

CUADRO PSICOTICO AGUDO

ASOCIACIÓN CON CONSUMO DE PSICOTÓXICOS

ÓSCAR GUTIÉRREZ* JULIO CÉSAR GUTIÉRREZ**
MARÍA ADELAIDA ARBOLEDA** LAURA ESCOBAR***
IVÁN ALBERTO OSORIO*** MAGALI LONDOÑO***
JOSÉ EERNANIX) CASTRILLON*** RODRIGO VITERI*** CONSTANZA MOTOA***

Se presenta la comorbilidad entre cuadro psicótico agudo de primera vez y consumo reciente de psicotóxicos (cocaína, marihuana, anfetamina y opiáceos) en el Hospital San Isidro de Cali. A 40 pacientes se les hizo diagnóstico de cuadro psicótico agudo, se les realizó historia clínica completa y se determinó la presencia o no de metabolitos de psicotóxicos en orina por inmunocromatografía en seco. Se encontró una asociación de 43.2% entre consumo de psicotóxicos y cuadro psicótico de primera vez. No hubo diferencias demográficas entre consumidores y no consumidores. Las diferencias estadísticamente significativas fueron: exaltación diferente a euforia en consumidores de psicotóxicos en general ($p < 0.05$), rabia/hostilidad, alucinaciones visuales en consumidores de cocaína ($p < 0.05$) rabia/hostilidad y exaltación diferente a euforia en consumidores de THC ($p < 0.05$), estereotipias motoras, afecto inapropiado y alteraciones en el curso del pensamiento en pacientes no consumidores de sustancias ($p < 0.05$).

Palabras clave: Trastornos psicóticos; Psicosis inducidas por uso de sustancias; Trastornos por uso de sustancias.

ACUTE PSYCHOTIC EPISODE ASSOCIATION WITH SUBSTANCE USE

This study shows the comorbidity between first psychotic episode and recent use of psychotoxics (Cocaine, cannabis, amphetamines, opioids and derivatives) in Hospital San Isidro in Cali. Forty patients with acute psychotic episode participated in the study. All subjects had complete psychiatric evaluation, and urine screening for substances or their metabolites was determined by immunochromatography dry test. 43.2% of subjects with first acute psychotic episode proved to be positive for substance). Groups were comparable with respect to demographic variables. Mental status examination revealed significant differences in affect: exaltation different than euphoria was present in users ($p < 0.05$); fury/hostility and visual hallucinations were associated to cocaine use ($p < 0.05$); fury / hostility and exaltation other than euphoria in THC users ($p < 0.05$); Stereotyped psychomotor behaviors, inappropriate affect and speech alteration were present in patients non-users ($p < 0.05$)

Key words: Psychotic Disorders; Psychoses, Substance-Induced; Substance Use Disorders.

INTERNISTA Y FARMACÓLOGO CLÍNICO. DOCENTE FARMACOLOGÍA. UNIVERSIDAD DEL VALLE. PSIQUIATRAS
UNIVERSIDAD DEL VALLE. DOCENTES PSIQUIATRÍA UNIVERSIDAD DEL VALLE. PSIQUIATRAS UNIVERSIDAD
DEL VALLE.

INTRODUCCIÓN

El uso de sustancias psicotóxicas es un problema creciente en el mundo⁽¹⁾. Los psicotóxicos pertenecen a siete familias: (nicotina, alcohol, cafeína, opiáceos, cocaína, anfetaminas, cannabis y alucinógenos), diferentes una de otra no sólo en la química, sino en sus efectos sobre el comportamiento, toxicidad a largo plazo y probabilidad de desarrollo de un patrón de uso repetitivo⁽²⁾.

La verdadera extensión del uso de sustancias psicotóxicas es desconocida en países desarrollados y aún más en aquellos en vía de desarrollo^(3,4). Datos del Ministerio de Salud de Colombia en 1998 muestra una prevalencia anual de consumo así: Marihuana=5.1%, Cocaína=2.4%, Basuco=1.5%. No hay datos de opiáceos ni anfetaminas.⁽⁵⁾

El trastorno de comorbilidad asociado con mayor frecuencia a la esquizofrenia es el uso de estas sustancias OAW), (30-50 % con alcohol; 15-25% con THC; 5-10% con cocaína)⁽³⁾ y en el 70 % la dependida a la nicotina^(3,6-10). Esta tasa de comorbilidad refleja los factores de riesgo de las dos entidades: vulnerabilidad genética⁽³⁻⁶⁾, síntomas negativos prominentes y efectos adversos medicamentosos que se verían aminorados por el consumo de sustancias, factores psicosociales como bajo estrato socioeconómico, vivir con otros consumidores y estresores vitales crónicos, entre otros

(3,4,6,10/17,19)

Esta comorbilidad empeora el curso y el pronóstico de la enfermedad^(3,6,10,19), produce refractariedad al tratamiento antipsicótico, altera la relación del paciente con los sistemas de salud^(11,6,8-10,14,19,20,21), y aumenta el número de rehospitalizaciones^(6,19).

Tal vez una de las sustancias más estudiadas en asocio con esquizofrenia es la nicotina. Esta modifica la sintomatología psiquiátrica como también de los niveles sanguíneos de la medicación antipsicótica usada en estos individuos^(3,6-10). Los pacientes con esquizofrenia y con consumo de cigarrillo disminuyen las alucinaciones auditivas al parecer debido a la nicotina*¹⁰.

El uso de sustancias puede exacerbar y precipitar episodios psicóticos en pacientes funcionales y ser la causa de cuadros psicóticos agudos pasajeros sin que haya un trastorno funcional subyacente^(3,M4). Los pacientes con historia de consumo de psicotóxicos pueden presentar síntomas psicóticos como un efecto directo de la sustancia de abuso. La relación psicosis-consumo de psicotóxicos puede darse como dos eventos independientes o una combinación de ambos. Aunque estos dos procesos psicóticos son fenomenológicamente similares, la etiología, el curso y, por supuesto, el tratamiento son diferen-

tes^(3,6,7,8,10,15,17,18,19)

En Colombia esta comorbilidad es poco conocida. El objetivo de este

estudio es establecer la comorbilidad entre cuadros psicóticos de primera vez y consumo de psicotóxicos: cocaína, anfetaminas, THC, heroína y derivados, en pacientes que asistieron al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Universitario "San Isidro" de la ciudad de Cali durante el segundo semestre de 1997.

MATERIALES Y MÉTODO

Se estudiaron cuarenta pacientes consecutivos que consultaron al servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Universitario "San Isidro" (Nivel II-III de atención psiquiátrica y centro de referencia del suroccidente colombiano), en el segundo semestre de 1997 y a quienes se les diagnosticó cuadro psicótico agudo por primera vez; con edades entre 15 y 65 años, de ambos sexos. A dichos pacientes se les explicó el protocolo de investigación, se obtuvo consentimiento informado por él o su acudiente legal. Posteriormente se les realizó: historia clínica completa, formato de examen psiquiátrico formal y recolección de la muestra de orina para medición de psicotóxicos. Los hallazgos del examen psiquiátrico, además de consignarlos en la historia clínica se transcribieron a un instrumento de uso corriente en el servicio de urgencias (Examen psiquiátrico formal), diseñado por el hospital y la Universidad del Valle, que permite ordenar en forma sistemática los síntomas del estado

mental por áreas. Este instrumento describe la presencia o no de síntomas discriminados así:

I. Trastornos motores.

II. Trastornos del afecto.

III. Trastornos del pensamiento y lenguaje (contenido, forma y expresión).

IV. Trastornos de la sensoropercepción.

V. Trastornos del sensorio.

VI. Otros (despersonalización, insomnio, anorexia, autismo).

Para la detección de psicotóxicos se usó inmonocromatografía en seco. Los kits de este método fueron suministrados por el Laboratorio VEDA.LAB, *Ceñe, Alengon Cedex-Francia(Biosystems)*. Este es un método cualitativo para la detección de la sustancia o de sus metabolitos mayores, emplea una combinación de anticuerpos monoclonales, colorantes conjugados y anticuerpos policlonales de fase sólida, que identifican selectivamente la sustancia con alto grado de sensibilidad (95%). A medida que la muestra fluye por el material absorbente, el conjugado anticuerpo-colorante forma un complejo antígeno-anticuerpo. Este complejo se une a un anticuerpo contra la sustancia en la zona de reacción positiva que se visualiza al producir un color distintivo. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el Pro-

grama SPSS, versión 93. Se utilizó la prueba *t* de Student para los datos demográficos (análisis univariado); y *chi*² para los datos de la sin-tomatología encontrada en el examen psiquiátrico (análisis bivariado). Se estableció un valor a priori de significancia estadística de $p < 0.05$.

RESULTADOS

De los 40 pacientes iniciales se descartaron tres, a quienes no se les pudo realizar historia clínica completa. El promedio de edad fue de 25,2 años (*sd*: 7.8 años rango 15-42 años), el rango de edad de mayor presentación de pacientes psicóticos con consumo de psicotóxicos fue entre 18 y 23 años, que es el mismo grupo con mayor presencia de pacientes. Por género, la distribución fue de 33 hombres (89.1%) y 4 mujeres (10.2%). Todos los pacientes (excepto 1, italiano) provinieron del occidente colombiano, la mayoría (68%) de Cali. Catorce pacientes (37.8%) tenían una relación

de pareja estable (casados, unión libre); 23 (62.2%) eran solteros, viudos o separados (Tabla 1).

Trece pacientes (35%) estaban cesantes en el momento de la investigación, 22 (59%) realizaban alguna actividad (estudiantes, amas de casa, albañiles, vendedores ambulantes, comerciantes y un médico). El mayor diagnóstico al ingreso fue de síndrome esquizofreniforme (46%), seguido de síndrome delirante (11%), síndrome maniforme (8%) y otros que corresponden a: psicosis tóxica, psicosis reactiva, psicosis orgánicas. Dieciseis (43.2%) de los pacientes se encontraron positivos para psicotóxicos en orina; seis (16.2%) fueron positivos para marihuana exclusivamente, cuatro (10.8%) fueron positivos para cocaína exclusivamente, dos (5.4%) para anfetamina exclusivamente y cuatro (10.8%) para una combinación de dos o más de las anteriores sustancias, ninguno resultó positivo para morfina ni metanfetamina.

Tabla 1

Descripción demográfica			i				
Edad	Genero	Estado Civil		Consumo psicot.			
Años	N	Hombre	Mujer	Casado-U libre	Solter/sepaA/iud	(+)	(-)
15-17	4	3	1	0	4	1	3
18-20	10	9	1	3	7	6	4
21-23	7	6	1	2	5	1	6
24-30	6	6	0	4	2	4	2
30-39	8	7	1	4	4	4	4
>40	2	2	0	1	1	0	2
Total	37	33	4	14	23	16	21
V	100%	89.20%	10.80%	37.80%	62.20%	43.20%	56.80%y

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes psicóticos con y sin consumo de sustancias psicotóxicas en factores demográficos de edad, escolaridad, ocupación, procedencia ni estado civil.

Con respecto a la sintomatología en el examen psiquiátrico formal en pacientes psicóticos con y sin consumo de sustancias psicotóxicas se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en sintomatología afectiva (exaltación diferente a euforia y afecto improprio) y en sintomatología del pensamiento (forma, expresión y obsesiones), $p < 0.05$ (Tabla 2).

Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes psicóticos con y sin consumo de cocaína en trastornos del afecto (rabia/hostilidad) y de la sensorpercepción (alucinaciones visuales), $p < 0.05$ (Figura 1). Las diferencias de sintomatología encontradas en los demás puntos del examen psiquiátrico formal no fueron significativas.

Con respecto al THC (marihuana) se presentaron diferencias significativas en el afecto (rabia/hostilidad, exaltación diferente a euforia) en pacientes psicóticos con consumo de la sustancia, y estereotipias motoras, afecto inapropiado y trastornos del curso del pensamiento en pacientes psicóticos sin consumo de la sustancia ($p < 0.05$) (Figura 2). Los demás hallazgos en cuanto a sintomatología no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

Aunque en Colombia no existen registros confiables del consumo de psicotóxicos, aparte de algunos intentos por cuantificar la prevalencia del uso de cocaína y THC. Como se enunció en la introducción la prevalencia anual para abuso de sustancias en Colombia es del 8% (Prevalencia de Vida de 16.4%), la encontrada en nuestros pacientes fue cuatro veces mayor que la población general (43.2%). Y por lo tanto parece clara la asociación de comorbilidad entre consumo de psicotóxicos y trastorno psicótico

Tabla 2

Síntomas al examen psiquiátrico formal en pacientes psicóticos positivos y negativos para consumo de psicotóxicos_____

Síntomas al EPF	! Pacientes	Psicotóxico	p
Exaltación diferente a euforia	2	12 8	$p < 0.05$
Afecto aplanado	0	2 8	$p < 0.05$
Alteración curso del pensamiento	13	0 6	$p < 0.05$
Obsesiones/compulsiones		0 2	$p < 0.05$

agudo. No existen datos disponibles sobre el uso de anfetaminas, opiáceos, benzodiacepinas ni alucinógenos, aunque su uso si ha sido documentado en informes médicos y de policía. En este estudio se detectaron dos casos de consumo de anfetamina, insuficiente para análisis estadístico. No hubo casos de consumo de opiáceos.

En los pacientes estudiados, la cocaína produjo cambios en el afecto (rabia/ hostilidad) y en la sensibilidad (alucinaciones auditivas). Estos hallazgos coinciden con la literatura que señala a la cocaína pudiendo producir euforia y alucinaciones visuales en pacientes psi-

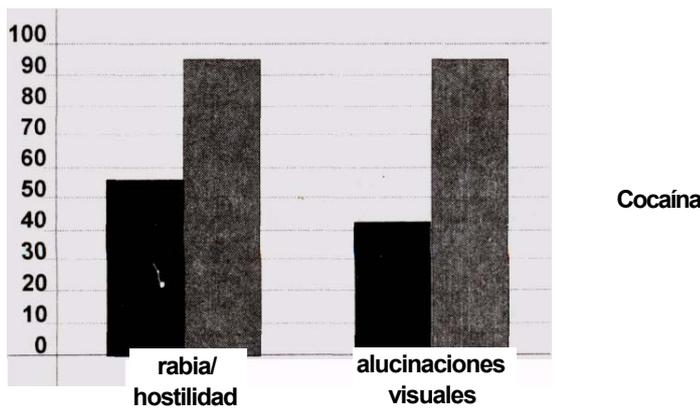
Se detectó compromiso en el afecto (rabia/ hostilidad) y exaltación diferente a euforia en pacientes psicóticos, posiblemente atribuible al consumo de marihuana.

Los hallazgos de este estudio son congruentes con la alta prevalencia de estos eventos (psicosis-uso de psicotóxicos) encontrada en otros estudios^{13,16,12,14,19}. Además reafirma lo descrito por otros autores en donde la sintomatología afectiva, de sensibilidad y contenido del pensamiento se ve alterada en pacientes psicóticos consumidores de psicotóxicos⁽⁶⁾ y es consistente también con la presencia de afecto in-apropiado, alteraciones del curso del pensamiento y estereotipias motoras en pacientes psicóticos no consumidores de psicotóxicos^(6,7).

Los anteriores resultados ilustran las características de asociación de comorbilidad con relación a la presencia de psicosis-consumo de psicotóxicos. El porcentaje de este hallazgo dual es lo suficientemente alto para llamar la atención sobre un problema no abordado en su to-

Figura 1

Diferencias en sintomatología al EPF en pacientes psicóticos con y sin consumo de cocaína



talidad en nuestro medio. Los cambios en la presentación de la sintomatología psicótica varía si el individuo consume o no psicotóxicos y según el tipo de sustancia, lo que esta de acuerdo con estudios mundiales. Investigaciones posteriores basadas en estos hallazgos podrían encontrar factores más específicos que incidan en la aparición de este fenómeno y favorecer la implementación de políticas de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para estos pacientes en quienes el pronóstico, adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad se ven comprometidos.

CONCLUSIONES

1. La comorbilidad entre consumo de psicotóxicos y Trastorno psicótico agudo de primera vez de 43.2%, fue cuatro veces mayor que

la esperada para la población general en Colombia.

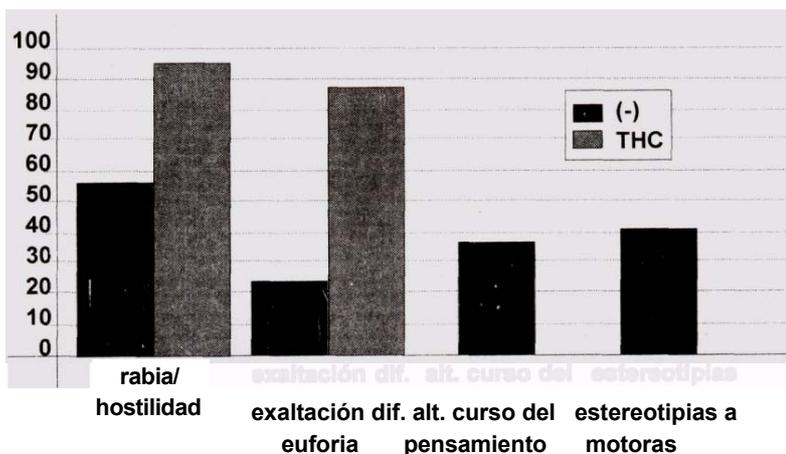
2. No hubo diferencias demográficas estadísticamente significativas entre los dos grupos, pacientes psicóticos con y sin consumo de sustancias psicotóxicas, en factores como: edad, procedencia, escolaridad, estado civil y actividad laboral.

3. Se encontró con mayor frecuencia y con significancia estadística:

- Exaltación diferente a euforia y afecto inapropiado además de hallazgos en el pensamiento (forma, expresión y obsesiones), en pacientes psicóticos con consumo de psicotóxicos en general.
- Trastornos en el afecto (rabia/ hostilidad) y alucinaciones visuales en pacientes psicóticos con consumo de cocaína.

Figura 2

Diferencias en sintomatología al EPF en pacientes psicóticos con y sin consumo de marihuana



•Trastornos en el afecto (rabia/hostilidad y exaltación diferente a euforia) en pacientes psicóticos con consumo de THC.

• Estereotipias motoras, afecto inapropiado y alteraciones en el curso de pensamiento en pacientes psicóticos sin consumo de psicotóxicos.

REFERENCIAS

1. APA. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids. Am J Psychiatry 1995;(Suppl november):152:11.
2. Goldstein A. Cocaine and amphetamines. En: Freeman. Addiction. New York; 1994. p. 259-389.
3. Kaplan H, Sadoc B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams and Wilkins, Seventh Edition, Baltimore, 1995
4. APA. Substance Abuse Disorders:A Psychiatric Priority. Am J Psychiatry 1991;148:1291-1300.
5. Reducción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas. Anexo 1. Política Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud. 1998.
6. KostenT., ZiedonisD. Substance Abuse ans Schizophrenia: Editors' Introduction. Schizophr Bull 1997;23(2):181 -186.
7. Rosenthal R., MinerC. Differential Diagnosis of Substance-Induced Psychosis and Schizophrenia in Patients With Substance Use Disorders. Schizophr Bull 1997;23(2):187-193.
8. Kovaszny B., Fleischer J., Tanenberg M., Miller A., Bromet E. Substance Use Disorder and the Early Course of Illness in Schizophrenia and Affective Psychosis. Schizophr Bull 1997;23(2):187-193
9. APA. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Am J Psychiatry 1997;(Suppl april):154:4
10. Wilkins J. Pharmacotherapy of Schizophrenia Patients With Comorbid Substance Abuse. Schizophr Bull 1997;23(2):215-218.
11. Roshental R., Hellerstein D., Miner C. Positive and Negative Syndrome Typology in Schizophrenic Patients with Psychoactive Substance Use Disorders. Compr Psychiatry 1994;35(2):91-98.
12. Lehman A., Myers P, Corty E., ThompsonW. Prevalence and Patterns of "Dual Diagnosis" Among Psychiatric Inpatients. Compr Psychiatry 1994;35(2):106-112.
13. Rundell J., Hall R., Past Mental Health or Substance Use Treatment History and Psychiatric Differential Diagnosis in Consultation-Liaison Patients. Psychosomatics 1997;38:262-268.
14. Brady K., Antón R., BallengerJ., Lydiard B., Adinoff B., Selander Jean. Cocaine Abuse Among Schizophrenic Patients. Am J Psychiatry 1990;147:1164-1167.
15. BuntG., Galanter M., Lifshutz H., Castañeda R. Cocaine/"Crack" Dependence Amog Psychiatric Inpatients. Am J Psychiatry 1990;147:1542-1546.
16. Shaner A., Khalsa M., RobertsL., Wilkins J., Anglin D., Hsieh S. Unrecognized Cocaine Use Among Schizophrenic Patients. Am J Psychiatry 1993;150:758-762.
17. Dixon L, Haas G., Welden O., Sweeney J., Francés A. Drug Abuse in Schizophrenic Patients:Clinical Correlates and Reasons for Use. Am J Psychiatry 1991;148:224-230.
18. ZisookS., Heaton R., Moranville J., Kuck J., Jernigang T, Braff D. Past Substance Abuse and Clinical Course of Schizophrenia. Am J Psychiatry 1992;149:552-553.
19. Tamayo J., Marihuana y Esquizofrenia Un Diagnóstico Dual Inocuo y Terapéutico? Rev. Col. Psiquiatría: 1998; XXVII, No1:19-31.
20. Swartz M., Swanson J., Hiday V, Borum R., Wagner R., Burns B. Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. Am J Psychiatry 1998-155:226-231.
21. Dixon L., McNary S., Lehman A. Remission of Substance Use Disorder Among Psychiatric Inpatients With Mental illness. Am J Psychiatry 1998;155:239-243.