano (42.1% vs. 20%). En comparación con los que la pueden desarrollar con menos gravedad. (43.35% vs. 23.7%). N _T =6300 adolescentes (15-16 edad, de consumo diario, doblaron la cantidad de síntomas prodrómicos. Mostraron un efecto dosis-respuesta: la cantidad de síntomas aumento con la misma frecuencia que el cannabis. Consumo a los 15-18 tienen alto riesgo a mostrar síntomas psicóticos a los 26 El 11'5% de los adolescentes reducen el consumo de cannabis después del PEPs.	El consumo a diario de cannabis en adolescentes está asociado al desarrollo de síntomas psicóticos, pudiéndose presentar a edades más tempranas y con la fase prodrómica más robusta. Esta relación varía en función de la dosis. Son pocos los que reducen su consumo al entrar en la fase prodrómica.
7. Norway (2017)	Psychotic patients who used cannabis frequently before illness onset have higher genetic predisposition to schizophrenia than those who did not.	Indagar en la relación entre la carga genética de la esquizofrenia y el cannabis.	Diseño: estudio de casos y controles Metodología: se estudiaron pacientes que consumían y los no consumidores de controles sanos, de esquizofrenia y otros trastornos.	N = 220 casos de SZ N = 415 controles sanos Pacientes con uso diario de cannabis: (p = 0.02, d de Cohen = 0.33) Pacientes sin consumo: (p = 0,003, d de Cohen = 0,42) El consumo frecuente temprano de cannabis (edad <18 años) induce la aparición de esquizofrenia.	Este estudio apoya la relación entre el consumo frecuente de cannabis antes del inicio de la enfermedad que acaba presentando riesgo para desarrollar trastornos continuos de psicosis. Alta prevalencia del no consumo de cannabis en menores de edad.

8. India (2017)	Cannabis induced psychoses and subsequent psychiatric disorders.	Estudiar la psicosis inducida por el cannabis y los factores que influyen a largo plazo.	Diseño: estudio observacional Metodología: duración del seguimiento, 5,75 años. Estudio realizado a pacientes diagnosticados como CIP, exclusivamente en hombres, en un principio la muestra era de 57, menos los excluidos (n = 35).	Pacientes que dejaron de consumir después del PEPs no presentaron recaída. De los aún consumían, tuvieron recurrencia y desarrollaron trastornos psicóticos (92'3%) (N _T = 35) -antecedentes genéticos en 20%. 22 de 35 → PEPs 13 de 35 → efectos secundarios del estado de ánimo inducido por el cannabis.	La abstinencia temprana del consumo del cannabis mejora las probabilidades de recaídas en trastornos psicóticos. La genética influye en más de un 60%, pero es un factor de riesgo el consumo de tóxicos, especialmente el cannabis.
9. Denmark (2015)	Cannabis-induced psychoses and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases.	Estudio realizado para establecer si el consumo de cannabis es seguido al desarrollo de condiciones psicóticas persistentes y conocer el momento de su aparición.	Diseño: cohorte Metodología: 535 pacientes consumidores que anteriormente no habían estado diagnosticados de cualquier síntoma psicótico.	El 14'8% de la esquizofrenia es inducido por cannabis. PEPs en los 3 primeros años de consumo: 14'6% la PEPs después de los 3 años el 0'2%. Esquizofrenia inducida por otras drogas: 2'4% Mayor riesgo en sexo masculino en comparación con las M (47.6% v. 29.8%) Consumo de cannabis y edad de desarrollo de la psicosis: (H: 24,6 vs M: 28'9) No consumidores y edad media del desarrollo: (H: 30'7 vs M: 33'1)	Los trastornos psicóticos inducidos por cannabis tienen un gran pronóstico e importancia clínica. Influye el sexo, destacando el masculino, la droga consumida, concretamente el cannabis y a edades tempranas de consumo y desarrollo.
10. Spain (2009)	Cannabis use and age of diagnosis of schizophrenia.	Determinar si el consume de cannabis provoca un inicio más adelantado de la esquizofrenia.	Diseño: estudio observacional Metodología: 116 sujetos con primer episodio de psicosis y posterior diagnóstico de esquizofrenia, con un consumo de cannabis analizado de manera retrospectiva (nunca-frecuentemente-a diario)	No consumidores 46 (39'7%) → Edad media de desarrollo: 27'00 (DE: 4'94) Esporádicamente - frecuentemente 23 (19'9%) → Edad: 25'7 (DE: 4'44) A diario 47 (40'5%) → Edad: 24'5 (DE: 4'36) Tendencia lineal (consumo-edad menor del PEPs) Disminución de la media: 1'93 [IC 95% = 0'17-3'70] p= 0'033.	El consumo de cannabis predispone a la persona la necesidad de un primer tratamiento antipsicótico a una edad más avanzada. A mayor cantidad consumida, mas riesgo a desarrollar los primeros síntomas a edades más avanzadas.

			Este estudio no analiza las covariables del sexo.		
--	--	--	---	--	--

Abreviaturas: SZ: esquizofrenia; PGRS: riesgo poligénico; p: percentil; odds ratios: OR; N_T : número total de la muestra; DE: desviación estándar

6. Discusión

Crosas en 2017, Kendler en 2015, Coffey en 2016 y Libuy en 2018 encuentran evidencia clara del efecto del consumo de tóxicos estudiados (cocaína, cannabis, alcohol y tabaco) en el desarrollo de los primeros síntomas psicóticos. Cuando hablamos de este factor de riesgo, nos referimos al consumo de sustancias, pero se ha de destacar mayormente el consumo de cannabis, aunque en menor grado también influye el alcohol, la cocaína y el tabaco. Este término puede englobar a ciertos grupos de drogas y de personas consumidoras. En cuanto a los consumidores, pueden ser consumidores a diario, frecuentes o esporádicos.

Se ha estudiado que los cannabis inducen transitoriamente la exacerbación de los síntomas de la esquizofrenia, tanto los positivos, negativos como los cognitivos. De tal modo que, Shah en 2017 junto con Kendler en 2015 corroboran que la abstinencia del consumo podría prevenir el continuo desarrollo de la psicosis exageradamente. Las personas psicóticas pueden llegar a mostrar resultados de mejora si su consumo de cannabis se controla o elimina; se podría conseguir una recuperación parcial de la función cognitiva e incluso menos discapacidad, esta evidencia también es apoyada por Crosas en 2018.

Según Coffey en 2016 estimó aproximadamente que el 4% de la población mundial de edades comprendidas entre 15 y 34 años (162 millones de personas) consume cannabis anualmente; y en torno al 0'6% (22'5 millones) lo consume a diario. Según Shah, en 2017, los consumidores diarios de cannabis presentan cinco veces más posibilidades de desarrollar enfermedades mentales, englobando aquí la esquizofrenia, ante los que no consumen; los consumidores semanales tienen alrededor del doble de posibilidades en comparación con los que no consumen.

Bagot en 2015 postula que el consumo de drogas, especialmente las drogas con propiedades psicotomiméticas, causan un elevado riesgo de desarrollar esquizofrenia, sin obviar el factor genético (65%). Este riesgo de recaídas fue 6 veces mayor que en el grupo de no consumidores de estas sustancias cuando se controlaron otras covariables asociadas a las recaídas, como la edad, el subtipo de esquizofrenia. Todos los artículos afirman el factor genético, en especial Kendler, 2015 comparte que existe una estrecha

relación entre la genética y la esquizofrenia o psicosis no afectiva, esto lo relaciona con la evidencia previa de la alta heredabilidad del abuso de drogas.

6. 1. Desarrollo de la esquizofrenia por una psicosis inducida por drogas, en relación al sexo

Arendt M , 2015, Imtiaz, 2012 y Kendler en 2015 contemplan que existen diferencias entre el sexo masculino y el femenino cuando nos referimos al desarrollo de trastornos psicóticos inducidos por el consumo de tóxicos, sí que es cierto que a mayor cantidad de consumo, mayor prevalencia a desarrollar un brote psicótico que pueda llegar a desencadenar la esquizofrenia; pero cabe recalcar que el sexo masculino se ve más afectado en este ámbito, esto se debe a que de forma general, los hombres consumen más cantidad y en edades más tempranas que las mujeres. Concretamente Arendt, 2015; especifica que existe un 47'6% de riesgo en hombres frente al 29'8% en mujeres en el consumo especialmente de cannabis.

Según Crosas, 2018 a diferencia de Arendt, 2015 realiza un análisis obteniendo porcentajes de los tóxicos en general, el 68'8% de los consumidores de tóxicos son hombres y el 31'5% mujeres; esta relación también es aprobada por Arrendt en 2015. A día de hoy no se ha podido diferenciar claramente el comienzo de la esquizofrenia con los efectos secundarios del consumo de cannabis, ya que la sintomatología de esta enfermedad es bastante similar a los efectos secundarios que conlleva el consumo.

Esta relación es apoyada por 8 de cada 10 artículos, excluyéndose el de Coffey en 2016 y Libuy en 2018, en los que se podría estimar que los hombres consumen en torno aún 20% más que las mujeres; y presentan un 4% más de probabilidades de desarrollar trastornos psicóticos antes que más mujeres. Las tasas de prevalencia del abuso de sustancias y las características sociodemográficas de los estudios realizados conllevan la mayoría a unos hallazgos concretos, en mayor o menor proporción. En cuanto al sexo, el sexo masculino, se relaciona más significativamente con un mayor consumo, abuso o dependencia del cannabis. El abuso del cannabis generalmente precedió al inicio de comenzar el tratamiento psiquiátrico tanto en hombres como en mujeres; se puede decir que es uno de los desencadenantes o causantes de esta enfermedad.

Tenemos otro aspecto a tratar, compartido por Kendler en 2015, Imtiaz en 2016 y Crosas en 2018, en los hombres los síntomas se inician antes que en las mujeres pero a su vez también presentan peores resultados funcionales.

Crosas en 2018 afirma que la duración de hospitalización es significativamente mayor para el grupo de abuso de cannabis, comprendiendo este mayormente por el sexo masculino. El grupo que consume cannabis es mayormente masculino, de ahí la mayor prevalencia a desarrollarse mayormente en hombres; a su vez presentan un mayor número de reingresos hospitalarios a causa de las recaídas provocadas por el consumo. Este mismo autor en su estudio analiza un mayor consumo de cannabis (50'4%), seguido del consumo del alcohol (33'3%) y por último la cocaína (9'2), siendo estos tóxicos consumidos por hombres con gran diferencia.

Es significativamente frecuente, entre los pacientes esquizofrénicos, el consumo de tóxicos. (Libuy, 2018)

Respecto al tabaco, Kendler en 2015 investiga y concluye que para un consumo intenso (11-20 cigarrillos/día) los hombres se ven más afectados que las mujeres; en hombres el cociente de riesgo es de 3'80 [IC 95% = 1'19 - 6'6] y en mujeres 3'45 [IC 95% = 2'95 - 4'03]. Destaca además que el fumar puede haber ocurrido como parte de un síndrome esquizofrénico prodrómico.

El tabaco es considerado factor de riesgo para la psicosis, pero cuando se incluyen el riesgo de la drogadicción, el riesgo anterior disminuye notablemente (Kendler, 105)

6.2. Desarrollo de la esquizofrenia por una psicosis inducida por drogas, en relación a la edad

Aas en 2017, consideró que los comienzos a la exposición de cannabis a edades más tempranas, se asociaría con un mayor riesgo de problemas psicóticos en la edad adulta a una avanzada edad. Existe una diferencia en la prevalencia entre esquizofrenia y consumo de drogas en personas que comienzan a consumir <18 años y los mayores de 18; y aún más notable las cifras entre los no consumidores y los consumidores menos de edad. Bagot en 2015 y Coffey en 2016 también apoyan la teoría de Aas, añadiendo Bagot, por una parte, que un consumo que comienza en una edad inferior a los 18 años, presenta un gran riesgo de desarrollar síntomas psicóticos a los 26 +/- 3 años de edad; por otra, Coffey, destaca que un abuso de cannabis en edades de entre 14'9 - 17'4 años

tiene un elevado riesgo de desarrollar trastornos psicóticos; en este estudio cabe destacar que en el consumo de estas edades escolares consumen un 13%, existiendo un mayor porcentaje de mujeres, el 9% frente al 4% de hombres.

Parece ser que, cuanto menor son las edades de inicio de consumo, existe mayor probabilidad de presentar síntomas psicóticos ¿Por qué a menor edad son más vulnerables a comenzar con el inicio del cannabis? No se podría responder con certeza, pero Libuy en 2018 lo relaciona con el desarrollo cerebral. Cualquier experiencia o substancia que afecte durante el desarrollo cerebral puede tener un proceso potencial y llegar a producir efectos psicológicos a la larga.

Imtiaz en 2016, también analiza las causas del consumo en edades tempranas y concluye que los pacientes adolescentes son más propensos al abuso de estimulantes y alucinógenos; debido al bajo nivel socioeconómico que presentan se consume mayormente alcohol y cannabis, afectando este último más en el desarrollo de la enfermedad. El entorno social y familiar es un determinante que juega un papel bastante importante.

Se puede decir que si una persona comienza a fumar cannabis antes de los 15 años de edad, presenta cuatro veces más probabilidades de inducir el desarrollo de una enfermedad psicótica antes de los 26. La hipótesis más frecuente que vincula el cannabis y la esquizofrenia sugiere que el consumo de cannabis actúa como desencadenante de la enfermedad en individuos que son vulnerables a padecerla. La edad de inicio de la enfermedad es mucho más temprana en pacientes que consumen cannabis. La edad de inicio se ha estimado entre 2 y 4 años antes en estos casos en relación a la edad que comience a consumir, siempre destacando que a menor edad mayor probabilidad de desencadenarla; esta idea es compartida por Crosas, 2018 y Bighelli, 2017)

Por otra parte, Coffey en 2016, admite que los varones adolescentes de entre 14'9 y 17'4 años, un 13% consumían a diario cannabis al salir de la escuela. Un 9% eran mujeres.

Según recoge Coffey en 2016 en su artículo, la aparición temprana de la esquizofrenia, independientemente de los factores de riesgo, presenta un resultado más negativo y con efectos secundarios más acentuados y negativos, que si se presenta de manera más tardía y con más probabilidades de recaídas.

El consumo de cannabis ha crecido durante la última década, y los usuarios son cada vez más jóvenes. España, es uno de los países de Europa con las tasas más altas de consumo de cannabis, con una prevalencia anual del 19'8% en poblaciones de entre 15 y 34 años de edad. Existen pocos estudios en España que relacionen la influencia del consumo temprano de cannabis y el curso o desarrollo de la esquizofrenia, aunque los artículos de Crosas en 2018 y Sugranyes en 2009 lo recogen.

Por lo leído de Imtiaz en 2016, los pacientes adolescentes son más propensos al abuso de estimulantes y alucinógenos; debido al bajo nivel socioeconómico que presentan se consume mayormente alcohol y cannabis, afectando este último más en el desarrollo de la enfermedad. El entorno social y familiar es un determinante que juega un papel bastante importante, esta evidencia es apoyada también por Shah, 2017 y Arendt, 2015.

6.3. Desarrollo de la esquizofrenia por una psicosis inducida por drogas, en relación a la cantidad consumida

Respecto a la cantidad consumida de cannabis, tanto Crosas en 2018 como Sugranyes en 2009, admiten que va en relación a la probabilidad de terminar con un diagnóstico de esquizofrenia y a tener mayor número de posibilidades de desencadenarlo a una edad más temprana.

Un estudio realizado por Imtiaz en 2016 postula que el 70% de personas que consumían de manera abusiva o tenían dependencia al cannabis, acabaron desarrollando el PEPs; este abuso del tóxico precedió al primer tratamiento psicótico. De las 96 personas que desarrollaron la esquizofrenia, 66 de ellas no presentaban abusos, y las otras 30 sí que presentaban, dentro de estas últimas, podemos diferenciar unas 6 personas que abusaban y las otras 24 que presentaban dependencia al cannabis.

También Shah en 2017 afirma que el abuso o dependencia del cannabis aligera el inicio del tratamiento psicótico.

Otro estudio, de caso de control, alerta del riesgo que presentan los fumadores habituales de cannabis de poder padecer esquizofrenia a largo plazo. Los resultados muestran que las personas que fuman cannabis diariamente presentan un 40% más de posibilidades de desarrollar la esquizofrenia, independientemente del consumo de otras drogas psicoactivas y sin predisposición genética. El 10'8% de la muestra había consumido cannabis esporádicamente y de todos ellos, el 1'4% desarrollo la enfermedad durante el estudio. Los que probaron la droga en más de 50 ocasiones en su vida, presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad. (Coffey, 2016; Crosas, 2018)

Libuy, 2018 y Kendler, 2015 afirman que el consumo de sustancias y la aparición de la esquizofrenia se desarrollan gradualmente.

Sugranyes, 2009; lo interpreta como una tendencia lineal el mayor consumo de cannabis a menor edad, aumentando el consumo a medida que disminuye la edad.

7. Conclusión

Por una parte, según la información recopilada en los estudios, se ha analizado la prevalencia de personas que sufren esquizofrenia y a la vez son consumidoras de drogas (cocaína, cannabis y tabaco). La esquizofrenia no deja de tener un gran porcentaje genético. Es menos probable, pero no imposible, que se llegue a desarrollar una psicosis esquizofrénica, con el consumo de sustancias. Sería más probable si el consumo es de cannabis, se lleva a cabo mínimo desde la adolescencia y en grandes cantidades diarias. El consumo de tóxicos favorece, acelera y agrava el de desarrollo de síntomas psicóticos y el proceso en general.

Y por otra parte, se ha llegado a conocer que el desarrollo de la enfermedad y otras covariables como el sexo, edad de inicio y cantidad de droga consumida están estrechamente relacionadas. Existe mayor riesgo en hombres, estos consumen a edades más tempranas y abusan de las sustancias a diario, llegando a crear dependencia, siendo el cannabis la más consumida con diferencia; todos estos factores predisponen a un desarrollo de la esquizofrenia en hombres a edades más avanzadas y por lo consiguiente peores pronósticos y mayor riesgo a padecer recaídas si se continúa con el consumo de cannabis. En hombres existen más PEPs inducidos por el consumo de drogas.

Sobre el tipo de droga estudiada, se obtiene que exista un alto riesgo al consumir cannabis, este estaría seguido por la cocaína y por último, encontramos el alcohol. También es un factor precipitante el mayor consumo de cannabis en gente joven por el bajo coste económico en comparación a otras drogas más duras. El consumo de cannabis no actúa como una automedicación de los síntomas positivos o negativos de la esquizofrenia. Si se usa el consumo de cannabis como tal, podría afectar a otros síntomas, como el deterioro cognitivo y aumenta el riesgo de recaídas.

Finalmente decir que los pacientes de todos los estudios no son representativos de todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, no hay que olvidar que es una muestra.

8. Propuesta de mejora

Como propuesta de mejora, veo la necesidad de realizar más estudios a nivel mundial sobre este tema en el que incluyan variables de edad, sexo y cantidad de consumición, especificando las drogas consumidas de que tipo son.

9. Bibliografía

Aas, M., Melle, I., Bettella, F., Djurovic, S., Le Hellard, S., Bjella, T., ... Tesli, M. (2018). Psychotic patients who used cannabis frequently before illness onset have higher genetic predisposition to schizophrenia than those who did not. *Psychological Medicine*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001209>

Albacar Roiboó N.M. URV. Infermeria en situations complexes de salut mental: Tortosa; 2016

Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., & Munk-Jørgensen, P. (2015). Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *British Journal of Psychiatry*, 187(6), 510–515. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.6.510>

Bagot, K. S., Milin, R., & Kaminer, Y. (2015). Adolescent Initiation of Cannabis Use and Early-Onset Psychosis. *Substance Abuse*, 36(4), 524–533. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.995332>

Barrio P., Molina O., Campos J., Franco E. (2013). MANUAL AMIR ENFERMERÍA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL (4.^a edición). Retrieved from <https://academiaeir.es/wp-content/uploads/pdf/EnfermeriaSM4aEdicion.pdf>

Bighelli, I., Salanti, G., Reitmeir, C., Wallis, S., Barbui, C., Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2018). Psychological interventions for positive symptoms in schizophrenia: protocol for a network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 8(3), e019280. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019280>

Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental., A. E., Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia., M., Prieto Gómez, B., Romano, A., Caynas, S., & Próspero García, O. (2010). *Salud mental. Salud mental* (Vol. 33). [Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia]. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600008

Coffey, C., & Patton, G. C. (2016). Cannabis Use in Adolescence and Young Adulthood: A Review of Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *61*(6), 318–327. <https://doi.org/10.1177/0706743716645289>

Crosas, J. M., Cobo, J., Ahuir, M., Hernández, C., García, R., Pousa, E., ... Palao, D. J. (2018). Substance abuse and gender differences in first episode psychosis: Impact on hospital readmissions. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, *11*(1), 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.04.002>

Esquizofrenia: MedlinePlus enciclopedia médica. (n.d.). Retrieved May 21, 2018, from <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000928.htm>

Hernández Lira, N. A., & Sánchez Sánchez, J. de la C. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. LibrosEnRed. Retrieved from https://books.google.es/books?id=EzlwZg_aH6AC&pg=PA84&dq=tipos+de+esquizofrenia&hl=gl&sa=X&ved=0ahUKEwi4grrE5qDaAhUwsaQKHeyVA9cQ6AEIJzAA%20-%20v=onepage&q&f=false#v=onepage&q=tipos%20de%20esquizofrenia&f=false

Imtiaz, S., Shield, K. D., Roerecke, M., Cheng, J., Popova, S., Kurdyak, P., ... Rehm, J. (2016). The burden of disease attributable to cannabis use in Canada in 2012. *Addiction*, *111*(4), 653–662. <https://doi.org/10.1111/add.13237>

Kendler, K. S., Lönn, S. L., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2015). Smoking and Schizophrenia in Population Cohorts of Swedish Women and Men: A Prospective Co-Relative Control Study. *American Journal of Psychiatry*, *172*(11), 1092–1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15010126>

Lermanda S, V., Holmgren G, D., Soto-Aguilar B, F., & Sapag S, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo: ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *51*(1), 46–60. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000100007>

Libuy, N., de Angel, V., Ibáñez, C., Murray, R. M., & Mundt, A. P. (2018). The relative prevalence of schizophrenia among cannabis and cocaine users attending addiction services. *Schizophrenia Research*, *194*, 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.010>

Lozano P. (2009). *Drogodependencias - Pedro Lorenzo Fernandez* - Google Books. Retrieved from https://books.google.es/books?id=O01ERd98HhsC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0%20-%20v=onepage&q&f=false#v=onepage&q&f=false

Oakley, P., Kisely, S., Baxter, A., Harris, M., Desoe, J., Dziouba, A., & Siskind, D. (2018). Increased mortality among people with schizophrenia and other non affective psychotic disorders in the community: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *102*, 245–253. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.04.019>

Observatorio español de la droga y las toxicomanías (OEDA): Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. (2017). Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

OMS | Salud mental. (2017). WHO. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/es/

Ordóñez-Cambor, N., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., García-Álvarez, L., & Pizarro-Ruiz, J. P. (2014). Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. *Anuario de Psicología*, *44*(3).

Parolaro, D. (2010). Consumo de cánnabis de los adolescentes y esquizofrenia: evidencias epidemiológicas y experimentales. *Adicciones*, *22*(3), 185. <https://doi.org/10.20882/adicciones.178>

Paul, A. B. M., Simms, L., Mahesan, A. A., & Belanger, E. C. (2017). Teens, Drugs, & Vegas: Toxicological surveillance of illicit prescription and illegal drug abuse in adolescents (12–17 years) using post-mortem data in Clark County, Nevada from 2005 to 2015. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, *58*, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2018.04.002>

Pérez- Neri I. (2015). Esquizofrenia, en pocas palabras, 20(3). Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2015/ane153f.pdf>

Rebraca L. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos*. 6th ed. Florida: Mc Graw Hill; 2007

Schizophrenia - Penn State Hershey Medical Center. (n.d.). Retrieved May 21, 2018, from <http://pennstatehershey.adam.com/content.aspx?productId=117&pid=1&gid=000928>

Shah, D., Chand, P., Bandawar, M., Benegal, V., & Murthy, P. (2017). Cannabis induced psychosis and subsequent psychiatric disorders. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.003>

Sugranyes, G., Flamarique, I., Parellada, E., Baeza, I., Goti, J., Fernandez-Egea, E., & Bernardo, M. (2009). Cannabis use and age of diagnosis of schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(5), 282–286. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.01.002>

10. Anexos

[1] Escala de PANSS

Escala Positiva (PANSS-P)							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización Conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Escala Negativa (PANSS-N)							
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Psicopatología General (PANSS-PG)							
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos / posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

[2] Caso real de paciente esquizofrénico, tipo desorganizado

“MJ camarera de 19 años, fue examinada en el departamento de ingresos de un hospital psiquiátrico. Durante la anamnesis inicial, rio inadecuadamente. Su pelo largo, sin peinar caía sobre la cara, ocultando sus expresiones faciales. Mascullaba incoherentemente en ocasiones y manifestaba una conducta propia de una adolescente de 13 o 14 años. Se quejo de numerosos dolores y afirmó que algunas veces le habían dicho que estaba castigada por no limpiar su habitación. La madre de MJ afirmó que

permanecía en su habitación y no tenía amigos. Sus padres solicitaron ayuda cuando observaron que su conducta empeoraba durante los últimos dos meses.” (Rebraca, 2007)

[3] Caso real de paciente esquizofrénico, tipo catatónica

“CS ingeniero de 25 años, ingresó en el hospital por deshidratación, al negarse a comer. Durante su hospitalización, CS mostró una actitud negativa, rechazando los cuidados de enfermería, la comida y la medicación. Habló en raras ocasiones y adoptó posturas incómodas en la cama, durante periodos prolongados. Cuando el profesional de enfermería le colocaba en distintas posiciones durante el baño o la ducha diaria, CS permanecía en dichas posturas hasta que la enfermera las cambiaba. También, realizaba movimientos sin sentido con las manos y los pies cuando estaba sentado en una silla. (Rebraca, 2007)

[4] Caso real de paciente esquizofrénico, tipo paranoide

BW, mecánico de 35 años, llegó al departamento de ingresos acompañado de su esposa, porque llevaba manifestando una conducta extraña desde hacía varios meses. El paciente había acusado a su esposa de envenenarle la comida, gastar todo su dinero, tener una aventura amorosa con su jefe y contar historias sobre él. No mostró expresiones faciales durante la anamnesis inicial y discutió bastante cuando se le preguntó sobre su trabajo. Al final de la anamnesis, BW confió al profesional sanitario que Jesucristo le enviaba mensajes mientras veía la televisión. (Rebraca, 2007)

[5] Caso Clínico de paciente en unidad psiquiátrica en periodo de prácticas.

AG, paciente de 36 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide, con un consumo perjudicial de cannabis y cocaína. Antecedentes psiquiátricos desde los 18 años con ingreso hospitalario desencadenado por brote psicótico con componente alucinatorio delirante y alteraciones de conducta. Presenta inestabilidad emocional en relación a estímulos ambientales, poca capacidad de autocontrol emocional con tendencia a la agresividad verbal y ocasionalmente hacia enseres. Apatía, abulia.

