

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DE ACUERDO CON SU CONSUMO DE ALCOHOL*

Valerio Villamil Salcedo**, Marcelo Valencia Collazos**, Leonila Rosa Díaz Martínez**,
Maria Elena Medina-Mora Icaza**, Francisco Juárez**

SUMMARY

Background: Between 1% and 1.5% of the world population is affected by schizophrenia. In Mexico, it has been estimated that between 619,550 and 1,239,101 (1-2%) individuals suffered from schizophrenia in 2000. The condition is more common among male teenagers and young adults. The main features of schizophrenia are the positive and negative symptoms closely associated with a psychosocial functioning impairment. In addition, between 25% and 80% of the psychiatric population uses addictive substances, with alcohol, at 50%, being one of the most highly used. These substances use is closely associated with a poor psychosocial functioning; when alcohol use is accompanied by schizophrenia, psychosocial functioning is even more disrupted. In the last few years, it has been shown that an early reinsertion of schizophrenic individuals into their social and familial environment causes a lesser degree of impairment in their psychosocial functioning. This functioning is evaluated through the acquisition of new skills to move about in familial, social and work environments. The latter is called psychosocial treatment. In this sense, psychosocial functioning is described as each individual's ability to adapt, function, move about and interact in a social and personal environment. This functioning evaluates the social, occupational, economic, sexual and familial areas.

Objective: The objective of this study was to establish the association between schizophrenic patients' psychosocial functioning according to their alcohol use and the severity of schizophrenia.

Methodology: Eighty schizophrenic, psychiatrically stable, subjects were selected during a 14-month period of time. All of them were submitted only once to the Psychosocial Functioning Scale (PFS), the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). These scales were used in order to confirm the schizophrenia diagnostic and its severity, to measure the psychosocial functioning of this population, to identify early on problems related to alcohol use and to perform an alcohol use/dependency diagnostic on those individuals who met such diagnostic criteria. A Chi squared, Mann-Whitney's U, the t test, Kruskal-Wallis and the one-way ANOVA were used for statistical analysis purposes.

Results: Seventy-one percent of the subjects were males and 29% females; 87% were single and 70% were unemployed or had an informal job. Thirty-one years was the average age among males and 34 among females. Subjects started suffering schizophrenia when they were between 12 and 30 years (average: 23 years; SD: 6.36), and 94% of them started using alcohol while they were at this very same age range (average: 20 years; SD: 4.98). Seventy-six percent of the subjects presented a schizophrenia evolution of less than ten years. Comparing alcohol use with psychosocial functioning according to the AUDIT, the social and familial were the more affected areas, both of which showed statistically significant differences. As to the period of evolution of schizophrenia and psychosocial functioning, the 16-20 year group was the one which showed less satisfaction. Schizophrenia severity did not show any statistical significance when compared to the type of alcohol use.

Conclusion: Results from this research are similar to those from other Mexican and international studies which have found out that schizophrenia onset is more common during teenage, that more men than women are affected by the condition and that most subjects suffer it first when they are between 16 and 25 years. On the other hand, it has been found out that alcohol use is starting at increasingly early ages, with men being the main users. Such an association has lead many researchers to think that schizophrenia onset is highly associated with alcohol use, be it because the negative symptoms of schizophrenia promote the initial use of alcohol or because alcohol use triggers the early onset of schizophrenia.

In this study it was not possible to prove such an hypothesis given the reduced number of subjects in the sample. This was not either the main objective of the study and given the fact that some other type of methodology is required to identify such an association. However, it is clear that there is a high non-diagnosed comorbidity between schizophrenia and alcohol use which, as a result, is not treated and translates, ultimately, into a bigger impairment of the psychosocial functioning. Among the scales employed, AUDIT is an excellent screening instrument to detect subjects at risk of becoming alcoholics and to identify incipient alcohol use patterns and the problems associated with it. Thus, it is suggested that it could be used both in first and third level hospitals. Finally, although no statistically significant results were found out in any of the variables, there is enough evidence where

*Proyecto de tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud en el campo de estudios de Salud Mental Pública. Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

**Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México DF.

Correspondencia: M.C. Valerio Villamil; E-mail: valemil_2000@yahoo.com

Recibido primera versión: 22 de julio de 2004; segunda versión: 25 de mayo de 2005; aceptado 8 de junio de 2005.

the association between schizophrenia and alcohol leads to an accumulated effect influencing the psychosocial functioning impairment. In the light of this, it is suggested that clinicians inquire about alcohol use in patients showing some mental pathology to research more in depth the schizophrenia-alcohol comorbidity phenomenon and its association with psychosocial functioning so as to design adequate prevention, treatment and rehabilitation programs for the schizophrenic population.

Key words: Schizophrenia, psychosocial functioning, alcohol use, CIDI, AUDIT.

RESUMEN

Antecedentes: La esquizofrenia afecta a 1-1.5% de la población mundial; en México, se ha calculado que, en 2000, existían de 619,550 a 1'239,101 (1-2%) sujetos con esquizofrenia. Las características principales de la esquizofrenia son los síntomas positivos y negativos que guardan estrecha relación con el deterioro del funcionamiento psicosocial. Por otro lado, el consumo de sustancias adictivas en la población psiquiátrica va de 25% a 80%, siendo el alcohol una de las sustancias de mayor abuso. El consumo de dicha sustancia está muy relacionado con un deficiente funcionamiento psicosocial; si al consumo de alcohol se asocia la esquizofrenia, la funcionalidad psicosocial estará más alterada. En los últimos años se ha comprobado que la reincorporación temprana de los sujetos esquizofrénicos a su medio social y familiar provoca menor deterioro del funcionamiento psicosocial. Este funcionamiento consiste en evaluar los roles que desempeña el paciente, así como las habilidades para desenvolverse en su medio familiar, social y laboral. En tal sentido, el funcionamiento psicosocial se define como la capacidad de cada sujeto para adaptarse, funcionar, desenvolverse e interactuar en el ámbito social y personal.

Objetivo: Conocer la relación que existe entre el funcionamiento psicosocial de los pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol y la severidad de la esquizofrenia.

Metodología: Se seleccionó a 80 sujetos esquizofrénicos a quienes se les aplicaron, en una sola ocasión, la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS), la Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) y la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT). Para el análisis estadístico, se utilizaron la Chi cuadrada, la U de Mann-Whitney, la prueba t, la Kruskal-Wallis y el ANOVA de una vía.

Resultados: El 71% de los sujetos fueron varones y 29% mujeres; 87% eran solteros, y 70% desempleados o subempleados. En 87% de los sujetos la esquizofrenia se inició entre los 12 y 30 años (promedio = 23 años; DE = 6.36), y 94% inició el consumo de alcohol en este mismo grupo de edad (promedio = 20 años; DE = 4.98). El 76% de los sujetos tenía menos de 10 años de evolución con esquizofrenia. Al comparar el consumo de alcohol según el AUDIT con el funcionamiento psicosocial, las áreas más alteradas fueron la social y la familiar, con resultados estadísticamente significativos. En cuanto al tiempo de evolución de la esquizofrenia y el funcionamiento psicosocial, el grupo con menos satisfacción en su funcionamiento fue el de 16-20 años. La severidad de la esquizofrenia no mostró una significancia estadística al compararla con el tipo de consumo de alcohol.

Conclusión: Los resultados de esta investigación se relacionan con muchos estudios nacionales e internacionales respecto a la

edad de inicio, el sexo, la escolaridad y el estado civil de los pacientes con esquizofrenia. Por otro lado, se ha visto que el inicio del consumo de alcohol es a una edad cada vez más temprana y que los hombres son los principales consumidores. Esta relación ha llevado a pensar a muchos investigadores que el inicio de la esquizofrenia está altamente asociado con el inicio del consumo de alcohol. En esta investigación no se pudo comprobar tal hipótesis por el número reducido de sujetos en la muestra; lo que sí es claro es que existe una alta comorbilidad entre esquizofrenia y consumo de alcohol, que se traduce en un mayor deterioro del funcionamiento psicosocial. Dentro de los instrumentos utilizados, el AUDIT es un excelente instrumento de tamizaje para detectar sujetos en riesgo de volverse alcohólicos. Por ello se sugiere su uso tanto en hospitales de primer nivel como de tercero. Finalmente, existe suficiente evidencia de que la esquizofrenia asociada con el alcohol produce un efecto acumulado para el deterioro del funcionamiento psicosocial, por lo que se sugiere a los clínicos investigar más el fenómeno de la comorbilidad esquizofrenia-alcohol y su relación con el funcionamiento psicosocial, para de esta manera plantear programas adecuados de prevención, tratamiento y rehabilitación de la población esquizofrénica.

Palabras clave: Esquizofrenia, funcionamiento psicosocial, consumo de alcohol, CIDI, AUDIT.

INTRODUCCIÓN

Se ha estimado que en el mundo hay 23 millones de sujetos con esquizofrenia, lo que equivale a 1-1.5% de la población mundial; 75% de ellos viven en países poco desarrollados (1, 9).

En México se ha reportado una prevalencia de 0.7 a 2% de esquizofrenia (5, 8). Valencia (40) realizó un cálculo aproximado en 2000, tomando en cuenta la información disponible del Consejo Nacional de Población para 1998 y considerando a la población en riesgo de 15 a 65 años. De este modo estimó que en ese año había en México de 619,550 a 1239,101 (1-2%, respectivamente) personas con esquizofrenia.

Por otro lado, los trastornos adictivos entre la población psiquiátrica son elevados y abarcan entre 25 y 80%. De los pacientes con esquizofrenia, más de 50% consume sustancias ilícitas o alcohol (6).

En los pacientes con esquizofrenia se ha visto que el abuso y la dependencia del alcohol condiciona un autocuidado deficiente, un rechazo al tratamiento, un incremento de los síntomas positivos (ideas delirantes y alucinaciones), una conducta perturbadora y un mayor índice de recaídas de la enfermedad con hospitalizaciones frecuentes (6). En un estudio de población psiquiátrica que incluía a pacientes con esquizofrenia, se encontró que, en los tres meses anteriores, uno de cada tres había abusado más frecuentemente del alcohol en comparación con otras sustancias. El uso del

alcohol en esta población se correlacionó con un desajuste psicosocial severo (6). Otros estudios reportaron que el abuso de sustancias asociado a la esquizofrenia produce mayor deterioro del funcionamiento establecido previamente (14, 17).

Entre las sustancias preferidas por los sujetos con esquizofrenia, están las drogas con efectos estimulantes como la cocaína, las anfetaminas y el alcohol. Estas drogas incrementan el riesgo de una psicosis especialmente en personas vulnerables a ella (6, 21, 25).

En cuanto al inicio de la esquizofrenia y del abuso del alcohol, un estudio con una muestra de 232 pacientes con esquizofrenia encontró que la edad de inicio del abuso de alcohol fue a los 22.6 años, siendo más frecuente en hombres que en mujeres, mientras que la edad de inicio de la esquizofrenia fue a los 17.7 años (17).

En México se han conducido pocos estudios sobre consumo de alcohol asociado a enfermedades psiquiátricas. Uno de estos, realizado en pacientes psiquiátricos de un hospital general, concluyó que el consumo de alcohol, considerado como no excesivo para poblaciones no psiquiátricas, tendía a ocasionar importantes problemas en los enfermos psiquiátricos. Las enfermedades psiquiátricas asociadas más frecuentemente con el abuso y la dependencia del alcohol fueron los trastornos de ansiedad, las disfunciones sexuales, los trastornos afectivos y la farmacodependencia (11).

En los últimos años se ha hablado de la reincorporación de los pacientes con esquizofrenia a su núcleo familiar, social y laboral. En este sentido se usa cada vez más el término "Funcionamiento Psicosocial" (33, 39), especialmente en el caso de los pacientes con esquizofrenia. Ello se debe a que éstos tienen dificultades para interactuar adecuadamente con otras personas, se muestran "retraídos" y aislados de su medio, presentan problemas en su desempeño laboral, que se traduce en ausentismo -y, por tanto, en muchas horas de trabajo perdidas-, en mayor utilización de los servicios hospitalarios y, finalmente, en un mayor gasto económico para la familia y la sociedad (6, 28).

El Funcionamiento Psicosocial (34) evalúa los roles que desempeña el sujeto en diversas áreas como: las actividades ocupacionales, las relaciones sociales, el manejo de aspectos económicos, las relaciones de pareja y su componente sexual, así como las relaciones familiares. Los pacientes psiquiátricos tienen generalmente dificultades en su funcionamiento psicosocial, el cual depende de varios factores como el tipo de enfermedad mental, la severidad del trastorno y la edad de inicio. Sin embargo, en los pacientes con esquizofrenia, la alteración del funcionamiento psicosocial es mucho más evidente, pues la esquizofrenia es una enfermedad crónica, incapacitante y deteriorante a lo largo de la vida (12, 36).

Los estudios sobre funcionamiento psicosocial se han llevado a cabo en población general (34), en pacientes con esquizofrenia (12, 13, 35-39, 41), en pacientes deprimidos y ansiosos revascularizados (31) y en pacientes alcohólicos (15).

Si bien existen investigaciones que asocian estas dos variables -consumo de alcohol y algún tipo de enfermedad mental (11)-, el panorama epidemiológico respecto al consumo de alcohol en México ha cambiado en los últimos años (30, 32, 43). A raíz de ello existe un "nuevo" patrón de consumo de alcohol que de una u otra forma influye en el funcionamiento psicosocial del paciente esquizofrénico. También se ha encontrado que la edad de inicio del consumo de alcohol es cada vez más temprana (32, 43). Si lo anterior se relaciona con la edad de inicio de la esquizofrenia, que también se presenta a edades tempranas (15-16 años habitualmente) (17), se pueden plantear dos preguntas importantes: ¿El inicio de la esquizofrenia induce al consumo de alcohol? y ¿el consumo de alcohol anticipa el inicio de la esquizofrenia? Con base en lo anterior, y tomando en cuenta los pocos estudios hechos sobre este tema en México, se plantea como objetivo de la presente investigación conocer la relación que existe entre el funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia de acuerdo con su consumo de alcohol y la severidad de la esquizofrenia.

MATERIAL Y METODOS

Sujetos

Se evaluó a 80 pacientes con esquizofrenia de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Todos acudían regularmente a sus consultas y al momento del estudio estaban controlados farmacológicamente y no presentaban síntomas psicóticos activos. Tras firmar un consentimiento informado, se les aplicaron, en una sola ocasión, la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS), la Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS) y la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT., por sus siglas en inglés). Se incluyó, en forma consecutiva, a sujetos de ambos sexos mayores de 16 años que cumplieran con los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, tercera versión Revisada (DSM-III-R), o la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima Versión (CIE-10), contenidos ambos en el CIDI. Se excluyó a quienes padecieran alguna enfermedad física importante que impidiese la deambulaci3n y la asistencia a la entrevista.

ta, o que hubieran participado anteriormente en algún programa de rehabilitación para esquizofrenia. El tiempo de evaluación de los pacientes se realizó durante un periodo de 14 meses.

INSTRUMENTOS

Escala de Funcionamiento Psicosocial

La EFPS (33, 34) se diseñó para evaluar el funcionamiento psicosocial: es decir, el desempeño de roles del individuo en su relación con otros y en un ambiente determinado. El desempeño de roles se evalúa por medio de las distintas áreas de funcionamiento -ocupacional, social, económica, pareja/sexual y familiar- en términos de un continuo satisfacción-insatisfacción que reporta el individuo. La escala comprende un total de 35 reactivos y un sistema de calificación de cinco niveles: 1= muy satisfecho; 2= satisfecho; 3= neutral/indiferente; 4= insatisfecho; 5= muy insatisfecho. La escala presenta un alto grado de validez y confiabilidad (mayor a 0.83 en todas las áreas, $p=0.01$) para su uso en México (34).

Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta

La CIDI (Composite International Diagnostic Interview, por sus siglas en inglés) (29) es una entrevista diagnóstica estandarizada que se diseñó para evaluar posibles casos psiquiátricos, como la esquizofrenia y el abuso y la dependencia del alcohol. Ha sido probada en estudios de campo en el ámbito internacional y se ha utilizado con buenos resultados en estudios epidemiológicos, clínicos y de investigación (44, 45).

En México, la CIDI se ha usado en un buen número de estudios de población general de la Ciudad de México (5), así como en otras ciudades (10), y en población de nivel social bajo (22).

La versión de la CIDI usada en este estudio fue la versión 1.0 de 1990, que se basa en los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-III-R. Para este estudio sólo se aplicaron los capítulos de Esquizofrenia y de Alcohol debido a que la investigación iba enfocada hacia tales trastornos.

Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia

La PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (19) fue diseñada para medir, entre otros fines, la severidad de la esquizofrenia. Consta de 30 reactivos distribuidos en tres áreas: 7 reactivos en la subescala positiva; 7 en la subescala negativa, y 16 reactivos en la subescala de psicopatología general. Cada pregunta se califica en grados de severidad que van de 1 a 7: 1= ausente; 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado; 5= moderadamente severo; 6= severo; 7= extremo. El puntaje

mínimo obtenido es de 30 puntos y el máximo de 210 puntos. Se considera que una puntuación de 60 o más puntos indica la presencia de una psicopatología que requiere atención. La PANSS ha mostrado tener excelentes correlaciones en las tres subescalas (2, 20), validado en población mexicana (18).

Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol

La AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (26) es un instrumento de tamizaje para identificar a personas con problemas tempranos por uso de alcohol. Consta de diez preguntas autoaplicables que dividen el consumo de alcohol en consumo moderado, con problemas psicosociales y con dependencia. La escala fue validada en México (7, 23) y se ha utilizado en varios estudios en población general y en ambientes hospitalarios: salas de urgencias, hospitales generales y servicios de tercer nivel (4, 11, 16, 27). Para el presente estudio, se modificaron los puntos de corte de la población general y se validó la prueba para utilizarse en la población de este estudio. Por otro lado, y como parte de la validación, se formaron subgrupos dentro de la escala para darle mayor validez al estudio, por lo que se sugiere a los lectores consultar la fuente original de dichos resultados (42).

Análisis estadístico

Para el análisis de los resultados, se utilizaron la χ^2 , la U de Mann-Whitney y la prueba t para describir las características de cada variable. Se compararon los niveles de funcionamiento psicosocial de acuerdo con el tipo de consumo de alcohol mediante el análisis de varianza de una vía. Asimismo, se comparó el funcionamiento psicosocial con el tiempo de evolución de la esquizofrenia y del consumo de alcohol mediante el ANOVA y la Kruskal-Wallis. Finalmente, se comparó la relación entre el tipo de consumo de alcohol y el nivel de severidad de la esquizofrenia mediante el ANOVA. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas indican que el total de la muestra fue de 80 sujetos, de los cuales 57 fueron hombres y 23 mujeres (71.2 y 28.8% respectivamente). El promedio de edad de ambos grupos fue de 31.61 años (DE = 8.76). El 87.5% eran solteros (50 hombres y 20 mujeres). En cuanto a la ocupación, 5% estudiaba, 12.5% tenía un empleo con alguna remuneración, 17.5% tenía un empleo no remunerado y 13.8% tenía un empleo eventual; 38.8% estaba desempleado y 12.5% se dedicaba a las labores de casa. En los años

CUADRO 1. Datos sociodemográficos de la muestra. N = 80

	Hombres (n = 57)		Mujeres (n = 23)		Total (n = 80)	
	n	%	n	%	n	%
Estado civil*						
- Soltero	50	87.72	20	86.95	70	87.50
- Casado o unión libre	3	5.26	2	8.80	5	6.25
- Otros	4	7.02	1	4.35	5	6.25
Ocupación**						
- Estudiante	3	5.27	1	4.34	4	5.00
- Empleado con remuneración	8	14.00	2	8.70	10	12.50
- Empleado sin remuneración	10	17.50	4	17.40	14	17.50
- Empleado eventual	9	15.80	2	8.70	11	13.8
- Desempleado	26	45.61	5	21.74	31	38.8
- Labores de casa	1	1.75	9	39.14	10	12.5
Años de estudio***						
- Menos de 6 años	—	—	1	4.3	1	1.3
- 7-9 años	22	38.6	11	47.8	33	41.2
- 10-12 años	22	38.6	8	34.8	30	37.5
- Más de 13 años	13	22.8	3	13.0	16	20.0
Edad****	X= 30.5	X= 34.3	X= 31.61			

*($\chi^2= 0.497$; gl= 2; p= 0.780); **($\chi^2= 21.726$; gl= 5; p= 0.001); ***($\chi^2= 3.661$; gl= 3; p= 0.3); ****($\chi^2= 2.618$; gl= 2; p= 0.44)

CUADRO 2. Funcionamiento psicosocial por área y global

Área	Media	Mediana	DE
Ocupacional	2.46	2.28	0.55
Social	2.84	2.78	0.71
Económica	3.11	3.14	0.69
Pareja/sexual	2.61	2.42	0.68
Familiar	2.58	2.42	0.76
FPS Global	2.72	2.64	0.51

FPS Global= Funcionamiento psicosocial global

de estudio, el mayor porcentaje, tanto de hombres como de mujeres, estuvo en el grupo de 7 a 9 años de estudio con 41.2% (33 sujetos) (cuadro 1).

Respecto al funcionamiento psicosocial por áreas, se encontró que los pacientes se sentían más satisfechos en el área ocupacional (media= 2.46; mediana= 2.28) y menos satisfechos en el área económica (media= 3.11; mediana= 3.14) con una media de 2.72 en el Funcionamiento Psicosocial global (cuadro 2).

El promedio de edad al inicio de la esquizofrenia fue de 22 años para los hombres y 26 años para las mujeres ($t= 2.573$; $p= 0.012$; $U= 528.50$; $p= 0.019$) (cuadro 3). En cuanto al consumo de alcohol, se identificó a 35 sujetos (29 hombres y 6 mujeres) que habían consumido alcohol alguna vez en la vida o lo consumían al momento del estudio. La media de la edad de inicio del consumo de alcohol para los hombres fue de 19 años y para las mujeres de 24 años. Cuarenta y cinco sujetos (56.3%) se consideraron abstemios ($t= -1.625$;

$p= 0.112$; $U= 504.50$; $p= 0.064$) (cuadro 4).

Relación entre el funcionamiento psicosocial y el consumo de alcohol

Las medias de cada una de las áreas del funcionamiento psicosocial se compararon con la prueba rápida del AUDIT utilizando el ANOVA, así como las comparaciones posteriores mediante la corrección de Bonferroni. Los resultados aparecen en el cuadro 5. Las variables analizadas en el cuadro anterior con el ANOVA se sometieron al escrutinio de la prueba estadística de Kruskal-Wallis para verificar el comportamiento de esta muestra con dicha prueba estadística. Para ello se recodificaron las variables del funcionamiento psicosocial; los resultados no mostraron significancia estadística.

También se compararon las medias del funcionamiento psicosocial con los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-III-R, sin que se encontraran diferencias significativas en alguna de las áreas del funcionamiento psicosocial.

Al comparar el funcionamiento psicosocial global con los grupos formados por el tiempo de evolución de la esquizofrenia, se encontraron diferencias significativas en las comparaciones posteriores entre el grupo de 11 a 15 años y el de 16 a 20 años con $p < 0.05$ (cuadro 6).

Al establecer las comparaciones del funcionamiento psicosocial global con los grupos formados por el tiem-

CUADRO 3. Edad de inicio de la esquizofrenia. N = 80

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
12-30 años	53	92.98	17	73.91	70	87.5
31-45 años	4	7.02	5	21.74	9	11.25
46 años y más	—	—	1	4.35	1	1.25
Total	57	100.0	23	100.0	80	100.0
Media	21.74 (DE=5.22)		25.96 (DE=7.92)		22.95 (DE=6.36)	

($t= 2.573$; $p= 0.012$); ($U= 528.50$; $p= 0.019$)

Cuadro 4. Edad de inicio del consumo de alcohol. N = 35

	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
14-30 años	28	96.55	5	83.33	33	94.29
31-45 años	1	3.45	1	16.66	2	5.71
46 años y más	—	—	—	—	—	—
Total	29	100.0	6	100.0	35	100.0
Media	19.48 (DE=4.20)		23.67 (DE=7.26)		20.2 (DE=4.98)	

(t= -1.625; p= 0.112); (U= 504.50; p= 0.064)

po de evolución del consumo de alcohol, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Relación de la severidad de la esquizofrenia y el consumo de alcohol

Los resultados del PANSS aparecen en el cuadro 7. Al comparar las medias de la severidad de la esquizofrenia por el tipo de consumo de alcohol, se observó que el consumo moderado, según el AUDIT, tenía las medias más bajas de severidad del PANSS en comparación con los otros dos instrumentos diagnósticos. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los grupos (cuadro 8).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de los datos sociodemográficos de este trabajo se relacionan con reportes nacionales e internacionales donde se muestra que la esquizofrenia se inicia más frecuentemente en la adolescencia, que hay más hombres que mujeres y que en la mayor parte de los sujetos la enfermedad se inicia entre los 16 a 25 años (3, 5, 37).

En cuanto al consumo de alcohol, se encontró que 94% de los sujetos (n= 33) empezaron a consumir alcohol entre los 14 y 30 años, predominando el sexo masculino sobre el femenino. El promedio de edad

de inicio del consumo de alcohol fue de 19 años para hombres y 24 años para mujeres; datos similares reportó Hambrecht (17) en población esquizofrénica. Llama la atención este resultado, pues tanto la edad de inicio de la esquizofrenia (hombres: 22 años; mujeres: 26 años) como la edad de inicio del consumo de alcohol están en el mismo grupo. Esta coincidencia hizo que se plantearan algunas hipótesis respecto a que los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia (los cuales son principalmente negativos) provocasen que los sujetos consumieran alcohol para aminorar dichos síntomas (6, 21). La euforia que provoca el alcohol en dosis bajas es uno de los hechos más controvertidos de la comorbilidad esquizofrenia-alcohol, pues se dice que el consumo de alcohol se debe a la existencia previa de síntomas negativos (6). En este estudio, sólo a 11 sujetos (31.43%), de 35 que consumían alcohol, se les manifestó antes la esquizofrenia; el resto (68.57%) había iniciado primero el consumo de alcohol. Las diferencias entre la edad de inicio del consumo de alcohol y la edad de inicio de la esquizofrenia variaron entre 1 y 15 años. Sin embargo, más de 50% se encontraba en el grupo de 1 a 5 años entre la edad de inicio de una patología y la edad de inicio de la otra (42). Esto no significa categóricamente que la esquizofrenia fuera ocasionada por el consumo de alcohol, pero probablemente provocó que se exacerbaran algunos síntomas.

CUADRO 5. Nivel de funcionamiento psicosocial por área y global de los pacientes según la prueba del semáforo del AUDIT (medias)

<i>Area</i>	<i>Consumo moderado n= 63</i>	<i>Consumo en riesgo n= 7</i>	<i>Consumo peligroso n= 10</i>	<i>Sig.</i>	<i>Comparaciones posteriores</i>
Ocupacional	2.44	2.75	2.32	0.281	C. Mod < C. RgoC. Pel < C. Rgo
Social	2.80	3.61	2.60	0.007	
Económica	3.07	3.51	3.10	0.289	
Pareja/sexual	2.61	2.78	2.48	0.680	C. Mod < C. RgoC. Pel < C. Rgo
Familiar	2.54	3.30	2.30	0.018	
FPS. Global	2.69	3.19	2.56	0.029	

C = consumo; Mod= moderado; Rgo= riesgo; Pel= peligroso. (ANOVA: Las diferencias significativas en las comparaciones posteriores son con p < 0.05). Al utilizar la prueba de Kruskal-Wallis no se encontraron diferencias significativas ($X^2= 0.205$; p= 0.651)

CUADRO 6. Relación entre el tiempo de evolución de la esquizofrenia y el funcionamiento psicosocial global (medias)

<i>Tiempo de evolución de la esquizofrenia</i>	<i>N</i>	<i>Funcionamiento psicosocial global</i>	<i>Comparaciones posteriores</i>
Menos de 5 años	31	2.68	11 a 15 años< 16 a 20 años
6 a 10 años	30	2.70	
11 a 15 años	6	2.38	
16 a 20 años	8	3.18	
Más de 21 años	5	2.72	
Total	80	2.72	

Las diferencias significativas en las comparaciones posteriores son con p < 0.05

Cuadro 7. PANSS (medias)

Subescala positiva	10.92
Subescala negativa	16.70
Psicopatología general	22.79
Total	50.61

Fue necesario subdividir la ocupación en varios grupos. Tal subclasificación se hizo para diferenciar claramente la actividad que realizaban la mayor parte del tiempo los sujetos en estudio. En tal sentido se observó que sólo 12.5% tenía un empleo remunerado (10 sujetos), mientras que los que tenían un empleo eventual y sin remuneración ascendían a 31% (cuadro 1). Es importante resaltar dicha diferencia debido a que, de las cinco áreas de funcionamiento psicosocial, el área de menor satisfacción fue la económica. El problema que representa no trabajar o no recibir una remuneración económica, para los sujetos con esquizofrenia, se traduce en no tener ingresos propios y, por tanto, depender por completo de la familia. En México se encontró que entre 80 y 90% de los pacientes con esquizofrenia no tiene una ocupación y, en consecuencia, depende económicamente de su familia (37).

Al aplicar tres instrumentos sobre consumo de alcohol, llamó la atención que la dependencia del alcohol, que en población general tiene una prevalencia de 5.9% (24) a 10% (32), en estos pacientes el porcentaje fue mucho mayor en los tres instrumentos. Incluso con los criterios diagnósticos (DSM-III-R y CIE-10), el porcentaje se duplicó prácticamente (16 y 20%, respectivamente). Estos datos indican la gran importancia de interrogar a los pacientes con una enfermedad de base (como la esquizofrenia) sobre el consumo de alcohol, pues el diagnóstico comórbido podría afectar otras áreas como el apego al tratamiento, ocasionar recaídas de la enfermedad o provocar gran insatisfacción en el funcionamiento psicosocial, especialmente en las áreas económica y familiar (42).

En relación con el tiempo de evolución de la esquizofrenia y al funcionamiento psicosocial, se encontró que a medida que aumentan los años de padecer la enfermedad, aumenta la insatisfacción en éste último. La excepción fue el grupo de 11 a 15 años de evolución el

cual manifestó satisfacción en el funcionamiento psicosocial global (media= 2.38).

Al utilizar la PANSS como una escala que mide la severidad de la esquizofrenia y compararla con el tipo de consumo de alcohol, se observó un incremento de las medias de la severidad de la sintomatología positiva, aunque éste no fue importante en ninguno de los grupos de consumo de alcohol.

No encontrar diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento psicosocial, en el consumo de alcohol y en la severidad de la esquizofrenia al consumir alcohol, se puede deber a diversos factores como los siguientes:

1. La muestra fue insuficiente para determinar que el consumo de alcohol incrementa la severidad de la esquizofrenia, por lo que no se pueden generalizar dichos resultados.
2. Al momento del estudio los pacientes estaban clínicamente estables, con buen apego a su tratamiento y, por tanto, conservaban muchas de sus destrezas psicosociales.
3. Al estar en tratamiento psiquiátrico, se prohibió a los pacientes consumir alcohol y aun así algunos sujetos lo consumieron.
4. El carácter transversal del presente estudio y que la relación esquizofrenia-alcohol-funcionamiento psicosocial se pueda evaluar mejor en un estudio longitudinal.
5. Este tipo de estudio requiere un grupo control con el cual se puedan comparar sus resultados.
6. Finalmente, la ausencia de una relación entre el consumo de alcohol y la severidad de la esquizofrenia. Este último punto es el menos probable debido a que existen abundantes pruebas que apuntan a que el alcohol deteriora al sujeto con esquizofrenia.

Respecto al uso de análisis estadísticos y sus resultados, muchos de ellos no mostraron datos menores a 0.05, el cual indica una significancia estadística. El valor 0.05 es un número estadístico que se tomó arbitrariamente y, por tanto, algunos estudios no se pueden medir con tanto rigor estadístico porque minimiza el problema. En este caso, no haber encontrado resulta-

CUADRO 8. Gravedad de la esquizofrenia según el PANSS por tipo de consumo de alcohol. AUDIT, CIE-10 y DSM-III-R) (medias)

	PANSS			
	Subescala positiva	Subescala negativa	Psicopatología general	Total
C. moderado*	10.52	16.49	22.3	49.32
C. riesgo*	12.71	18.29	28.29	59.29
C. peligroso*	13.0	16.9	22.8	52.7
No casos**	10.76	16.65	22.76	50.16
C. perjudicial**	7.5	11.5	16.5	35.5
Dependencia**	12.5	17.56	24.19	54.25
No casos***	10.83	16.33	22.54	49.70
Abuso***	12.0	19.50	25.0	56.5
Dependencia***	11.69	17.62	23.92	53.23
Total	11.03	16.7	22.89	50.61

*Consumo de alcohol según el AUDIT; **Consumo de alcohol según el CIE-10.; ***Consumo de alcohol según el DSM-III-R.

dos estadísticamente significativos en todos los cuadros, no significa que el alcohol no influya directamente en el funcionamiento psicosocial de los sujetos con esquizofrenia, ya que las variaciones entre una y otra pruebas estadísticas entre alcohol y funcionamiento psicosocial muestran que sí existen diferencias. Para tal caso, se utilizó un programa estadístico que mide el “*poder muestral*”, el cual proporciona datos sobre la cantidad de pacientes con esquizofrenia adecuados para medir la relación entre estas dos variables (alcohol y funcionamiento psicosocial). Los resultados mostraron que, para encontrar una relación “real” y “estadísticamente significativa” entre estas dos variables, se necesitarían entre 150 y 180 sujetos, mientras que el presente trabajo incluyó solamente a 80 pacientes. Es así que muchos de los resultados encontrados se puedan considerar como “significativos”, pese al sesgo ya expuesto.

Finalmente, los resultados plasmados en este artículo pueden servir para plantear programas de prevención mediante conferencias informativas dirigidas a la población general enfocadas a la identificación temprana de algunos síntomas de la esquizofrenia y a la prevención del consumo de alcohol en esta población. También se puede utilizar la terapia familiar para concientizar sobre la enfermedad y dar contención dentro del núcleo familiar, así como para que el personal de salud mental considere que un paciente esquizofrénico puede usar o abusar del alcohol o de cualquier otra sustancia y que este abuso puede condicionar la perpetuación de los síntomas o su exacerbación. La prevención, en el caso de la esquizofrenia, se refiere básicamente al apego al tratamiento y a evitar recaídas. Asimismo, es necesario informar a los pacientes con esquizofrenia del riesgo del consumo de alcohol, no sólo por las consecuencias médicas propias del mismo, sino por la exacerbación de la sintomatología psicótica que provoca éste, por el abandono del tratamiento que llegan a realizar estos pacientes y por la interacción que tienen los antipsicóticos con el alcohol.

Por otro lado, hay una nueva manera de abordar la esquizofrenia desde el punto de vista psicoterapéutico. Valencia y colaboradores (37) evaluaron a pacientes con esquizofrenia un año después de la intervención psicosocial y encontraron que al final de la terapia conocían mejor las características de su enfermedad y consideraban que era necesario recibir medicamentos. Asimismo, desarrollaron mejores destrezas en las relaciones sociales, de pareja y familiares. Finalmente, como lo mencionan los autores, aunque el trabajo terapéutico con pacientes con esquizofrenia no es una tarea fácil, el abordaje terapéutico lo debe realizar personal altamente capacitado en tal área y que incluya psiquia-

tras, psicólogos clínicos, enfermeras y trabajadores sociales. Este tipo de intervención hace que el paciente se reincorpore rápidamente a su medio y vuelva a sus actividades cotidianas en breve tiempo. Datos similares reportaron Díaz y colaboradores (12, 13) en un programa del manejo integral del paciente esquizofrénico con una duración de 14 meses y un seguimiento de hasta dos años. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo experimental presentaron mejor rendimiento psicosocial, menos recaídas y menos hospitalizaciones. Los autores concluyeron que la atención integral del paciente esquizofrénico es una de las mejores estrategias para disminuir las discapacidades primarias de la enfermedad y abordar los cambios que se presentan por haber sufrido un trastorno psiquiátrico severo.

Por muchos años se ha considerado al paciente con esquizofrenia como un sujeto que no se puede rehabilitar y, por tanto, alguien en quien no vale la pena intentar algún tipo de tratamiento, sea curativo o paliativo. Ahora, afortunadamente, ha cambiado tal visión y se promueve que el paciente vuelva a su seno familiar, a su medio social y a su ámbito laboral lo antes posible. Tales esfuerzos dependen de todas las partes que trabajan en el campo de la salud mental.

REFERENCIAS

1. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta edición (DSM-IV). Editorial Masson SA, Barcelona, 1995.
2. BELL JM, MILSTEIN R, BEAM-GOULET J y cols.: The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale. Reliability, comparability and predictive validity. *J Nerv Ment Dis*, 180:723-728, 1992.
3. BOJHORM S, STRÖMGREN E: Prevalence of schizophrenia on the island of Bornholm in 1935 and in 1983. *Acta Psychiatr Scand*, 79(supl, 348):157-166, 1989.
4. BORGES G: Detección de problemas relacionados con el alcohol en salas de emergencia. Pachuca, Hidalgo, México. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1997.
5. CARAVEO J: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19(Supl. abril):8-13, 1996.
6. CRAWFORD V: Comorbidity of substance misuse and psychiatric disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 9:231-234, 1996.
7. DE LA FUENTE JR, KERSENOBICH D: El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad Medicina*, 35:47-51, 1992.
8. DE LA FUENTE R, MEDINA-MORA ME, CARAVEO J: *Salud Mental en México*. Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
9. DESJARLAIS R, EISENBERG L, GOOD B, KLEINMAN A: *Problems and Priorities in Low-income Countries*. University Press, Nueva York, Oxford, 1995.
10. DIAZ LR, OSORNIO A, DIAZ A y cols.: *La Salud Mental en el Municipio de Querétaro: Estudio Epidemiológico de la Población Marginada*. Querétaro, México, Sociedad de Salud Mental del Estado de Querétaro, 1994.

11. DIAZ LR: Comorbilidad psiquiátrica: Consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. En: *Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario*. CONADIC, 100-105, México, 1994.
12. DIAZ LR, MUROW E, ORTEGA H y cols.: El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 19(4):1-7, 1996.
13. DIAZ LR, RASCON ML, VALENCIA M y cols.: El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a 2 años. *Salud Mental*, 22(número especial):104-113, 1999.
14. DIXON L: Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res*, 35(Supl):93-100, 1999.
15. FLORES DL, RUIZ E: Evaluación de la incapacidad relacionada al consumo de alcohol en pacientes que recibieron tratamiento integral hospitalario. Tesis para obtener la licenciatura en psicología. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 1984.
16. GUEVARA-ARNAL L, ZAPATA L, KAPLAN M y cols.: Excessive alcohol intake among Mexican patients. *J Addict*, 2:170-176, 1995.
17. HAMBRECHT M, HÄFNER H: Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 40:1155-1163, 1996.
18. HERRERA M, TORNER C, GONZALES G y col.: Estudio de confiabilidad de la traducción al español de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia. *Psiquis*, 2(2):47-51, 1993.
19. KAY SR, FISZBEIN A, OPLER LA: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13(2):261-276, 1987.
20. KAY SR, OPLER LA, LINDENRAYER JP: Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenia. *Psychiatry Res*, 23:99-110, 1988.
21. KHANTZIAN EJ: The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*, 142(11):1259-1264, 1985.
22. MEDINA-MORA ME, BERENZON S, LOPEZ EK y cols.: El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental*, 20(Supl. 2):32-38, 1997.
23. MEDINA-MORA MA, CARREÑO S, DE LA FUENTE JR: Experience with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in México. En: *Recent Developments in Alcoholism*, Volume 14: The Consequences of Alcoholism. Galanter (ed.). Plenum Press, Nueva York, 1998.
24. MEDINA-MORA MA, BORGES G, LARA C y cols.: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4):1-16, 2003.
25. MILLER NS, ERIKSEN A, OWLEY T: Psychosis and schizophrenia in alcohol and drug dependence. *Psychiatr Ann*, 24:418-423, 1994.
26. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Programa sobre abuso de sustancias. *AUDIT: Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol: Pautas de uso en la Atención Primaria de la Salud*. OMS/PAS/92.4. Ginebra, 1992.
27. PEÑA MP: *Consumo de Alcohol en Pacientes del IMSS*. Consejo Nacional de Lucha contra las Adicciones CONADIC, México, 1996.
28. RASCON ML, ARREDONDO A, TIRADO L y cols.: Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México: depresión y esquizofrenia. *Salud Mental*, 21(1):43-47, 1998.
29. ROBINS LN, WITTCHEN HU, HELZER JE y cols.: The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
30. ROJAS E, FLEIZ C, MEDINA-MORA ME y cols.: Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública México*, 41(4):297-308, 1999.
31. SANDOVAL X: Depresión, ansiedad, memoria y funcionamiento psicosocial en pacientes sometidos a revascularización coronaria. Tesis para obtener el grado de maestro en Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.
32. SECRETARIA DE SALUD: *Encuesta Nacional de Adicciones*. Tomo I-II. Alcohol. México, 1998.
33. VALENCIA M: Criterios metodológicos para diseñar instrumentos de investigación: La Escala de Funcionamiento Psicosocial. *La Psicología Social en México*. Volumen I. Editorial Asociación Mexicana de Psicología Social, México, 1986.
34. VALENCIA M, ROJAS E, GONZALEZ C y cols.: Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública México*, 31:674-687, 1989.
35. VALENCIA M: Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Psiquiatría*, 12(3):72-86, 1996.
36. VALENCIA M, SALDIVAR G, RIVERA E: Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. *Salud Pública México*, 20(2):28-37, 1997.
37. VALENCIA M, RASCON ML: Abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia en pacientes agudos y crónicos. *Psicología Iberoamericana*, 6(4):18-33, 1998.
38. VALENCIA M: Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental*, 22:128-137, 1999.
39. VALENCIA M, RASCON ML, ORTEGA-SOTO HA: Capítulo X. El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En: Ortega-Soto H, Valencia-Collazos M (eds.). *Esquizofrenia. Estado Actual y Perspectivas*. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México, 2001.
40. VALENCIA M: Capítulo XIII. El manejo comunitario de la esquizofrenia. En: Ortega-Soto H, Valencia-Collazos M (eds.). *Esquizofrenia. Estado Actual y Perspectivas*. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México, 2001.
41. VALENCIA M, LARA MC, RASCON ML: La importancia de los tratamientos farmacológico y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana Psiquiatría*, 2(1):6-21, 2002.
42. VILLAMIL V: Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo a su consumo de alcohol según el AUDIT y el CIDI. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias. Universidad Nacional Autónoma de México. 2003.
43. VILLATORO JA, MEDINA-MORA ME, CARDIEL H y cols.: La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. Medición otoño de 1997. *Salud Mental*, 22(2):18-30, 1999.
44. WITTCHEN HU, ROBINS LN, SARTORIUS N y cols.: Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatr*, 159:645-653, 1991.
45. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *CIDI-CORE Computer Manual for Data Entry and Diagnostic Programs for the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. (Version 1.0, Rev 4, 1990). WHO, 1990.