



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
PSIQUIATRÍA

**“PREVALENCIA DE LA AGITACIÓN Y DEL RIESGO SUICIDA EN
PACIENTES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS
ATENDIDOS EN EL ÁREA DE TRIAGE, EN LA UNIDAD PARA
INTERVENCIÓN EN CRISIS Y EN HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA
PSIQUIÁTRICA DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA”**

DR. ALDO DOMENICO NANNI ARIAS

ASESORA CLÍNICA: DRA. SARAH ANTONIETA NAVARRO SÁNCHEZ

ASESORA METODOLÓGICA: DRA MARÍA ESTHER JIMÉNEZ
CATAÑO

SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.

FEBRERO DE 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

TÍTULO DE TESIS:

“PREVALENCIA DE LA AGITACIÓN Y DEL RIESGO SUICIDA EN PACIENTES
CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
TRIAGE, EN LA UNIDAD PARA INTERVENCIÓN EN CRISIS Y EN
HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DR. EVERARDO NEUMANN
PEÑA

PRESENTA:

DR. ALDO DOMÉNICO NANNI ARIAS

<p>Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez Asesora Clínica Directora de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña Especialista en Psiquiatría Alta Especialidad en Psiquiatría de Enlace</p>	
<p>Dra. María Esther Jiménez Cataño Asesora Metodológica Jefa del Departamento de Bioquímica de la Facultad de Medicina de la UASLP Doctora en Neurociencias</p>	

Sinodales

Dr. Alfonso Grageda Foyo

Dra. Laura Elena Pérez Ramos

Dr. Andrés Valderrama Pedroza

M.C. Ma. del Pilar Fonseca Leal
Jefe de Investigación y Posgrado Clínico de
la Facultad de Medicina

Dr. Andrés Valderrama Pedroza
Coordinador del Programa de Posgrado
en Psiquiatría

RESUMEN.

Introducción: La presencia de un Trastorno por Uso de Sustancias se asocia al deterioro crónico de la salud y de la funcionalidad del paciente. Además, con frecuencia experimentan riesgo suicida y agitación.

Objetivos: Identificar la prevalencia de conducta agitada y de riesgo suicida en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias atendidos en urgencias, observación u hospitalización. Describir la asociación de la conducta agitada y el riesgo suicida, respecto al sexo, el policonsumo y el tipo de sustancia de abuso.

Sujetos y métodos: Se incluyeron 118 expedientes de pacientes que cumplieran los criterios de selección. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. La información fue registrada a través de los expedientes de pacientes que cumplieran criterios de selección. Se utilizaron como instrumentos de medición la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan y la Evaluación Para Riesgo Suicida de Sheppard-Pratt. El estudio fue autorizado por el comité de ética de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everado Neumann Peña. Los datos sociodemográficos y de consumo de la población se procesaron en términos de medianas, rangos, frecuencias y porcentajes. Para la analizar la asociación entre las variables de interés se utilizó prueba Chi Cuadrada.

Resultados: La mayoría de los pacientes fueron hombres (80%), de 18 a 23 años (40%), solteros (81%), con escolaridad de secundaria (48.3%), y desempleados (79%). La sustancias más consumidas fueron marihuana, alcohol, y metanfetamina. El promedio de sustancias consumidas fue de 3. El 75% de los pacientes presentaron comportamiento agitado, y 90% riesgo suicida, y ambas condiciones coexistieron en un 72% de los casos. Se encontró asociación significativa entre consumir metanfetamina con la presencia de agitación ($p=0.0002$), y labilidad ($p=0.02$), además entre ser hombre y percibir un menor apoyo social ($p=0.002$).

Conclusiones: Los resultados muestran características sociodemográficas similares a lo reportado en la literatura. Se identificó la prevalencia de la agitación y del riesgo suicida en la población de estudio, así como asociaciones significativas útiles para la práctica clínica. Se propone considerar intervenciones más específicas que favorezcan el tratamiento oportuno y la limitación del daño a la salud de los pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias.

ÍNDICE

	Página
Resumen	1-2
Índice	3-4
Lista de tablas	5
Lista de figuras	6
Lista de abreviaturas	7
Lista de definiciones	8
Dedicatoria	9
Reconocimientos	10
Antecedentes	11-20
Panorama general sobre el consumo de sustancias	11
Panorama general sobre el suicidio	11-12
El fenómeno de la adicción	12-14
El abuso de sustancias y la enfermedad mental.	14
El abuso de sustancias y la psicosis.	14-15
El abuso de sustancias y los trastornos afectivos.	15-16
El abuso de sustancias y el suicidio.	16-19
Coexistencia de la agitación y del riesgo suicida	19-20
Justificación	21
Hipótesis	22
Objetivos	22
Objetivo general	22
Objetivos específicos	22
Sujetos y métodos	23
Tipo de estudio	23
Criterios de selección	23-24
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	23-24
Criterios de eliminación	24
Descripción del universo de estudio	24

Tamaño de la muestra	25
Descripción y medición de variables	25-27
Variables del estudio	25-26
Instrumentos de medición	27-28
Análisis estadístico	29
Ética	30
Resultados	31
Aspectos sociodemográficos	31
Consumo de sustancias	32
Agitación	32
Riesgo suicida	35
Coexistencia de la agitación y del riesgo suicida	36
Discusión	41-42
Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación	43
Conclusiones	44
Bibliografía	45-49
Anexos	50
Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan	50
Evaluación del riesgo suicida de Sheppard-Pratt	51
Autorización a protocolo de investigación	52

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Puntos de corte para agitación	27
Tabla 2. Puntos de corte para riesgo suicida	28
Tabla 3. Agitación y consumo de sustancias	40
Tabla 4. Patrón de agitación según sexo, consumo de alcohol o metanfetamina	40
Tabla 5. Categorías positivas de riesgo suicida.....	40
Tabla 6. Riesgo suicida de acuerdo a la sustancia de consumo	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Aspectos sociodemográficos	33
Figura 2. Características del consumo de sustancias	34
Figura 3. Características generales de la agitación	37
Figura 4. Agitación por sexo y por patrón “desinhibido”, “agresivo” o “lábil”;	38
Figura 5. Características generales del riesgo suicida	39

LISTA DE ABREVIATURAS.

UPIC: Unidad Para Intervención en Crisis.

OMS: Organización Mundial de Salud.

ENA: Encuesta Nacional de Adicciones.

ENCODAT: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

ATV: Área Tegmental Ventral.

NAC: Núcleo Accumbens.

CPF: Corteza Prefrontal.

COF: Córtex Orbitofrontal.

TUS: Trastorno por Uso de Sustancias.

PEP: Primer Episodio Psicótico.

9THC: 9 Tetrahidrocannabinol.

OR: Odds Ratio.

IC: Intervalo de Confianza.

TDM: Trastorno Depresivo Mayor.

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

RR: Riesgo Relativo.

OTP: Otros Trastornos Psiquiátricos.

RP: Razón de Prevalencia.

ABS: por sus siglas en inglés “*Agitated Behavior Scale*” (Escala de Comportamiento Agitado)

LISTA DE DEFINICIONES.

-Triage: Es un método de selección y clasificación de pacientes empleado en la medicina de emergencias y desastres. Evalúa las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

-Agitación: estado emocional desagradable que puede producir gran excitación o afectación del funcionamiento psíquico o motriz. Se utiliza también, para referirse a la conducta agitada.

-Conducta agitada: síndrome caracterizado por el aumento significativo de la actividad motora acompañado por alteración de la esfera emocional (ansiedad severa, miedo, pánico, cólera, euforia, etc.). De intensidad variable, puede presentarse de una mínima inquietud psicomotriz hasta movimientos totalmente incoordinados y sin finalidad alguna.

-Patología dual: comorbilidad de un trastorno por uso de sustancias, con un trastorno mental primario o secundario.

-Proteómica: es el estudio a gran escala de las proteínas, en particular de su estructura y función.

-Neuroplasticidad: se refiere a la capacidad del cerebro para adaptarse y cambiar como resultado de la conducta y la experiencia.

-Sensitización: es la tolerancia invertida de una droga, es decir que el sujeto experimenta sensación de recompensa y un reforzamiento positivo con dosis menores, a las que antes requería.

-Policonsumo de sustancias:

-Viraje: tradicionalmente en psiquiatría se refiere a cambio de un estado exaltación afectiva durante la manía o hipomanía a depresión, o viceversa.

DEDICATORIA.

A los pacientes y a los familiares que han tenido deterioro en su salud mental y en su calidad de vida a causa de las adicciones.

RECONOCIMIENTOS.

A la Sra. Sofía por su amabilidad y empatía que me brindó para la facilitación de los expedientes

A la Dra. Sarah por su diligencia, apoyo, franqueza y comprensión. Así como por enseñarme con su interés y entrega en la salud mental, un modelo a seguir.

A la Dra. María Esther por su confianza, amabilidad, optimismo, solidaridad, sencillez, y apertura. Y por su invaluable capacidad de contagiar su pasión por la ciencia.

ANTECEDENTES.

Panorama general sobre el consumo de sustancias.

La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que, a nivel mundial durante el 2013 un total de 246 millones de personas consumieron drogas ilícitas; lo anterior es equivalente a una de cada 20 personas entre los 15 y 64 años. La evidencia estadística sugiere que cada vez más los usuarios de drogas ilícitas, padecen un trastorno mental relacionado. A nivel mundial se estima que 1 de cada 10 consumidores de drogas ilícitas es un consumidor problemático, y que solo 1 de cada 6 de estos, tiene acceso a un tratamiento, lo que lleva a un deterioro significativo en la calidad de vida y/o a una muerte prematura. ¹

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016, existió un incremento del consumo de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida para ambos sexos pues en el 2011 era del 7.2% y en 2016 fue 9.9% (15.8% hombres y 4.3% mujeres). ^{2, 3} Esta misma encuesta, se encontró estabilidad en el consumo de cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes, alcohol y tabaco. ²

En México, las prevalencias más altas de consumo se encontraron en el grupo de 18 a 34 años. Las drogas ilícitas con mayor consumo, fueron la marihuana y la cocaína. Los resultados advierten la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas, y ampliar la política de prevención y tratamiento. ^{2, 3}

Panorama general sobre el suicidio.

En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, de 11.4 por 100 000 habitantes. Cada año, por cada suicidio cometido hay muchas más tentativas. Se considera que un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante en la población general para consumir el suicidio. En el mundo, el suicidio es actualmente la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. ⁴

En México, entre los años 2005 y 2011 se registraron 51,381 suicidios. Lo anterior nos ubica con una tasa de muertes por suicidio menor al promedio mundial, no obstante en dicho periodo experimentamos un incremento en la tasa de suicidios. Durante el 2011 en México, el 80% de la mortalidad por suicidio correspondió a varones y el 58% de los casos, a personas menores de 35 años. Lo anterior es congruente con los hallazgos demográficos encontrados a nivel mundial. ^{4,5}

La OMS ha declarado la reducción de la mortalidad por suicidio como un imperativo global, pues en el 2013, propuso reducir la tasa de suicidio un 10% para el 2020. Para educir la mortalidad por suicidio, será necesario implementar medidas que conduzcan a la identificación temprana y el manejo eficaz de la población en riesgo. Se sabe que al menos 90% de los suicidios están ligados a un trastorno mental. El consumo de sustancias es un factor de riesgo individual que suele actuar como precipitante para un intento o una conducta suicida. Existe literatura actual que sustenta la cercana relación entre el consumo de sustancias y el riesgo suicida. ^{4,5,6}

El fenómeno de la adicción.

La adicción es un fenómeno complejo, en donde se enlazan aspectos psicológicos, sociales y biológicos. Se señalarán algunos de los aspectos más relevantes. En primer lugar, es de utilidad definir a la adicción como un trastorno crónico y recurrente, caracterizado por una conducta y búsqueda compulsiva hacia el consumo, a pesar de experimentar consecuencias negativas. ⁷

En el campo de psicología de la adicción, desde 1980, Wise describió que la adicción se desarrollaba en función de obtener recompensa. En 1988, Gill y cols. Aportaron la idea de que el reforzamiento positivo de las drogas juega un papel fundamental en la adicción. ⁷ Se sabe que el consumo frecuente de una sustancia de abuso, conlleva a una disminución del reforzamiento positivo o recompensa, lo cual en individuos vulnerables, llevará a un aumento de dosis compensatoria, reforzándose con ello, las alteraciones neurofisiológicas de la adicción. Existen también, algunas sustancias, como es el caso particular de los estimulantes, que pueden producir una tolerancia

invertida de la droga que resulta en un reforzamiento positivo incluso con dosis menores, -a este fenómeno se le conoce también como sensitización-. Ahora bien, a pesar de que la tolerancia y la sensitización pueden ocurrir, existen circuitos neuronales que conllevan a la aparición de los reforzadores negativos; es decir, a la abstinencia. De manera conjunta los circuitos neuronales implicados en el refuerzo negativo establecen un desequilibrio en los sistemas de recompensa que llevan a un consumo compulsivo de la droga.^{7, 8}

Se han documentado cambios en cerebros que experimentan el fenómeno de la adicción, que podrían dilucidar el futuro reconocimiento de marcadores biológicos como herramienta diagnóstica y/o pronóstica. En la visualización de cerebros adictos mediante tomografía por emisión de positrones, se ha sugerido la regulación a la baja de los receptores estriatales de dopamina D2. Esto se ha demostrado en modelos experimentales, al respecto Di Ciano et al (2008), encontró dicha regulación a la baja en receptores estriatales de D2 al estudiar cortes histológicos del núcleo Accumbens de ratas sometidas a 6 días de consumo intenso de cocaína ($p < 0.001$). Sin embargo, actualmente no existen marcadores biológicos fiables para identificar la adicción.^{9, 10}

Durante el proceso de adicción, los individuos experimentan diferencias individuales que influyen para que se establezcan los cambios cerebrales atribuidos al desarrollo de la adicción. Estas diferencias obedecen a los factores intrínsecos psicológicos, a la susceptibilidad ante los cambios neuroplásticos de la adicción, así como al umbral y capacidad para experimentar placer y/o activación durante la recompensa, además influyen las particularidades del consumo, tales como las dosis y el tipo de sustancias, la frecuencia y el tiempo del consumo.⁷

Una característica común a la mayoría de las drogas de abuso, es su acción sobre la dopamina del circuito mesolímbico. Este circuito ha sido fuertemente vinculado con experiencias gratificantes cotidianas. Las drogas, actúan intensamente en este circuito, de modo que las experiencias placenteras obtenidas mediante las sustancias de abuso, suelen ser muy gratificantes llevando así al individuo vulnerable a reforzar su conducta adictiva. Además, la acción de dopamina no solo se limita al circuito mesolímbico, sino también a las proyecciones celulares de dopamina al área tegmental

ventral (ATV), la amígdala, el hipocampo, el núcleo Accumbens (NAC), la corteza prefrontal (CPF), la corteza orbitofrontal (COF), el globo pálido y el cíngulo anterior.⁷
¹⁰ Dichas áreas se han relacionado a los efectos negativos de la abstinencia, a la euforia durante el consumo y a las conductas de búsqueda. El reforzamiento positivo del consumo está mediado por el globo pálido y el NAC; el aprendizaje condicionado y reconocimiento de estímulos para el consumo por el hipocampo y la amígdala. La CPF, la COF y el cíngulo anterior se han vinculado con el control de las respuestas emocionales y de las funciones ejecutivas. Durante la progresión de la adicción, pueden ocurrir alteraciones epigenéticas, moleculares, y de señalización sináptica que conducen al establecimiento de cambios neuroplásticos de los circuitos neuronales que favorecen el mantenimiento del consumo nocivo.^{7, 11}

El abuso de sustancias y la enfermedad mental.

La co-ocurrencia de un trastorno por uso de sustancias (TUS) y otros trastornos psiquiátricos es un fenómeno que conocemos con patología dual. Las relaciones entre estos trastornos pueden ser complejas, y generalmente pueden tomar las siguientes formas: TUS primario que determina el desarrollo de otros trastornos, TUS desarrollado como consecuencia de psicopatología, y TUS desarrollado junto a la psicopatología. Muchos estudios demuestran que el diagnóstico dual implica peor respuesta terapéutica y mayor discapacidad.^{12, 13} Cuando se estudia la patología dual el diagnóstico puede tornarse complicado, debido a que para mayor precisión es necesario considerar los siguientes aspectos: la aparición de síntomas psiquiátricos debido a efecto directo de la sustancia; las manifestaciones psiquiátricas luego de un periodo activo de consumo y los trastornos mentales ocurridos independientemente del consumo de la droga.¹⁴

El abuso de sustancias y la psicosis.

El trastorno por uso de sustancias es una etiología muy frecuente en el primer episodio psicótico (PEP), siendo la prevalencia de ello estimada entre el 25 y el 60%. Existe basta información que atribuyen los síntomas positivos de la esquizofrenia a una

hiperfunción dopaminérgica en sistema mesolímbico, lo cual también ocurre tras el consumo de droga, llegando con esto a causar manifestaciones a veces indistinguibles de la esquizofrenia. ^{14, 15}

A pesar de las diferencias diagnósticas entre psicosis primaria y psicosis inducida por sustancias, sólo pocos estudios proveen información concreta sobre las características clínicas distintivas entre estas. Mauri y cols. En 2017 realizaron un estudio longitudinal que incluyó a 48 pacientes que experimentaron un PEP y que consumían sustancias de abuso. Los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, tenían mayores puntajes en el contenido inusual del pensamiento y desorganización conceptual ($p < 0.05$) comparado con quienes experimentaron psicosis inducida por sustancias. Se encontró además que la persistencia del abuso de drogas predice mayor hostilidad ($p < 0.05$). ¹⁵

El cannabis ha sido consistentemente relacionado con la aparición de psicosis. Sin embargo, establecer al cannabis como factor causal es complicado. A pesar de ello los estudios epidemiológicos proveen fuerte evidencia para justificar la necesidad de determinar con mayor precisión la magnitud del efecto del cannabis en grupos particularmente vulnerables para la aparición de psicosis. ¹⁶ En un meta análisis de 35 estudios longitudinales de caso-control se reportó un 40% de incremento de cualquier síntoma psicótico en usuarios de cannabis en comparación con quienes nunca utilizaron esta sustancia (95% CI 20–65%). En cuanto al trastorno psicótico se encontró la asociación de un consumo regular o intenso, con el desarrollo de psicosis (OR 2.1, 95% IC 1.5, 2.8). ¹⁷

El abuso de sustancias y los trastornos afectivos.

La comorbilidad entre los TUS y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es la patología dual más común, dicha asociación aumenta el riesgo suicida *versus* solo TUS ($p < 0.001$, RR: 3.38). ¹⁶ Se considera por otro lado que el 80% de quienes tienen un trastorno por uso de alcohol, tienen o han tenido un Trastorno Depresivo Mayor. Existe correlación de acuerdo al patrón de consumo, es decir, que presentar dependencia a una sustancia aumenta el riesgo de padecer un trastorno del estado de ánimo en

comparación con quienes tienen un patrón de uso o abuso. Específicamente en el consumo de alcohol, la probabilidad de padecer un Trastorno Depresivo Mayor cuando se asocia a dependencia es de 3.09. Cuando se consume cualquier droga ilegal, independientemente del patrón de consumo, la probabilidad de tener TDM es de 4.83

18

El abuso de sustancias y el suicidio.

En la literatura actual también se considera que quienes tienen un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) también tienen mayor riesgo de morir por suicidio. Se ha encontrado que muchos suicidios consumados, fueron realizados bajo efecto de alguna sustancia. Al respecto, el Sistema de Reporte Nacional de Muertes Violentas en Estado Unidos de América, reportó entre el 2005 y el 2015, 56 118 casos de individuos suicidados a los que se les realizó examen toxicológico *postmortem* encontrando positividad a etanol en el 51.8%, en retrospectiva se halló que de quienes fueron positivos a etanol en sangre, 17.4% tenía historial de abuso o dependencia al alcohol, mientras que el 11.1% tenía historial de abuso o dependencia a sustancias ilícitas. En un meta análisis que involucró a 870 967 individuos, se asoció el TUS a un incremento en el riesgo de intento suicida (OR= 2.88). De modo que padecer un TUS se asocia a un riesgo incrementado de muerte por suicidio respecto a los no consumidores (OR= 9.0).^{19, 20} En una muestra de 837 atendidos en centros de abuso de sustancias se encontraron que quienes tuvieron un diagnóstico dual tuvieron mayor riesgo suicida que quienes solo tenían un Trastorno por Uso de Sustancias (OR=14.6).²¹ Otro estudio evaluó la co-ocurrencia de Otros Trastornos Psiquiátricos (OTP) (actual/últimos 30 días) en una muestra de 601 participantes de ambos sexos. El 30% de la muestra presentó Trastorno Depresivo Mayor; 12%, trastornos psicóticos; 10%, Trastorno de Ansiedad Generalizada; 9.2%, Trastorno de Estrés Postraumático, y 2.7%, Trastorno Bipolar. Las personas con patología dual presentaron mayor riesgo de suicidio (47.1%; OR=3.9). También este estudio encontró que los TUS aumentan el riesgo de presentar ideación y conducta suicida, independientemente al tipo de trastorno mental co-ocurrente.²²

La literatura actual coincide en que la población con patología dual tiene un riesgo incrementado de conductas suicidas. Youseff y cols. (2016) publicaron un estudio realizado en población hospitalizada, que las conductas suicidas estaban ligadas al policonsumo, siendo la sustancia ilícita más consumida la metanfetamina (87.7%), seguida de la marihuana (70.49%). Se encontró en este estudio que las conductas suicidas fueron significativas en quienes consumían metanfetamina ($p=0.007$), sustancias volátiles ($p=0.034$) y alcohol ($p=0.001$). Los diagnósticos duales con mayor asociación con las conductas suicidas fueron los trastornos psicóticos inducidos por sustancias ($p=0.001$), el Trastorno Depresivo Mayor ($p=0.001$), y el Trastorno Límite de la Personalidad ($p=0.005$).²³

Un estudio realizado en México por Borges et al. (2017), encontró una asociación significativa de la ideación o intento suicida con el consumo de cannabis antes de los 15 años (ideación RR: 3.97: Intento RR: 5.25) y con el consumo de esta droga al menos 1 a 3 veces por mes los 12 meses previos a la evaluación con el intento suicida (RR: 4.6).²⁴

Icick et al. (2017) encontraron que de una muestra de 433 pacientes con abuso o dependencia de opiáceos o de cocaína, 32% habían tenido alguna vez en su vida un intento suicida, y de estos, 59% utilizaron algún método violento. Otros hallazgos relacionados con los intentos suicidas, fueron la dependencia a nicotina ($p<0.001$), el Trastorno por Uso de Benzodiazepinas ($p<0.001$), cualquier trastorno del estado de ánimo ($p<0.001$) y el antecedente de tratamiento psiquiátrico intrahospitalario ($p<0.001$).²⁵

Luego de estudiar 300 casos de suicidio consumado relacionado al uso de metanfetamina, Darke et Al. (2018). Encontraron que 25% había tenido un intento suicida previo. Se encontró que 12.3% tenía historial de psicosis. Cerca de la mitad de quienes consumaron suicidio, contaba con testigos que manifestaban un comportamiento violento, agresivo o agitado en extremo antes de suicidarse. Los métodos más utilizados fueron ahorcamiento (70%) y auto envenenamiento (14%). Luego de efectuar el examen toxicológico en los cadáveres encontraron positividad a

la metanfetamina (100%), al alcohol (38%), al 9-tetrahidrocanabinol (9THC) (28%) y a sedativos (23.6%) particularmente diazepam (18.2%).²⁶

Respecto al riesgo suicida en usuarios de cannabis Borges et al. (2016) encontraron tras un meta análisis asociación entre la severidad del consumo y el suicidio, pues de los que consumieron cannabis alguna vez y presentaron ideación suicida encontraron un OR=1.43 (1.13-1.83), mientras que el uso intenso de cannabis e intento suicida encontraron un OR=2.53 (1.00–6.39). Los resultados de este estudio indicaron que el uso agudo de cannabis incrementó de manera significativa el riesgo suicida y que el uso crónico de esta droga fue un predictor en el riesgo suicida.²⁷

En un primer episodio psicótico hay un riesgo suicida incrementado. Algunos de los factores de riesgo más importantes para consumir suicidio son: un intento suicida previo (RR: 2) y la comorbilidad con un TUS (RR: 1.8).²⁸

Respecto a la vulnerabilidad psicológica y riesgo suicida en consumidores de cannabis, Buckner et al. (2017). Encontraron que quienes tenían un consumo intenso de cannabis, percibían que sus deseos suicidas se debían a la creencia de ser una carga para alguien más o a la frustración respecto su bajo sentido de pertenencia. Quienes tenían dichas creencias, y además un consumo intensivo de cannabis mostraron mayor riesgo suicida que quienes no tenían un consumo diario de la sustancia ($p<0.001$).²⁹

La prevalencia de conductas suicidas en pacientes con TUS y trastorno bipolar representa un riesgo incrementado respecto a otros diagnósticos (OR 14.7 versus solo TUS). Los trastornos de personalidad y el Trastorno por Uso de Alcohol son los diagnósticos más comunes en el Trastorno Bipolar. Se sabe que el Trastorno por Uso de Alcohol está especialmente relacionado con mayor riesgo para completar suicidio en quienes tienen Trastorno Bipolar (RR 2.7 versus solo Trastorno Bipolar). Se considera que de quienes tienen Trastorno Bipolar dual, por lo menos 25% han tenido intentos suicidas. Además, se ha encontrado un riesgo suicida incrementado en aquellos pacientes con Trastorno Bipolar dual que tuvieron un inicio temprano de los síntomas afectivos.^{30, 31, 32}

Trout et al. (2017) estudiaron factores pronósticos en pacientes con abuso de sustancias adheridos a programas de tratamiento, sin antecedente de intento suicida. Se encontraron como factores pronósticos para presentar un intento suicida, las dificultades en el trabajo ($p < 0.001$), antecedente de ideación suicida ($p < 0.001$) y un abuso físico en la infancia ($p < 0.04$). No se encontró correlación entre el policonsumo de sustancias e intento suicida ($p = 0.614$).³³

Tras estudiar la influencia del tráfico de drogas, la agresión reciente y el antecedente de haber estado en prisión Arribas-Ibar et al (2017) encontraron que en pacientes con TUS que realizaron una agresión reciente se asoció a la ideación o plan suicida (razón de prevalencia: hombres = 2,2; mujeres = 1,4). Los hombres que traficaban drogas eran más propensos a tener ideación o plan suicida. En las mujeres el haber estado en prisión se asoció positivamente con la ideación o planeación suicida (RP = 1,8) mientras que en los hombres esta asociación fue negativa (RP = 0,7)³⁴

Coexistencia de la agitación y del riesgo suicida.

La Sociedad Americana de Suicidiología y el Instituto Nacional de Salud Mental consideran a la conducta agitada como un signo de alarma para cometer suicidio. Además, estas instituciones alertan al clínico de otros signos de alarma tales como la desesperanza, sentimientos de rabia, enojo o de “estar atrapado” así como agudización en la ansiedad, el insomnio, y el consumo de sustancias.³⁵

En los individuos que comenten un intento suicida uno de los factores de riesgo más importantes son las conductas que expresan agitación o ansiedad los 30 días previos al acto. La agitación se caracteriza por un incremento de la función motora y una activación mental dolorosa. Con frecuencia la conducta agitada se acompaña de inquietud, ansiedad y sentimientos tales como de angustia o de estar “sin salida”. La agitación forma parte también de la “ansiedad psíquica severa” que se observa en 90% de quienes realizaron intentos de suicidio atendidos en emergencia. Por lo referido, la agitación se considera un factor implicado en el riesgo suicida agudo, considerándose dicho factor con una magnitud significativa ($p < 0.007$).^{36, 37}

A nivel mundial, la diversidad de los factores tanto a nivel individual como político-social, influyen en el incremento del consumo de sustancias de abuso, lo que supone que la población vulnerable tiene más riesgo de desarrollar un consumo problemático. Destaca la importancia de disminuir la mortalidad por suicidio, ya que se sabe que las intervenciones adecuadas pueden prevenirla con éxito. Las sustancias de abuso, así como la agitación se han vinculado al incremento de riesgo suicida y a los suicidios consumados. Por otra parte, cuando se tiene también un diagnóstico psiquiátrico, el abordaje y prevención se tornan aún más importantes para el pronóstico del paciente. Por lo anterior es necesario contar con mayor conocimiento científico ya que las medidas preventivas realizadas, impactan en gran medida en la salud mental y calidad de vida de los pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias.

JUSTIFICACIÓN.

Se ha subrayado el creciente problema que representa en consumo de sustancias de abuso a muchos niveles, siendo el impacto sobre los sistemas de salud mental, un problema necesario de abordar. Al respecto el trastorno por uso de sustancias es una de las causas más frecuentes de hospitalización y de atención en el área de urgencias de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, pues existe una demanda creciente de pacientes con este diagnóstico que hacen uso de los servicios de urgencias y de hospitalización. En la observación empírica, la población atendida por trastorno de uso de sustancias atendida en urgencias y en hospitalización, suele presentar importante recurrencia y severidad en su sintomatología, además no es infrecuente encontrar una prevalencia destacable de factores de riesgo suicida y de conducta agitada, incluso en un mismo paciente.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 3º señala que “las investigaciones deben contribuir para el conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; así como a los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos”. En esta línea y considerando que la atención en urgencias y el internamiento hospitalario de los pacientes con trastorno por uso de sustancias genera saturación de los sistemas de salud mental, el identificar con mayor precisión la prevalencia de la agitación y del riesgo suicida, facilitaría la identificación de los aspectos clínicos vinculados a la enfermedad, lo anterior en busca de considerar posibles intervenciones más específicas que favorezcan el tratamiento oportuno y la limitación del daño a la salud de los pacientes.

HIPÓTESIS.

Los pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias hospitalizados o atendidos en el área de UPIC y TRIAGE, presentan alta prevalencia de conducta agitada y riesgo suicida.

OBJETIVOS.

Objetivo general.

Identificar la prevalencia de conducta agitada y de riesgo suicida en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias atendidos en TRIAGE, UPIC u hospitalización de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

Objetivos específicos.

- Describir la prevalencia de la coexistencia de conducta agitada y categorías positivas de riesgo suicida.
- Describir si existe asociación entre el sexo y la presentación de conducta agitada y las categorías positivas de riesgo suicida.
- Identificar si existe asociación entre la conducta agitada y la positividad de categorías de riesgo suicida respecto al tipo de sustancia de abuso consumida.

SUJETOS Y MÉTODOS.

-Tipo de estudio:

Descriptivo, observacional y retrospectivo.

-Criterios de selección:

Criterios de inclusión.

- Expedientes de pacientes donde en su última nota médica, resumen clínico, nota de egreso u hoja de hospitalización se establezca el diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias (o su correspondiente en el CIE-10), que hayan hecho uso del servicio de TRIAGE, UPIC y/o de hospitalización del 1º de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2018.
- Contar con el expediente accesible y dentro del archivo activo de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.
- Expedientes pertenecientes a hombres y a mujeres con edades comprendidas entre 18 y 35 años en el momento de su atención en TRIAGE, UPIC y/o en hospitalización.
- Expedientes que cuenten con la escala de comportamiento agitado de Corrigan y con el cuestionario de evaluación de riesgo suicida de Sheppard Pratt, realizados durante el periodo de estudio descrito previamente.
- Expedientes de pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias donde se consigne en notas médicas y/o pruebas toxicológicas, el consumo alcohol, marihuana, metanfetamina, cocaína u otras sustancias en los pasados 12 meses previos a su atención.

Criterios de exclusión.

- Antecedente de traumatismo craneoencefálico severo.
- Cirugía en los últimos 3 meses previos al estudio.

- Enfermedad crónico degenerativa no controlada.
- Antecedente de epilepsia.
- Pacientes con abuso exclusivo de tabaco, de benzodiazepinas, o de cafeína.
- Trastornos del Espectro Autista.
- Discapacidad intelectual.
- Cualquier trastorno de personalidad.

Criterios de eliminación.

- Expedientes incompletos o en mal estado físico.
- Expedientes que de acuerdo a la NOM 004, no tengan actualización en su historia clínica en los pasados 3 años a la recolección de la muestra.
- En el caso de los pacientes hospitalizados o atendidos es UPIC, quienes hayan interrumpido su internamiento por traslado a otro hospital.
- Expedientes que no correspondan con el nombre completo y/o al diagnóstico reportados en los registros hospitalarios de atención en TRIAGE, urgencias y/o en hospitalización.

-Descripción del universo de estudio:

Expedientes de pacientes con diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias de acuerdo al V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) o con el diagnóstico de Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario al Uso de Múltiples Sustancias de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que hayan hecho uso del servicio de TRIAGE, UPIC y/o de hospitalización dentro del periodo comprendido entre el 1º de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2018 que cumplan con los criterios de selección establecidos.

-Tamaño de la muestra:

Dado que el objetivo de estudio fue identificar la prevalencia de conducta agitada y de riesgo suicida en la población con trastorno por uso de sustancias, se analizaron todos los expedientes accesibles que cumplían los criterios de selección.

-Descripción y medición de variables.

-Variables del estudio:

Dependientes.

Variable	Definición operacional	Valores posibles	Tipo de variable
Puntuación de la escala ABS	Igual o mayor que 20	14-56	Continua
Puntuación del cuestionario de Sheppard Pratt	Igual o mayor que 3	0-13	Continua

Independientes:

Variable	Definición operacional	Valores posibles	Tipo de variable
Consumo de alcohol	Sí: 1 No: 0	2	Dicotómica
Consumo de marihuana	Sí: 1 No: 0	2	Dicotómica

Consumo de metanfetaminas	Sí: 1 No: 0	2	Dicotómica
Consumo de cocaína	Sí: 1 No: 0	2	Dicotómica
Consumo de otras drogas	Sí: 1 No: 0	2	Dicotómica

Sociodemográficas:

Variable	Definición operacional	Valores posibles	Tipo de variable
Edad	Años cumplidos	18-35	Continua
Sexo	Sexo biológico	0: Mujer 1: Hombre	Dicotómica
Estado civil	Estado civil	0: Soltero 1: Casado 2: Unión libre 3: Separado o divorciado	Ordinal
Escolaridad	Último grado de estudios	0: Primaria 1: Secundaria 2. Bachillerato 3. Licenciatura	Ordinal

Empleo	Estado laboral	0: Empleado 1: Desempleado	Dictómica
--------	----------------	-------------------------------	-----------

-Instrumentos de medición:

Escala de comportamiento agitado de Corrigan (ABS).

Fue inicialmente diseñada para evaluar la agitación en el contexto de pacientes en periodo de postraumatismo postencefálico, sin embargo se ha utilizado ampliamente en Psiquiatría. Facilita la información sobre los diversos aspectos de la excitación y de agitación. Evalúa la agitación de forma objetiva al momento de la evaluación y es un instrumento de administración heteroaplicada. Cuenta con bastos estudios de fiabilidad y de validez. En cuanto a su fiabilidad ha mostrado consistencia interna por estudios que la ubican con un alfa de Cronbach por encima de .80. No cuenta con puntos de corte establecidos, pero a mayor puntuación mayor agitación. Es un instrumento práctico, donde el entrevistador debe calificar de acuerdo con una escala tipo Likert de acuerdo a lo observado.^{38, 39, 40} Para fines de este estudio se establecieron puntos de corte (Tabla 1). La escala incluye 14 ítems que se agrupan en 3 factores: desinhibición, agresividad y labilidad.

Conducta agitada	Puntuación
Inexistente	<20
Leve	20-31
Moderada	32-43
Severa	>44

Tabla 1. Puntos de corte para agitación.

Evaluación del riesgo suicida de Sheppard Pratt.

Este cuestionario para la evaluación del riesgo suicida, fue elaborado por el Sistema de Salud del Hospital Sheppard Pratt. Actualmente se utiliza para la identificación y la asesoría hospitalaria dirigida a la mitigación del riesgo suicida.⁴¹ Consta de 13 categoría a ser evaluadas, siendo las preguntas 1-3 para explorar las intenciones

suicidas del paciente expresadas en palabras o en comportamiento. Las preguntas 4-9 incluyen las características del paciente tras el examen mental, y las 10-13 informan sobre aspectos de historia del paciente relacionadas al riesgo suicida.^{41, 42} Este cuestionario no cuenta con estudios de alfa de Cronbach ni otros de consistencia interna, no obstante se realizó por expertos en el tema de identificación, prevención y manejo del riesgo suicida en población hospitalaria.⁴² Se establecieron puntos de corte de acuerdo a la severidad del riesgo suicida (Tabla 2).

Riesgo suicida	Puntuación
Inexistente	1-2
Leve	3-5
Moderado	6-8
Severo	>9

Tabla 2. Puntos de corte para riesgo suicida.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Mediante el uso de los programas de Microsoft Excel 2019 y Graph PadIn Stat (versión 3.06) se realizó estadística descriptiva para procesar los datos y presentar la información obtenida. Posteriormente se analizaron las variables de interés para encontrar asociaciones significativas. Los rangos de puntuación total de las variables dependientes que se obtuvieron a través de los instrumentos de medición se dividieron en intervalos correspondientes a inexistente, leve, moderada y severo, para cada condición según se detalla en las tablas 1 y 2. Para el análisis de asociaciones entre las variables de estudio, se utilizó la prueba de Chi cuadrada. Se consideró un nivel de significancia de 0.05.

ASPECTOS ÉTICOS.

La presente investigación contempla los principios éticos de la declaración de Helsinki, del código de Núrenberg y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En cuanto a las normativas de investigación de México, se considera que el presente trabajo es catalogado de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en el tema de Investigación para la salud en su artículo 17 fracción I, como una investigación de bajo riesgo, ya que no se realizó una intervención directa con el usuario. Además, considerando que los datos fueron recolectados de expedientes, no se requirió contar con cartas de consentimiento informado. Para cumplir con el manejo confidencial de la información no se manejaron los nombres de los usuarios, sino que cada expediente fue designado por números subsecuentes en hojas de recolección de datos.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Clínica Psiquiátrica mediante el memorándum No. 0203/19 bajo el registro **CEI-CPDENP-19-01**.

RESULTADOS.

De acuerdo a los registros hospitalarios de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, durante el periodo de estudio se registraron 1081 consultas por Trastorno por Uso de Sustancias atendidas en el área de TRIAGE, de las cuales 358 culminaron en ingreso a observación en UPIC y/o en hospitalización. Los instrumentos de medición utilizados en este estudio, fueron aplicados a las referidas 358 consultas al momento de su ingreso a UPIC y/o a hospitalización como parte protocolaria de lineamientos de hospitalización. Para la obtención de la población de estudio accesible, se consideraron los expedientes correspondientes a las 358 valoraciones de TRIAGE que culminaron en ingreso a UPIC y a hospitalización y que tuvieran entre 18 y 35 años, quedando en primer momento, 162 expedientes. De los 162 expedientes revisados se excluyeron y/o eliminaron 44 expedientes resultando finalmente en una población accesible de 118 expedientes. En el caso de los expedientes de pacientes con más de un internamiento durante el periodo de estudio, se recolectaron solo los datos correspondientes de su último internamiento.

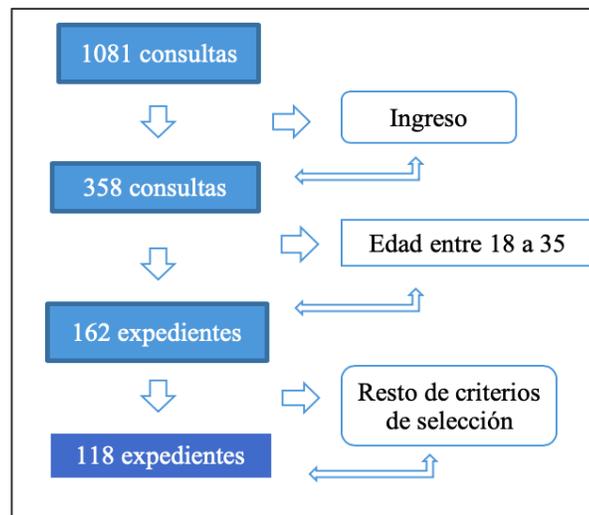


Diagrama de recolección de la población accesible.

-Aspectos sociodemográficos.

Del total de la población estudiada, 80% fueron hombres y 20%, mujeres. (Figura 1a) La edad media fue de 25.7 años. Las edades con mayor frecuencia fueron 18-23 años (40%), 24-28 años (31%), 29-32 años (19%) y por último de 33-35 años (10%), (Figura

1b). El estado civil fue en su mayoría soltero (81%), seguido de unión libre (12%), casado (4%) y separados (3%). (Figura 1c). Considerando máximo grado académico obtenido, el nivel de estudios fue en su mayoría de secundaria (48.3%), seguido por primaria (31.3%) y bachillerato (19.5%), siendo el grado de licenciatura excepcional (0.8%). (Figura 1d). La situación laboral fue en su mayoría de inactivos económicamente (79%) y menor en empleados o quienes realizaban alguna actividad laboral regular (21%), (Figura 1e).

-Consumo de sustancias.

Las sustancias más consumidas fueron: marihuana (88%), alcohol (81%), y metanfetamina (62%), (Figura 2a-c). La cocaína era consumida por el 30.5%, (Figura 2d) mientras que otras drogas, especialmente inhalantes, por el 48% (Figura 2e). El número promedio de sustancias consumidas por cada paciente fue de 3, siendo el consumo de 3 o más sustancias el más prevalente (77%), (Figura 2f).

-Agitación.

El 75% de los pacientes presentaron comportamiento agitado, (Figura 3a), siendo más prevalente la agitación “leve” (54.24%), que la “moderada” (27.97%) y la “severa” (8.47%), (Figura 3b). La puntuación media obtenida en la Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan fue 27.37. Respecto al sexo, no hubo diferencias significativas en la presencia de agitación ($p=0.33$), ni en los factores de desinhibición, agresividad y labilidad (Figura 4a-d).

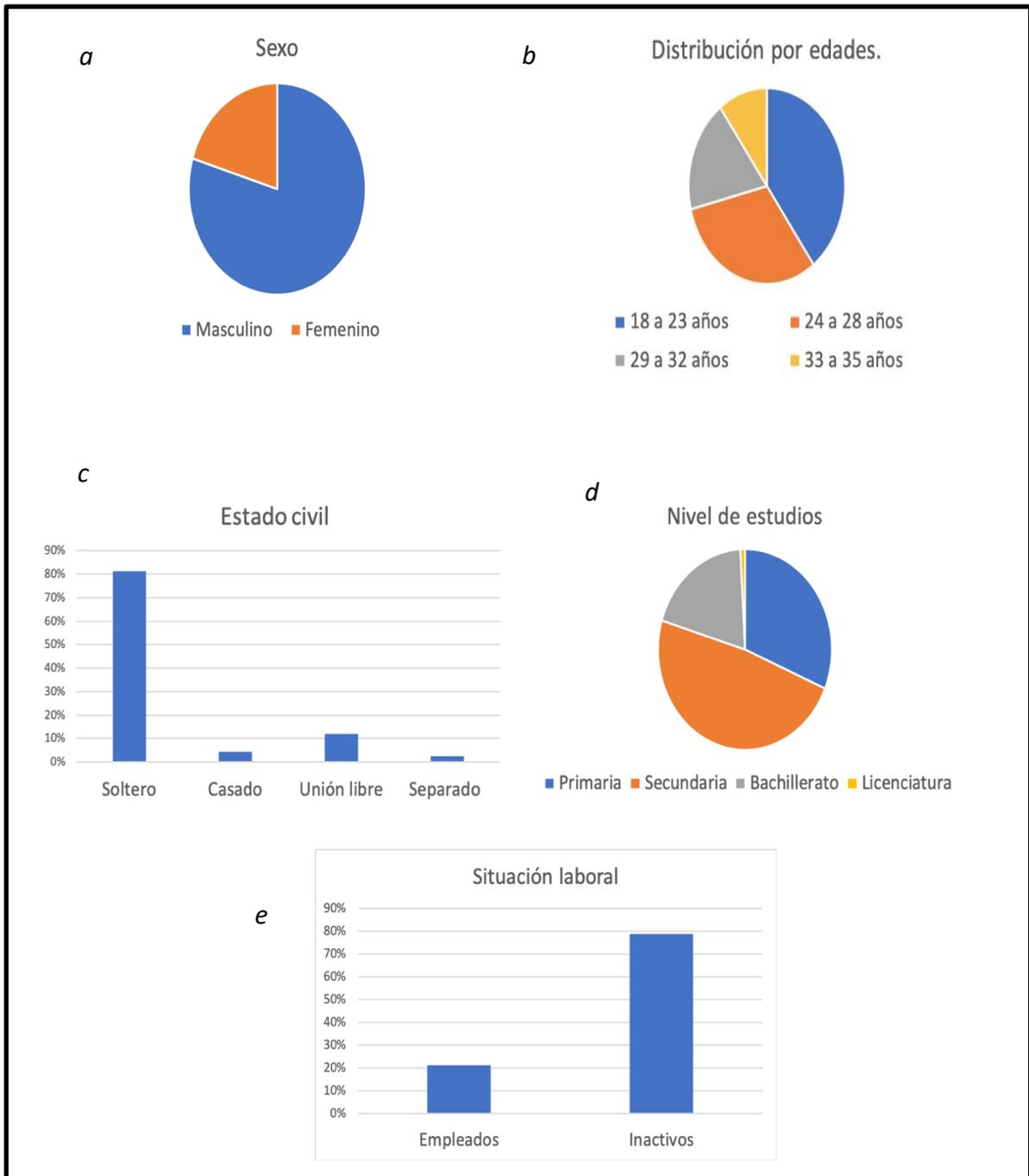


Figura 1. Aspectos sociodemográficos.

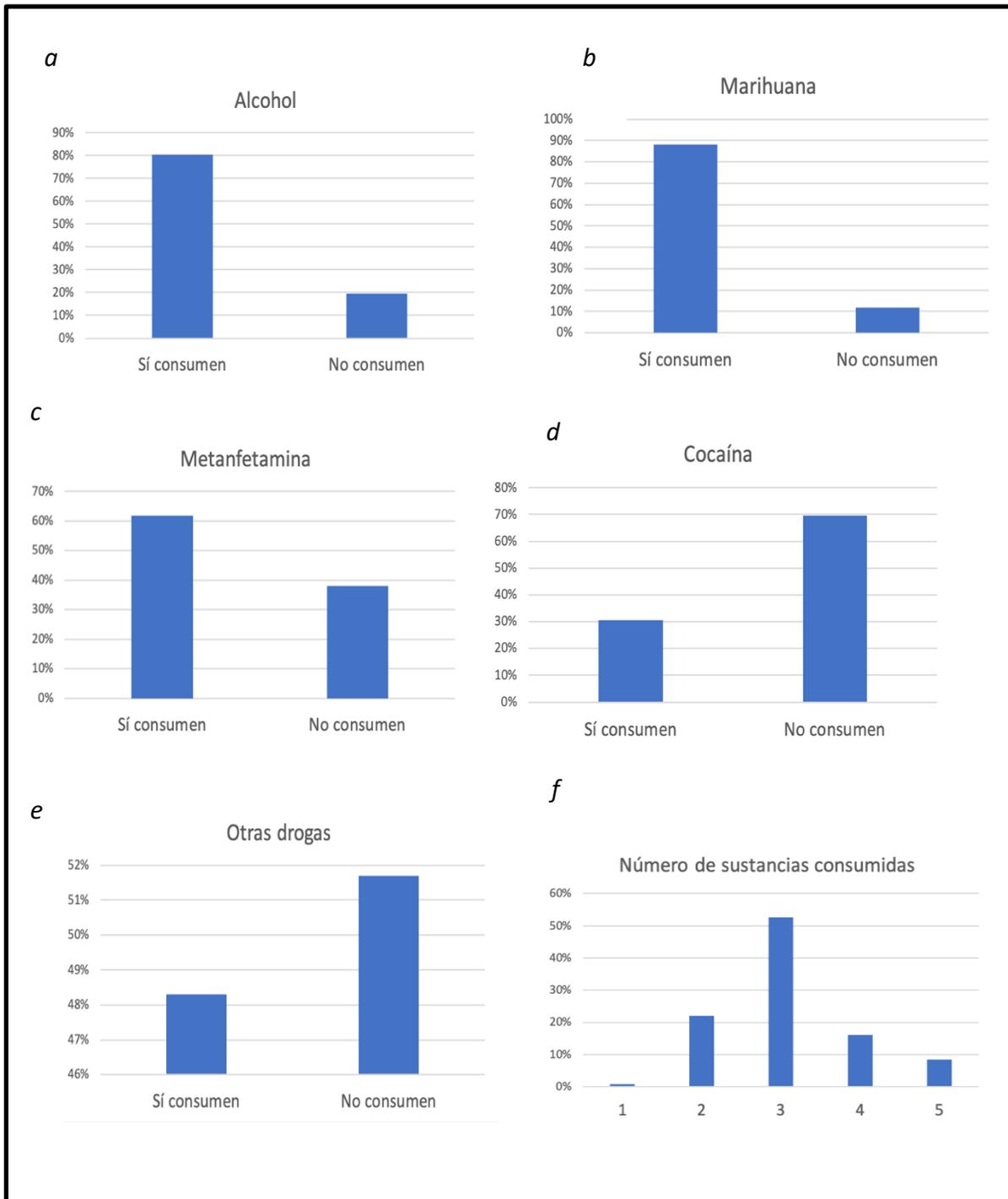


Figura 2. Características del consumo de sustancias.

Respecto a la prevalencia de agitación para cada tipo de consumo fue: metanfetamina (80%), alcohol (79%), cocaína (58%), otras sustancias (47%), y marihuana (30%). (Tabla 3). La agitación moderada a severa según el consumo de sustancia, fue mayor para metanfetamina (41%), seguida de otras sustancias (35%), alcohol (33%), marihuana (30%) y cocaína (25%). El consumo de metanfetamina se asoció significativamente a la presencia de agitación moderada a severa ($p=0.0002$). (Tabla 3).

Las sustancias más consumidas en pacientes agitados, por orden de prevalencia fue marihuana (86%), alcohol (83%), metanfetamina (65%). Este mismo orden de prevalencia de consumo se encontró en la agitación moderada a severa (82%, 80% y 77%) respectivamente.

Las mujeres con agitación mostraron mayor puntuación en labilidad; mientras que los hombres en agresividad. Considerando el consumo de las sustancias de interés elegidas en pacientes con agitación, se encontró una puntuación más alta en consumidores de metanfetamina en los factores desinhibición, agresividad y labilidad, este último factor tuvo asociación significativa con esta droga ($p=0.02$). (Tabla 4).

-Riesgo suicida.

El 90% tuvo positividad en al menos 3 categorías para riesgo suicida. Considerando la gravedad del riesgo suicida, el 54% tuvo riesgo leve, 28% moderado, y 8% severo (Figura 5a). De acuerdo al sexo, el riesgo leve se encontró en el 41% en mujeres y 55% en hombres; respectivamente para el riesgo moderado 46% y 34%, y para el severo 8% y 4%. (Figura 5, b y c). No hubo asociación significativa entre el riesgo suicida y el sexo ($p=0.45$).

De las categorías de la evaluación del riesgo suicida de Shepard Pratt, destacaron por mayor puntuación -además del abuso reciente de sustancias que fue el 100%- fueron la psicosis (72%) y la agitación (57%). Para fines de este estudio se eligieron las categorías de psicosis, de intento suicida reciente (33%) y de apoyo social pobre, es decir falta de red de apoyo (51%). Dichas categorías por sexo fueron, intento suicida reciente (mujeres 38%, hombres 32%), psicosis (mujeres 58%, hombres 76%) y falta

de apoyo social (mujeres 29%, hombres 56%), (Figuras 5, d y e). Se encontró una asociación significativa entre el ser hombre y tener peor puntuación en el apoyo social, ($p=0.002$), (Tabla 5). Además se buscó relación entre la positividad a las categorías de riesgo suicida comentadas y el consumo de determinada sustancias, sin encontrar hallazgos significativos.

El riesgo suicida de acuerdo a la sustancia consumida, lo experimentaron entre el 89% y el 93% de cada sustancia de estudio. Las sustancias que consumían los pacientes con cualquier grado de riesgo suicida, fueron similares a la frecuencia de consumo de la población, siendo por orden de frecuencia, marihuana (88%), alcohol (83%), metanfetamina (64%), otras sustancias (49%), y cocaína (43%). Las 3 sustancias que más se relacionaron al riesgo suicida moderado a severo, fueron la metanfetamina (41%), otras sustancias (39%), y el alcohol (38%). Las sustancias más consumidas por pacientes con riesgo suicida moderado a severo, fueron la marihuana (86%), el alcohol (84%) y la metanfetamina (70%). No se encontró significancia estadística entre las sustancias de consumo y el riesgo suicida, (Tabla 6).

-Coexistencia de la agitación y del riesgo suicida.

La coexistencia de la agitación y el riesgo suicida ocurrió en el 72% de los pacientes. De los pacientes con riesgo suicida moderado a severo, 86% tuvo agitación; mientras que el 100% de los pacientes con agitación moderada a severa tuvo al menos riesgo suicida moderado. Sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre agitación y el riesgo suicida.

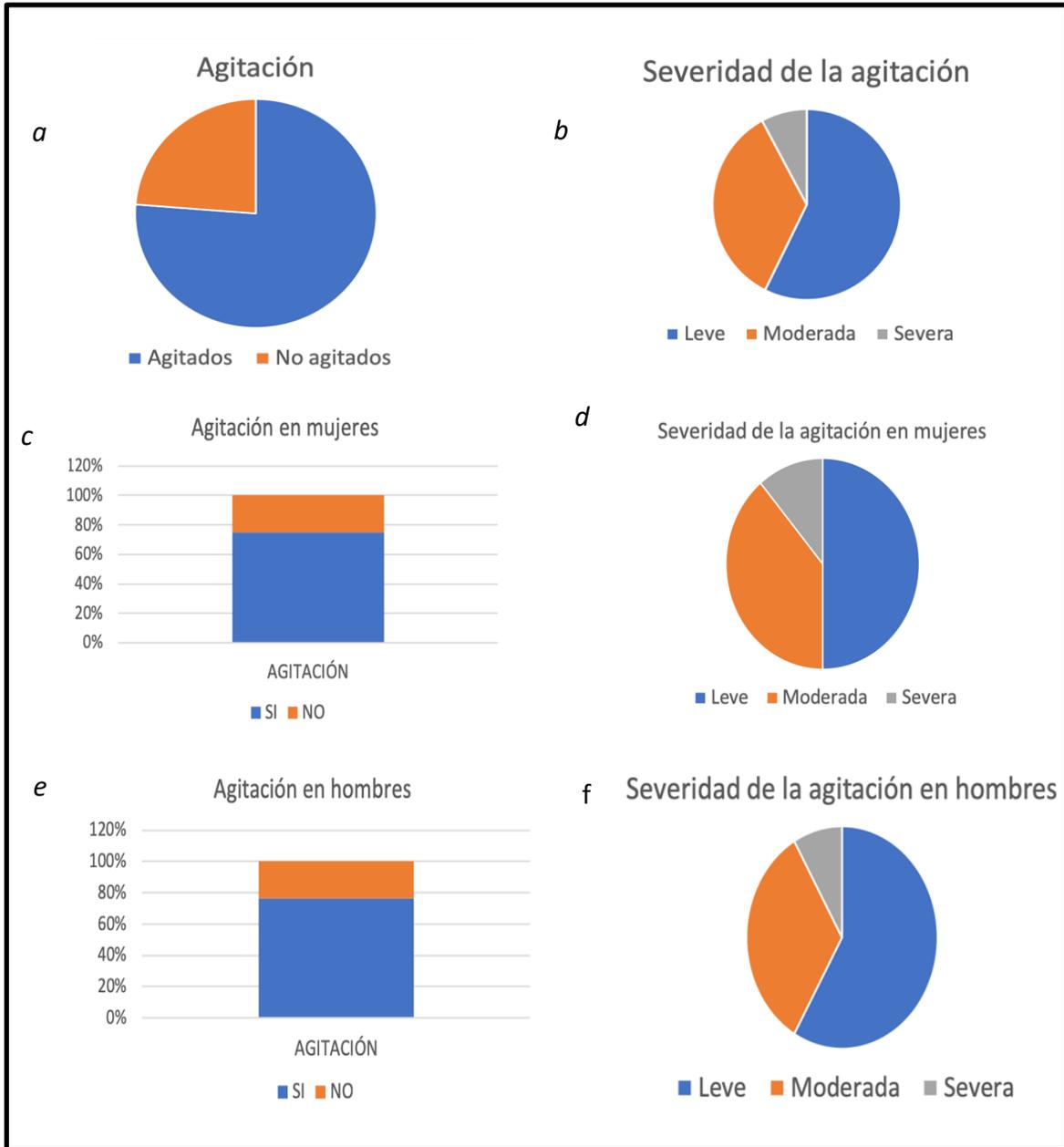


Figura 3. Características generales de la agitación.

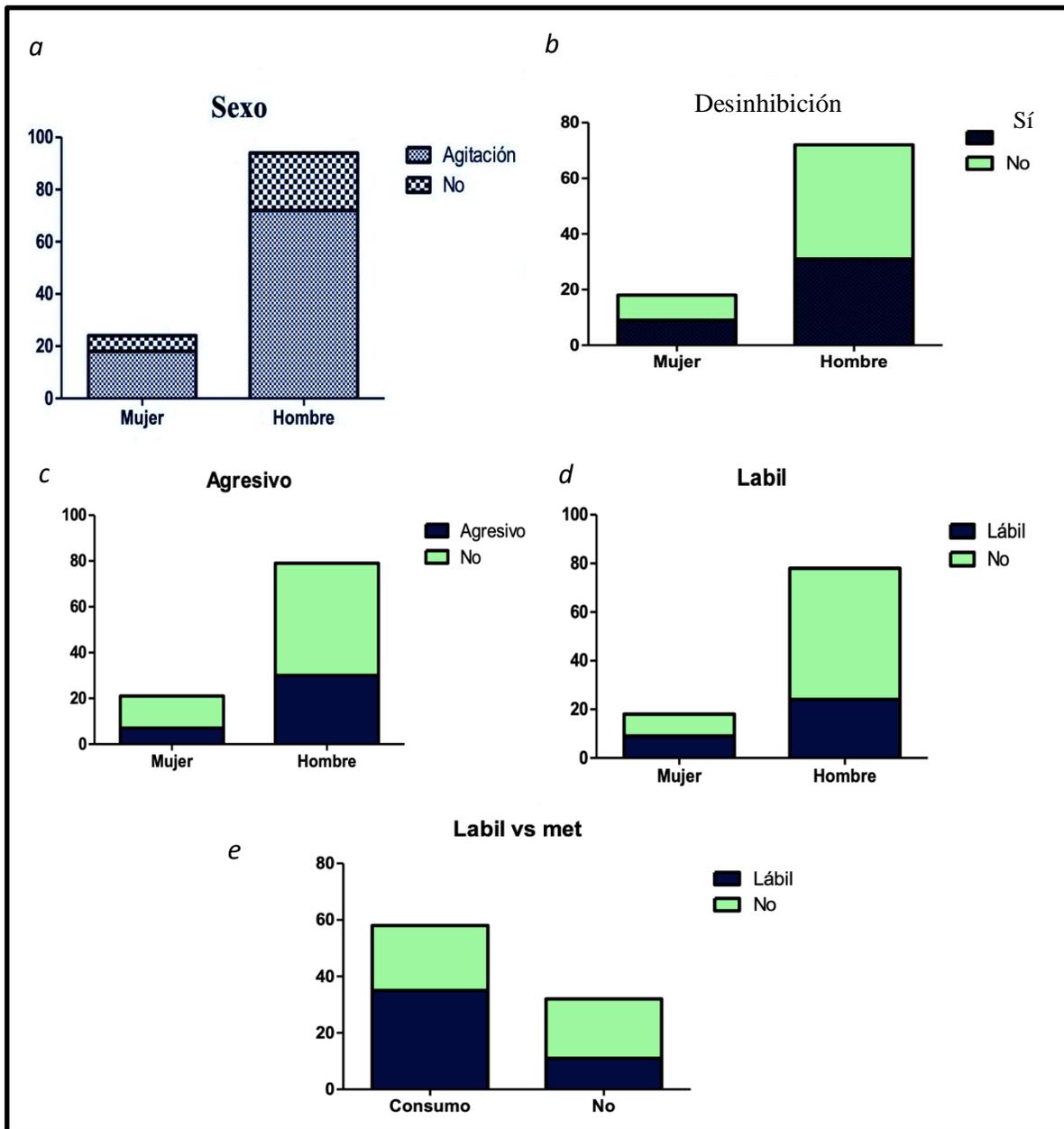


Figura 4. Agitación por sexo y por patrón “desinhibido”, “agresivo” o

 “lábil”; 4a($p=0.63$), 4b($p=0.60$), 4c($p=0.8$), 4d($p=0.16$), 4e($p=0.02$).

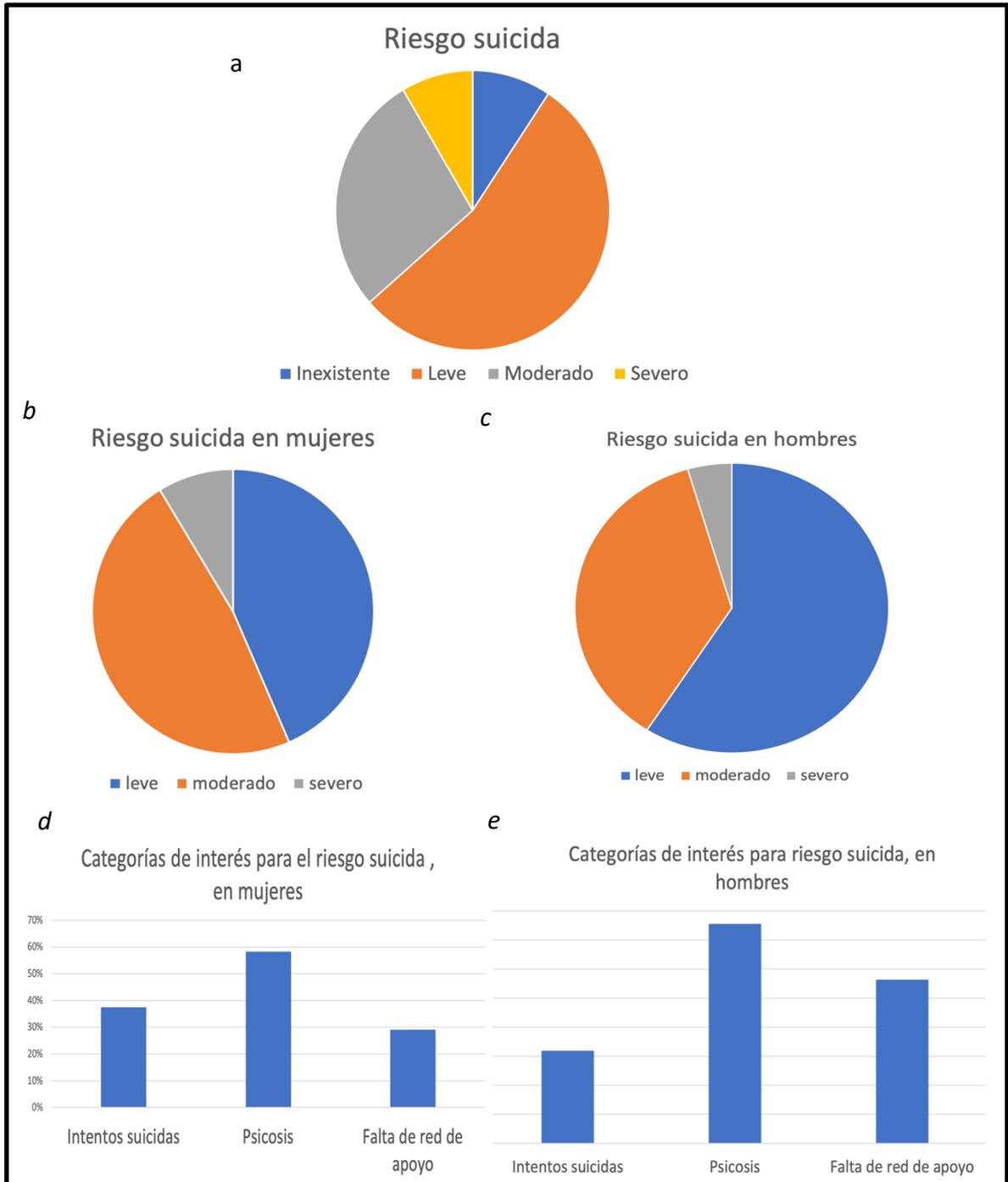


Figura 5. Características generales del riesgo suicida.

Sustancia	Agitación (χ^2)	Agitación (p)	MS (χ^2)	MS (p)
Alcohol	0.03	0.84	1.9	0.16
Marihuana	3.0	0.08	0.78	0.37
Metanfetamina	13.6	0.0002*	1.0	0.3

Tabla 3. Agitación y consumo de sustancias. MS= Moderada a severa. *P significativa <0.05.

Característica	Desinhibición (χ^2)	(p)	Agresividad (χ^2)	(p)	Labilidad (χ^2)	(p)
Sexo	0.28	0.6	0.15	0.8	2.3	0.16
Alcohol	3.6	0.08	0.33	0.56	0.56	0.57
Metanfetamina	3.5	0.07	0.33	0.56	5.5	0.02*

Tabla 4. Patrón de agitación según sexo, y consumo de alcohol o metanfetamina. *P significativa <0.05.

Categoría	Sexo (p)	OH (p)	THC (p)	MET (p)	COC (p)	OTRAS (p)
Apoyo social pobre	0.02*	-	-	-	-	-
Psicosis	0.76	0.64	0.10	0.39	0.50	1.0
Intento suicida reciente	0.23	-	-	-	-	-

Tabla 5. Categorías positivas de riesgo suicida. OH: alcohol, THC: marihuana, MET: metanfetamina, COC: cocaína. *P significativa <0.05.*

Sustancia	Riesgo (χ^2)	Riesgo (p)	RS (χ^2)	RS (p)
Alcohol	0.63	0.44	2.2	0.22
Marihuana	0.28	0.76	0.08	1.0
Metanfetamina	1.79	0.23	1.28	0.32
Cocaína	0.21	0.68	0.19	0.73
Otras	0.22	0.70	0.03	1.0

Tabla 6. Riesgo suicida de acuerdo a la sustancia de consumo. RS=riesgo severo (o grave). P significativa <0.05.

DISCUSIÓN.

Como se establece previamente en la literatura se reporta que el riesgo suicida y la conducta agitada son fenómenos frecuentes en quienes tienen un Trastorno por Uso de Sustancias. Sin embargo no se encontró asociación de la presencia del riesgo suicida y la agitación, a pesar de que existe literatura que apunta a dicha asociación, podría deberse a las características de medición del instrumento para medir riesgo suicida. Sobre esto, un meta análisis que incluyó a 13, 833 sujetos, mostró una asociación significativa entre el riesgo suicida y la agitación ($p=007$).⁴³ La etiología de la agitación por lo general se agrupa en 3 grandes apartados: en relación a condición médica, secundaria al uso de sustancias, especialmente durante una intoxicación y por último, por un trastorno psiquiátrico primario. El antecedente de abuso de sustancias, junto con el Trastorno Bipolar y la Esquizofrenia figuran entre los factores de riesgo más frecuentemente asociados a la conducta agresiva o violenta en un paciente agitado.⁴⁴

Como se comprobó en este estudio, la metanfetamina se ha asociado significativamente a la agitación. La intoxicación por esta droga frecuentemente asiste a los departamentos de emergencias, con agitación, agresividad u alteraciones de conducta que requieren manejo con sedación farmacológica. A su atención en emergencias, la mayoría de los pacientes presenta taquicardia (56%) y/o hipertensión (42%) siendo raras las complicaciones médicas graves o la mortalidad durante su consumo. Con frecuencia debido a las alteraciones conductuales de por metanfetamina, siendo que hasta el 37% de las admisiones hospitalarias según un estudio llevado a cabo en un hospital general, fueron llevados por elementos policiacos.^{45, 46} Las manifestaciones clínicas por neurotoxicidad de la metanfetamina incluyen disfunción ejecutiva, espaciovisual y de memoria episódica. Los cambios estructurales se han relacionado a cambios monoaminérgicos que contribuyen a un aumento en de la liberación de glutamato en múltiples regiones cerebrales que contribuye al daño neuronal vía excitotóxica.⁴⁷

Se encontró una asociación significativa en cuanto al apoyo social y el sexo. Al respecto se han encontrado diferencias socioculturales y de sexualidad en la adicción.

Para entender las diferencias entre el abuso de sustancias debemos tomar en cuenta el medio ambiente y la sociedad donde se vive. El consumo de sustancias en la mujer, está estigmatizado y condenado, pues rompe por lo general, con las expectativas de muchas sociedades y culturas atribuidas su género. No obstante la evolución de una mujer con adicción suele ser similar en muchos aspectos a la del hombre.⁴⁸ Esto debido a que la mujer, con mayor frecuencia presenta antecedentes de trauma psíquico, así como síntomas ansiosos y depresivo. Las mujeres que son vulnerables a la adicción, pueden tener progreso más acelerado de la adicción. Históricamente los hombres tienen menores restricciones para el consumo de drogas que las mujeres, ello ha tenido un efecto protector en estas, contra el iniciar o mantener el consumo de sustancias de abuso.

El apoyo social es uno de los principales factores para reducir el consumo de drogas, disminuir el estrés generado y aumentar la efectividad del tratamiento.^{48, 49} Puesto que se encontró en este estudio una asociación significativa en cuanto al apoyo social a la mujer en comparación con los hombres, esto en teoría, podría ser un factor de protección ante el suicidio y que además le serviría para tener una mejor evolución. El por qué de este hallazgo puede deberse a nuestras características socioculturales, ya que en México muchas familias suelen tener una estructural matriarcal, aunado a la mayor mayor externalización de síntomas afectivos en la mujer que podrían llevar a una atención más temprana y a un menor deterioro de sus redes de apoyo social en comparación con los hombres.

LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.

Los resultados obtenidos por este estudio no son generalizables y el grado en que puedan replicarse dependerá totalmente de las características de la población que se seleccione. Por otro lado, podrían existir omisiones en la recolección de datos, y de otras variables de innegable peso, especialmente el diagnóstico dual y los trastornos de personalidad. Así mismo, otra limitante fue el no contar con mediciones, a través de otros instrumentos, de las características específicas del consumo, el síndrome de abstinencia y la intoxicación aguda. En el lugar de realización de este trabajo, se cuenta con datos de riesgo suicida obtenidos exclusivamente a través del cuestionario de Sheppard Pratt. Sin embargo, existen dos posibles limitaciones respecto a los datos que este instrumento provee; la primera es su falta de validación como instrumento de medición. En segundo lugar, no se tienen datos para sustentar que su aplicación haya sido uniforme en todos los pacientes, ya que el personal que lo aplica se encuentra en formación.

Por otro lado, aun estando presente el cribado, no hay un seguimiento clinimétrico para evaluar la evolución tanto en hospitalización como en consulta externa, lo cual abre una perspectiva de investigación en la que se identifiquen el riesgo de recaída o reinternamiento, el funcionamiento familiar y de las redes de apoyo, así como las características conductuales durante la abstinencia o el consumo intensivo. Sería importante implementar medidas para lograr mejor eficiencia en toma de pruebas toxicológicas de forma inmediata al ingresar o en el seguimiento ambulatorio.

De este estudio también surgen las siguientes propuestas de investigación:

- Puesto que un hallazgo interesante fue la alta prevalencia de sintomatología psicótica, podría investigarse la evolución de acuerdo a la sustancia de consumo, considerando la patología dual presente.
- Validación del cuestionario para la evaluación de riesgo suicida de Sheppard Pratt.
- Investigar los días de estancia hospitalaria según diagnóstico dual.
- Identificar los factores de riesgo para reingreso hospitalario y establecer estrategias para evitar el fenómeno de “puerta giratoria”.

-Investigar cómo influye la conducta agitada y/o agresiva en la función familiar.

CONCLUSIONES.

Se encontró en nuestra población de estudio, una alta prevalencia de la conducta agitada y del riesgo suicida en quienes hicieron uso de urgencias y fueron internados en observación u hospitalización. Podemos asumir que los resultados muestran que la población estudiada, tiene características sociodemográficas similares a lo reportado en la literatura. Este estudio, además de que identifica la prevalencia de la agitación y del riesgo suicida, también aporta hallazgos con utilidad para la práctica clínica pues destaca que hubo asociación significativa entre el consumo de metanfetamina y la presencia de agitación, guardando esto, congruencia con lo reportado en otros estudios. Además se obtuvo evidencia de que el sexo influye en el soporte social de los pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias, siendo peor en hombres que en las mujeres. Lo anterior nos acerca a considerar posibles intervenciones más específicas, que favorezcan el tratamiento oportuno y la limitación del daño a la salud.

BIBLIOGRAFÍA.

1. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report United Nations publication, 2015, Sales No. E.15.XI.6.
2. Villatoro et al. El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. Salud Mental. 2011, 447-457.
3. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016.
4. WHO. Mental health: suicide prevention. 2014.
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
5. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, 2014. DC: OPS.
6. Turecki G. Brent D. Suicide and suicidal behavior. Lancet 2016; 387: 1227–39.
7. Feltenstein M, See R. The neurocircuitry of addiction. An overview. British Journal of Pharmacology. Nature Publishing Group. 2008, 261-274.
8. Anagnostaras SG, Robinson TE. Sensitization to the psychomotor stimulant effects of amphetamine: modulation by associative learning. Behaviour Neuroscience. 1996, 1397-1398.
9. Kwako L, Bickel W, Goldman D. Addiction Biomarkers: Dimensional Approaches to Understanding Addiction. Trends in Molecular Medicine. 2017, 1-8.
10. Di Ciano P. Robbins T. Everitt B. Differential effects of nucleus Accumbens core, shell, or dorsal striatal inactivations on the persistence, reacquisition, or reinstatement of responding for a drug-paired conditioned reinforcer. Neuropsychopharmacology. 2008,10-19.
11. Volkow N. George M.D. Koob F. McLellan T. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. Molecular Psychiatry. 2016, 1–7.

12. Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 2008, 315-322.
13. Sterling S, Chi F, Hinman A. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. *Alcohol Res Health*, 2011, 338–349.
14. Hasin D, Samet S, Nunes E, Meydan J, Matseosane K, Waxman R. Diagnosis of Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Users Assessed With the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2006, 689–696.
15. Mauri M., Pace C., Reggiori A., Paletta S., Colasanti A. Primary psychosis with comorbid drug abuse and drug-induced psychosis: Diagnostic and clinical evolution at follow up. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017, 117-122.
16. Gage S. Hickman M. Stanley Zammit S. Association Between Cannabis and Psychosis: Epidemiologic Evidence Association Between Cannabis and Psychosis: Epidemiologic Evidence. *Biological Psychiatry*, 2016, 79:549–556
17. Moore TH. Zammit S. Lingford A. Barnes T. Jones PB. Burke M. Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2007, 370: 319–328.
18. Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T. & Hunt, G. E. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990- 2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 2015, 154, 1-13
19. Poorolajal J. Haghtalab T. Farhadi M. Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *Journal of Public Health*. 2015, 2:1-16.
20. Choi N. DiNitto D. Sagna A. Marti N. Postmortem blood alcohol content among late-middle aged and older suicide decedents: Associations with suicide precipitating/risk factors, means, and another drug toxicology. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018, 187: 311–318.

21. Szerman N. Lopez-Castroman S. Arias F. Morant C. Babin F. Mesías B. Basurte I. Vega P. Baca-García E. Dual Diagnosis and Suicide Risk in a Spanish Outpatient Sample. *Substance Use & Misuse*. 2011, 48:1–7.
22. Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M. E. Horigian, V., E., Salloum, I.M., Villalobos-Gallegos, L., & Fernández-Mondragón, J. Co-Occurring Disorders: A Challenge for Mexican Community-Based Residential Care Facilities for Substance Use. *Journal of Dual Diagnosis*. 2016, 12:261-270.
23. Youssef IM et al. Dual Diagnosis and Suicide Probability in Poly-Drug Users. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2016, 130-133.
24. Borges G. Benjet C. Orozco R. Medina-Mora ME. Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *Journal of Psychiatric Research*. 2017, 91:74-82.
25. Ickick R. Karsinti E. Lépine JP. Bloch V. Brousse G. Bellivier F. Vorspan F. Serious suicide attempts in outpatients with multiple substance use. *Drug and Alcohol Dependence Disorders*. 2017, 181:63–70.
26. Darke S. Kaye S. Duflou J. Lappin M. Lappin J. Completed Suicide Among Methamphetamine Users: A National Study. *The Official Journal of The American Association of Suicidology*. 2018, 1-10.
27. Borges G. Bagge CL. Orozco R. A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *Journal of Affective Disorders*. 2016, 195:63-74.
28. Bjorkenstam C. Bjorkentam E. Hjern A. Boden R. Reutfors J. Suicide in First Episode Psychosis: A National Cohort Study. *Schizophrenia Research*. 2014, 15 1-16.
29. Buckner J. Lemke A. Walukevich K. Cannabis use and suicidal ideation: Test of the utility of the interpersonal psychological theory of suicide. 2017, *Psychiatry Research* 253, 256–259.
30. Da Silva Costa L. et al. Risk factors for suicide in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2015, 237–254.

31. Oquendo M.A. Currier D. Liu SA et al. Increased risk for suicidal behavior in Comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders. *J. Clin. Psychiatry*. 2010, (7) 902-909.
32. Sublette M. Carballo JJ. Moreno C. Substance use disorder and suicide attempt in bipolar subtypes. *JAP*. 2009, 43:230- 238.
33. Trout Z. Hernández E. Kleiman E. Liu R. Prospective prediction of first lifetime suicide attempts in a multi-site study of substance users. *Journal of Psychiatric Research*. 2017, 84:35-40.
34. Arribas-Ibar E. Suelves J. Sánchez-Niuvó A. Domingo-Salvany A. Suicidal behaviours in male and female users of illicit drugs recruited in drug treatment facilities. *Gac Sanit*. 2017, 31:292- 298.
35. Franklin J et al. Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*. Vol. 143, No. 2. 2017, 189-190.
36. Berman A. Risk Factors Proximate to Suicide and Suicide Risk Assessment in the Context of Denied Suicide Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018, 48:340-352.
37. Rogers M. Ringer FB. Joiner TE. A meta-analytic review of the association between agitation and suicide attempts. *Clinical Psychology Review*. 2016, 48:1–6.
38. Bobes J. Portilla MP. Bascarán MT. Salz P. Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría clínica. 2003. Oviedo.
39. García-Rivera C. Clínica y Psiquiatría. Clips en Agitación. 2014. Barcelona.
40. Bogner, J. Corrigan J. Bode R. Heinemann A. Rating Scale Analysis of the Agitated Behavior Scale. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2000, 15:656.659.
41. Charen B. Morgan E. Roca Robert. Suicide Prevention and Risk Mitigation in Psychiatric and Acute Care Settings. Maryland Patient Safety Center & Sheppard Pratt Health System. 2015, 68-75

42. Lewis M, Rudolph K. Handbook of Develomental Psychopathology. Third Edition. Springer. 2014, 532-534.
43. Rogers ML. Ringer FB. Joiner T. A meta-analytic review of the association between agitation and suicide attempts. Clinical Psychology Review. 2016, 48:1-6.
44. Gariga M, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. The World Journal of Biological Psychiatry. 2016, 2:86-128.
45. Isoardi K. Ayles S. 2 Harris K. Finch C. Page CB. Methamphetamine presentations to an emergency department: Management and complications. Emergency Medicine Australasia, 2018, 1-7.
46. Singleton J, et al. Mortality among amphetamine users: A systematic review of cohort studies. Drug and Alcohol Dependence. 2009, 105:1-9
47. Moszczynska A. Callan SP. Molecular, Behavioral and Physiological Consequences of Methamphetamine Neurotoxicity: Implications for Treatment. Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics. 2017, 1-77.
48. Jill B. Clellan MC. Glover B. Sociocultural context for sex differences in addiction. Addiction Biology. 2016, 1-8.
49. Jill B. Clellan MC. Glover B. Sex Differences, Gender and Addiction. Journal of Neuroscience Research. 2017, 95:136–147.

ANEXOS.

Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale, ABS)

Indique si el paciente presentaba los comportamientos que se citan a continuación y, si es así, en qué grado: leve, moderado o extremo. El grado puede basarse en la frecuencia del comportamiento o en la intensidad de un incidente determinado. No deje ítems sin rellenar.

	<i>Inexistente</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Extremo</i>
1. Mantiene poco la atención, se distrae con facilidad, es incapaz de concentrarse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Impulsivo, impaciente, tolera mal el dolor o la frustración	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Poco cooperador, no deja que le cuiden, exigente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Es violento o amenaza a las personas o la propiedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Explosivo o con ataques de ira imprevisibles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Se balancea, se frota, gime o manifiesta otra conducta autoestimulante	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Tira de los tubos y las ataduras de la cama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Vaga por las áreas de tratamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Está inquieto, va y viene, se mueve excesivamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Muestra comportamientos repetitivos, motores o verbales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Habla rápido, alto o en exceso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Cambia de humor súbitamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Lloro o se ríe con facilidad y de una manera excesiva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Se hace daño o insulta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Puntuación total: _____

Puntuaciones factores

Desinhibición (ítems 1-2, 6-10): _____

Agresividad (ítems 3-5, 14): _____

Labilidad (ítems 11-13): _____

Evaluación del riesgo suicida de Sheppard Pratt.

	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	SI	NO
1.	¿Intento suicida reciente?	Intento de suicidio grave inmediatamente previo a su hospitalización		
2.	¿Intento suicida inminente?	Expresando actualmente un deseo de matarse (en el hospital)		
3.	¿Planeación suicida?	Tiene un plan específico que puede ser realizado (en el hospital)		
4.	¿Dolor psicológico o ansiedad?	Muestra signos de incomodidad psicológica extrema		
5.	¿Odio, enojo o culpa?	Muestra signos de autoestima extremadamente pobre		
6.	¿Desesperanza?	No cree que él o ella pueda sentirse mejor		
7.	¿Agitación?	Está visiblemente fatigado y tenso		
8.	¿Psicosis?	Tiene delirios especialmente con contenido de culpa o alucinaciones		
9.	¿Deseo de muerte?	Siente que la muerte le traería alivio		
10.	¿Historia propia o familiar de suicidio?	Tiene una historia de intentos suicidas o un suicidio en los miembros de la familia/amigos		
11.	¿Apoyo social pobre?	Ausencia de apoyo social de: <ul style="list-style-type: none"> 1. Amigos y conocidos 2. Empleo y/o desempeño escolar significativo 3. Redes de apoyo religiosas 		
12.	¿Abuso de sustancias?	Tiene una historia reciente de abuso dependencia a sustancias		
13.	¿Estresor reciente severo?	Ha experimentado una pérdida devastadora o conflictiva, sentimientos de culpa y preocupación		



SERVICIOS
DE SALUD

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION
MEMORÁNDUM No.

Expediente: 2S.3

0203/19

ASUNTO: Autorización a Protocolo de Investigación.

Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P.

16 ENE 2019

DR. ALDO DOMENICO NINNI ARIAS
MEDICO RESIDENTE DE PSIQUIATRIA.
P R E S E N T E.-

El Comité de Ética en Investigación, en sesión extraordinaria el 9 Enero 2109 le informa la autorización de su solicitud a Protocolo de Investigación "Prevalencia de la Agitación y del Riesgo Suicida en Pacientes con Trastorno por Abuso de Sustancias, atendidos en el Área de Triage, UPIC y Hospitalización de la Clínica Psiquiátrica Dr. everardo Neumann Peña "Con registro CEI-CPDENP-19-01.

Se le solicita ajustar lo siguiente a la brevedad en su protocolo:

Tipo de Estudio: Modificar.

Muestra: 192 expedientes, no pacientes.

Variables Confusoras, son variables demográficas modificar término.

Se le comunica la necesidad de realizar informe trimestral hasta concluir el proyecto y enviar al correo siguiente hazeldayanira@hotmail.com

Referencia: Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Quinta edición 2015
Diario Oficial. Lunes 11 de Enero de 2016.

ATENTAMENTE
LA PRESIDENTA

DIRECTO

L.E. HAZEL DEYANIRA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ

c.c.p.- Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez. -Directora. - Clínica.

c.c.p.- Dra. Laura Elena Pérez Ramos -Jefa de Educación e Investigación en Salud-Clinica

c.c.p.- Archivo y Minutario.

hdgh*

Notificado v/o
MELSAJA
10-01-19
19-01-19