



Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
5ta. Generación
2008 – 2009

Reporte de Investigación Final
Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO
EN PACIENTES PSQUIATRICOS QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE PRECONSULTA DEL HOSPITAL
PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

Alumno:
IRMA BASURTO GARCIA

Asesor:
DR MARIO GONZALEZ ZAVALA

Ciudad de México, Abril de 2010.

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN
PACIENTES PSIQUIATRICOS QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE PRECONSULTA HPFBA

AUTOR: Dra. Irma Basurto García
Médico Psiquiatra adscrita al servicio de preconsulta Hospital
Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
Niño de Jesús 2 esquina San buenaventura
Col Tlalpan c p 14000
Delegación Tlalpan México DF.
Teléfono 5532234741
Correo electrónico miba10@live.com.mx

INDICE

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 3.- JUSTIFICACION
- 4.- OBJETIVO PRINCIPAL
- 5.- OBJETIVO ESPECIFICO
- 6.- HIPOTESIS
- 7.- TIPO DE ESTUDIO
- 8.- MUESTRA
- 9.- CRITERIOS DE INCLUSION
- 10.-CRITERIOS DE EXCLUSION
- 11.-CRITERIOS DE ELIMINACION
- 12.-PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO
- 13.-VARIABLES
- 14.-INSTRUMENTOS DE EVALUACION Y MEDICION
- 15.-ANALISIS ESTADISTICO
- 16.-ETICA Y CONFIDENCIALIDAD
- 17.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- 18.-RESULTADOS
19. DISCUSION Y CONCLUSIONES
- 20.-BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Los esfuerzos contra el consumo de sustancias adictivas que tienen probados efectos negativos en la salud se convirtieron desde hace varios años en parte importante de las políticas de salud en la mayoría de los gobiernos, entre ellos el de México. En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y en los programas de acción que de él se desprenden, se reconoce de manera explícita que las adicciones al tabaco y al alcohol son las principales causas de morbimortalidad que pueden prevenirse, y se apunta a la necesidad de la prevención y control de su consumo. (18)

Se estima que en México mueren 122 personas a diario por causas que vinculan el tabaquismo, este es causa probable de 25 enfermedades y padecimientos.

La evidencia muestra que en México más de 60%, de los fumadores inicio antes de los 16 años y que más del 90% lo inicio a los 20 años.

Con respecto al consumo de alcohol se estima que su consumo representa 9 % del costo total de enfermedad en México, los jóvenes que muestran este consumo están propensos en la adultez a mostrar comportamientos de alto riesgo, a la depresión, e intentos suicidas y a asumir conductas violentas. (18)

Los estudios de investigación están comenzando a ayudarnos a entender la dimensión del problema. Actualmente, por lo general se acepta que hasta un 50% de las personas que tienen alguna enfermedad mental también sufren de un problema de abuso de sustancias. (1,2)

La sustancia más común de consumo es el alcohol, seguido de la nicotina, la marihuana y la cocaína. (21) La incidencia de consumo de sustancias es mayor entre hombres y entre personas de entre 18 y 44 años de edad (la etapa de mayor vulnerabilidad para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo para la salud como el consumo de alcohol y tabaco esta en la etapa de la adolescencia entre los 10 y 19 años). (17)

La evidencia epidemiológica nacional e internacional reconoce que el consumo ocasional o continuo de alcohol y tabaco, solos o combinados permanece en la gente joven (17, ENA 2009)

Las personas con alguna enfermedad mental pueden tomar drogas a escondidas, sin que sus familiares se den cuenta. Un reporte informa que tanto los familiares de una persona enferma, como los profesionales de este campo, subestiman el grado del consumo a alcohol y nicotina de las personas bajo su cuidado. El consumo de sustancias complica casi todos los aspectos del cuidado de una persona que sufre de una enfermedad mental. (1) Es muy difícil

convencerlos de que obtengan tratamiento y su diagnóstico se dificulta porque toma tiempo descubrir los efectos interactivos del consumo de sustancias y la enfermedad mental. (21) Estas personas tienen dificultades para que se les acepte en casa y podrían no ser tolerados en los hogares comunitarios de los programas de rehabilitación. Ellos pierden su sistema de apoyo y sufren de frecuentes recaídas y hospitalizaciones.

El consumo de alcohol y nicotina (en forma de cigarrillo) es elevado en pacientes con trastornos mentales (prevalencia de consumo de nicotina en pacientes con enfermedad mental) ambos consumos son causa de morbimortalidad prevenible en todo el mundo. (1) El uso continuo de nicotina de estas sustancias se considera una forma de automedicación orientada a afrontar experiencias negativas emocionales y sociales.

Se enfatiza la utilidad ansiógena del tabaquismo y del alcoholismo como automedicación: alivia el estrés.

El consumo de alcohol y nicotina se ha relacionado con propiedades dopaminérgicas ya que son capaces de producir activación en diferentes estructuras del sistema central de recompensa, por lo que sus propiedades neuropsicofarmacológicas son obvias. (4)

Se reporta que en pacientes con trastornos mentales el consumo es superior a la observada en la población general. (4)

Durante muchos años la psiquiatría general en países latinoamericanos incluyendo México han minimizado la importancia clínica de la dependencia a nicotina y alcohol.

Sin embargo a diferencia del consumo de la nicotina que es minimizado, el alcohol es una sustancia que se ha estudiado más a fondo, en los últimos años innumerables evidencias científicas, diversos instrumentos de detección, diagnóstico y nuevos fármacos y psicoterapias para el tratamiento del

han aportado un enorme progreso tanto al conocimiento de dicha enfermedad como la optimización de su tratamiento. El alcoholismo es el trastorno mental que tiene una mayor prevalencia de vida, la prevalencia del alcoholismo equivaldría, por tanto al doble de la del abuso de todas las otras sustancias tóxicas juntas, (6.1 %) y a más de la mitad de todos los demás trastornos mentales, (23)

(No adictivos) juntos (22,5 %) y sería tan o más elevada que la de todos los trastornos de ansiedad o trastornos afectivos juntos. (4, 2)

Se ha comprobado que el alcoholismo al igual que el tabaquismo representan una elevada prevalencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos graves y con otras dependencias a otras sustancias.

En la práctica psiquiátrica general 30-50 % de los pacientes presentan además un trastorno relacionado con consumo de alcohol, tabaco.

La presencia de un trastorno mental es uno de los factores de riesgo de mayor peso para presentar adicionalmente un trastorno por consumo de sustancias. (2,4, 13)

La definición de patología dual es aquella que incide en el concepto de comorbilidad de una enfermedad psiquiátrica y un uso patológico de sustancias tóxicas (uso, abuso o dependencia)

Se refiere a la coexistencia de consumo de sustancias, ambos primarios e independientes en su génesis. (13)

Sin embargo existen dificultades para establecer la independencia etiológica, se han aceptado las relaciones posibles entre ambas entidades nosológicas. No se aporta información acerca de su naturaleza, evolución o curso, lo que limita en un momento dado la posibilidad de orientar a una intervención compleja para toda una población de profesionales vinculados a la asistencia.

Punto relevante para lo clínicos que requieren tener criterios diagnósticos y entrevistas adecuadas para decidir cuando hay que iniciar un tratamiento específico para los trastornos psiquiátricos en pacientes con consumo de sustancias.

La patología dual para algunos autores es el concepto de Asociación cruzada en la medida en que se supone el reconocimiento de una interacción que trasciende la observación puntual y que vincula el curso de uno de los ejes diagnósticos al del otro eje, en efecto, el deterioro de la situación psiquiátrica habrá de poner en riesgo la situación de protección frente al consumo, y a la inversa; el consumo provocará deterioro psiquiátrico significativo y la dependencia podrá dar lugar a una progresiva erosión de carácter irreversible de la estabilidad psicológica del paciente.

El efecto agudo o crónico de la nicotina y alcohol puede simular síntomas de trastornos mentales dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o la abstinencia de la sustancia de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente.(2)

Existe una relación directa entre la dependencia tabáquica y alcohólica (prevalencia e intensidad) con la presencia de patología psiquiátrica, a menor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol en población general más evidente y relevante se hace esta asociación.

Las patologías en las que más ampliamente ha sido estudiada esta comorbilidad han sido en trastornos psicóticos, trastornos afectivos y de ansiedad, y el consumo de otras sustancias psicoactivas

Conviene abordar el consumo de tabaco y alcohol en los pacientes que padecen patologías psiquiátricas ya que es un grave riesgo de morbimortalidad, que además disminuye notablemente su calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México existen pocos estudios para reconocer la frecuencia del consumo de alcohol y tabaco en pacientes con patología psiquiátrica. A pesar de ser la primer causa prevenible de morbimortalidad, los clínicos han minimizado el impacto en la salud mental que provocan estas sustancias. Se han estructurado diversos programas para contender con el consumo de estas sustancias legales, existen progresos sin embargo esta situación sigue extendiéndose en diferentes sectores de la población, principalmente en los pacientes psiquiátricos. Las dificultades que se plantean en el ámbito del tratamiento son notables puesto que no existe acuerdo sobre un modelo terapéutico en hospitales psiquiátricos de nuestro país.

JUSTIFICACION

Dentro de la población con mayor consumo de tabaco y alcohol se encuentran los pacientes psiquiátricos. Los síntomas de los trastornos mentales y de los problemas del consumo interactúan y se condicionan mutuamente, las pruebas obtenidas indican que los trastornos psiquiátricos suelen presentarse antes que los trastornos inducidos por el consumo de sustancias, es decir, aumentan la susceptibilidad del individuo frente a estos problemas. Sin embargo los trastornos psiquiátricos también pueden ser agravados por el consumo de drogas.

El uso de alcohol y tabaco coadyuva a la manifestación de síntomas que pueden semejar enfermedades mentales; también ocasiona sintomatología asociada con cualquier trastorno psiquiátrico, favorece su desarrollo, su reaparición o, puede empeorar el pronóstico e incrementar la severidad del caso. Deberá reconocerse que algunos trastornos mentales quedan encubiertos, muchas personas utilizan alcohol y tabaco para disminuir síntomas propios de un trastorno mental preexistente.

En nuestro país la gran mayoría de los hospitales psiquiátricos no cuentan con atención para la comorbilidad del tabaquismo y alcoholismo en los pacientes psiquiátricos. Incluso es poca la información sobre la frecuencia, patrón de consumo y comorbilidades psiquiátricas asociadas al mismo. Por esto es necesario el formular información al respecto.

Este trabajo se propone identificar la frecuencia del consumo de alcohol y tabaco en pacientes con trastornos psiquiátricos que acuden al servicio de preconsulta (consulta por primera vez) al HPFBA. Se describirá la frecuencia del consumo de tabaco y alcohol en esta población.

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir la frecuencia del consumo de alcohol y tabaco en pacientes con diagnóstico psiquiátrico que acuden por primera vez al servicio de preconsulta en el HPFBA durante el periodo de 1 1/2 meses.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Describir características sociodemográficas de los pacientes de la muestra.
- Describir los padecimientos psiquiátricos comorbidos al consumo de alcohol y tabaco.
- Describir la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco en esta población.
- Identificar el grupo de personas con las que iniciaron el consumo de alcohol y tabaco.

HIPOTESIS

La mayoría de pacientes que acuden a valoración por trastorno psiquiátrico al servicio de preconsulta del HFBA tienen consumo de alcohol y tabaco.

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, Descriptivo.

MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra por cuota; los pacientes que se recluten en un periodo de 30 días.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes mayores de edad.
- Hombres y mujeres.
- Que soliciten atención por primera vez al servicio de preconsulta Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.
- Portadores de Enfermedad mental.
- Que acepten participar en el estudio.
- Pacientes en los cuales su condición patológica no limite la aplicación del cuestionario (ejemplo: psicosis aguda, retraso mental, manía, etc).

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes que no cumplan criterios de un diagnóstico psiquiátrico.
- Pacientes que presenten dificultad para responder el cuestionario (ejemplo: debiles visuales, analfabetas, etc).

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Que soliciten ser retirados del estudio.
- Que no concluyan los procedimientos del estudio.

PROCEDIMIENTOS DE RECLUTAMIENTO:

Se realizó una evaluación psiquiátrica a cada paciente que solicitó atención de primera vez en el servicio de preconsulta del HPFBA, la evaluación se realizó por Médicos Psiquiatras adscritos al servicio. Los diagnósticos se basaron en las categorías diagnósticas del CIE 10 y DSMIV-TR. Previo a esto se solicitó la autorización del paciente para la aplicación de los instrumentos. Los instrumentos fueron: el test de Fageström, el AUDIT y un formato de variables sociodemográficas y clínicas.

VARIABLES

Variable dependiente:

- tabaquismo
- alcoholismo

Variable independiente:

- Trastornos mentales.
- Edad.
- Sexo.
- Ocupación.
- Lugar de residencia.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Edad de inicio de consumo tabaco.
- Edad de inicio consumo alcohol.
- Grupo donde se inicia consumo.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION Y MEDICIÓN

La aplicación de los instrumentos de tamizaje (Fageström y AUDIT) tiene como objetivo detectar oportunamente a los sujetos que consumen sustancias, para posibilitar la intervención temprana. Esto permite la identificación precoz del problema, las necesidades; los signos y síntomas nos ayudan a confirmar un cuadro clínico, trastorno o enfermedad, intensidad y afectación sobre el sujeto. Al

identificar algunas de las áreas problemáticas nos permite desarrollar estrategias de prevención y tratamiento.

Es un tipo de evaluación diagnóstica que identifica a personas aparentemente sanas, pero que probablemente tienen una enfermedad, es un procedimiento rápido, valoración breve de rasgos concretos (síntomas o signos) para conocer la situación particular de un sujeto (individual o colectivo) con respecto a un problema/enfermedad y en consecuencia favorecer la intervención oportuna y diferencial, son herramientas básicas para el proceso de detección temprana.

El tamizaje con frecuencia, se lleva a cabo en contextos en los que se hace indispensable distinguir la presencia de casos concretos dentro de la población general o poblaciones consideradas con alto riesgo.

Pruebas rápidas de bajo costo y alta efectividad para la detección masiva, su aplicación y calificación es sencilla. Nos apoyan para realizar un estudio y monitoreo de problemas y daños relacionados con la evaluación de la enfermedad o trastorno. Son sistemas de intervención médico terapéutica.

AUDIT.

Es un instrumento que posee como características su brevedad, rapidez, nos apoya para identificar patrones peligrosos y dañinos en cuanto al consumo de alcohol. Alcohol Disorders Identification Test (AUDIT) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, solo toma 5 minutos para completarlo ha sido puesto en prueba en el ámbito internacional en entornos de atención primaria y tiene altos niveles de confiabilidad y validez.

Ha sido validado en pacientes de atención primaria y es consistente en las definiciones del CIE-10 de dependencia y consumo perjudicial.

Tiene 10 preguntas relacionadas al consumo reciente (último año, los síntomas de dependencia alcohólica y los problemas médicos relacionados con el alcohol. Cada pregunta tiene varias opciones, a las que se le asigna valores progresivos de cero a cuatro.

La calificación se realiza sumando los números que se arrojan este puntaje el máximo es de 40.

SIN RIESGO 0-11 PUNTOS

PROBLEMA 12-15

RIESGO ELEVADO 16 EN ADELANTE

Los pacientes con puntajes cercanos a los puntos de corte se recomienda a los profesionales de la salud examinen las respuestas individuales y la aclaren con examen físico.

Aplicación:

Se puede aplicar de manera individual, o grupal.

Las diversas áreas que evalúa puede ser de utilidad para un análisis más detallado:

- 1.- Cantidad y Frecuencia (1, 2, 3)
- 2.- Dependencia (4, 5, 6)
- 3.- Consumo Dañino (7, 8)
- 4.- Problemas Asociados (9, 10)

FAGERSTRÖM

Fagerström Tolerante Questionnaire (FTQ), Fagerström for Nicotina Dependence (FTND)

La versión original de este instrumento fue publicada en 1978 y contenía 8 ítems. En 1991, Heatherton y otros autores propusieron la supresión de 2 ítems: cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos? y se traga el humo o no?, debido a que no encontraron una relación adecuada con las medidas bioquímicas y contribuían a las deficientes propiedades psicométricas del cuestionario. De esta manera se formó el FTND cuestionario de 6 ítems que analiza diferentes situaciones asociadas con el consumo. Su objetivo es identificar el patrón de consumo (cantidad de cigarrillos) así como la dependencia a la nicotina. Cuestionario de Fagerström, este evalúa la dependencia a la nicotina, y la compulsión por fumar.

Descripción:

Se trata de un cuestionario corto, solo 6 reactivos: 4 de ellos son de respuesta dicotómica (sí o no) y los otros dos se responden según la escala tipo Likert de 4 puntos que equivalen a (0-3 puntos).

Administración.

Se puede aplicar individual o grupal.

Calificación:

La puntuación total se obtiene sumando los números obtenidos y su rango va de 0 a 10 puntos.

Sin dependencia: puntaje de 0

Dependencia leve 1-5 puntos.

Dependencia moderada: 6 -7.

Dependencia severa de 8-10 puntos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis del estudio se realizará con estadística descriptiva

ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD

El presente trabajo fue sometido a evaluación y aceptado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
DISEÑO DEL ESTUDIO				
	EVALUACION COMITÉ ETICA HPFBA			
		RECLUTAMIENTO DE PACIENTES		
			ANALISIS DE DATOS	
				REDACCION DE TRABAJO FINAL Y RESULTADOS

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DEL TOTAL DE LA MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por 107 sujetos con una edad promedio de 34.9 años de edad. La distribución de género fue 49.5 % para hombres y 50.5 % para mujeres (ver gráfica 1). La escolaridad más alta fue para el nivel de secundaria, seguido de primaria en un 15.9 % de los casos. El 4.7% eran analfabetas. (ver gráfica 2).

Aproximadamente el 25 % los sujetos tenían una actividad remunerada, 20.6 % eran amas de casa y la mayoría, el 39.3 %, estaban desempleados al momento de la entrevista. (Ver gráfica 3).



Gráfica 1



Gráfica 2



Gráfica 3

De la muestra total (107 sujetos), el 93% reportó haber consumido alcohol alguna vez en la vida y el 58.9 % tabaco. Las edades de inicio promedio fueron de 16.6 años para alcohol y 17.4 para tabaco. Únicamente 7 sujetos refirieron no haber consumido alcohol ni tabaco a lo largo de su vida. El 60.3 % de los sujetos con tabaquismo, refirieron haber iniciado con el hábito de fumar a los 16 años o antes (ver gráfica 4). La mayoría de los consumos se iniciaron con el grupo de amigos (ver gráfica 5).



Gráfica 4



Gráfica 5

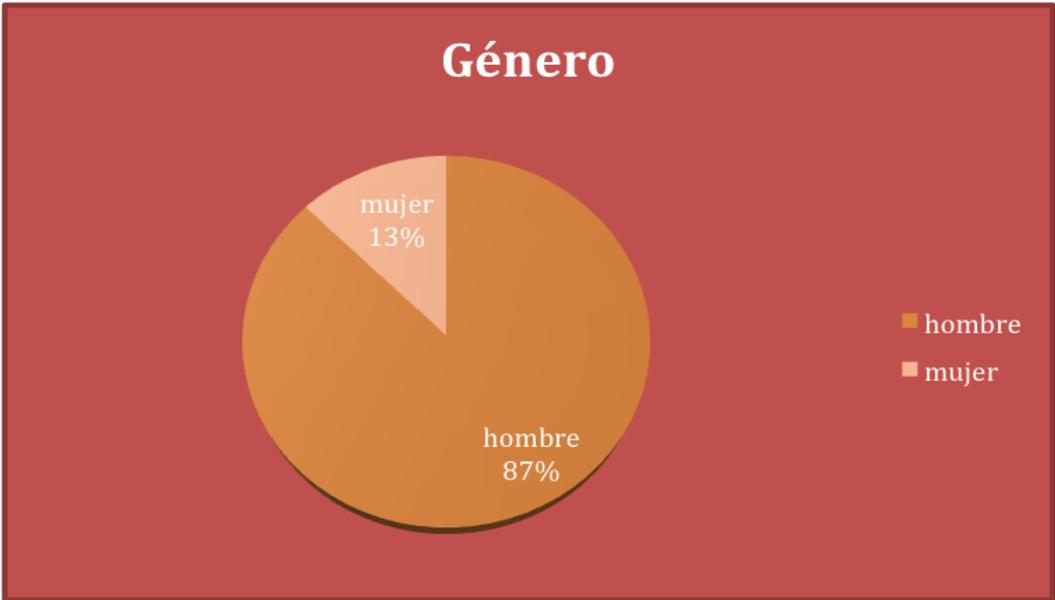
Los grupos de trastornos mentales más frecuentes fueron: trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos orgánicos. Aunque los diagnósticos reportados fueron los principales por los que acudieron a valoración (ver gráfica 6).



Gráfica 6

SUJETOS CON RIESGO ALTO SEGÚN PUNTAJES DEL AUDIT

El 15% de los pacientes presentó puntajes para el AUDIT compatibles con un riesgo alto por su patrón de consumo. De estos, el 75% refirió haber iniciado su consumo con el grupo de amigos y el 25% con la familia. A continuación se describen las principales características sociodemográficas de estos pacientes:



Gráfica 7

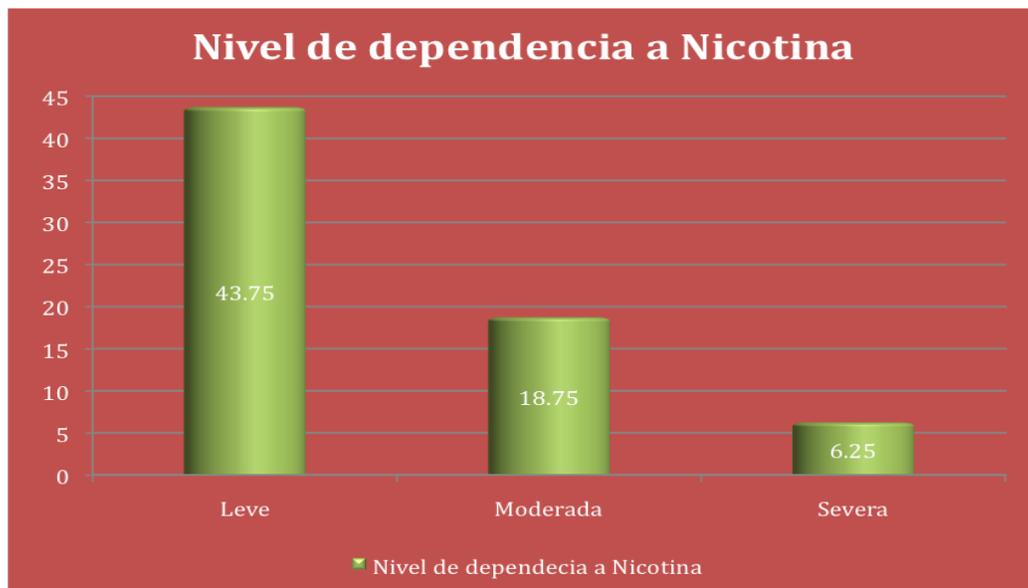


Gráfica 8



Gráfica 9

Llama la atención que el 62.5% de estos pacientes se encontraba desempleado al momento de la entrevista, lo que involucra un funcionamiento laboral ligeramente menor (en porcentaje) que el de toda la muestra (ver gráfica 9).



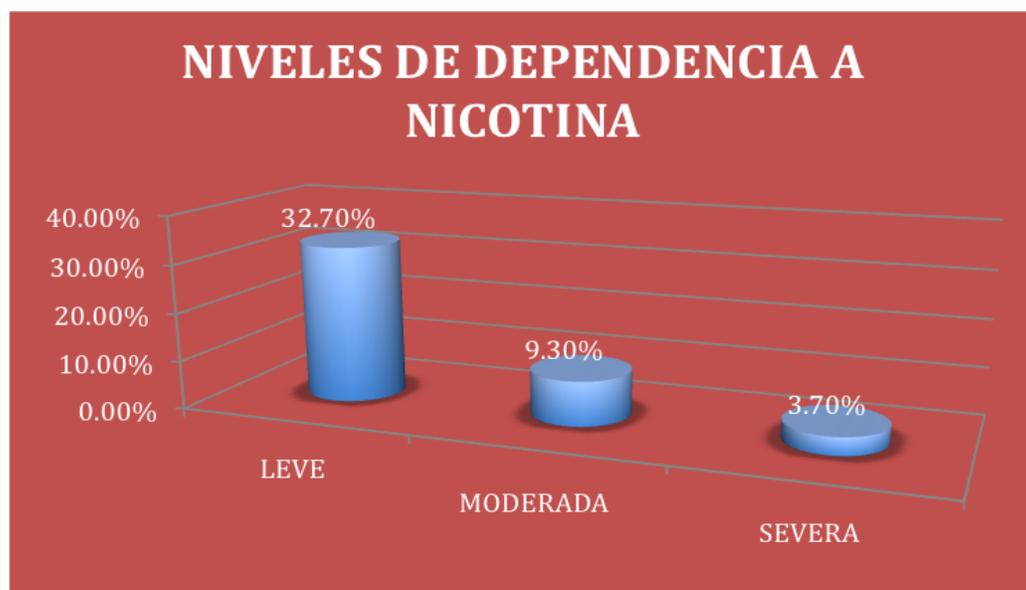
Gráfica 10 Porcentaje de pacientes con los diferentes niveles de dependencia a nicotina según el test de FAGERSTRÖM (Sujetos con **puntajes ≥ 16 en el AUDIT** (riesgo elevado)).

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en estos pacientes con riesgo alto, fueron los orgánicos, seguidos de los ansiosos con un 25 % (ver gráfica 10).



Gráfica 10

SUJETOS CON DEPENDENCIA A NICOTINA SEGÚN PUNTAJES DEL TEST DE FAGERSTRÖM



Gráfica 11



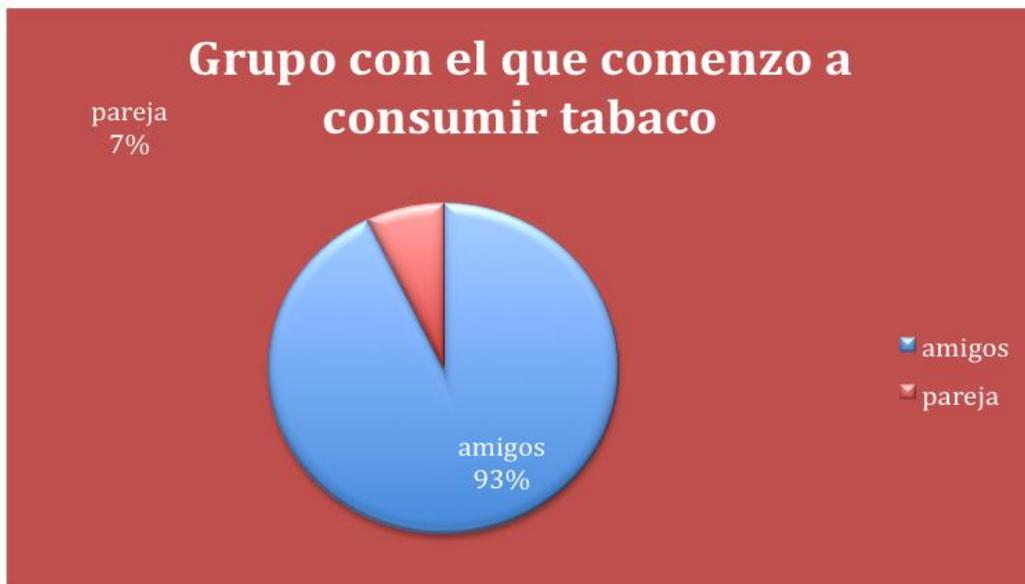
Gráfica 12



Gráfica 13



Gráfica 14



Gráfica 15



Gráfica 16

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos de la población estudiada que incluyeron un total de 107 pacientes de los cuales se distribuían de la siguiente manera; el 50.5 % correspondía a varones, y un 49.5% para mujeres, la edad promedio fue de 34.9 años (cuarta década de la vida), el 25 % aproximadamente de esta población mantenían una actividad remunerada, el 39,3% eran desempleados, con una escolaridad promedio de secundaria.

Un 93% de la muestra reporto consumo de alcohol en alguna ocasión y un 58.9% consumió tabaco, las edades promedio de inicio fueron, para alcohol 16.6 años, y para tabaco 17.4 años, en ambos el inicio se realizo principalmente con los amigos.

Los trastornos mentales identificados en los pacientes más frecuentes son: trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos orgánicos. El 15% de los paciente dio puntaje de AUDIT para riesgo de alto consumo de alcohol, el 75% inicio con sus amigos y el 25% con la familia, respecto al genero un 87% eran varones y 13% mujeres la escolaridad promedio fue secundaria. El 62% eran desempleados.

Respecto al consumo de nicotina los pacientes mostraron diferentes niveles de dependencia un 43% de ellos mostraba dependencia leve y solo un 6.25 % fue severa.

Los pacientes que mostraron un alto riesgo fueron: Trastornos orgánicos y los trastornos de ansiedad. En cuanto al género 64% correspondían a varones y 36% mujeres, para dependencia de moderada a severa.

El nivel educativo promedio era de secundaria.

Un 36% era desempleado y otro 36% tenían una actividad remunerada. El inicio de consumo se da con los amigos. Los pacientes que presentaban dependencia de moderada a severa son los que se presentaban en los pacientes con Trastornos orgánicos 36% y trastornos de ansiedad un 43%, esta relación es observada en algunos trabajos que se han realizado (14).

En esta muestra se hace notar la relación de consumo de alcohol y tabaco en pacientes con padecimientos psiquiátricos, de la muestra estudiada solo 7 individuos no reportaron consumo de alcohol y tabaco a lo largo de su vida, el resto era consumidor de moderado a severo, el inicio se señala en la etapa de la adolescencia y se da en el contexto de pares, y como segundo la familia, es de notar que la búsqueda de atención médica es retardada ya que en su mayoría cursaba en la 4ª década de la vida, lo cual implica un desarrollo de síntomas de difícil detección que disfrazan o empeoran su condición de salud.

El consumo de estas sustancias aun es predominante en varones en relación a las mujeres, sin embargo esto no es concluyente ya que en la 5ª Encuesta Nacional de Adicciones (2008) el grupo de mujeres va en aumento en el consumo de estas sustancias.

CONCLUSIONES

La aceptación social y la minimización de riesgos en la salud son factores importantes para desencadenar el consumo de alcohol y tabaco.

Se ha señalado que una educación deficiente, las presiones y costumbres familiares, la aceptación del individuo en grupos culturales aunado a un desconocimiento de los riesgos que representa el consumo de estas sustancias fomentan el consumo de alcohol y tabaco, en individuos vulnerables.

La búsqueda de apoyo o falta de seguridad personal, el deterioro en el funcionamiento social y laboral así como los factores biológicos, provocan cambios adversos en el individuo a edades tempranas (para algunos autores la adolescencia es la etapa de mayor riesgo) (18), lo cual implica la presencia de enfermedades adquiridas o preexistentes en etapas iniciales de la vida, lo que significaría que a etapas posteriores las enfermedades presenten complicaciones como el consumo de sustancias, y la detección de estos y su manejo sea difícil(2)

Las estrategias limitadas para afrontar problemas, distorsiones cognitivas que muestran algunos padecimientos psiquiátricos provocan la búsqueda de solución a sus malestares lo que conlleva a consumo inicial de alcohol y tabaco. (2, 14) El consumo de alcohol y tabaco provocan cambios adaptativos en el individuo, las drogas de abuso como el alcohol y la nicotina inducen procesos de sensibilización a nivel mental en individuos vulnerables, provocando su adaptación, lo que puede significar el inicio de un proceso adictivo, incrementando el riesgo para consumir otras drogas de abuso y de manejo médico.

La combinación de un trastorno mental y consumo de alcohol y nicotina contribuye a que se incremente el deterioro del individuo, la búsqueda tardía de atención médica, recaídas constantes e inconstancia en el tratamiento incrementan la morbilidad y la mortalidad en estos padecimientos (9)

La comorbilidad del consumo de sustancias y un trastorno mental puede cambiar el curso típico de ambos trastornos, cada uno de ellos puede complicar y

empeorar al otro dificultando su manejo y conducir a peores resultados entonces el impacto que se genere en el área de salud mental es alto.

Por tal motivo es necesario implementar programas específicos y estrategias encaminadas a involucrar el área de salud mental.

La sensibilización de familiares y usuarios para no minimizar el riesgo a la salud que se desprende del consumo de alcohol y tabaco es parte esencial de la prevención.

La detección oportuna del consumo de alcohol y tabaco en pacientes con padecimientos psiquiátricos, que son considerados altamente vulnerables, determinaría una mejoría de su condición de enfermedad limitando de esta manera las complicaciones que se pueden originar de ambos padecimientos disminuyendo el costo de la atención.

BIBLIOGRAFIA

1. SOBRADIEL GARCIA VICENTE - *Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. Trastornos adictivos. 2007 ENE; 9(1);*

2.- JOSE LUIS LARRAÑAGA. *COMORBILIDAD DE TRASTORNOS MENTALES EN ADICIONES. Liberaddictus, ISSN 1405-6569, N° 95, 2007, págs 3-9.*

3.- JOSE LUIS LARRAÑAGA. *TABAQUISMO Y PSIQUIATRÍA. MEDUNAB vol 5 N° 13 mayo 2002.*

4.- ADALBERTO CAMPOS ARIAS. *TABAQUISMO Y TRASTORNOS MENTALES: POBLACION GENERAL: UNA REVISION SISTEMATICA. Salud UIS, PDF.*

5.-. BAIGENT MF. *UNDERSTANDING ALCOHOL MISUSE AND COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS. Curr Opin Psychiatry 2005; 18:223-228.*

6.- KALMAN D, MORISSETTE SB GEORGE TP. *Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. Am J Addict 2005; 14:106-123.*

7.-*SUSBSTANCE ABUSE AND ADDICTION. Pharmacology Management of alcohol dependence. US Pharmacist 2009.*

- 8.- CLINICAN SUPPORT MATERIALS. CALIFICACION DEL CUESTIONARIO AUDIT. Pubs. Niaaa, nih.gov.
- 9.-ALCOHOL TABACO Y DETERIORO COGNOSCITIVO, EN ADULTOS MEXICANOS MAYORES DE 65 AÑOS. *Salud Pública Méx.* 2007; supl 4 S467-S474
- 10.-MURPHY JM et al. CIGARRETE SMOKING IN RELATION TO DEPRESION. *Historical trends from Stirling County Study. Am J Psychiatry* 2003 Sep 160: 1663-9.
- 11.-SCHMITZ N et al -DISABILITIES, QUALITY OF LIFE, AND MENTAL DISORDERS ASSOCIATED WHITH SMOKING AND NICOTINE DEPENDENCE. *Am J Psychiatry* 2003 sep; 160: 1670-6. Schmitz N et al
- 12.- MARIO SOUZA y MACHORRO, VICTOR M GUISA. LINO DIAZ BARRIGA SALGADO. ADICCIONES Y COMORBILIDAD. TDAH. *Simposio Trastorno Déficit de atención con Hiperactividad. APM, AC.* 29 de octubre 1º de noviembre, 2004 Ixtapa, Zihuatanejo. Mario Souza y Machorro, Victor M Guisa. Lino Diaz Barriga Salgado
- 13.- NUNES E. & ROUNSAVILLE. COMORBILIDAD DE USO DE SUSTANCIAS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES: DSM IV EDICION DEL "DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS" (DSM IV AL DSM V) *Addiction*, 101 (Suppl.1) ,89-96.
- 14.-LINO DIAZ BARRIGA. FARMACODEPENDENCIA: DIAGNOSTICO Y COMORBILIDAD PSIQUIATRICA [www.cij.gob. Mx/paginas/PDF](http://www.cij.gob.mx/paginas/PDF)
- 15.- JUDITH E TINTINALLI, *MEDICINA DE URGENCIAS. TOXICOLOGIA Sección 13 Vol. 2 Págs. 1250, EDIT Mc Graw Hill 6ª edición 2004*
- 16.-CARL REDDY-JACOBS, MB, ChB, MSc, MARTHA MA. TELLEZ- ROJO; FERNANDO MENESES. POBREZA, JOVENES Y CONSUMO DE TABACO EN MEXICO *Salud Pública de México v 48 supl.1 Cuernavaca 2006.*
- 17.- MAGDALENA HERRERA VAZQUEZ. FERNANDO A WAGNER, Eduardo VELASCO-MONDRAGON. INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y TRANSICION A OTRAS DROGAS EN ESTUDIANTES DE MORELOS MEXICO. *Salud Pública de México v 46 n.2 Cuernavaca abr.4.*
- 18.- JOSE EDMUNDO URQUIETA, MAURICIO HERNANDEZ - ÁVILA, BERNARDO HERNANDEZ *EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN JOVENES*

DE ZONAS URBANAS MARGINADAS DE MÉXICO. Salud Pública Méx 2006; 48 supl I: S 30-40.

19- TORRES LARRAÑAGA JOSE LUIS. COMORBILIDAD DE TRASTORNOS MENTALES Y ADICCIONES. (Ponencia presentada en VII congreso nacional de adicciones "Depresión, ansiedad, y trastornos del sueño asociado al consumo de drogas" 2006

Otros sitios de consulta

20.-www.scielo.org.mx/scielo.php?script

21.-WWW.-socidroalcohol.psiquiatría.com/adicciones/.../ revista.html

22.-.www.MedscapePsychiatry&MentalHealth

23.-Encuesta Nacional de Adicciones. 2009 México

24.- Consejo Nacional Contra las Adicciones 2008 México

*25.- DR. JOSEPH GUARDIA SERECIGNI (Coordinador)
GUIAS CLINICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA.
ALCOHOLISMO. SOCIDROALCOHOL.*

*26.- DR CESAR PEREIRO GOMEZ VALENCIA. GUIAS CLINICAS BASADAS
EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA. TABAQUISMO.*

*27.- INSTITUTO NACIONAL SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL Y
ALCOHOLISMO (NIAAA)*

*28.-MANUAL DE APLICACIÓN DE PRUEBAS DE TAMIZAJE. Secretaria de
Salud GDF 2009*

