

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

RESPUESTA A MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS RELACIONADA AL CONSUMO
DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL

ABNER JACOBO ANTON MIRANDA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Posgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de

Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Enero de 2021



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.01.075.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Abner Jacobo Anton Miranda

Registro Académico No.: 201021683

No. de CUI : 2248 04316 0101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **RESPUESTA A MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS RELACIONADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL**

Que fue asesorado por: Dr. José Ricardo López Melgar MSc.

Y revisado por: Dra. Gloria Verónica Ocampo Antillón, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Enero 2021**

Guatemala, 26 de octubre de 2020

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/emxc

Ciudad de Guatemala 29 de julio de 2020

Doctor

EMIGDIO ENRIQUE MENDOZA GAITÁN

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Centro de Atención Integral de Salud Mental

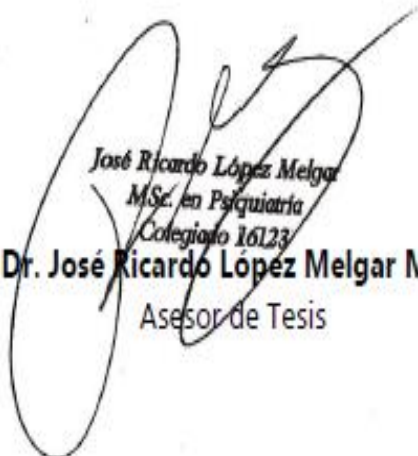
Presente.

Respetable Dr:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **ABNER JACOBO ANTON MIRANDA** con *carne* 201021683 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría el cual se titula **"RESPUESTA A MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS RELACIONADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL"**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. **ANTON MIRANDA** ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



José Ricardo López Melgar
M.Sc. en Psiquiatría
Colegiado 16123
Dr. José Ricardo López Melgar MSc.
Asesor de Tesis

Ciudad de Guatemala 29 de julio de 2020

Doctor

EMIGDIO ENRIQUE MENDOZA GAITÁN

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Presente.

Respetable Dr.:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **ABNER JACOBO ANTON MIRANDA** con **carné** 201021683, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría el cual se titula **"RESPUESTA A MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS RELACIONADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL"**.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. **ANTON MIRANDA** ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dra. Gloria Verónica Ocampo Antillon MSc.
Ginecología y Obstetricia
Céd. No. 10498
Revisora de Tesis



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

DICTAMEN.UIT.EEP.085-2020
12 de mayo 2020

Doctor
Emigdio Enrique Mendoza Gallán, MSc.
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Doctor Mendoza Gallán:


Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final del médico residente:

Abner Jacobo Anton Miranda

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, registro académico 201021683. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de Investigación:

"Respuesta a medicamentos psicotrópicos relacionada al consumo de sustancias en pacientes con patología dual."

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

cc. Archivo
LARC/arin

Índice

Índice de tablas.....	<i>i</i>
Resumen.....	<i>ii</i>
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Objetivos.....	13
IV. Materiales y métodos.....	14
4.1 Tipo de estudio.....	14
4.2 Población del estudio.....	14
4.3 Selección de muestra.....	14
4.4 Sujeto de estudio.....	14
4.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	14
4.6 Cuadro de variables y Operacionalización de variables.....	15
4.7 Instrumento a utilizar para recolectar y registrar información.....	18
4.8 Procedimientos para la recolección de información.....	18
4.9 Aspectos éticos	19
4.10 Procedimientos para análisis	19
V. Resultados.....	21
VI. Discusión y Análisis	28
6.1 Conclusiones.....	30
6.2. Recomendaciones.....	31
VII. Referencias bibliográficas.....	32
VIII. Anexos.....	36

Índice de tablas

Tabla 1 Características epidemiológicas en pacientes con patología dual.....	21
Tabla 2 Consumo de Tabaco según escala de Fagerström relacionado a tratamiento psicotrópico con antidepresivos en pacientes con patología dual	22
Tabla 3 Consumo de alcohol según la escala AUDIT-C relacionado a tratamiento psicotrópico con antidepresivo en pacientes con patología dual	23
Tabla 4 Consumo de Tabaco según la escala de Fagerström relacionado a trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en pacientes con patología dual	24
Tabla 5 Consumo de alcohol según la escala de AUDIT-C relacionado a trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en pacientes con patología dual	25
Tabla 6 Significancia del cambio en el consumo de tabaco relacionado con el uso de antidepresivos en pacientes con patología dual.....	26
Tabla 7 Significancia del cambio del consumo de alcohol relacionado con el de uso de antidepresivos en pacientes con patología dual	26
Tabla 8 Significancia del cambio de consumo de tabaco en función a la patología de base a los seis meses en pacientes con diagnóstico de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad	27
Tabla 9 Significancia del cambio de consumo de alcohol en función a la patología de base a los seis meses en pacientes con diagnóstico de trastornos depresivos y de ansiedad	27

Resumen

Título: Respuesta a medicamentos psicotrópicos relacionada al consumo de sustancias en pacientes con patología dual.

Introducción: El consumo de sustancias asociadas a una patología psiquiátrica de base o patología dual, es una comorbilidad común en pacientes con esquizofrenia, depresión y ansiedad. Aunque pasar desapercibida en muchas ocasiones puede afectar la respuesta al tratamiento. Por esta razón los tratamientos deben enfocarse de manera integral para lograr no solo la disminución de síntomas de la enfermedad base sino también el nivel de consumo de sustancias. **Metodología:** En un estudio de analítico longitudinal (n = 60 pacientes) con diagnóstico de trastornos de ansiedad o depresivos con consumo de tabaco o alcohol y que eran tratados con antidepresivos (venlafaxina, escitalopram y clomipramina) por un mínimo de 6 meses, se evaluó la disminución de consumo desde el inicio del tratamiento hasta el momento de la evaluación con la escala de Fagerström y AUDIT-C respectivamente. **Resultados:** Se demostró la alta significancia estadística de la clomipramina en la disminución del consumo de alcohol ($p = 0.0023$) y tabaco ($p = 0.0006$). Se determinó que la significancia en la disminución de consumo de alcohol y tabaco con la venlafaxina ($p = 0.0105$ y $p = 0.04$) y con el escitalopram ($p = 0.043$ y $p = 0.051$) es menor que con la clomipramina, no hubo significancia estadística en la disminución de tabaco con aquellos que eran tratados con escitalopram. **Conclusiones:** Se evidenció la disminución significativa del consumo de alcohol y tabaco en aquellos tratados con antidepresivos, sobre todo con el uso de clomipramina.

Palabras clave: Patología Dual, antidepresivos, alcohol, tabaco.

I. INTRODUCCIÓN

Se estima que una de cada cinco personas, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, padecen de un trastorno psiquiátrico. Estos trastornos causan deterioro en la calidad de vida del paciente asociado a disfuncionalidad en las esferas mentales, sociales y laborales. En un meta-análisis sobre la prevalencia de trastornos mentales que tomó en cuenta estudios desde 1980 hasta el 2013 se evidenció que hay tres patologías psiquiátricas que representan mayor prevalencia a nivel mundial: trastornos de ansiedad (12.9 %), trastornos depresivos (9.6 %) y trastornos por consumo de sustancias (10.7 %).⁽¹⁾ El abuso de sustancias en Guatemala supone un problema significativo en la población. En un censo realizado el año 2005 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas se determinó que el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes son las sustancias que tienen mayor prevalencia de uso en personas de 12 a 65 años.⁽²⁾

La prevalencia de consumo de tabaco en países en vías de desarrollo continúa aumentando, siendo su tasa de crecimiento mayor que la de países desarrollados, se calcula que para el año 2030 los países de ingresos bajos presentarán el 80 % de morbilidad a nivel mundial por consumo de tabaco.⁽³⁾ En Guatemala el uso de tabaco es del 21.7 % en hombres y de 3.9 % en mujeres.⁽⁴⁾ El alcohol es la sustancia que más presenta dependencia y abuso a nivel mundial, siendo el consumo promedio por persona mayor de 15 años es de 6.2 litros de alcohol puro al año y en Guatemala el consumo es de 9.1 litros de alcohol puro por persona mayor de 15 años. La prevalencia de dependencia de alcohol de 2.8 % y de trastornos relacionados con el uso de alcohol de 5.8 %. El alcohol es una causa importante de mortalidad y de disfuncionalidad, se calcula que a nivel mundial en el 2012 el 5.9 % de las muertes fue secundaria al uso de alcohol y en Guatemala las fracciones de cirrosis y accidentes de automóvil atribuibles a alcohol llegan hasta 49 % y 32 % respectivamente.⁽⁵⁾

Tanto el pronóstico como la severidad de los trastornos psiquiátricos empeora al existir comorbilidad, siendo el abuso de sustancias una de las principales causas, encontrándose en aproximadamente el 25 % de estos pacientes.⁽⁶⁾ Este tipo de padecimiento se conoce como

patología dual. ⁽⁷⁾ La sustancia que más frecuentemente se consume en pacientes con patología dual es el tabaco encontrándose en un 86.5 % de estos individuos, seguida del alcohol, encontrándose en un 78 %.⁽⁵⁾

El diagnóstico y tratamiento de pacientes con antecedente de uso y abuso sustancias asociado a enfermedades psiquiátricas, siendo las de mayor prevalencia los trastornos depresivos y de ansiedad, representan un problema de salud pública debido al reto clínico, mal pronóstico y a las dificultades que supone en el tratamiento. ⁽⁸⁾ La patología dual en asociación al consumo de alcohol representan un porcentaje importante en cuanto a comorbilidades; sin embargo, a pesar del impacto negativo en el pronóstico, de las dificultades que supone su tratamiento adecuado, del aumento del riesgo de suicidio ⁽⁹⁾ y de la disfuncionalidad que provocan, ha sido limitado su estudio.

Si bien, se ha asociado la utilización de inhibidores de la recaptación de serotonina con mejoría en cuanto al consumo de sustancias y sintomatología depresiva y ansiosa ^(10, 11), y se ha observado la disminución del consumo de tabaco con el bupropion,⁽¹²⁾ sin embargo, no hay datos de que fármaco es más eficaz o si la disminución del consumo es estadísticamente significativa con dichos fármacos.

Por tanto, se evaluó a pacientes con trastornos de ansiedad o depresivos en asociación con consumo de tabaco y alcohol. Se comparó la eficacia de la venlafaxina, escitalopram y clomipramina en cuanto a la reducción de consumo de sustancias encontrando superioridad de la clomipramina con respecto a los otros dos antidepresivos.

II. ANTECEDENTES

- La revista “International Journal of Epidemiology” evidenció en un metaanálisis que tomó en cuenta estudios desde 1980 hasta el 2013 que en cuanto a patología psiquiátrica los trastornos de ansiedad, depresivos y de consumo de sustancias son los que mayor prevalencia tienen a nivel mundial. ⁽¹⁾
- Torrens M. señala la importancia de identificar la comorbilidad de consumo de sustancias en pacientes con trastornos psiquiátricos y emplear abordajes apropiados para dichos pacientes. ⁽⁷⁾
- Saíz P. et al recomienda el uso de antidepresivos ISRS en trastornos de ansiedad asociado a uso de alcohol aunque indica que desconoce la eficacia en cuanto a la disminución de consumo de esta sustancia, también sugiere tratamiento con anticonvulsivos como pregabalina en trastornos de ansiedad en comorbilidad con consumo de cualquier otra sustancia. ⁽¹⁰⁾
- Casas M. describió que el tratamiento con ISRS ha demostrado mejoría en pacientes con trastornos depresivos en asociación a consumo de alcohol mostrando disminución de sintomatología depresiva y de consumo de esta sustancia. ⁽¹¹⁾
- Moreno A. indicó que el bupropión es el único tratamiento aprobado tanto para depresión y consumo de tabaco, aunque también se ha visto mejoría de síntomas depresivos en pacientes con consumo asociado de tabaco con ISRS aunque no se ha descrito mejoría en cuanto al consumo de esta sustancia. ⁽¹²⁾

Depresión

Generalidades

La depresión consta de un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por presentar un estado de ánimo deprimido o incapacidad de experimentar placer, fenómeno también conocido como anhedonia. ⁽¹³⁾ Entre los trastornos depresivos en la población adulta en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) se encuentran: el trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento y trastorno depresivo debido a otra afección médica. ⁽¹⁴⁾

Historia

Este trastorno fue notado desde hace varios siglos, datan del año 400 a. C. las descripciones de Hipócrates sobre la melancolía como se llamaba anteriormente a los padecimientos que hoy en día entran dentro de los cuadros depresivos. ⁽¹⁵⁾ Este término fue cambiando a principios del siglo XX con el auge de la corriente psicoanalítica tomando el nombre de neurosis depresivas en donde se englobaban varios trastornos depresivos unipolares. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales se le conoció así hasta su segunda edición⁽¹⁶⁾, luego a partir de la tercera edición se empezó a utilizar el término trastornos depresivos. ⁽¹⁷⁾

Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 10 % de la población padece de algún trastorno depresivo y la prevalencia durante la vida de trastornos depresivos llega hasta un 17 %. Se calcula que en el año 2020 será la segunda enfermedad más prevalente a nivel mundial y en el año 2030 será la primera. ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

Etiopatogenia Se ha determinado que los trastornos depresivos son multifactoriales en cuanto a su etiología; tanto factores genéticos, psicosociales y biológicos influyen en su aparición. Se ha logrado, al menos de manera parcial, integrar estos factores para explicar la patogenia de la depresión iniciando con la teoría de las monoaminas en donde se explicaban los síntomas por la disminución cuantitativa de la serotonina y noradrenalina y avanzando hasta comprender los factores epigenéticos asociados a factores psicosociales como situaciones vitales y

estresantes que influyen en la transcripción de los receptores y por tanto en la función de las vías monoaminérgicas cerebrales. ⁽¹⁵⁾

Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos depresivos se realiza de manera clínica. Se toman en cuenta criterios clínicos comprobados estadísticamente, siendo los más ampliamente utilizados los de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM 5) y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En la práctica clínica, además de utilizar estos criterios se suelen utilizar escalas por ser más pragmáticas y por presentar mayor sensibilidad y especificidad para el cribaje de trastornos depresivos. ⁽¹⁵⁾

Tratamiento

El abordaje terapéutico de los trastornos depresivos se da de manera sistemática y deben reconocerse tres momentos en el abordaje, así como la severidad del trastorno. En cuanto a la severidad se pueden elegir distintas opciones terapéuticas dependiendo de las necesidades del paciente, desde la psicoterapia sola en los trastornos de severidad leve y moderada hasta la farmacoterapia sola y asociada con psicoterapia en trastornos de severidad moderada a grave y abordajes de neuromodulación como estimulación magnética transcraneal y terapia electroconvulsiva en casos refractarios. En cuanto a las tres fases de tratamiento que dependen de su temporalidad se reconocen la fase aguda, que consta en los primeros 3 meses; de continuación, que comprende de 4 a 9 meses y de mantenimiento que debe evaluarse de manera individual por el riesgo de recidivas que pueden presentar los pacientes.

⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾

Ansiedad

Generalidades

Los trastornos de ansiedad suponen un grupo heterogéneo de patologías y representan el trastorno con mayor prevalencia a nivel mundial, según el DSM 5 entran dentro de este rubro las siguientes patologías: Trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastornos de ansiedad debidos a otra afección médica y otros trastornos de ansiedad no especificados. ⁽¹³⁾ Estos difieren de los trastornos ansiosos del CIE-10 siendo en este los siguientes: trastorno

de pánico, trastornos de ansiedad generalizada y trastorno mixto de ansiedad y depresión. Sin embargo estos trastornos se deben diferenciar de la ansiedad no patológica que se presenta como una sensación aprensiva difusa asociada a diversos síntomas somáticos que aparece como respuesta ante amenazas internas o externas desconocidas con el fin de resguardar la integridad de los individuos por lo que se puede considerar como un fenómeno adaptativo. ⁽¹⁵⁾

Historia

El término ansiedad apareció a finales del siglo XIX debido a un error de traducción de los trabajos de Freud en los que se produjo la distinción entre el miedo y ansiedad. A partir de esto se asoció el término ansiedad a situaciones inconscientes desconocidas y el miedo a situaciones externas conocidas. ⁽¹⁵⁾

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son la patología más prevalente a nivel mundial, incluso por encima de la enfermedad cardiovascular y los trastornos depresivos. Se estima que al menos una de cada quince personas padece de algún trastorno de ansiedad y se espera que la prevalencia de este trastorno continúe siendo la primera en la población mundial hasta el año 2030 cuando sea superada por los trastornos depresivos. ⁽¹⁸⁾

Etiopatogenia

Las ciencias biológicas han permitido identificar procesos fisiológicos que acompañan los síntomas ansiosos, se ha visto el aumento del tono simpático en estos pacientes. De igual manera se han identificado las bases neurobiológicas de la ansiedad mediante el estudio de animales y se ha propuesto que las alteraciones en las vías serotoninérgicas, noradrenérgicas y gabaérgicas, siendo estas alteraciones distintas en cada categoría de los trastornos de ansiedad. ⁽²¹⁾ Se ha propuesto que estas alteraciones en las vías de neurotransmisores tienen una base biológica, sin embargo solo representan predisposición que necesita desencadenantes psicosociales para presentarse de manera clínica. ⁽²²⁾

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza de manera clínica mediante los criterios diagnósticos del DSM 5 y del CIE-10 que permiten identificar a estos pacientes con una alta especificidad y sensibilidad. ⁽¹⁵⁾

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de ansiedad se fundamenta en el uso de distintos tipos de psicoterapia que varían dependiendo del trastorno a tratar y pueden apoyarse en el tratamiento psicofarmacológico siendo los antidepresivos y benzodiazepinas utilizados como ansiolíticos.
(15)

Consumo de alcohol

El consumo de esta sustancia se ha asociado al aumento de riesgo de problemas sociales dependientes de la dosis de consumo por el deterioro de capacidades cognitivas y de juicio que aparecen durante el estado de embriaguez. También está asociado a trastornos en la conducta, cardiovasculares, gastrointestinales, etc. (23)

El consumo de alcohol se convierte en un problema para la salud al consumirse en exceso, este consumo se puede clasificar en tres grupos siendo estos: El consumo de riesgo, consumo perjudicial y la dependencia del alcohol. (23)

El consumo de riesgo regular de alcohol es considerado cuando se superan los niveles de consumo prudente de alcohol, se define como el consumo casi diario de al menos 40 gramos de alcohol al día en hombres y mayor de 24 gramos de alcohol en las mujeres. También se considera el consumo de riesgo ocasional que es definido como el consumo mayor de 50 gramos de alcohol por ocasión en hombres y mayor a 40 gramos por ocasión en mujeres. (23)

Según el CIE-10, el consumo perjudicial o peligroso de alcohol es considerado cuando se consume una cantidad de alcohol mayor a lo socioculturalmente aceptable de manera regular y además se ve asociado a daños físicos, psicológicos o sociales. Las cantidades de alcohol asociadas a este grupo son de más de 60 gramos de alcohol al día en hombres y más de 40 gramos de alcohol al día en mujeres. (24)

Al presentar dificultad para tener el control sobre el consumo de alcohol se utiliza el término alcoholismo, a pesar de iniciar como una necesidad leve de consumir alcohol suele ser un trastorno progresivo que se caracteriza por el deterioro del control del impulso de consumo y muestra tendencia al aumento, creándose entonces, dependencia. La OMS, en el CIE-10, da pautas para la identificación de la dependencia al alcohol siendo estas: el consumo de manera

continúa de alcohol a pesar de que esto suponga daños físicos, psicológicos o sociales; la dificultad para controlar la cantidad de alcohol que se consume, un fuerte deseo de consumir alcohol, tolerancia al alcohol y síndrome de abstinencia al dejar de beber. ⁽²⁴⁾

Para identificar a estos pacientes la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto utilizar el Cuestionario de identificación de los trastornos por consumo de alcohol (AUDIT-C, por sus siglas en inglés), teniendo, además, la ventaja de ser libre para su uso. Este cuestionario permite identificar tanto a los consumidores de riesgo y perjudicial como a aquellos con dependencia de alcohol, en la validación al idioma español de dicha escala se tiene la puntuación de 9 como punto de corte para detectar el consumo de riesgo. ⁽⁵⁾

Consumo de Tabaco

El consumo de tabaco, sin importar en que cantidad, es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. El consumo más común del tabaco es por medio de cigarrillos en todo el mundo, dada la globalización económica la producción de estos se ha acelerado significativamente en las últimas décadas. ⁽³⁾

Para el año 2011 se calculaba que en el mundo habían casi mil millones de fumadores hombres, siendo la mayoría de países en vías de desarrollo. Esta tendencia va al alza mostrando un patrón en el que los hombres con mayor acceso a la educación tienen menos riesgo de ser consumidores tabaco por medio de cigarrillos. Los datos de consumo en las mujeres muestran que para el año 2011, 250 millones de mujeres son fumadoras. En las mujeres se da un fenómeno inverso mostrando mayor prevalencia en aquellas de países desarrollados y menos en las que viven en países en vías de desarrollo. ⁽³⁾

Si bien todo aquel que consume tabaco de manera habitual padece tabaquismo no todos padecen dependencia, a su vez aquellos que sufren de dependencia tienen diferentes grados de severidad. Se utiliza el test de Fagerström para determinar la severidad de la dependencia física al tabaco, este test es de uso libre solo si es para fines de investigación, consta de 6 preguntas con puntos de corte de menos de 4 puntos que indica dependencia leve, de 4 a 7, dependencia moderada y más de 7 puntos dependencia grave. ⁽²⁵⁾

Patología Dual

Se denomina así a la presencia coetánea del consumo de sustancias y cualquier otro trastorno mental, esta comorbilidad representa tanto una complicación social como una dificultad terapéutica. Dicha dificultad se da ya que estos pacientes acuden más veces a los servicios de emergencias, necesitan más hospitalizaciones, presentan mayor número de conductas de riesgo. ^{(5) (9)}

Trastornos psiquiátricos asociados al consumo de alcohol

Se estima que al menos un 37 % de las personas que presentan trastornos del consumo del alcohol tienen un trastorno mental como comorbilidad. ⁽¹¹⁾ Las patologías que más se asocian al consumo de alcohol son la ansiedad y depresión, siendo su prevalencia más elevada que en la población general. Se debe distinguir de manera individual la asociación del consumo y la patología psiquiátrica ya que en muchas ocasiones el consumo de alcohol puede ser utilizado para aliviar los síntomas depresivos o ansiosos y en otros pacientes estos síntomas pueden ser producto del consumo excesivo o de la abstinencia. ⁽²⁶⁾

Depresión y Alcohol

La prevalencia de trastornos depresivos en pacientes alcohólicos es de casi el doble de comparación con la población general. Además de esto, las mujeres alcohólicas tienen cuatro veces más riesgo de ser diagnosticadas con un trastorno depresivo que los hombres con esta misma condición de base. ⁽²⁷⁾

Se debe realizar una adecuada historia clínica para realizar un diagnóstico adecuado y así poder determinar si en la patología dual encontrada se trata de un paciente con un trastorno depresivo primario y un abuso de alcohol secundario o viceversa. A pesar de que los síntomas depresivos de los pacientes alcohólicos son similares a aquellos que no presentan patología dual, existen características de los síntomas que pueden variar por ejemplo el aumento de ideas suicidas e intentos suicidas ⁽⁹⁾, menor control de impulsos y disfuncionalidad social. ⁽²⁷⁾

Debido al mal pronóstico y al reto terapéutico que representa este tipo de patología dual se recomiendan estrategias terapéuticas que aborden ambas patologías al mismo tiempo. Se deben tomar en cuenta abordajes psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. En el apartado psicofarmacológico se ha visto mejor respuesta a antidepresivos no Inhibidores Selectivos de

la Recaptación de Serotonina (ISRS) que a los ISRS, sin embargo el perfil farmacológico de estos últimos es mucho más seguro ante sobredosis que pueden llevarse a cabo en intentos suicidas, también ciertos fármacos no ISRS como los tricíclicos pueden presentar efectos nocivos al combinarse con alcohol. Sin embargo, el tratamiento antidepresivo no ha mostrado resultados claros sobre su efecto en el consumo de alcohol. ⁽¹¹⁾ En el apartado psicoterapéutico se sabe que los enfoques cognitivo-conductual, psicodinámico e interpersonal es útil para tratar los trastornos depresivos, sin embargo para tratar la depresión en conjunto con el alcoholismo se prefiere utilizar un abordaje cognitivo-conductual. ⁽²⁷⁾

Ansiedad y Alcohol

El 19.4 % de los pacientes con consumo de alcohol como trastorno primario tienen asociado algún trastorno de ansiedad, mientras que en pacientes con trastornos de ansiedad como morbilidad primaria un 13.2 % de pacientes presenta abuso de alcohol. Se ha observado cierta predisposición genética entre el alcoholismo y los trastornos ansiosos, ciertos trastornos como la agorafobia y la fobia social preceden al abuso de alcohol mientras que el trastorno de ansiedad generalizada suele aparecer de manera simultánea con el abuso de esta sustancia. Dado a que dependiendo la dosis de alcohol puede tener efectos eufóricos o depresivos muchas veces no solo son causa directa o potencian a los trastornos de ansiedad sino también pueden ser utilizados como una forma de aplacar los síntomas ansiosos. Los pacientes que presentan esta comorbilidad tienen mayor riesgo de suicidio, utilizan más recursos médicos y tienen más recaídas. Esto provoca un daño en el funcionamiento social y laboral de los pacientes. ⁽²⁸⁾

Al igual que el resto de las patologías duales, el tratamiento de la comorbilidad entre trastornos ansiosos y el consumo patológico de alcohol debe realizarse de manera integral, enfocándose en ambos trastornos y utilizando estrategias que permitan, tanto la remisión de los síntomas ansiosos como la abstinencia del consumo de alcohol. Lo ideal es establecer que tan grave es el trastorno mental a tratar y que tan severo es el consumo de alcohol para, a partir de allí, tomar las decisiones que más beneficien al paciente.

Siendo el abordaje integral, debe darse un enfoque psico-bio-social, identificando el apoyo familiar del paciente, su consciencia sobre la patología que cursa, el deseo de consumir la sustancia y el deseo de llevar un tratamiento cuyo objetivo final es lograr la abstinencia del alcohol. El equipo terapéutico que lleve a cabo esta complicada labor debe estar conformado por psiquiatras, psicólogos y educadores, estos llevaran a cabo programas que incluirán

abordajes psicoterapéuticos de orientación cognitivo-conductual, abordajes en su entorno familiar para que cuenten con un adecuado apoyo psicosocial y entrenamiento y psicoeducación para afrontar los trastornos de ansiedad. Estos enfoques se deben aplicar en general sin olvidar individualizar cada caso y dar una terapia específica para cada tipo de trastorno de ansiedad que se esté tratando. En cuanto al tratamiento farmacológico se debe tomar en cuenta la seguridad de los fármacos, la interacción con el alcohol y los efectos adversos que puede causar en el paciente. Se recomienda el uso de ISRS y de benzodiazepinas, se debe establecer parámetros de tiempo para evitar medicar al paciente de manera indefinida, sobre todo en aquellos en los que se decide utilizar benzodiazepinas. ⁽²⁸⁾

Trastornos psiquiátricos asociados al consumo de tabaco

Se ha observado que no solo el uso de tabaco sino también su nivel de dependencia se relaciona con una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, entre estas se encuentran los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad con un riesgo en comparación con la población general de 1.8 y 1.6 veces mayor respectivamente. ⁽²⁹⁾

Depresión y Tabaquismo

Se ha establecido la asociación entre el consumo de tabaco y los trastornos depresivos, también está descrito que la recuperación de un episodio depresivo en aquellos que fuman es más lenta. Se ha documentado que existe alteración en las vías dopaminérgicas, en los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro y en la actividad de la monoaminoxidasa lo cual puede explicar la asociación de ambas morbilidades, sin embargo, se esperan futuras investigaciones para confirmar dichas observaciones. ⁽²⁷⁾

Actualmente existen dos teorías que explican la asociación entre el tabaquismo y los trastornos depresivos. La primera teoría explica que por medio de la acción dopaminérgica en el centro de recompensa que causa la nicotina de los cigarrillos puede aplacar los síntomas depresivos en aquellos que cursan con un trastorno afectivo, esto podría explicar por qué varios pacientes aumentan el consumo de cigarrillos al presentar un episodio depresivo. La segunda teoría describe que el consumo crónico de cigarrillos produce alteraciones neuroquímicas que conllevan al paciente a una vulnerabilidad para episodios depresivos por la incapacidad de regular de manera adecuada los neurotransmisores. ⁽²⁷⁾

Sin embargo se describe que ciertos factores genéticos pueden predisponer a la población al consumo de sustancias de manera directa o bien mediante la determinación de factores constitucionales de la personalidad de la población que los predisponga al consumo de sustancias como se observa en pacientes con trastornos de la personalidad. Esta predisposición debe tomarse como un factor que provoca vulnerabilidad la cual se complementa con factores ambientales. ⁽²⁷⁾

El tratamiento se enfoca tanto en disminuir la dependencia a la nicotina y al mismo tiempo tratar los síntomas depresivos, el bupropión se encuentra aprobado tanto para tratar la depresión como la dependencia a la nicotina. Sin embargo se pueden utilizar ISRS con buena respuesta antidepressiva aunque no se ha descrito la respuesta en cuanto al consumo de tabaco. ⁽¹²⁾

Ansiedad y tabaquismo

La asociación entre trastornos de ansiedad y el consumo de tabaco se ha establecido de manera clara, se ha visto que el consumir tabaco aumenta el riesgo de desarrollar ansiedad, también que los fumadores que padecen ansiedad presentan mayor sintomatología de abstinencia al cesar de fumar. La aparición de sintomatología se asocia a la cantidad de cigarrillos fumados, siendo aquellos que consumen más de 20 cigarrillos al día quienes tienen mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad, en especial trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia y trastorno de pánico. ⁽²⁷⁾

En cuanto al tratamiento se describen dos abordajes principales, siendo el primero la psicoterapia, se ha estudiado y descrito la efectividad de la terapia cognitivo conductual en pacientes con ansiedad y consumo de tabaco. ⁽³⁰⁾ El segundo abordaje descrito es el tratamiento farmacológico encontrando resultados favorables con el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina y antidepressivos tricíclicos. ⁽²⁷⁾

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Comparar el uso de medicamentos psicotrópicos y su respuesta en cuanto al consumo de tabaco y alcohol en pacientes con patología dual.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Describir las características epidemiológicas de los pacientes con trastornos de ansiedad o depresión asociado a consumo de tabaco o alcohol tratados con antidepresivos.

- 3.2.2. Identificar la relación que existe entre el nivel de consumo de alcohol y tabaco con los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

Estudio analítico longitudinal.

4.2 Población de estudio

- Pacientes quienes han recibido tratamiento farmacológico con medicamentos psicotrópicos por diagnóstico de trastorno depresivo o de ansiedad en asociación con consumo perjudicial de alcohol o tabaco.

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Se utilizará al universo para el estudio.

4.4 Sujeto de estudio

Paciente con expediente en la unidad de Psiquiatría del Centro de Atención Integral de Salud Mental que esté bajo tratamiento con medicamentos psicotrópicos por diagnóstico de trastornos depresivos o ansiosos asociado al consumo perjudicial de alcohol o tabaco en el área de consulta externa durante el período entre 2013 y 2018.

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

4.5.1. Inclusión

- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.
- Con diagnóstico de trastornos depresivos o de ansiedad.
- Que tengan antecedente de consumo perjudicial de alcohol o tabaquismo documentados adecuadamente en el expediente clínico.
- Tratados con medicamentos psicotrópicos.
- Aceptaron participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.
- Al menos más de la mitad del tiempo tratados con un mismo fármaco antidepressivo.
- Al menos seis meses de tratamiento.

4.5.2 Exclusión

- Pacientes con depresión bipolar.

4.6 Cuadro de variables y operacionalización de variables

Definición y operacionalización de variables					
Variable		Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable/ escala de medición	Unidad de medida
Perfil Epidemiológico	Edad	Tiempo de vida de una persona hasta el momento de la recolección de datos.	Años cumplido, acorde a lo indicado en el expediente clínico.	Cuantitativa discreta	Años cumplidos a la fecha.
	Religión	Creencia espiritual con la que la persona se identifica.	Creencia con la que se identifica, acorde a lo anotado en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa nominal politémica	Católica Evangélica Mormona Adventista Ninguna Otra
	Estado civil	Estado de relación o no de una persona con otra a través de lazos jurídicos.	Existencia y su estado legal de relación con otra persona, acorde a lo anotado en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa nominal politémica	Soltero Unido Casado Divorciado Viudo
	Grado académico	Nivel académico alcanzado por una persona en una institución certificada.	Nivel académico actual, acorde a lo anotado en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Diversificado Universitario

	Ocupación	Trabajo que ocupa una persona y por la cual es remunerada.	Tipo de labor que desempeñan, acorde a lo anotado en la boleta de recolección de datos	Cualitativa nominal politómica	Técnica Profesional Otra
	Sexo	Distinción biológica entre los hombres y las mujeres en base a las características sexuales	Identidad sexual del paciente con base en lo indicado en el expediente clínico.	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino
	Buena red de apoyo familiar	Personas que viven con el paciente que representan ayuda económica o emocional.	Presencia de familiares y percepción de apoyo por parte de estos, determinado durante la entrevista.	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
	Grupo de apoyo	Grupo ajeno a la red de apoyo familiar compuesto por personas en situaciones similares que se reúnen constantemente con el fin de mejorar su calidad de vida.	Participación del paciente en reuniones con la finalidad de superar el consumo de sustancias, determinado durante la entrevista.	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
Trastornos depresivos		Trastornos psiquiátricos definidos y codificados por el CIE-10 dentro del apartado de trastornos depresivos y cuya severidad es evaluada con escalas validadas.	Existencia de un trastorno depresivo diagnosticado al paciente, según lo indicado en el expediente clínico.	Cualitativa nominal politómica	Presencia o no de trastornos depresivos.

Trastornos de ansiedad	Trastornos psiquiátricos definidos por el CIE-10 dentro del apartado de trastornos de ansiedad y cuya severidad es evaluada con escalas validadas.	Existencia de un trastorno de ansiedad diagnosticado al paciente, según lo indicado en el expediente clínico.	Cualitativa nominal politómica	Presencia o no de trastornos de ansiedad.
Nivel de riesgo por consumo de Alcohol	Grado de consumo de alcohol estratificado y estandarizado por la Organización Mundial de la Salud según la cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas.	Resultado en la escala AUDIT – C (ver anexo # 4)	Cualitativa ordinal	Nivel de riesgo I Nivel de riesgo II Nivel de riesgo III Nivel de riesgo IV
Nivel de dependencia al tabaco	Grado de dependencia al tabaco determinado por la cantidad de cigarrillos fumados así como las características del consumo.	Resultado en la escala de Fagerström (ver anexo # 3)	Cualitativa ordinal	Dependencia leve Dependencia moderada Dependencia severa
Antidepresivos	Medicamento cuyos efectos han demostrado mejoría en sintomatología en trastornos depresivos y de ansiedad que por tanto se utilicen para tratar dichas patologías.	Antidepresivo utilizado, según lo indicado en el expediente clínico.	Cualitativa nominal politómica	Venlafaxina Escitalopram Clomipramina Imipramina

4.7 Instrumentos utilizados para la recolección de información

Se utilizó una boleta de recolección de datos (ver anexos) en la cual se registraron datos generales y epidemiológicos del paciente: el nombre, número de afiliación, religión, estado civil, edad, educación, ocupación, si cuenta o no con una buena red de apoyo familiar y si asiste o no a algún grupo de apoyo (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, entre otros). Se registrarán los diagnósticos del paciente obtenidos del expediente clínico, teniendo que cumplir con un trastorno depresivo o ansioso. El trastorno de consumo de riesgo de alcohol se determinó con la escala AUDIT-C, existen cuatro niveles de riesgo determinados por la OMS (Nivel de riesgo I, 0 a 7 puntos; nivel de riesgo II, 8 a 15 puntos; nivel de riesgo III, 16 a 19 puntos y nivel de riesgo IV, de 20 a 40 puntos). El nivel de dependencia al tabaco se registró por medio de la escala Fagerström para uso de tabaco la cual cuenta con tres niveles de dependencia (leve, de 0 a 4 puntos; moderado, de 5 a 6 puntos y severa de 7 a 9 puntos). Se registró, a partir del expediente clínico, el nivel de consumo inicial y el tratamiento con medicamentos psicotrópicos antidepresivos, que son utilizados para tratar trastornos de ansiedad y trastornos depresivos siendo con los que cuenta la institución los siguientes: escitalopram, clomipramina y venlafaxina. Se utilizaron en dosis de 10 mg, 75 mg y 75 mg respectivamente. Las benzodiacepinas se utilizan constantemente en pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad, sin embargo suele ser por ciclos cortos para evitar la dependencia a estas sustancias, por darse por períodos cortos se decidió no incluirlos entre los medicamentos psicotrópicos descritos en las variables.

4.8 Procedimientos para la recolección de información

- Se creo el instrumento de recolección de datos.
- Se captó a los pacientes tanto en consulta externa como en encamamiento con diagnóstico de trastornos depresivos o de ansiedad y con consumo coetáneo de alcohol y tabaco, según lo descrito en el expediente clínico.
- Se les indicó en qué consistía el estudio y se les solicitó participar.
- Se les solicitó firmar el consentimiento informado (ver anexo # 2) para documentar su conformidad con la participación en el estudio.
- Se utilizaron las escalas AUDIT-C y Fagerström para determinar tanto los niveles al inicio de tratamiento, según lo descrito en el expediente clínico, como los niveles actuales de consumo de riesgo de alcohol o dependencia al tabaco

respectivamente. Solo se tomaron en cuenta en el estudio aquellos que presenten como mínimo consumo de riesgo nivel II en la escala de AUDIT-C o dependencia moderada al tabaco en la escala de Fagerström en la medición al inicio de tratamiento.

- Se recolectaron los datos epidemiológicos, diagnósticos y tratamiento en la boleta. (Ver anexo # 1)
- Se realizó la primera recolección acerca de consumo con base en lo descrito en el expediente clínico del paciente.
- Se recolecta la información acerca del consumo actual de sustancias mediante la entrevista al paciente.

4.9 Aspectos éticos

Con el fin de respetar la integridad física y psicológica de los pacientes se les explicó que serían parte de un estudio pudiendo elegir si deseaban participar o no en este. Se documentó el acuerdo de los pacientes mediante un consentimiento informado en el cual se expusieron los riesgos que implicó participar en el estudio y donde se les informó que podían retirarse del mismo sin que esto afecte los servicios que la institución les preste. La información de los pacientes se manejó con confidencialidad siendo el investigador el único que tuvo acceso a los datos personales de estos. El paciente se vio beneficiado ya que en todo momento se buscó la remisión de sus síntomas, así como la mejoría de su funcionalidad y por tanto su reintegración a los ámbitos interpersonales y laborales.

El estudio realizado se considera categoría II descrita por la OMS ya que el riesgo fue mínimo al no haberse realizado pruebas experimentales en los pacientes. El tratamiento recibido por el paciente fue el mismo independientemente si participaba o no en la investigación, solamente fue sometido a la medición de su sintomatología actual mediante escalas.

4.10 Procedimientos de análisis

Se recolectaron los datos para luego tabularlos en una hoja de trabajo de Microsoft Excel, se realizaron tablas donde se comparó la disminución de consumo de alcohol y tabaco asociado a los trastornos depresivos o de ansiedad en relación con el medicamento psicotrópico con el fin de determinar que antidepresivo causó mayor disminución de consumo de sustancias. Para evaluar la asociación se utilizó el punto de corte definido por

las propias escalas tanto en la AUDIT-C como en Fageström que definen el nivel I el grado leve, respectivamente, como un consumo no perjudicial. Al realizar esto fue posible realizar tablas 2x2 y de esta forma evaluar la correlación con el test de Fisher. Se utilizó este test por permitir evaluar la significancia estadística de una correlación en muestras pequeñas.

V. RESULTADOS

Tabla 1
Características epidemiológicas en pacientes con patología dual CAISM*, IGSS*
Guatemala, 2018.

Características epidemiológicas	Frecuencia	%
Edad en años		
18 – 25	3	5
26 – 35	8	13
36 – 45	18	30
46 – 55	12	20
>55	19	31
Religión		
Católica	34	57
Evangélica	19	31
Mormona	1	2
Ninguna	4	7
Otra	2	3
Estado civil		
Soltero	22	37
Unido	5	8
Casado	23	38
Divorciado	3	5
Viudo	7	11
Grado académico		
Primaria	10	17
Secundaria	3	5
Diversificado	29	48
Universitario	18	30
Ocupación		
Técnica	35	58
Profesional	8	14
Otra	17	28
Sexo		
Femenino	30	50
Masculino	30	50
Buena red de apoyo familiar		
Sí	38	63
No	22	37
Grupo de apoyo		
Sí	12	20
No	48	80

n = 60

*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Tabla 2

Consumo de Tabaco según escala de Fagerström relacionado a tratamiento psicotrópico con antidepresivos en pacientes con patología dual CAISM*, IGSS*. Guatemala, 2018

Dependencia al tabaco relacionado con tratamiento antidepresivo	Primera evaluación	%	Segunda evaluación	%
Clomipramina				
Leve	8	45	18	100
Moderada	6	33	0	0
Severa	4	22	0	0
Escitalopram				
Leve	8	30	24	89
Moderada	7	26	3	11
Severa	12	44	0	0
Venlafaxina				
Leve	5	33	11	73
Moderada	4	27	3	20
Severa	6	40	1	7

n = 60

*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Tabla 3

Consumo de alcohol según la escala AUDIT-C relacionado a tratamiento psicotrópico con antidepresivo en pacientes con patología dual CAISM*, IGSS*. Guatemala, 2018

Nivel de riesgo por consumo de alcohol relacionado con tratamiento antidepresivo	Primera evaluación	%	Segunda evaluación	%
Clomipramina				
Nivel de riesgo I	2	11	11	61
Nivel de riesgo II	3	17	5	28
Nivel de riesgo III	4	22	2	11
Nivel de riesgo IV	9	50	0	0
Escitalopram				
Nivel de riesgo I	6	22	14	52
Nivel de riesgo II	6	22	10	37
Nivel de riesgo III	6	22	2	7
Nivel de riesgo IV	9	34	1	4
Venlafaxina				
Nivel de riesgo I	2	13	9	60
Nivel de riesgo II	4	27	6	40
Nivel de riesgo III	4	27	0	0
Nivel de riesgo IV	5	33	0	0

n = 60

*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Tabla 4

**Consumo de Tabaco según la escala de Fagerström relacionado a trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en pacientes con patología dual
CAISM*, IGSS* Guatemala, 2018**

Nivel de dependencia a Tabaco asociado a trastornos de ansiedad y trastornos depresivos	Primera evaluación	%	Segunda evaluación	%
Trastornos de ansiedad				
Leve	14	36	33	85
Moderada	9	24	6	15
Severa	16	40	0	0
Trastornos depresivos				
Leve	8	38	19	90
Moderada	8	38	1	5
Severa	5	24	1	5

n = 60

*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Tabla 5

Consumo de alcohol según la escala de AUDIT-C relacionado a trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en pacientes con patología dual CAISM*, IGSS* Guatemala, 2018

Nivel de riesgo por consumo de alcohol relacionado con trastornos de ansiedad y trastornos depresivos	Primera evaluación	%	Segunda evaluación	%
Trastornos de ansiedad				
Nivel de riesgo I	6	15	22	56
Nivel de riesgo II	8	21	13	33
Nivel de riesgo III	10	26	3	8
Nivel de riesgo IV	15	38	1	3
Trastornos depresivos				
Nivel de riesgo I	4	19	12	57
Nivel de riesgo II	5	24	8	38
Nivel de riesgo III	4	19	1	5
Nivel de riesgo IV	8	38	0	0

n = 60

*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Tabla 6

Significancia del cambio en el consumo de tabaco relacionado con el uso de antidepresivos en pacientes con patología dual CAISM*, IGSS*. Guatemala, 2018

Antidepresivo	n	P (Test de Fisher, una cola)	Significancia estadística
Escitalopram	27	0.051	No significativa
Clomipramina	18	0.0006	Altamente significativa
Venlafaxina	15	0.04	Significativa

n = 60 **

*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

** No se tomó en cuenta al paciente tratado con imipramina por el sesgo en la significancia.

Tabla 7

Significancia del cambio del consumo de alcohol relacionado con el de uso de antidepresivos en pacientes con patología dual CAISM*, IGSS*. Guatemala, 2018

Antidepresivo	n	P (Test de Fisher, una cola)	Significancia estadística
Escitalopram	27	0.043	Significativa
Clomipramina	18	0.0023	Altamente significativa
Venlafaxina	15	0.0105	Significativa

n = 60 **

*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

** No se tomó en cuenta al paciente tratado con imipramina por el sesgo en la significancia.

Tabla 8
Significancia del cambio de consumo de tabaco en función a la patología de base a los seis meses en pacientes con diagnóstico de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad CAISM*, IGSS* Guatemala, 2018

Trastorno	n	P(Test de Fisher, una cola)	Significancia estadística
Trastornos Depresivos	21	0.0005	Altamente significativo
Trastornos de Ansiedad	39	0.0001	Altamente significativo

n = 60

*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Tabla 9
Significancia del cambio de consumo de alcohol en función a la patología de base a los seis meses en pacientes con diagnóstico de trastornos depresivos y de ansiedad CAISM*, IGSS* Guatemala, 2018

Trastorno	n	P (Test de Fisher, una cola)	Significancia estadística
Trastornos depresivos	21	0.0123	Significativo
Trastornos de ansiedad	39	0.0002	Altamente significativo

n = 60

*CAISM: Centro de Atención Integral de Salud Mental

*IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se recopilaron un total de 60 pacientes con diagnóstico de patologías depresivas o de ansiedad en quienes se determinó la asociación entre el uso de distintos antidepresivos con la disminución en el consumo de tabaco o alcohol.

Se observa que las características epidemiológicas en pacientes con antecedente de consumo de alcohol y tabaco asociado a trastornos depresivos o de ansiedad son: una edad media fue de 47 años con una desviación estándar de 13, significando que el 68 % de los participantes están comprendidos entre las edades de 34 a 60 años, también se observó la predominancia de la religión católica, escolaridad diversificado seguido de universitaria, en cuanto a las profesiones predominan las de tipo técnico seguido de pacientes jubilados. La mayor parte de los pacientes estudiados son casados representando un 38 % de estos. No se observa diferencia en cuanto a género. Dos tercios cuentan con apoyo familiar pero solo un 20 % cuentan con un grupo de apoyo que pasan situaciones similares.

Se observaron similitudes entre quienes utilizaron escitalopram, clomipramina y venlafaxina, siendo levemente superior la cantidad de pacientes con escitalopram, este fármaco suele ser el de preferencia por los terapeutas por su buena tolerabilidad, de la muestra obtenida solamente uno fue tratado con Imipramina, el cual fue excluido de la muestra por el sesgo que representaba, esto por ya no estar incluido entre los fármacos de primera línea para tratar episodios depresivos o de ansiedad. ⁽¹⁹⁾

Tomando en cuenta el tamaño de los subgrupos se utilizó el test de Fisher para calcular la significancia estadística sin que existieran sesgos en la evaluación, se evaluó el valor de P con una cola y no con dos ya que en todos los casos la dirección del consumo iba hacia disminución.

Se observó la significancia estadística de la relación en la disminución del consumo de tabaco con el uso de distintos antidepresivos (tabla 6). Se observó la ausencia de correlación entre el uso de escitalopram tanto en pacientes con trastorno depresivo y de ansiedad con el consumo del tabaco. Se evidencia la significancia de la relación del uso de

clomipramina y venlafaxina con la disminución de consumo de tabaco siendo mucho mayor en aquellos con clomipramina.

De manera similar se observó que, en la relación de uso de antidepresivos con la disminución de consumo de alcohol, el escitalopram presentó menor correlación que el resto de antidepresivos. Sin embargo, la relación, a pesar de ser menor, es estadísticamente significativa. Esta es mucho mayor en aquellos pacientes con uso de venlafaxina y clomipramina. La mejoría en cuanto a consumo con la clomipramina coincide con la revisión de Ait- Daoud et. Al. quienes en el 2006 describieron la asociación de los antidepresivos tricíclicos con la disminución de consumo tanto de alcohol como de tabaco.

(31)

Se evaluó la existencia de relación entre la patología psiquiátrica de base y el nivel de consumo de sustancias encontrándose un valor de P que indica una alta significancia estadística tanto en enfermedades depresivas como de ansiedad. La interpretación de este valor no indica precisamente una correlación entre la enfermedad y la mejoría sino la direccionalidad unilateral del nivel consumo que en todos los casos fue hacia la disminución. Va más allá del alcance de este estudio evaluar la correlación entre la disminución de síntomas depresivos y de ansiedad con el consumo de sustancias.

6.1 Conclusiones

6.1.1 Existe asociación estadísticamente significativa entre el tratamiento con venlafaxina, escitalopram y clomipramina en pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad, con la disminución de consumo de alcohol, siendo el de mayor significancia estadística la clomipramina. En cuanto a la disminución de consumo tabaco, solo la venlafaxina y la clomipramina demostraron significancia estadística.

6.1.2 Las características epidemiológicas indican una edad media de 47 años que, en pacientes con patología dual, y predominancia de pacientes casados y con nivel de escolaridad diversificado, con red de apoyo familiar mas no como participantes en grupos de apoyo, no se observó diferencia entre géneros.

6.1.3 No existe asociación entre el nivel de consumo de tabaco o alcohol con la patología psiquiátrica de base.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 A la institución:

Desarrollo de protocolos para la identificación y abordaje integral para pacientes con patología dual.

6.2.2 Al Centro de Atención Integral de Salud Mental:

Fomentar la realización de escalas para identificar el consumo de sustancias en pacientes con comorbilidades psiquiátricas con el fin de dirigir el abordaje farmacológico de manera integral

6.2.3 Al personal médico:

Considerar, en pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad con consumo de alcohol o tabaco, el uso de clomipramina y venlafaxina como tratamiento de primera línea, tomando en cuenta la tolerancia de los mismos en cada paciente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson J, Patel V et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*. 2014;43(2):476-493.
2. Comisión interamericana para el control del abuso de drogas. Guatemala, Evaluación del progreso de control de drogas 2005 - 2006. Guatemala: Organización de los Estados Americanos; 2006 p. 11 -15.
3. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008: the MPOWER package. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2008. p. 7, 16.
4. Eriksen M, Shafey O, Ross H, Mackay J. TOBACCO ATLAS. 3rd ed. ATLANTA: AMERICAN CANCER Society; 2012.
5. Global status report on alcohol and health 2014. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2014. p.
6. Rodríguez-Jiménez Roberto, Aragüés María, Jiménez-Arriero Miguel Angel, Ponce Guillermo, Muñoz Antonio, Bagney Alexandra et al. Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Invest. clín [Internet]*. 2008 Jun [citado 2020 Abr 26] ; 49(2): 195-205. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332008000200007&lng=es.
7. Torrens Mèlich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*. 2008;20(4):315.
8. Driessen M, Veltrup C, Wetterling T, John U, Dilling H. Axis I and Axis II Comorbidity in Alcohol Dependence and the Two Types of Alcoholism. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 1998;22(1):77.

9. Aharonovich, E, Liu, X, Nunes, E, et al.. Suicide Attempts in Substance Abusers: Effects of Major Depression in Relation to Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry*. 2002;159(9): 1600-1602.
10. Sáiz Martínez P, Jimenez Treviño L, Díaz Mesa E, García-Portilla González M, Marina González P, Al-Halabí S et al. Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*. 2014;26(3):254.
11. Casas, M, Guardia, J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2002;14(1): 195-219.
12. Coutiño A, Medina M. Tabaquismo y Depresión. *Salud Mental*. 2008;31(5):409- 414.
13. Fekadu N, Shibeshi W, Engidawork E. Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management. *Journal of Depression and Anxiety*. 2017;06(01): 255-257.
14. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2014.
15. Sadock B, Sadock V, Kaplan H, Ruiz P. Sinopsis de psiquiatría. 1st ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
16. Gruenberg E, et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1968.
17. Spitzer R, Skodol A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. (Washington, D.C.): (Amer. Psychiatric Assoc.); 1980.
18. World Federation for Mental Health. Depression as a consequence of the economic crisis. World Health Organization; 2012 p. 14-15.

19. Gelenberg A, Freeman M, Markowitz J, Rosenbaum J. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2010.
20. Perera T, George M, Grammer G, Janicak P, Pascual-Leone A, Wirecki T. The Clinical TMS Society Consensus Review and Treatment Recommendations for TMS Therapy for Major Depressive Disorder. *Brain Stimulation*. 2016;9(3):336-346.
21. Liberzon I, Duval E, Javanbakht A. Neural circuits in anxiety and stress disorders: a focused review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2015:115.
22. Kaabi B, Gelernter J, Woods S, Goddard A, Page G, Elston R. Genome Scan for Loci Predisposing to Anxiety Disorders Using a Novel Multivariate Approach: Strong Evidence for a Chromosome 4 Risk Locus. *The American Journal of Human Genetics*. 2006;78(4):543-553.
23. Guardia Serecigni J, Jiménez Arriero M, Pascual P, Flórez G, Contel M. Alcoholismo. 2nd ed. Barcelona: Socidrogalcohol; 2008.
24. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor; 1992.
25. Bello S S, Flores C A, Bello S M, Chamorro R H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. 2009;25(4).
26. Regier, D, Farmer, M, Rae, D, et al. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. *JAMA*. 1990;264(19): 2511-2518.
27. Álamo, C, Alonacid, C, Aragües, M, Et al. Tratado Sobre Patología Dual, Reintegrando la Salud Mental. (1 ed.). España: MRA ediciones;2010.

28. Richa, S, Kzour, F, Baddoura, C. Comorbidity of anxiety with alcohol dependence. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.2008;166(6): 427-430.
29. John U, Meyer C, Rumpf H, Hapke U. Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity—a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004;76(3):287-295.
30. Mae wood, C, Iruarrizaga, I, Cano vindel, A, Dongil, E. Ansiedad y Tabaco. *Intervención Psicosocial* . 2009;18(3): 213-231.
31. Ait-Daoud N, Lynch W, Penberthy K, Breland A. Treating Smoking Dependence in Depressed Alcoholics. *Alcohol Research & Health*. 2006;29(3):213 - 220.

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo No. 1: Boleta de Recolección de Datos



Boleta de recolección de datos

Boleta No. _____

Título del estudio: Respuesta a medicamentos psicotrópicos relacionada al consumo de sustancias en pacientes con patología dual.

Investigador principal: Abner Jacobo Anton Miranda

Sede: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Centro de Atención Integral de Salud Mental, Psiquiatría.

Nombre: _____ Edad _____

Religión:	Católica	(1)	Estado civil:	Soltero	(1)
	Evangélica	(2)		Unido	(2)
	Mormona	(3)		Casado	(3)
	Adventista	(4)		Divorciado	(4)
	Ninguna	(5)		Viudo	(5)
	Otra _____	(6)			

Sexo:	F	(1)	Ocupación:	Técnica	(1)
	M	(2)		Profesional	(2)
				Otra _____	(3)

Grado académico:	Primaria	(1)	Red de apoyo familiar:	Sí	(1)
	Secundaria	(2)		No	(2)
	Diversificado	(3)			
	Universitario	(4)			

Grupo de apoyo: Sí (1)
No (2)

Diagnóstico: _____

Trastornos de ansiedad (1)

Trastornos depresivos (2)

Control	Comorbilidad		Medicamento psicotrópico
	Consumo de riesgo de alcohol (AUDIT-C) Punteo/ nivel de riesgo	Dependencia de tabaco (Fagerström) Punteo/ nivel de dependencia	Antidepresivos
Inicio de tratamiento	Nivel de riesgo I (1) Nivel de riesgo II (2) Nivel de riesgo III (3) Nivel de riesgo IV (4)	Baja (1) Moderada (2) Alta (3)	Escitalopram (1) Clomipramina (2) Venlafaxina (3) Imipramina (4)
Evaluación actual	Nivel de riesgo I (1) Nivel de riesgo II (2) Nivel de riesgo III (3) Nivel de riesgo IV (4)	Baja (1) Moderada (2) Alta (3)	Escitalopram (1) Clomipramina (2) Venlafaxina (3) Imipramina (4)

Observaciones: _____

AUDIT-C	
Nivel de riesgo	Puntaje
I	0 a 7
II	8 a 15
III	16 a 19
IV	20 a 40

Fagerström	
Nivel de dependencia	Puntaje
Leve	0 a 4
Moderada	5 a 6
Severo	7 a 9

8.2 Anexo No. 2: Consentimiento Informado



Consentimiento informado



Título del estudio: Respuesta a medicamentos psicotrópicos relacionada al consumo de sustancias en pacientes con patología dual

Investigador principal: Abner Jacobo Anton Miranda

Sede: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Centro de Atención Integral de Salud Mental, Psiquiatría.

Paciente: _____

Número de afiliación: _____

Se le invita a participar en este estudio de investigación médica. Antes de que usted decida si quiere o no participar, debe comprender los siguientes aspectos. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Si surge en usted alguna duda al respecto siéntase con libertad de expresarla para que le sea aclarada. Una vez comprendidos los objetivos del estudio se le pedirá que firme el consentimiento informado aceptando las condiciones del mismo si usted está de acuerdo con participar.

Para varios tratamientos psiquiátricos es necesaria la utilización de medicamentos como antidepresivos (venlafaxina, escitalopram y clomipramina e imipramina).

Dichos medicamentos están aprobados para tratar tanto las enfermedades depresivas como las de ansiedad. El estudio a realizar tiene como objetivo evaluar la disminución del consumo de tabaco y alcohol en pacientes con dicho tratamiento. De esta manera se podrá utilizar el mejor tratamiento para usted y para otros pacientes en el futuro.

Si acepta usted participar serán tomados los datos de su diagnóstico, tratamiento y se determinará el nivel de consumo de alcohol y tabaco al inicio de su tratamiento y actualmente.

La decisión de participar en el estudio es opcional, si decide no hacerlo no habrá ninguna consecuencia desfavorable o represalia contra usted. Puede retirarse del estudio cuando lo desee. No se dará ningún incentivo o bonificación económica por su participación.

La siguiente información es confidencial y solo tendrá acceso a esta mi persona.

Carta de consentimiento informado

Yo: _____ he leído y comprendido toda la información anterior y mis dudas han sido resueltas de manera satisfactoria. Entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos pero mi anonimato será resguardado en ambos casos.

Recibiré una copia firmada y fechada del consentimiento informado.

Firma del participante:

_____ Fecha: _____

He explicado al Sr(a). _____ los objetivos del estudio, se le ha indicado los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si presenta dudas. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas procedo a firmar el presente documento.

Firma: _____ Fecha: _____

8.3 Anexo 3: Test de Fagerström

TEST DE FAGERSTRÖM		
Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 min.	1
	> 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿A que cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	Menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma si está tan enfermo que ha estado tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
Puntuación		
Menor de 4 dependencia baja		
Entre 4 y 6, dependencia media		
Igual o mayor de 7 dependencia alta		

8.4 Anexo 4: Test AUDIT-C

AUDIT

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

NOTA: En los Estados Unidos *una bebida* se refiere a cualquier bebida que contiene aproximadamente 14 gramos de etanol o alcohol puro. Las bebidas que siguen a continuación son de diferentes tamaños sin embargo su contenido de alcohol es el mismo. Es por eso que todas son consideradas *una bebida*:



Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					Total	

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Para reflejar las medidas de consumo en los Estados Unidos (14 gramos de alcohol puro), la cantidad de tragos en la pregunta 3 fue cambiada de 6 a 5. En el sitio www.who.org está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “RESPUESTA A MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS RELACIONADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.

