

Primeros episodios psicóticos: Características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos

Carolina Palma Sevillano^{1,2,*}, José Cañete Crespillo¹, Núria Farriols Hernando^{1,2}, Fátima Soler Llobet¹ y Jordi Julià Zapata¹

¹Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme

²Universitat Ramon Llull. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Resumen: *Objetivo:* observar y describir las características sociodemográficas, clínicas y patrones de consumo de sustancias que presentan los pacientes ingresados por primer episodio psicótico.

Método: se incluyeron todos los ingresos realizados de primeros episodios psicóticos entre enero de 2000 y setiembre de 2003. La muestra final estuvo formada por 82 pacientes que ingresaron en la unidad de agudos del servicio de psiquiatría del Hospital de Mataró.

Resultados: Del total de la muestra, un 56% de pacientes presentaron abuso de sustancias tóxicas en los últimos años de entre los cuales un 23.2% manifestó un aumento de dicho consumo durante las últimas tres semanas anteriores al ingreso psiquiátrico. Se observa una correlación significativa entre el aumento del consumo de sustancias en las tres últimas semanas y la duración del ingreso psiquiátrico ($p=.043$, r de *Pearson*). También entre los antecedentes de consumo de drogas y un debut más temprano del trastorno psicótico ($p=.02$).

Conclusiones: El consumo de drogas en los trastornos psicóticos nos conduce directamente a la eterna reflexión de si la correlación que encontramos entre ambas variables podría ir más allá de una mera asociación y que el consumo fuese un factor predictivo del inicio o de la transición al primer episodio psicótico.

Palabras clave: Primer episodio psicótico; consumo de sustancias; ingreso psiquiátrico.

Title: First episode psychosis: Clinical characteristics and substance abuse style in patients at the acute care unit.

Abstract: *Aim:* To study the clinical, sociodemographic characteristics and substance abuse style in the first episode of psychosis.

Method: Included, were all the first episode cases of psychosis from January 2000 to September 2003. The final sample was formed by 82 patients that were admitted into the acute psychiatric unit of Mataró's Hospital.

Outcomes: Of the total sample, 56% of patients presented abuse of toxic substances in recent years of which 23.2% declared an increase of consumption during the 3 weeks prior to admission. We observed a significant correlation among those patients and the duration of their admittance ($p=.043$, r *Pearson*). Also among the drugs consumption history there was an earlier beginning of psychotic disorder ($p=.02$).

Conclusions: The substance abuse in people who have a psychotic disorder, leads us directly to the eternal reflection that if the correlation found between both variables would be able to be more than just a mere association and that the consumption would be a predictive factor to the beginning or transition to first episode-psychosis.

Key words: First episode psychosis; substance abuse; psychiatric admission.

Introducción

El concepto y la definición de primer episodio psicótico ya presenta una serie de controversias al no podernos referir a un grupo homogéneo de pacientes en cuanto a presentación clínica, formas de inicio y contexto. Los primeros episodios pueden iniciarse de manera aguda o insidiosa, en un contexto de larga e inespecífica evolución de síntomas prodrómicos, y con síntomas clínicos heterogéneos en el que pueden hallarse distintas combinaciones de ideas delirantes, alucinaciones, alteración de conducta y desorganización del pensamiento.

Ante este panorama, nos encontramos con la dificultad de optar por considerar como primer episodio el período comprendido entre la aparición de los síntomas prodrómicos y la aparición de los primeros síntomas psicóticos (englobando la fase y el brote), o bien considerarlo en el momento en el que el paciente cumple todos los criterios diagnósticos. En este último caso existe un problema añadido, y es la validez del propio criterio, ya que la clínica de los pacientes varía enormemente en función del período existente entre la aparición de los primeros síntomas prodrómicos y el inicio del tratamiento. De hecho el DUP (la duración de psicosis sin

tratar) se ha considerado como uno de los factores pronósticos más importantes en los trastornos psicóticos (Edwards, Maude, McGorry, Harrigan y Cocks, 1998; Larsen, Johannessen y Opjordsmaen, 1998; Drake, Haley, Akhtar y Lewis, 2000; Norman, Townsend y Malla, 2001; Joyce, Hutton, Mutsatsa, Gibbins, Webb y Paul, 2002; Kalla, Aaltonen, Lehtinen, García y González, 2002; Skeate, Jackson, Birchwood y Jones, 2002; Amminger, Edwards, Brewer, Harrigan y McGorry, 2002).

Pese a las dificultades que presenta el propio término de *primer episodio*, la investigación en este campo presenta una serie de ventajas cuyo valor hay que considerar ya que en los estudios con primeros episodios todavía no están presentes los efectos confusionales de la medicación neuroléptica, ni los factores relacionados con la cronicidad, las recaídas, las largas estancias institucionales, los agentes sociales familiares, así como el deterioro cognitivo y funcional.

El valor de este tipo de investigaciones está cada vez más en boga. Son muchos los estudios que demuestran que la DUP tiene una serie de consecuencias sobre la remisión (más lenta) de los síntomas, un mayor riesgo de suicidio, el deterioro de las relaciones sociales y familiares, la incapacidad laboral y de formación, el abuso de sustancias, la violencia y delincuencia. (Edwards *et al.*, 1998; Larsen *et al.*, 1998; Arango, Calcedo, González y Calcedo, 1999; Norman *et al.*, 2000; Kalla *et al.*, 2002).

En este sentido se han propuesto estrategias para reducir la demora de la DUP y fomentar el inicio temprano de los

* **Dirección para correspondencia** [Correspondence address]: Carolina Palma Sevillano. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull. C/ Cister, 34. 08022 Barcelona (España). E-mail: carolinaps@blanquerna.url.es

programas de intervención precoz. De éstas, las principales son la detección de los síntomas prodrómicos (Larsen, Johannessen y Opjordsmaen, 1998; Edwards, Maude y McGorry, 1998; Barnes, Hulton, Chapman, Mutsatsa, Puri y Joyce, 2000; Norman *et al.*, 2001) y la valoración de los factores de riesgo tales como la presencia de antecedentes familiares (Olin y Mednick, 1996; Malaspina *et al.*, 2000), antecedentes obstétricos (Olin y Mednick, 1996; Jones, 2001), el fracaso escolar, el coeficiente intelectual, el pobre ajuste premórbido (Norman *et al.*, 2001), y el abuso de drogas (Addington y Addington, 1998).

La detección de los síntomas premórbidos y de los factores de riesgo, previa al inicio del programa de intervención precoz, ha sido ampliamente revisada por la literatura. De hecho, supone un factor clave en el tratamiento de los trastornos psicóticos. Numerosos estudios evidencian la existencia de varios factores biológicos como los niveles de antioxidantes, la proporción de vitamina E, los niveles de colesterol, las complicaciones perinatales, enfermedades médicas, el peso y los antecedentes familiares (Olin y Mednick, 1996; Mc. Creadie, Mc Donalds, Blacklock *et al.*, 1998; Osby, Correia, Brandt, Akbom y Sporen, 2000; Jones, 2001). Otros factores de riesgo hacen referencia a características sociodemográficas tales como la edad, el sexo, la profesión, el genograma familiar, el estadio civil, la etnia, el lugar de residencia (rural o urbano), las situaciones de migración, el nivel educativo y el estatus socioeconómico (Suvisaari, Auca y Tanskanen, 1988; Kendler y McLean, 1990; Albus, Sherer, Hueber, 1994; Sham, Malean y Kendler, 1994; Alda, Ahrens y Lit, 1996; Larsen *et al.*, 1998; Edwards *et al.*, 1998; Barnes, Hulton, Chapman, Mutsatsa, Puri y Joyce, 2000; Jones, 2001; Norman *et al.*, 2001; Tatsumi, Sasaki, Akira, Kosuga, Tanabe, y Kamijima, 2002; Byrne, Agerbo y Mortensen, 2002).

Los factores clínicos, cruciales para el pronóstico de la enfermedad, hacen referencia al tipo de sintomatología presentada (positiva/negativa), los síntomas depresivos, la conciencia de enfermedad, el funcionamiento cognitivo, la lateralidad, el comportamiento suicida, los acontecimientos vitales estresantes, el abuso de sustancias, los hábitos tabáquicos y la DUP (Cuffel, 1992; Strakowski, Tohen y Stoll, 1993; Hambrecht y Häfner, 1996; Yung y McGorry, 1996; Radosky, Haas, Maan y Sweeney, 1999; Karkavy-Friedman, Restifo, Malaspina *et al.*, 1999; Cantwell, Brewin y Glazebrook, 1999; Walsh, Harvey, White, Higgitt, Fraser y Murray, 2001; Pyne, Bean y Sullivan, 2001).

Existen también otros factores considerados de riesgo más de tipo psicosocial como la emoción expresada en la familia (Leff, Kuipers, Berkowitz y Sturgeon, 1985; Butzlaff y Hooley, 1998; Tomaras, Mavreas, Economou, Ioannovich, Karydy y Stefanis, 2000; Feldmann, Hornung, Buchkremer y Arolt, 2001), las relaciones de soporte y el ajuste social premórbido (Olin y Mednick 1996; Yung y Mc Gorry, 1998; Larsen *et al.*, 1998; Edwards *et al.*, 1998; Addington y Addington, 1998; Arango *et al.*, 1999; Soyka, 2000; Malaspina, Goetz, Yale *et al.*, 2000; Barnes *et al.*, 2000; Walsh, *et al.*, 2001; Norman, *et al.*, 2001).

Sobre esta amalgama de factores de riesgo se enmarcarán los síntomas prodrómicos y clínicos del primer episodio psicótico. Se sabe que entre un 15-35% de los pacientes con primer episodio recaen durante el primer año y que durante los primeros años de evolución es cuando existe más riesgo de recaídas con su consecuente pronóstico. De este modo, podemos deducir que la clave del tratamiento (farmacológico y psicoterapéutico) de los pacientes que manifiestan un primer episodio psicótico reside en la intervención precoz, que necesariamente va precedida de una detección temprana.

De esta premisa se deriva el objetivo de este trabajo, que es observar la prevalencia de ingresos por primeros episodios psicóticos en el área del Maresme y describir las características sociodemográficas y clínicas que presentan este tipo de pacientes.

Método

Sujetos

Se incluyeron de todos los ingresos realizados de primeros episodios psicóticos entre enero de 2000 y setiembre de 2003. Finalmente la muestra de nuestro estudio estuvo formada por 82 pacientes que presentaron un primer episodio psicótico con edades comprendidas entre los 17 y los 65 años, que ingresaron en la unidad de agudos del servicio de psiquiatría del Hospital de Mataró.

Se consideraron criterios de inclusión haber manifestado un primer episodio psicótico según los criterios del DSM-IV-R (2002) incluidos en el apartado de "Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos". Se excluyeron de nuestro estudio aquellos pacientes que manifestaban psicopatología con curso de síntomas psicóticos pero pertenecientes al apartado de trastornos del estado de ánimo (DSM-IV-TR) tales como episodios depresivos con sintomatología psicótica, trastornos maníacos o el trastorno bipolar, y aquellos que ya tenían una historia previa de trastorno psicótico.

Del total de pacientes ingresados en la unidad de agudos (995) durante el período 2000-2003, 125 presentaron trastornos de tipo psicótico, 82 de los cuales manifestaban su primer episodio. Las características sociodemográficas de la muestra son las siguientes (ver tabla 1): la edad media de la muestra fue de 30.62 años (Desv. típica=12.847). Un 54% de la muestra estuvo conformada por hombres, mientras que el 46% restante lo comprendía el sexo femenino. Respecto a la zona de procedencia, el 83% de los pacientes eran españoles, mientras que el 17% eran inmigrantes procedentes de Marruecos, Colombia, Gambia, Senegal, Costa de Marfil, Argentina, Ucrania, Gran Bretaña, Rumania y Cuba.

Por lo que se refiere al primer contacto con el servicio, el 81% vino a urgencias traído por la propia familia, sólo un 6% ingresó por orden judicial, mientras que el 13% restante tomó contacto con la unidad por voluntad propia.

Procedimiento

Para realizar el estudio se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados que cumplían los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión, y los informes de alta de la unidad de agudos del servicio de psiquiatría del Hospital de Mataró.

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra.

Característica	N	%
Antecedentes familiares de 1er grado	28	34.1
Sexo	44	53.7
Hombres	38	46.3
Mujeres		
Admisión en el hospital	66	80.5
Familia	5	6.1
Orden judicial	11	13.4
Voluntad propia		
Procedencia		
España	68	82.9
Europa central	2	2.4
Países Africanos	4	8.7
Europa del este	2	2.4
América del Sur	3	3.6
Lengua		
Castellano	78	95.1
Inglés	2	2.4
Árabe	2	2.4

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, seleccionando los pacientes por muestreo consecutivo mediante los historiales clínicos, informes de alta y sistemas administrativos de la unidad de agudos del servicio de psiquiatría del Hospital de Mataró.

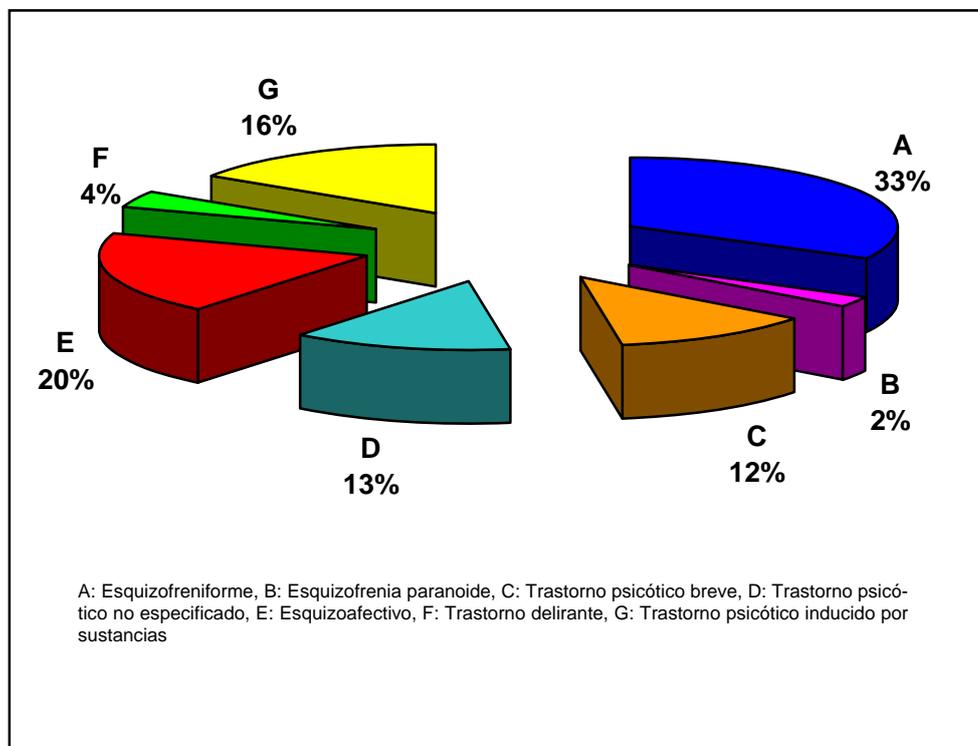
Se registraron los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra recogidos en el paquete estadístico SPSS.11, para su posterior análisis de frecuencias de todas las variables exploradas, las pruebas de comparación de medias y correlaciones *Pearson* de las variables que presentaban más interés para el estudio.

Resultados

Datos clínicos de los pacientes con primer episodio psicótico

El 34% de pacientes que manifestaron un primer episodio psicótico entre enero de 2000 y setiembre del 2003, presentaron antecedentes familiares de primer grado con algún trastorno mental grave (depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno psicótico o episodios maníacos graves).

Respecto al tipo de diagnóstico se observó una alta prevalencia del trastorno esquizofreniforme (33%), esquizofrenia paranoide (12%) y el trastorno psicótico breve (20%). La Figura 1, muestra los resultados de las frecuencias de tipología diagnóstica en nuestra muestra.

**Figura 1:** Frecuencias de tipología diagnóstica en primeros episodios psicóticos.

Respecto a los hábitos tabáquicos se observó que un 42% de los pacientes eran fumadores habituales de al menos 20 cigarrillos/día, y un 56% de pacientes que presentaron

abuso de sustancias tóxicas en los últimos años. Por lo que se refiere al tipo de sustancias más habituales en su consumo en pacientes con primer episodio psicótico fueron el canna-

bis (30%), seguido del alcohol (14%) y la mezcla de sustancias como el cannabis, el alcohol y las drogas de síntesis, que

conformaron otro 14%, y el consumo simultáneo de cannabis, alcohol y cocaína (11%) (ver Figura 2).

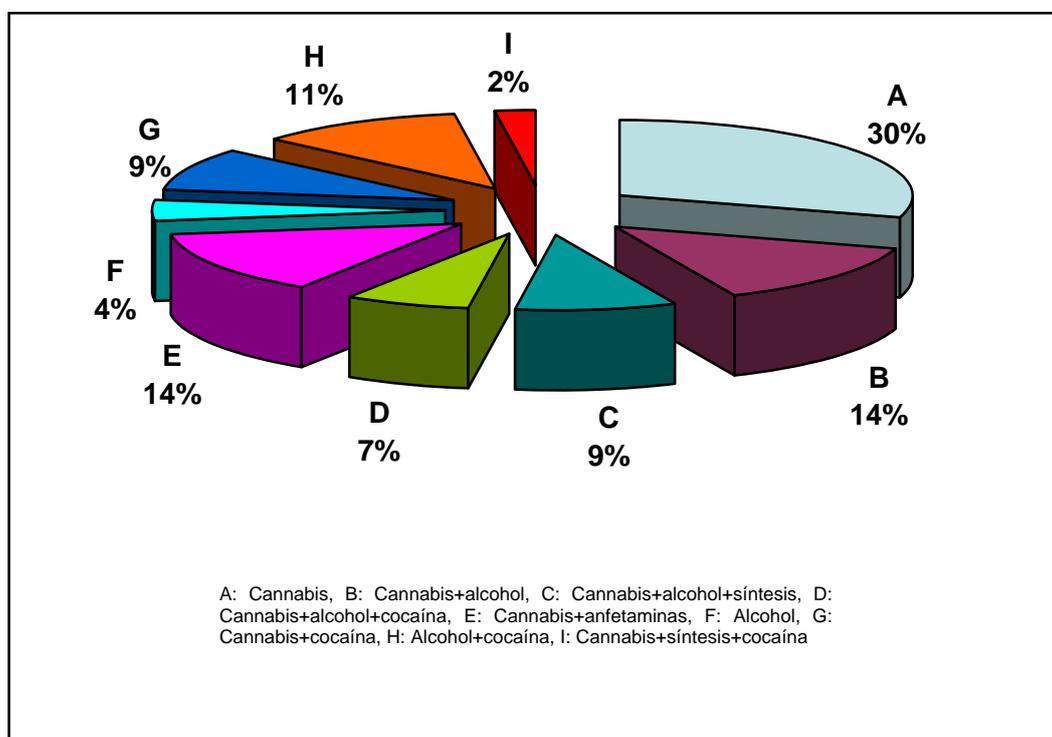


Figura 2: Frecuencias del tipo de consumo de sustancias en pacientes con primer episodio psicótico.

Del 56% de la muestra que confirmó un consumo de sustancias de manera habitual durante los últimos años, un 23.2% manifestó un aumento de dicho consumo en el período de tiempo de las últimas tres semanas anteriores al ingreso psiquiátrico.

No se han hallado diferencias significativas en el consumo de sustancias en la historia de antecedentes familiares ($p=.744$; ANOVA)

Se ha observado una fuerte correlación, altamente significativa ($\alpha=0.01$) entre el hábito tabáquico y el consumo de sustancias ($p=.004$; r de *Pearson*). También entre el aumento del consumo de sustancias en las tres últimas semanas y la duración del ingreso psiquiátrico ($p=.043$, r de *Pearson*). También se ha observado una fuerte correlación entre los antecedentes de consumo de drogas y un debut más temprano del trastorno psicótico ($p=.02$).

Por lo que hace referencia a la duración del ingreso de la muestra se observó una media de 19.55 días (Desv. típica=14.5) media en la que encontramos diferencias significativas entre los diferentes grupos diagnósticos, destacándose la esquizofrenia paranoide y el trastorno delirante como los dos grupos de más larga estancia ($p=.010$; ANOVA) (ver Figura 3).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la edad ($p=.465$; r de *Pearson*) y el sexo ($p=.108$; *T Student*) respecto a la duración del ingreso, aun-

que sí se han podido observar diferencias entre la edad y el consumo de sustancias ($p=.043$; $\alpha=0.05$) siendo la franja de edad que más consume la de 25-30 años.

Entre el 23.2% de los pacientes que manifestaron un aumento de consumo de sustancias en las últimas semanas prácticamente la mitad (42.1%) estaban diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme. Sin embargo, al contrastar esta última cifra con el aumento de consumo de sustancias en otros diagnósticos no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=.767$; ANOVA).

Datos clínicos de los pacientes con primer episodio de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme.

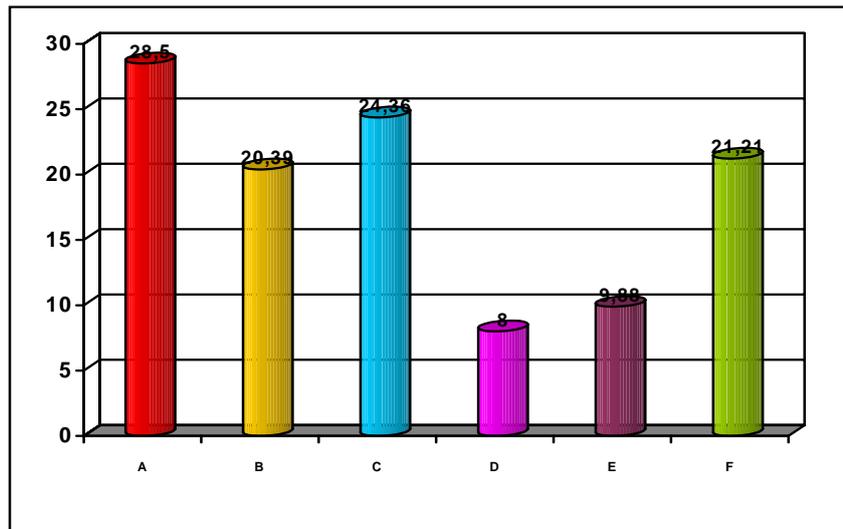
Tras analizar la muestra completa de pacientes con primer episodio psicótico se extrajo una submuestra de aquellos pacientes que presentaban un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme o esquizofrenia para contrastar sus datos clínicos con los de otros diagnósticos de trastorno psicótico.

Respecto al género, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia del diagnóstico ($p=.346$; *t Student*). No obstante, en el trastorno esquizofreniforme encontramos el doble de hombres que de mujeres (63%-37%), aunque en los ya diagnosticados de esquizofrenia se observa una equivalencia de géneros (50%-50%). Tampoco se han observado diferencias (respecto a otras ti-

pologías diagnósticas) en la procedencia de los pacientes ($p=.530$; ANOVA).

Respecto a los hábitos tabáquicos y tóxicos de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme tampoco se han hallado diferencias estadísticamente significativas. El consumo de tabaco no es mayor en pacientes con primer episodio de esquizofrenia ($p=.154$),

como tampoco se ha observado en el abuso de sustancias ($p=.151$). Sin embargo, el abuso de sustancias en el diagnóstico de trastorno esquizofrénico comprende el 36.8% del grupo de con hábitos tóxicos. Por otro lado, la prevalencia de dicho consumo es mayor en hombres diagnosticados de esquizofrenia que en mujeres ($p=.005$; *t Student*).



A: Esquizofrenia paranoide, B: Trastorno delirante, C: Trastorno psicótico breve, D: Trastorno esquizofreniforme, E: Trastorno psicótico inducido por sustancias, F: Trastorno psicótico no especificado.

Figura 3: Duración del ingreso y tipo de diagnóstico. ($p=.010$, ANOVA).

Discusión

En la muestra de este estudio se observó las tasas más altas en la prevalencia del diagnóstico clínico fueron de trastorno esquizofreniforme, de trastorno psicótico breve y esquizofrenia paranoide, tasas que difieren de otros estudios recientes como el de Norman *et al.* (2001) con una muestra de 113 pacientes con primer episodio, donde las frecuencias de diagnósticos son distintas: esquizofrenia (40%), trastorno esquizofreniforme (13%), trastorno esquizoafectivo (7.4%) y el trastorno psicótico breve (1.9%). Estas diferencias podrían ser debidas a una de las limitaciones de nuestro estudio: el método diagnóstico utilizado. Al tratarse de un estudio retrospectivo, no se utilizó ningún método para garantizar la fiabilidad interjueces por lo que los datos obtenidos deben interpretarse con cautela.

Respecto a los antecedentes familiares, en nuestro estudio no se han encontrado diferencias en la edad de inicio en la esquizofrenia y la presencia de antecedentes familiares de primer grado, resultado coincidente con el trabajo de Suvisaari *et al.*, (1998) y a diferencia de otros trabajos (Kendler y Mc Lean, 1990; Albus *et al.*, 1994; Sham *et al.*, 1994; Alda *et al.*, 1996; Byrne *et al.*, 2002).

Un 42% de los pacientes eran fumadores habituales al igual en otros estudios como el de Kosten y Ziedonis (1997) y el de Brown, Birtwistle y Thompson (1999). Otros estudios han encontrado tasas de prevalencia de fumadores mucho más altas (75%) entre los pacientes esquizofrénicos (deLeon, Tracy y McCann, 2002).

Son muchos los autores que hablan de un estilo de vida poco saludable en cuanto a hábitos de salud se refiere. Esto guarda relación con el porcentaje de pacientes con primer episodio de esquizofrenia que son consumidores habituales de sustancias tóxicas en nuestro estudio (36%). Otros estudios obtienen datos similares (Cuffel, 1992; Strakowski *et al.*, 1993; Hambrecht y Häfner, 1996; Cantwell *et al.*, 1999; Soyka, 2000; Robinson, Solloway, Alvir *et al.*, 2001; Schofield, Quinn, Haddock y Barrowclough, 2001). Sin embargo el hecho de no haberse encontrado diferencias en el consumo de tóxicos respecto a otros diagnósticos coincide con el trabajo reciente de Robinson (2001). Así pues, el consumo de sustancias en la esquizofrenia no parece ser superior al de otros trastornos de tipo psicótico. Los datos de nuestro estudio nos hacen pensar que aunque en la esquizofrenia, el consumo no sea superior, sí que afecta a la edad de inicio, ya que también se ha observado una fuerte correlación entre los antecedentes de consumo de drogas y un debut más tem-

prano del trastorno psicótico ($p=.02$); estos datos coinciden con el trabajo de Addington y Addington (1998).

Respecto al consumo de sustancias y la historia de antecedentes familiares de trastorno mental, no se ha hallado relación alguna, al igual que en los estudios de Dequardo, Carpenter y Tandon (1994) y el de Robinson (2001). Sin embargo, algunos estudios encuentran asociación entre el consumo de sustancias y los antecedentes familiares de consumo de sustancias (Cantor-Graae, Nordstrom y McNeil, 2001).

En los estudios de Hambrecht y Häfner (1996), de Rabinowitz, Bromet, Lavelle, Carlson, Kovasznay y Schwartz (1998) de Cantwell (1999), Robinson (2001), Bülher, Hambrecht, Löffler (2002), Schofield et al (2001) y McEvoy y Allen (2003), se ha hallado una prevalencia más alta de consumo de tóxicos en hombres que en mujeres. Estos datos coinciden con el análisis en nuestra muestra y corrobora la hipótesis de una mayor dificultad en el control de los impulsos en el sexo masculino en el caso de los trastornos esquizofrénicos.

Respecto al tipo de sustancias utilizadas, en nuestro estudio el 50% del consumo es de cannabis, mientras que el 25% siguiente lo ocupan los estimulantes y el otro 25% el alcohol. Estos datos son similares a los del Drake et al. (2000) y Schofield et al. (2001) y se diferencian ligeramente de los estudios de Mueser (1990), el de Robinson, Solloway, Alvir et al. (2001) y Sevy, Robinson, Holloway et al. (2001) donde la sustancia que ocupaba aproximadamente el 50% era el alcohol. En síntesis, todos los estudios coinciden en sus resultados (con ligeras variaciones) en los que se demuestra que el alcohol y el cannabis son las drogas más comúnmente consumidas entre las personas que manifiestan un primer episodio psicótico (Hambrecht y Häfner 1996, Rabinowitz, Bromet, Lavelle et al., 1998; Robinson, 2001). Las pequeñas variaciones en el tipo de consumo parecen ser de tipo cultural.

En lo que hace referencia al grupo diagnosticado de trastorno esquizofrénico o trastorno esquizofreniforme, no hemos encontrado diferencias en cuanto a la edad de inicio ni al sexo en los primeros episodios de esquizofrenia coincidiendo con otros trabajos análogos de Byrne et al. (2002) y a diferencia del trabajo de Norman, Towsend y Malla (2001).

Por lo que se refiere al país de procedencia de los pacientes con primer episodio de esquizofrenia, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia, a diferencia de estudios recientes como los de Harrison, et al. (1997), Mortensen, Cantor-Graae y

McNeil (1997), Brown, Birtwistle y Thompson (1999) y Boydell et al. (2001). Estos datos respecto a la procedencia se explican por una característica diferencial en nuestra muestra, y es que del porcentaje de pacientes extranjeros, el 95% de ellos tenían una buena adaptación al país, y comprendían y hablaban el castellano.

El consumo de drogas en la esquizofrenia nos conduce directamente a la eterna reflexión de si la asociación que encontramos entre ambas variables podría ir más allá de una mera asociación y que el consumo fuese un factor predictivo del inicio o de la transición al primer episodio psicótico. El grupo de Sevy et al. (2001) ya insinuó en su trabajo que el consumo de sustancias generalmente precede al primer episodio psicótico y que se especula sobre este consumo como precipitador del primer episodio psicótico. En contrapartida un reciente estudio de revisión sobre el consumo de cannabis en los trastornos psicóticos (Arseneault, Cannon, Witton y Murray, 2004) afirma la ausencia de relación causal entre el consumo y la aparición de la enfermedad. Apuntan que en población general, la eliminación del uso del cannabis podría reducir la incidencia de la esquizofrenia en un 8% si se asumiera esta relación causal. En la actualidad hemos de asumir el consumo de sustancias como un elemento más de todas las variables que se entretienen en la transición a la psicosis.

Conclusiones

Pese a las limitaciones inherentes al tipo de diseño observacional y retrospectivo del presente estudio, los resultados obtenidos avalan y alimentan algunas de las discusiones que actualmente están vigentes.

Los antecedentes familiares de trastorno mental no se relacionan directamente con la edad de inicio de los pacientes que padecen un primer episodio, pero en el caso de la esquizofrenia, el consumo de sustancias sí tiene que ver con un debut más temprano de la enfermedad. No obstante, se han de contemplar las limitaciones del estudio e interpretar sus resultados con cautela debido al reducido tamaño muestral y al tipo de diseño. Como líneas de trabajo futuras se debería apostar por estudios prospectivos y longitudinales en los que se incluyeran análisis de predictibilidad; esto nos permitiría obtener conclusiones más consistentes que avalaran la hipótesis causal y en consecuencia, la posibilidad de reducir la incidencia de esta enfermedad en la población.

Referencias

- Addington J. & Addington D. (1998). Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl 33), 26-32.
- Albus M., Scherer J. & Hueber, S. (1994). The impact of familial loading on gender differences in age and onset of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 132-134.
- Alda M, Ahrens B. & Lit W. (1996). Age of onset in familial and sporadic schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 447-450.
- Amminger, G.P., Edwards, J. Brewer, W.J., Harrigan, S. & McGorry, P.D. (2002). Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 54(3), 223-230.
- Arango, C., Calcedo, A., Gonzalez, S. & Calcedo, A. (1999). Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 493-503.

- Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., Murray, R.M. (2004). Asociación causal entre cannabis y psicosis: examen de la evidencia. *Psiquiatría Biológica*, 11 (4), 134-143.
- Barnes, T.R.E., Hulton, S.B., Chapman, M.J., Mutsatsa, S., Puri, B.K. & Joyce, E.M. (2000). West London first-episode study of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 207-211.
- Brown S, Birtwistle J & Thompson C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29, 697-701.
- Bühler, B., Hambrecht M., Löffler, W., an der Heiden, W. & Häfner, H. (2002). Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse - a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophrenia Research*, 54(3), 223-230.
- Butzlaff, R.L. & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Byrne, M., Agerbo, E. & Mortensen, P. (2002). Family History of psychiatric disorders and age at first episode contact in schizophrenia: an epidemiological study. *British Journal of Psychiatry*, 181 (suppl.43), s19-s25.
- Cantor-Graae E., Nordstrom L.G., McNeil TF. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia Research*, 48, 69-82.
- Cantwell R., Brewin J., Glazebrook, C. (1999). Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 174, 150-153.
- Cuffel B.J. (1992). Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 589-592.
- deLeon J., Tracy J., Mc Cann E., McGrory, E. & Diaz, F.J. (2002). Schizophrenia and tobacco smoking: a replication study in another US psychiatric hospital. *Schizophrenia Research*, 56 (1-2), 55-65.
- Dequardo JR, Carpenter CF & Tandon R. (1994). Patterns of substance in schizophrenia: nature and significance. *Journal of Psychiatry Research*, 28, 267-275.
- Drake R., Haley C., Akhtar, S. & Lewis S. (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 511-515.
- Edwards, J., Maude, D., Mc Gorry, P.D., Harrigan, S.M. & Cocks, J. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl. 33), 107-116.
- Feldmann, R., Hornung, W.P., Buchkremer, G., Arolt, V. (2001). The influence of familial loading on the course of schizophrenic symptoms and success of psychoeducational therapy. *Psychopathology*, 34(4), 192-197.
- Hambrecht M & Häfner H. (1996). Crimes of violence by mentally abnormal offenders. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jones, P.B. (2001). Schizophrenia: social and environmental factors: implications for aetiology. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 39-43.
- Joyce, E., Hutton, S., Mutsatsa, S., Gibbins, H., Webb, E. & Paul, S. (2002). Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: The West London Study. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 38-44.
- Kalla, O., Aaltonen, J., Lehtinen, V., García Cabeza, J & González de Chávez, M. (2002). Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 265-275.
- Karkavy-Friedman, J.M., Restifo, K., Maslapina, D., Kaufman, C.A., Amador, X.F., Yale, S.A. & Gorman, J.M. (1999). Suicidal behaviour in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156 (8), 1276-1278.
- Kendler, K.S. & McLean, C.J. (1990). Estimating familial effects on age onset and liability to schizophrenia. I Results of a large sample family study. *Genetic Epidemiology*, 7, 409-417.
- Kosten TR & Ziedonis TR. (1997). Substance abuse and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 181-186.
- Larsen, T.K., Johannessen, J.O., & Opjordsmaen, S. (1998). First-Episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl 33), 45-52.
- Larsen, T.K., McGlashan, T.H., Johannessen, J.O., Friis, S., Guldborg, C., Haahr, U., Horneland, M., Melle, I., Moe, L.C., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., & Vaglum, P. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158 (11), 1917-1919.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- Malaspina, D., Goetz, R.R., Yale, S., Berman, A., Friedman, J.H., Tremeau, F., Printz, D., Amador, X., Johnson, J., Brown, A. & Gorman, J.M. (2000). Relation of familial schizophrenia to negative symptoms but not to the Deficit Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 157, 994-1003.
- McCreadie, R., Macdonalds, E., Blacklock, C., Tilak-Singh, D., Wiles, D., Halliday, J. & Paterson, J. (1998). Dietary of schizophrenia patients in Nithsdale, Scotland; case-control study. *British Medical Journal*, 317, 784-785.
- McEvoy, J. & Allen T.B. (2003). Substance abuse (including nicotine) in schizophrenic patients. *Current opinion in psychiatry*, 16, 199-205.
- Mortensen PB, Cantor-Graae E. & McNeil TF. (1997). Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychological Medicine*, 27, 813-820.
- Norman, R.M.G., Townsend, L. & Malla, A.K. (2001). Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *British Journal of Psychiatry*, 179, 340-345.
- Olin, S.S. & Mednick, S.A. (1996). Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations pre-morbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 233-240.
- Osby, U., Correia, N., Brandt, L., Ekblom, A. & Sporén, P. (2000). Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: Cohort study. *British Medical Journal*, 321, 483-484.
- Pyne, J.M., Bean, D. & Sullivan, G. (2001). Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(3), 146-153.
- Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J, Carlson G., Kovaszny B & Schwartz JE (1998). Prevalence and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first-admission psychotic patients. *Psychological Medicine*, 28, 1411-1419.
- Radomsky, E.D., Haas, G.L., Maan, J.J. & Sweeney, J.A. (1999). Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1590-1595.
- Robinson S., Solloway DG, Alvir JM, Woerner MG., Bilder R., Goldman R., Lieberman J. & Kane J. (2001). Correlates of substance misuse in patients with first episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 367-374.
- Salyers MP. & Mueser KT. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 109-123.
- Schofield N., Quinn J., Haddock G. & Barroclough L. (2001). Schizophrenia and substance misuse problems: a comparison between patients with and without significant carer contact. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 523-528.
- Sevy, S., Robinson, D.G., Holloway, S., Alvir, J.M., Woerner, M.G., Bilder, R., Goldman, R., Lieberman, J. & Kane, J. (2001). Correlates of substance misuse in patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (5), 367-374.
- Sham P.C., McLean C.J. & Kendler K. (1994). A tipological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 135-141.
- Skeate, A., Jackson, C., Birchwood, M. & Jones, C. (2002). Duration of Untreated Psychosis and Pathways to care in first episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 181, s73-s77.
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 345-350.
- Strakowski, S.M. Tohen, M. & Stoll, A.L. (1993). Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 150, 752-757.
- Suvisaari, J.M., Haukka, J., & Tanskanen A. (1988). Age of onset and outcome in schizophrenia are related to the degree of familial loading. *British Journal of Psychiatry*, 173, 394-500.
- Tatsumi, M., Sasaki, T., Iwanami, A., Kosuga, A., Tanabe, Y. & Kamijima, K. (2002). Season of birth in Japanese patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 54 (3), 223-230.
- Tomaras, V., Mavreas, V., Economou, M., Ioannovich, E., Karydi, V. & Stefanis, C. (2000). The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (11), 487-493.

- Walsh, E., Buchanan, A. & Fahy, T. (2001). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- Walsh, E., Harvey, K., White, I., Higgitt, A., Fraser, J. & Murray, R. (2001). Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management. *British Journal of Psychiatry*, 178, 255-260.
- Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996). The prodromal Phase of First-Episode of Psychosis: past and current: conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 353-370.

(Artículo recibido: 13-11-04; aceptado: 4-10-05)