



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
SEDE REGIONAL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Titulo: “COMORBILIDADES EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN
RELACIÓN CON EL HABITO TABÁQUICO”

Alumna: Liwacki, Jesica Paola

Tutor: Dr. Hugo Lande

Cotutora: Dra. Silvia Barrón

Fecha de presentación: Marzo de 2011

ÍNDICE:

<u>ÍNDICE.....</u>	<u>1</u>
<u>RESUMEN.....</u>	<u>2</u>
<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>3</u>
<u>MARCO TEÓRICO.....</u>	<u>5</u>
<u>DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....</u>	<u>14</u>
<u>OBJETIVOS.....</u>	<u>14</u>
<u>MATERIAL Y MÉTODO.....</u>	<u>15</u>
<u>RESULTADOS.....</u>	<u>16</u>
<u>DISCUSIÓN.....</u>	<u>33</u>
<u>CONCLUSIÓN.....</u>	<u>36</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA.....</u>	<u>37</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>39</u>

RESUMEN:

Introducción: La Esquizofrenia es una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo. Se calcula que de cada 100 personas, una padece esquizofrenia. La forma más habitual de abuso de drogas que se ha observado en las personas con esquizofrenia es la adicción a la nicotina como consecuencia del consumo de tabaco. La prevalencia del consumo de tabaco en pacientes esquizofrénicos es dos o tres veces mayor que la que existe en la población general. Es importante tener presente que el abandono del consumo de cigarrillo tiene efectos benéficos globales en la calidad y expectativa de vida de los pacientes esquizofrénicos.

Objetivos: a)- Identificar y analizar las comorbilidades frecuentes en pacientes esquizofrénicos en relación al hábito tabáquico; b)- Analizar qué relación existe entre el consumo de nicotina y los Pacientes Esquizofrénicos; c)- Identificar la asociación del tabaquismo con enfermedades Cardiovasculares y Pulmonares. d)- Identificar qué Comorbilidades Cardiovasculares (HTA) y/o Pulmonares (EPOC), son las más frecuentes en pacientes esquizofrénicos; e)- Conocer el rango de edad de presentación más frecuente y comparar si existe alguna relación entre ambos sexos con respecto a las Comorbilidades anteriormente nombradas; f)- Planificar e Implementar medidas preventivas para reducir la morbimortalidad de las comorbilidades cardiovasculares y/o pulmonares en pacientes esquizofrénicos en relación al consumo de nicotina.

Materiales y métodos: Se realiza un estudio analítico observacional de cohorte transversal, se procede a entrevistar por medio de encuestas periódicas a cuarenta Pacientes Esquizofrénicos, este estudio se lleva a cabo en el Sanatorio Neuropático (San Martín al 5854), de la Ciudad de Rosario, entre octubre y noviembre del año 2010.

Resultados: De los 40 pacientes esquizofrénicos el 80% es fumador, de esos 80% el 34% posee comorbilidad pulmonar, el 56% comorbilidad cardiovascular, y un 16% conjuntamente ambas comorbilidades. De los 40 pacientes esquizofrénicos el 30% presenta comorbilidad pulmonar, el 45% comorbilidad cardíaca y el 12,5 % ambas comorbilidades; Al analizar la variable edad dentro del grupo de pacientes con comorbilidades, las de origen pulmonar el promedio fue de 47.02+/-13,34 años, y en la comorbilidad cardiovascular fue de 46+/-12,93 años. En cuanto a la variable género, debido a que la elección fue al azar, el 40% de los entrevistados fueron mujeres y el 60% hombres, al analizar variable Género con los factores de riesgo cardiovascular y pulmonar a través del Test Chi-cuadrado demostró que la proporción de pacientes mujeres con comorbilidad pulmonar es menor a la proporción de hombres, a diferencia, de las comorbilidades cardiovasculares que predominaron en mujeres.

Conclusión: En relación a mi investigación pude concluir que del total de pacientes esquizofrénicos la mayoría consume nicotina, y que las comorbilidades cardíacas y pulmonares son frecuentes en pacientes esquizofrénicos con hábito tabaquito.

Por otro lado me llamo la atención la asociación del género con los factores de riesgo cardiovascular y pulmonar, donde la proporción de mujeres con comorbilidad pulmonar es menor que en pacientes varones; a diferencia, las mujeres presentaron mayor proporción de comorbilidades cardiovasculares que los hombres.

El rango de edad más relevante fue entre 40 a 50 años; el género fue elegido al azar por lo que el 60% de los encuestados son hombres y el 40% mujeres. Vale recordar que la esquizofrenia tiene la misma prevalencia en hombres que en mujeres, sin embargo, el inicio y la evolución de la enfermedad en ambos sexos difieren.

El tabaquismo es el principal causante de muertes evitables alrededor del mundo, por lo tanto se debe trabajar en la concientización de dicho tema y en la prevención de tales enfermedades.

INTRODUCCIÓN:

El Tabaquismo es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades y es la principal causa de muerte prevenible en el mundo.

Los registros epidemiológicos muestran que en el mundo fuman alrededor de 1.300 millones de personas y mueren aproximadamente 5 millones de personas por año por patologías relacionadas al consumo de tabaco ⁽¹⁾.

La forma más habitual de abuso de drogas que se ha observado en las personas con esquizofrenia es la adicción a la nicotina como consecuencia del consumo de tabaco. Los enfermos de esquizofrenia son tres veces más proclives a fumar que el resto de la población ⁽²⁾.

La Esquizofrenia es una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo. Se calcula que de cada 100 personas, una padece esquizofrenia. Es uno de los trastornos mentales que produce mayor deterioro en el funcionamiento global del individuo, y limitaciones que producen graves repercusiones a nivel individual, social y económico ^(4,5).

No puede decirse que sea una enfermedad de un determinado perfil de persona, sino que se presenta con una frecuencia similar en los diferentes niveles socioeconómicos, en las diferentes culturas mundiales y en ambos sexos, generalmente con un inicio más precoz en los varones. En la que existe, un funcionamiento defectuoso de los circuitos cerebrales con un desequilibrio entre los neurotransmisores. El funcionamiento defectuoso se asocia con: Anomalías estructurales en determinadas áreas del sistema nervioso central y con Alteraciones funcionales: Uno de los principales neurotransmisores implicados en esta enfermedad es la dopamina que se produce por un exceso de la misma a nivel del área mesolímbica del cerebro y un déficit en la zona de la corteza cerebral pre-frontal; La saturación en la zona mesolímbica implica síntomas como excitación, ideas delirantes o alucinaciones. Por el contrario, la deficiencia de dopamina en el área pre-frontal con lleva a falta de iniciativa, falta de energía, apatía, alteración en los procesos de atención y déficit de relaciones sociales. Como resultado de ello, se verán afectadas algunas de las funciones que rigen el pensamiento, las emociones y la conducta ^(4,5,6).

La Esquizofrenia es una enfermedad con tendencia a la cronicidad. Suele empezar por una fase que puede durar días, meses, o incluso años, en la que aparecen cambios mínimos en el carácter, disminuye el rendimiento escolar, aumenta la ansiedad y se produce cierto aislamiento social.

Puede existir, aunque no siempre, algún estresante ambiental (muerte de algún familiar, entrada en la universidad, consumo de sustancias tóxicas) que facilite la aparición del primer episodio psicótico, en el que generalmente predominan los llamados síntomas positivos (delirios y alucinaciones).

Cuando aparece el primer episodio psicótico puede ser necesaria la hospitalización del enfermo y la instauración del tratamiento que tendrá que seguir de forma prolongada. Tras la remisión del episodio, el enfermo puede conseguir buena adaptación en la esfera laboral, social y familiar. Con el tiempo pueden aparecer recaídas, o los síntomas pueden no remitir en su totalidad, aunque es más frecuente que, a la larga, los síntomas positivos no sean tan destacados como los negativos (anhedonia, amotivación, déficit en habilidades sociales). Estas recaídas, de producirse, suelen ser más leves y en menor número, si se consigue, con la ayuda de la familia y del equipo médico, que el enfermo sea consciente de la enfermedad y de su control terapéutico.

El tratamiento de la esquizofrenia incluye un conjunto de medidas farmacológicas y psicológicas y de recursos sociales que tienen la finalidad de actuar potenciándose unos

a otros para lograr la remisión de los síntomas y la adaptación aceptable del enfermo en todos los ámbitos de la vida cotidiana ^(4, 5,7).

La prevalencia del consumo de tabaco en la esquizofrenia es dos o tres veces mayor que la que existe en la población general. El consumo de nicotina es un factor a tener en cuenta en el manejo integral de los pacientes con esquizofrenia porque el fumar modifica el curso de la enfermedad, altera la respuesta al tratamiento farmacológico y demanda intervenciones terapéuticas adicionales para reducir o abandonar por completo el uso o abuso de tabaco.

Existen tres hipótesis para explicar la asociación entre esquizofrenia y consumo de nicotina. La primera, considera que el uso de antipsicóticos es el factor responsable de esta asociación, los pacientes con esquizofrenia consumen o se administran nicotina para reducir los efectos secundarios debidos a la medicación; la segunda, plantea que el uso de cigarrillo es una forma de automedicación orientada para mejorar los déficit funcionales propios de la enfermedad y; la tercera, propone que existe un predisponente o factor común que aumenta la susceptibilidad a la esquizofrenia al consumo y dependencia de nicotina. La nicotina produce liberación de varios neurotransmisores, especialmente de dopamina. El consumo de tabaco produce una inhibición de la monoaminoxidasa B (MAO-B), responsable de una parte de la degradación de dopamina en el sistema nervioso central (SNC), razón por la cual la sumatoria de estas acciones se traduce en mayor disponibilidad de dopamina en la hendidura sináptica, promoviendo una competencia por el receptor. Se ha observado que otras sustancias presentes en el tabaco producen un aumento significativo del flujo sanguíneo a nivel hepático, acción que se traduce en un aumento del metabolismo enzimático que modifica el metabolismo de las medicaciones antipsicóticas ^(2,3).

Es importante tener presente que el abandono del consumo de cigarrillo tiene efectos benéficos globales en la calidad y expectativa de vida de los pacientes con esquizofrenia. Esto invita a una aproximación terapéutica integral, individualizada, orientada no sólo al control de los síntomas psicóticos sino también a toda comorbilidad existente, por supuesto, incluyendo el consumo de tabaco ^(2,3).

Este trabajo de investigación permite un conocimiento más preciso de la enfermedad en relación con el habito tabaquico, para obtener una visión más real del problema, que causa la dependencia de la nicotina en pacientes esquizofrénicos en relación al incremento de comorbilidades pulmonares y cardiovasculares, así como también se tratara de planificar e implementar medidas preventivas para reducir la morbimortalidad de dichas comorbilidades en pacientes esquizofrénicos en relación al habito tabáquico.

MARCO TEÓRICO:

La esquizofrenia es un síndrome clínico que presenta una psicopatología variable, aunque extremadamente problemática, que afecta a la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento. El trastorno normalmente empieza antes de los 25 años de edad, persiste durante toda la vida y afecta a personas de todas las clases sociales.

Debido al desconocimiento general de este trastorno, tanto los pacientes como sus familias suelen recibir una mala atención y sufrir ostracismo social.

La edad de inicio promedio en los hombres es entre los 15 y los 25 años, y en las mujeres entre los 25 y los 35 años. No obstante puede aparecer antes o después, aunque es poco frecuente que surja antes de los 10 años o después de los 50 años.

Quien sufre de esquizofrenia experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos. Lo que caracteriza a esta enfermedad es que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes. Dicha persona puede empezar a estar extraña más aislada, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, habla solo o se ríe sin motivo aparente.⁽¹¹⁾

A lo largo de la historia se encuentran descripciones sobre los síntomas que hoy día se suelen observar en pacientes con esquizofrenia. Los médicos griegos describieron delirios de grandeza, paranoia y deterioros de las funciones cognitivas, y trastornos de la personalidad. Sin embargo la esquizofrenia no se convirtió en una enfermedad digna de estudio y tratamiento hasta el siglo XIX. Dos de las primeras figuras en psiquiatría y neurología que estudiaron el trastorno fueron Emil Kraepelin (1856-1926) y Eugene Bleuler (1857-1939). Anteriormente, el psiquiatra francés Benedict Morel (1809-1873) había utilizado el término *démence précoce* para describir a los pacientes con deterioro cognitivo y cuya enfermedad había empezado durante la adolescencia.

El Psiquiatra Eugene Bleuler sustituyó la demencia precoz de la bibliografía médica. Escogió el término para expresar la presencia de cismas entre el pensamiento, las emociones y el comportamiento del paciente con el trastorno. Bleuler subrayó que, a diferencia del concepto de la demencia precoz de Kraepelin, la esquizofrenia no tenía porque presentar una evolución de deterioro. Bleuler identificó los síntomas fundamentales específicos de la esquizofrenia para desarrollar su teoría de los cismas mentales internos de los pacientes. Entre estos síntomas se encontraban trastornos asociativos del pensamiento, trastornos afectivos, autismo y ambivalencia. El también identificó los síntomas accesorios, que eran los que Kraepelin sugirió como principales indicadores de la demencia precoz: alucinaciones e ideas delirantes.⁽¹¹⁾

Otra pregunta sobre este tema es: ¿por qué los pacientes con trastorno esquizofrénico en su mayoría son fumadores? Se han expuesto diversas teorías para explicarlo. Una sería que los pacientes internados se aburren y fuman para distraerse, pero ésta no es una explicación consistente ya que los pacientes que no están en el hospital fuman como los que están internados. Otra posible causa es que la nicotina reduce la ansiedad y la sedación, esto explicaría que fumen como si fuera una automedicación, pero con un problema añadido. La nicotina acelera la excreción por la orina y disminuye el nivel en sangre de la mayoría de antipsicóticos. Con este fenómeno se crea un círculo vicioso: el paciente fuma - disminuye la concentración en sangre del antipsicótico - disminuye su efectividad - para contrarrestar este efecto se deberá aumentar la dosis del medicamento y así conseguir el nivel adecuado - al aumentar la dosis pueden aumentar los efectos secundarios - para compensarlos, el paciente fuma más.⁽¹²⁾

El tabaco es una de las prioridades de la salud pública debido a que su consumo, mata a más de 5 millones de personas al año y es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos. Entre los cinco principales factores de riesgo de mortalidad, es la causa de

muerte más prevenible. El 11% de las muertes por cardiopatía isquémica, y el 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y traquea son atribuibles al consumo de tabaco. Si se mantienen las tendencias actuales, el consumo de tabaco matará a más de 8 millones de personas al año en el 2030. La mitad de los más de 1000 millones de fumadores, morirán prematuramente de una enfermedad relacionada con el tabaco. ⁽¹⁴⁾

La solución más lógica sería la de no fumar, pero esto representa un cambio en la cultura del tabaco entre los pacientes psiquiátricos, incluso los que requieren hospitalización.

En la actualidad, los nuevos antipsicóticos permiten mejorar la calidad de vida, se hace prioritario cuidar todos los aspectos de la salud de los pacientes. Está claro: fumar perjudica la salud. ⁽¹²⁾

En la esquizofrenia es habitual el abuso de sustancias, alrededor del 90% de los pacientes con esquizofrenia probablemente tienen dependencia a la nicotina. A parte de la mortalidad asociada al hábito tabáquico, la nicotina reduce la concentración plasmática de algunos antipsicóticos.

La prevalencia a lo largo de la vida de cualquier abuso de sustancias (aparte del tabaco) normalmente es superior al 50%. En un estudio poblacional, la prevalencia a lo largo de la vida del abuso de alcohol en los casos de esquizofrenia fue del 40%. El alcoholismo aumenta el riesgo de hospitalización y, en algunos pacientes, puede aumentar los síntomas psicóticos al igual que el consumo de anfetaminas, cocaína y otras drogas. ⁽¹¹⁾

La prevalencia de la esquizofrenia es del alrededor de un 1%, lo cual significa que más o menos 1 de cada 100 personas desarrollarán la enfermedad a lo largo de su vida. El estudio Epidemiologic catchment Area, realizado por el National Institute of Mental Health, indicó que la prevalencia a lo largo de la vida era de entre un 0,6% y un 1,9%.

Según el DSM-IV-TR, la incidencia anual de esquizofrenia oscila entre un 0,5 y un 5,0 por cada 10.000 personas, con algunas variaciones geográficas. La prevalencia y la incidencia de la esquizofrenia es similar en hombres y mujeres, aunque el primer brote psicótico se presenta en edades tempranas en el sexo masculino. ⁽¹¹⁾

La prevalencia mide en medicina la proporción de personas que en un área geográfica y periodo de tiempo establecido sufren una determinada enfermedad. La misma se calcula dividiendo el número de individuos que padecen el trastorno por el número total de habitantes del área considerada. La incidencia mide el número de casos nuevos que surgen en un área geográfica en un periodo de tiempo determinado. Tanto la prevalencia como la incidencia son datos de gran importancia a la hora de planificar los recursos necesarios en un sistema sanitario ya que nos acercan a una estimación del número de usuarios que pueden acceder a los servicios sanitarios. ⁽¹⁵⁾

Los criterios de diagnóstico de DSM-IV-TR incluyen especificaciones sobre la evolución es decir, para el pronóstico que ofrecen diferentes opciones para los médicos y describen las situaciones clínicas actuales.

Para diagnosticar esquizofrenia, no es necesaria la presencia de alucinaciones o ideas delirantes; el trastorno se diagnostica cuando presenta dos de los 5 síntomas especificados en el criterio A. El criterio B requiere que durante la fase activa de la enfermedad este presente una alteración de la actividad en general, aunque no un deterioro. Los síntomas deben durar como mínimo 6 meses y no puede haber un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo o trastorno del estado de ánimo. ⁽¹¹⁾

Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de esquizofrenia:

- a) Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si a sido tratado con éxito):
 - (1) ideas delirantes.

-
- (2) Alucinaciones.
 - (3) lenguaje desorganizado.
 - (4) comportamiento catatónico desorganizado.
 - (5) síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogía o abulia).
- b) Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o mas áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están por debajo del nivel previo al inicio del trastorno(o, cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- c) Duración: persisten signos continuos de la duración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. En estos dos últimos periodos, los signos pueden solo ser síntomas negativos o por dos o más síntomas del Criterio A (creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- d) Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: Se han descartado por:
- (6) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto con los síntomas de la fase activa.
 - (7) Si los episodios de la alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración ha sido breve en relación a los periodos activos o residuales.
- e) Exclusión de consumos de sustancias y de enfermedad medica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej: una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad medica.
- f) Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnostico adicional de esquizofrenia solo se realizara si las ideas delirantes o las alucinaciones se mantienen durante al menos un mes.

El DSM-IV-TR clasifica los subtipos de esquizofrenia basándose fundamentalmente en la presentación clínica: (11)

- a) Tipo paranoide: preocupación por una o mas ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes; no hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
- b) Tipo desorganizado: Lenguaje y comportamiento desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, no se cumplen los criterios para el tipo catatónico.
- c) Tipo catatónico:
Esta dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:
 1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia o estupor.
 2. Actividad motora excesiva no influida por estímulos externos.
 3. Negativismo extremo (resistencias a órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
 4. Adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas o muecas llamativas.
 5. Ecolalia o Ecopraxia.

d) Tipo indiferenciado:

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

e) Tipo residual:

1. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico.
2. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas del criterio A para la esquizofrenia.

Las medidas terapéuticas más utilizadas en pacientes esquizofrénicos sugieren que aunque los antipsicóticos son el principal elemento terapéutico en la esquizofrenia, hay investigaciones, que las intervenciones psicosociales, incluida la psicoterapia, pueden mejorar la clínica en estos pacientes. Los pacientes esquizofrénicos obtienen mayores ventajas del uso combinado de antipsicóticos y el tratamiento psicosocial, que con cualquiera de los tratamientos empleados en monoterapia. ⁽¹¹⁾

Tratamiento farmacológico:

Los antipsicóticos provocaban la disminución de la expresión de los síntomas psicóticos y reducían las tasas de recaídas. Aproximadamente el 70% de los pacientes tratados con cualquier fármaco antipsicótico obtiene una remisión de la fase psicótica.

Todos los fármacos para tratar la esquizofrenia comparten la capacidad de ejercer un efecto antagonista de los receptores dopaminérgicos postsinápticos del cerebro.

Tratamiento psicosocial:

Comprenden métodos destinados a aumentar las habilidades sociales, la autosuficiencia, las habilidades prácticas y la comunicación interpersonal de los enfermos esquizofrénicos. Estos aspectos se fomentan para capacitar a las personas enfermas y ayudarlas a desarrollar las habilidades sociales y profesionales que le permitan llevar una vida independiente. Este tipo de tratamiento se practica en hospitales, ambulatorios, hospitales psiquiátricos, hospitales de día y centros sociales.

Psicoterapia familiar:

La familia del enfermo suele disponer de una sesión breve pero intensiva que puede llegar a ser diaria. Cuando surgen problemas con el paciente en el seno de la familia, el objetivo del tratamiento debe ser la resolución rápida del problema.

Con la intención de ayudar, los miembros de la familia del enfermo suelen animar al familiar esquizofrénico a retomar las actividades diarias. Los psicoterapeutas deben ayudarles a comprender la esquizofrenia y aprender sobre la misma, deben fomentar que hablen sobre el episodio psicótico y los acontecimientos que lo desencadenaron.

Los síntomas psicóticos con mucha frecuencia asustan a los miembros de la familia y el hecho de hablar abiertamente con el psiquiatra los tranquiliza.

El psicoterapeuta puede aplicar estrategias dirigidas a reducir y tratar el estrés y a la reintegración del enfermo en las actividades diarias. Se ha comprobado que la psicoterapia familiar es eficaz para reducir las recaídas.

Psicoterapia individual:

Es fundamental crear una relación terapéutica en la que el enfermo se sienta seguro. Al crear una buena alianza tienen más posibilidades de cumplir la psicoterapia, de cumplir la posología de la medicación y de evolucionar positivamente. Establecer relación es difícil

ya que las personas con esquizofrenia son solitarias y luchan con la proximidad y la confianza o de reaccionar con hostilidad o retroceder si alguien intenta acercarse. Los psicoterapeutas deben respetar escrupulosamente el espacio, la privacidad del enfermo, y deben mostrar ser francos, sinceros, pacientes y sensibles, el objetivo es transmitir la idea de que es digno de confianza, que quiere e intenta comprender al paciente y que tiene fue, en el como persona, independientemente de lo trastornado, hostil o extraño que el paciente pueda estar en ese momento.

Psicoterapia de grupo:

Suele centrarse en los planes, problemas y relaciones de la vida real. Es eficaz a la hora de reducir el aislamiento social, aumentar el sentimiento de cohesión y facilitar la confrontación con la realidad. Los mejores grupos para estos pacientes son los grupos que aplican métodos de apoyo.

En conclusión los fármacos antipsicóticos se han establecido como el tratamiento individual más eficaz para la esquizofrenia, pero no es suficiente para muchos pacientes, que pueden obtener grandes ventajas con la inclusión del tratamiento psicosocial. Con la combinación de ambos tratamientos se obtienen mejores resultados. ⁽¹¹⁾

Fases de tratamiento de la esquizofrenia:

Tratamiento de los episodios psicóticos agudos:

Deben tratarse de forma inmediata, durante la fase aguda el tratamiento se centra en eliminar los síntomas psicóticos más graves. Esta fase suele durar de 4 a 8 semanas. La esquizofrenia aguda se suele presentar con agitación intensa, que puede derivarse de síntomas tales como ideas delirantes, alucinaciones, o bien puede ser consecuencia de el consumo excesivo de estimulantes. Generalmente se utilizan antipsicóticos y benzodiazepinas para controlar a los pacientes con estos síntomas.

Tratamiento durante la fase de estabilización y mantenimiento:

Los objetivos durante esta fase son evitar una recaída de los síntomas psicóticos y ayudar al paciente a mejorar su nivel de actividad. Durante esta fase, los pacientes suelen presentar un estado de remisión relativa con síntomas psicóticos en su expresión mínimo. Los pacientes estables cuyo tratamiento antipsicótico se mantiene sufren mucho menos recaídas que los pacientes que suspenden el tratamiento, la suspensión aumenta 5 veces el riesgo de recaídas.

Por lo general, es recomendable que los pacientes que ya han padecido varios episodios sigan un tratamiento de mantenimiento durante un mínimo de 5 años. ⁽¹¹⁾

El Tabaquismo:

Es una enfermedad causada por el consumo excesivo de tabaco, no sólo es un problema de salud pública sino también es un problema social ya que tiene efectos nocivos a la salud, no solo para las personas que lo consumen, sino de las que conviven en ellas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 4.9 millones de personas mueren al año como consecuencia del tabaco. Esa cifra podría alcanzar los 10 millones para el año 2030. Según las estadísticas, el cigarro mata a una persona cada 6.5 segundos. ⁽¹³⁾

Antecedentes históricos sobre el tabaquismo:

Los primeros europeos que llegaron a América observaron que los indígenas fumaban en pipa las hojas del tabaco, y copiaron esta práctica y la llevaron a Europa a mediados del siglo XVI. Casi todo el tabaco se consumía en pipas, puros o como rapé. Este modelo

cambió a comienzos del siglo XX, cuando cada fumador venía consumiendo más de mil cigarros al año. La actitud general de la sociedad era que el tabaco aliviaba tensiones y no tenía efectos nocivos (no se conocían). Durante la II Guerra Mundial los médicos recomendaban enviar cigarros a los soldados, por lo que se incluyeron en los lotes de raciones.

Sin embargo, los epidemiólogos no tardaron en observar que el cáncer de pulmón, poco frecuente antes del siglo XX, había aumentado de forma considerable a comienzos de la década de 1930. Algunas organizaciones iniciaron estudios comparando las muertes de fumadores con las de no fumadores durante un periodo de varios años, ya sea que murieran de cáncer o de otras causas. Por otro lado, los estudios experimentales con animales demostraron que muchas de las sustancias químicas contenidas en el humo del cigarro son carcinógenas. En 1962, el gobierno de Estados Unidos eligió un grupo de diez científicos para que analizaran las pruebas de que disponían. Sus conclusiones quedaron incluidas en el informe general sobre sanidad de 1964, donde se afirmaba que “fumar es un riesgo para la salud de suficiente importancia como para justificar la necesidad de acciones apropiadas para remediarlo”.

La primera medida que se tomó fue incluir en 1964 una advertencia en las cajetillas. Esta advertencia se reforzó en 1969 hasta quedar así: “Las Autoridades Sanitarias advierten que el tabaco perjudica seriamente la salud”. En 1971 se prohibió todo tipo de publicidad de cigarros en radio y televisión. En las décadas de 1970 y 1980 varias ciudades y estados aprobaron leyes que exigían espacios reservados para no fumadores en los lugares públicos y de trabajo. En febrero de 1990 una ley federal prohibió fumar en todos los vuelos nacionales cuya duración fuera inferior a seis horas. En Europa la situación ha sido similar incluyendo en las cajetillas la advertencia de que fumar es perjudicial para la salud y prohibiendo fumar en los lugares públicos. Estas medidas van encaminadas a erradicar este hábito tan perjudicial. ⁽¹³⁾

Es importante el estudio del tabaquismo ya que esta drogadicción es el causante del 30% de los cánceres, genera o ayuda a desarrollar una serie de enfermedades especialmente en el aparato respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal. El tabaquismo es el principal causante de muertes evitables alrededor del mundo, por lo tanto se debe trabajar en la concientización de dicho tema y en la prevención de tales enfermedades. ⁽¹³⁾

Esta enfermedad, considerada como una adicción de riesgo voluntario, es muy difícil de abandonar y controlar, por lo que una vez iniciado el hábito es muy difícil de dejarlo, ya que pasa a ser parte de la vida de una persona, quien a veces a pesar de saber el daño que hace, no se da cuenta que a cambio de un rato de placer; de forma lenta, pero efectiva, el tabaco va ocasionando daños irreversibles en la mayoría de los órganos del cuerpo, generando varias enfermedades crónicas y degenerativas y es causa de muerte prematura.

El tabaco contiene más de 4,000 sustancias químicas activas y de ellas al menos 43 son cancerígenas. La composición del humo es muy compleja y sus principales componentes son: el alquitrán, la nicotina, el monóxido de carbono y los irritantes.

La nicotina es el principal componente químico activo del tabaco. La nicotina se utiliza en agricultura como un insecticida y en química como fuente de ácido nicotínico, el cual se obtiene por oxidación de la nicotina. Los fumadores de tabaco absorben pequeñas cantidades de nicotina a partir del humo inhalado, y experimentan ciertos efectos fisiológicos. En pequeñas dosis es un estimulante nervioso, especialmente del sistema nervioso vegetativo, favoreciendo la liberación de adrenalina y de otras sustancias del organismo. En grandes dosis, la nicotina paraliza el sistema nervioso autónomo impidiendo la transmisión de impulsos a través de los espacios localizados entre las células nerviosas contiguas (espacios sinápticos). Dosis aún mayores de nicotina pueden producir convulsiones y muerte. Los efectos de la nicotina sobre el sistema nervioso

varían según los individuos. En algunas personas la nicotina acelera la formación de úlceras gástricas. ⁽¹³⁾

En la actualidad, la nicotina se considera una droga que produce adicción física y psíquica. Cada cigarro contiene entre 0,005 a 3,5 miligramos de nicotina. Los pulmones absorben hasta el 90% de la nicotina cuando se da un jalón al cigarro, mientras que esta cifra se reduce al 35% si el humo sólo pasa por la boca. La nicotina supone la principal causa de dependencia al tabaco y su falta(al dejar de fumar) provoca síntomas de abstinencia (nerviosismo, irritabilidad, tristeza, falta de concentración). También provoca la liberación de adrenalina y noradrenalina, que actúan sobre el sistema nervioso aumentando la frecuencia cardiaca, la presión arterial y el flujo de sangre por las arterias coronarias. Esto hace que aumente la cantidad de oxígeno que necesita el tejido cardiaco pero no su suministro, lo que favorece las crisis cardiacas. ⁽¹³⁾

Los efectos del cigarro se reflejan en una serie de enfermedades entre las cuales se destacan las siguientes: ⁽¹³⁾

Cáncer de pulmón: El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón es 5 a 20 veces mayor en los fumadores que entre quienes no fuman. De 80% a 85% de las muertes por cáncer de pulmón tienen como causa fumar cigarro, cifras que son muy significantes si se tiene en cuenta que el cáncer de pulmón es responsable de 25% de las muertes por cáncer en general, y de 5% de las muertes por todo tipo de causas.

Cáncer de laringe: Existe una fuerte asociación entre el cáncer de laringe y el consumo de cigarro; hasta 84% de los casos en hombres se pueden atribuir al hábito de fumar.

Cáncer de esófago: Entre 75% y 78% de los casos de cáncer de esófago se deben a fumar. Hay una clara relación entre la dosis de cigarro y la mortalidad relacionada con este tipo de cáncer.

Cáncer de vejiga: La proporción de casos de cáncer de vejiga que es consecuencia de fumar varía entre 40% y 60% para hombres y 25% a 35% para mujeres.

Enfermedad coronaria: Hace referencia a la obstrucción de los vasos sanguíneos del corazón y se traduce en problemas serios como la angina de pecho o infartos del corazón. Se calcula que 30% a 40% de las muertes por enfermedad coronaria dependen de fumar cigarro, y así este hábito se convierte en el principal factor de riesgo modificable para esta enfermedad. Existe una franca relación entre la dosis (edad en que se empezó a fumar, número de cigarros al día, tiempo de exposición y profundidad de la inhalación) y el riesgo de muerte por esta enfermedad. Además, la exposición al cigarro aumenta los efectos nocivos que sobre la enfermedad ejercen otros factores como la diabetes y el exceso de colesterol sanguíneo.

Enfermedad cerebro-vascular: El fumador tiene el doble de posibilidades de presentar un accidente cerebro-vascular; este riesgo es mayor en el grupo de fumadores jóvenes. En las mujeres fumadoras que utilizan anticonceptivos orales la posibilidad de presentar cuadros trombo-embólicos (desprendimiento de coágulos sanguíneos hacia ciertos órganos vitales del cuerpo) y hemorragia subaracnoidea, aumenta hasta 20 veces.

Enfermedad oclusiva arterial periférica: Esta enfermedad consiste en la oclusión progresiva de un vaso sanguíneo, con mayor frecuencia en las piernas, y puede llevar a la suspensión del flujo circulatorio a esa zona y la pérdida de la extremidad. Fumar cigarros es el principal factor que predispone a esta dolencia. Si el paciente tiene además diabetes, la oclusión del vaso se puede presentar mucho más temprano y ser más severa.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): La EPOC se manifiesta en dos formas principales: La bronquitis crónica que produce tos y expectoración en forma persistente, y el enfisema pulmonar, que genera destrucción del pulmón y dificultad

respiratoria en forma progresiva. Se podría aseverar que en la práctica la EPOC es patrimonio de los fumadores, tanto en la forma de bronquitis crónica como en la de enfisema pulmonar. En el gran fumador la posibilidad de EPOC es 30 veces mayor que en el no fumador. Entre 80% y 90% de las muertes por EPOC se presentan por causa de fumar. Adicionalmente, fumar acelera el deterioro de la función de los pulmones, con aumento en la frecuencia de síntomas como tos, expectoración, dificultad respiratoria y sibilancias. Además, se incrementa el número de personas que presentan enfermedades respiratorias agudas.

Úlcera péptica: Existe mayor riesgo de desarrollarla en el fumador, también se retarda la curación y se aumenta la posibilidad de recaídas de la enfermedad.

Efectos sobre el embarazo: Hay una clara relación entre fumar cigarrillos y hechos como retardo del crecimiento intrauterino, aborto espontáneo, prematuridad, muerte fetal y neonatal, alteraciones en el desarrollo físico y mental del infante y muerte súbita en la infancia. Además, hay una relación entre la cantidad de cigarrillos fumados y la posibilidad de la presencia de desprendimiento de la placenta y ruptura prematura prolongada de membranas.

Riesgos para el fumador pasivo: Los hijos de padres fumadores tienen mayor frecuencia de síntomas y enfermedades respiratorias como bronquitis, neumonías y asma. En los adultos la exposición involuntaria se relaciona con síntomas como irritación ocular, secreción de moco nasal, dolor de cabeza y tos. En las personas alérgicas la exposición al humo de cigarrillo desencadena o empeora los síntomas de la enfermedad. El contacto crónico disminuye en forma importante la función de las vías respiratorias pequeñas. Además, el fumador pasivo tiene probabilidad una y media veces mayor de presentar cáncer pulmonar que la persona que no se expone al humo. ⁽¹³⁾

El problema no tiene solución si el afectado no toma la iniciativa de dejar la adicción, ya que tiene que tomar conciencia propia tanto de los daños provocados a la larga a su propio organismo como a las personas que lo rodean, si por su propia cuenta no lo logra, puede pedir ayuda a centros médicos que lo asesorarán convenientemente para gradualmente dejar el problema. Además asegurarse que los cigarrillos realmente sólo se vendieran a mayores de edad y hacer una cultura de que el cigarrillo no es un juego y que a la larga trae muchos problemas.

Los estudios sobre personas que han dejado de fumar revelan que el riesgo de muerte por enfermedades relacionadas con el tabaco disminuye con cada año de abstinencia. Por otro lado, los datos disponibles muestran que las mujeres, las personas mayores y aquellas que presentan problemas de salud son las que más dejan de fumar.

La globalización ha logrado que este tipo de productos se han propagado fácilmente hasta lo más recóndito del mundo y mediante los anuncios y todo tipo de publicidad han logrado entrar en la mente de la gente y que sus productos sean muy demandados y usados, además de ser hechos un hábito de vida cotidiana hasta llegar a la necesidad de sí, también el cigarrillo se ha vuelto una moda gracias al consumismo imperante en este Sistema Económico Neoliberal.

El tabaco tiene principalmente 2 ventajas de consumo sobre las otras drogas: es socialmente aceptada y es de consumo legal lo que contribuye a que sea más utilizado. ⁽¹³⁾

Para tratar a una persona fumadora hay que tomar en cuenta varias cosas: el consumo de tabaco, el grado de dependencia y la motivación para dejar de fumar, a todas las personas que acudan a la consulta.

- Se ofrece un consejo claro, personalizado, sistemático y repetido a lo largo del tiempo a todos los fumadores.

-
-
- Se usan sistemas de registro específicos o recordatorios en las historias clínicas.
 - Se programan actividades de seguimiento (visitas o llamadas telefónicas) en las primeras 2 semanas después de dejar de fumar, que es el período de mayor riesgo para las recaídas.
 - Se Utilizan guías y otros materiales de autoayuda.
 - Se Usan tratamientos farmacológicos eficaces como apoyo al consejo y al seguimiento, especialmente en fumadores muy dependientes. Los sustitutos de la Nicotina y el Bupropión son los tratamientos de primera línea.

Tratamiento farmacológico del tabaquismo :

- Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)
- Chicle de nicotina
- Parche de nicotina
- Inhalador de nicotina
- Spray nasal de nicotina
- Pastillas de nicotina
- Microtabletas sublinguales

Bupropión: es la primera medicación no nicotínica aprobada por la FDA como tratamiento del tabaquismo. Es un antidepresivo que usado como medicación para dejar de fumar triplica las probabilidades de éxito respecto al placebo.

Vacuna anti-nicotina: Es el más nuevo de los tratamientos el propósito es prevenir que la nicotina llegue al cerebro, disminuyendo los efectos del tabaco y, así, la posibilidad de que el individuo llegue a convertirse en adicto. En otras palabras, pretende que si el individuo prueba el tabaco, no obtenga ningún efecto placentero. ⁽¹³⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, día tras día crece la cantidad de cigarrillos que se fuman en el mundo. La conclusión que saca este organismo es que la cifra de fumadores sube porque aumenta la población mundial y, a pesar de que muchas personas han dejado de consumir tabaco, todavía no es suficiente.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el mundo existen más de 1200 millones de fumadores activos, es decir, aproximadamente un tercio de la población con más de 15 años de edad. En España fuman alrededor de 10 millones de personas, esto es, un 31% de los individuos con más de 16 años (37% hombres y 25% mujeres). La mayor prevalencia de consumo de tabaco se encuentra entre los adolescentes y los jóvenes, con un 50% de fumadores en el grupo comprendido entre los 16 y 25 años. ⁽¹³⁾

La toma de conciencia, tanto del daño producido por el uso de esta droga como por el uso de muchas otras, pueda lograrse poco a poco a través de impulsarla en los más pequeños para que no ingresen en las adicciones y difundan los perjudiciales efectos entre sus padres, hermanos y amigos. Pero también deberá lograrse una modificación profunda de la cultura de una sociedad en la que el tabaquismo es un daño menor frente a la guerra abierta o terrorista, al consumo de drogas alucinógenas, a las desigualdades sociales y a la incertidumbre del hombre en relación con su presente y su futuro.

“Fumar perjudica la salud y puede matar” según las autoridades sanitarias. La legislación vigente prohíbe fumar en los centros hospitalarios pero en algunas salas de psiquiatría se hace una excepción. Los pacientes con trastorno esquizofrénico que son fumadores, normalmente no se conforman con medio paquete, y algunos llegan a los dos paquetes de cigarrillos al día. Fumar cuarenta cigarrillos en un día, al igual que los fumadores empedernidos no pacientes, representa un gasto económico importante además del perjuicio para la salud y es una de las causas del aumento de mortalidad. ⁽¹³⁾

Aunque para los no fumadores parece increíble que un pequeño cigarro, pueda prácticamente dominar la vida de millones de personas en el mundo, solo quien ha intentado dejar de fumar sabe lo difícil que es y lo mucho que cuesta. A la fuerza de voluntad y la constancia del paciente, se suman ahora nuevos fármacos que hacen su aporte en la lucha contra la adicción al cigarro.

A pesar de que es legal y está socialmente aceptado su uso, la nicotina es una droga de efectos altamente perjudiciales en el organismo, que crea dependencia o adicción y crea condiciones orgánicas que disminuyen la calidad de vida de quien la utiliza, y de quienes lo rodean. Asimismo, el uso del tabaco es la puerta de entrada a muchas otras adicciones, más costosas y más peligrosas, que manejan un importante porcentaje del comercio mundial.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

- Identificar y Analizar las comorbilidades pulmonares y/o cardiovasculares en Pacientes Esquizofrénicos en relación al consumo de nicotina.

OBJETIVOS:

- Analizar que relación existe entre el consumo de nicotina en Pacientes Esquizofrénicos.
- Asociación del tabaquismo con enfermedades Cardiovasculares y Pulmonares.
- Identificar que Comorbilidades Cardiovasculares (HTA) y/o Pulmonares (EPOC), son frecuentes en Pacientes Esquizofrénicos.
- Conocer el rango de edad de presentación más frecuente y comparar si existe alguna relación entre ambos sexos con respecto a las Comorbilidades anteriormente nombradas.
- Planificar e implementar medidas preventivas para reducir la morbimortalidad de las comorbilidades cardiovasculares y/o pulmonares en pacientes esquizofrénicos en relación al consumo de nicotina.

MATERIALES Y MÉTODOS:

- **Tipo de estudio epidemiológico:** Se realiza un estudio analítico observacional de cohorte transversal.
- **Diseño:** Se procede a entrevistar por medio de encuestas periódicas a Pacientes Esquizofrénicos, este estudio se lleva a cabo en el Sanatorio Neuropatico (San Martín al 5854), de la Ciudad de Rosario de la Provincia de Santa Fe.
- **La Muestra** quedo conformada por cuarenta encuestas correspondientes a pacientes esquizofrénicos con habito tabáquito.
- **Instrumento de recolección de datos:** Encuestas, las mismas se realizaron mediante un cuestionario impreso con preguntas estructuradas y de respuestas múltiples, las cuales fueron completadas en forma anónima. (anexo) Para la obtención de la información se requirió la autorización de la institución y el consentimiento informado de los propios pacientes.
- **Criterios de inclusión:** Pacientes Esquizofrénicos con habito tabaquico del Sanatorio Neuropatico, de la Ciudad de Rosario.
- **Las variables analizadas son:**
 1. Tabaquismo. (cualitativa nominal).
 2. Pacientes Esquizofrénicos. (cualitativa nominal).
 3. Comorbilidades Pulmonares (EPOC). (cualitativa nominal).
 4. Comorbilidades Cardiovasculares (HTA). (cualitativa nominal).
 5. Sexo. (cualitativa nominal).
 6. Edad. (cuantitativa continua).
- El procesamiento de la información se realizo mediante una Microcomputadora, utilizando los programas de Microsoft Excel y Microsoft Word del paquete Microsoft Office 2007 en un ambiente de Windows Vista. El **análisis estadístico** se realiza calculando porcentajes, promedios, rango y razón. Además los resultados se presentarán en tablas y gráficos para su mejor comprensión. Se utiliza en dicho estudio, el Test no paramétrico de Irwin Fisher (para muestras pequeñas), permite probar que la probabilidad de que un elemento pertenezca a una de las dos clasificaciones de los elementos de 2 muestras independientes es la misma para ambas poblaciones. Una vez armada la tabla con los datos, se calcula una estadística (utilizando el programa SAS) y su valor asociado (que es la probabilidad de observar un valor de la estadística igual al observado o más extremo). El valor del p-asociado se compara con el valor de $\alpha = 0.05$ y de acuerdo a dicha comparación se concluye.

RESULTADOS:

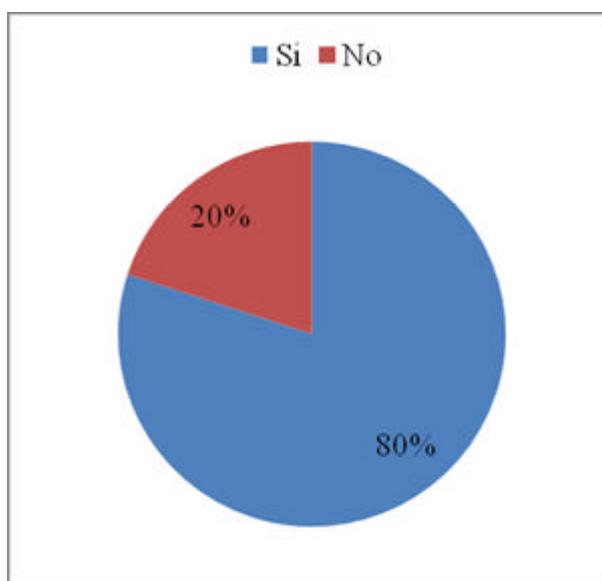
Describir el consumo de nicotina en Pacientes Esquizofrénicos.

- Variable: TABAQUISMO

Tabla 1: Pacientes Esquizofrénicos en relación al consumo de nicotina

Consumo de nicotina	n	%
Si	32	80
No	8	20
Total	40	100

Gráfico I: Porcentaje de pacientes según el consumo de nicotina



A través de la Tabla 1 se observa que del total de pacientes esquizofrénicos en el estudio, 32 consumen nicotina, lo que representa un 80% del total, mientras que el 20% restante, es decir 8 pacientes no consumen.

Asociación del tabaquismo con las comorbilidades Cardiovasculares y Pulmonares.

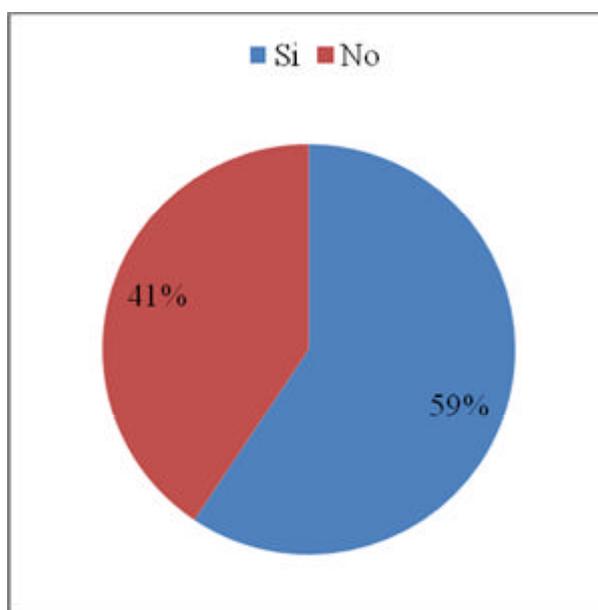
- Variables: COM. PULMONAR Y COM. CARDIOVASCULAR dentro del grupo de pacientes fumadores (32).

Dentro del grupo de pacientes que consumen nicotina (32), se analiza la presencia de otros factores de riesgo Cardiovasculares y Pulmonares.

Tabla 2: Pacientes esquizofrénicos que consumen nicotina y poseen factores de riesgo Cardiovasculares.

Comorbilidad Cardiovascular	n	%
Si	19	59,38
No	13	40,63
Total	32	100

Gráfico II: Porcentaje de pacientes esquizofrénicos que consumen nicotina y poseen factores de riesgo Cardiovasculares.

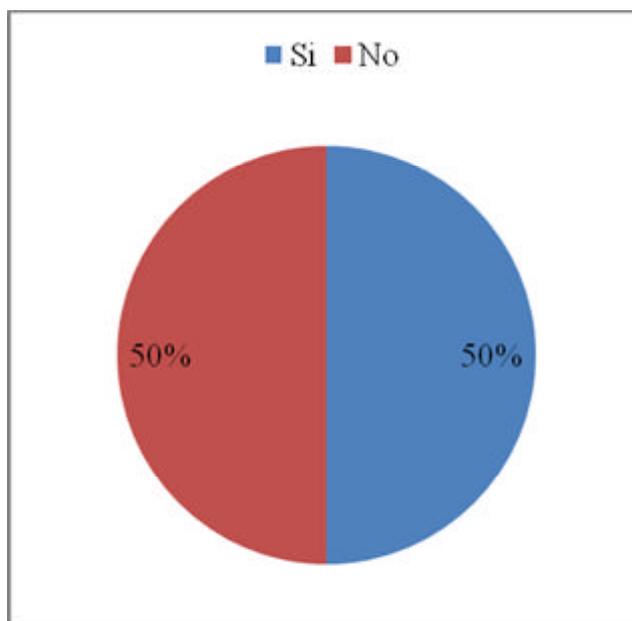


A través de la **Tabla 2** se observa que del total de pacientes esquizofrénicos **que consumen nicotina** (32), 19 poseen **Comorbilidad Cardiovascular**, lo que representa un 59% del total de pacientes fumadores, mientras que el 41% restante, es decir, 13 pacientes, no poseen factores de riesgo Cardiovasculares.

Tabla 3: Pacientes esquizofrénicos que consumen nicotina y poseen factores de riesgo Pulmonares.

Comorbilidad Pulmonar	n	%
Si	16	50,00
No	16	50,00
Total	32	100

Gráfico III: Porcentaje de pacientes esquizofrénicos que consumen nicotina y poseen factores de riesgo Pulmonares.

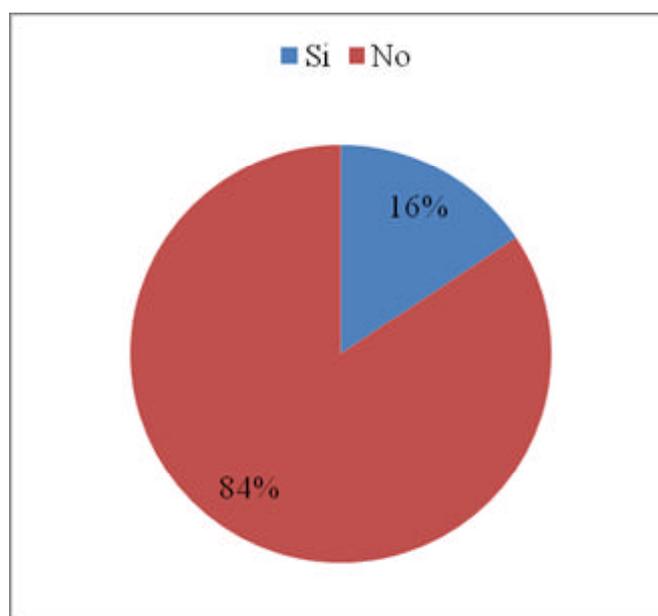


A través de la **Tabla 3** se observa que del total de pacientes esquizofrénicos **que consumen nicotina** (32), 16 poseen **Comorbilidad Pulmonar**, lo que representa un 50% del total de pacientes fumadores, mientras que el 50% restante, es decir, 16 pacientes, no poseen factores de riesgo Pulmonares.

Tabla 4: Pacientes esquizofrénicos que consumen nicotina y poseen **conjuntamente** factores de riesgo Pulmonares y Cardiovasculares.

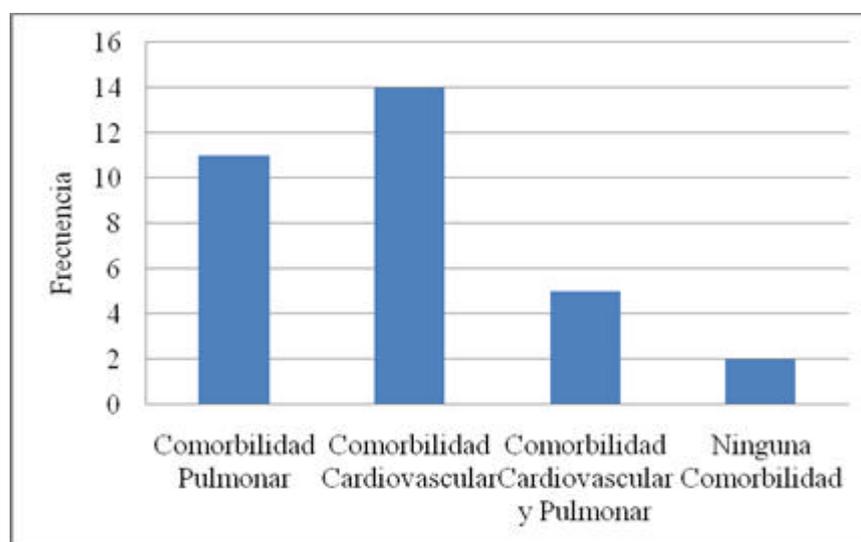
Comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular	n	%
Si	5	15,63
No	27	84,38
Total	32	100

GráficoIV: Porcentaje de pacientes esquizofrénicos que consumen nicotina y poseen **conjuntamente** factores de riesgo Pulmonares y Cardiovasculares.



A través de la [Tabla 4](#) se observa que del total de pacientes esquizofrénicos **que consumen nicotina** (32), 5 poseen **conjuntamente Comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular**, lo que representa un 16% del total de pacientes fumadores, mientras que el 84% restante, es decir, 27 pacientes, no poseen los factores de riesgo en forma conjunta.

[Gráfico V](#): pacientes esquizofrénicos que consumen nicotina y poseen **sólo** comorbilidad pulmonar, **sólo** comorbilidad cardiovascular, **conjuntamente** comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular o **no poseen** comorbilidad alguna.



A través del [gráfico V](#) se observa en forma conjunta la frecuencia de pacientes esquizofrénicos fumadores y que poseen **sólo** comorbilidad pulmonar, **sólo** comorbilidad cardiovascular, **conjuntamente** comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular o **no poseen** comorbilidad alguna: 11 poseen sólo **Comorbilidad Pulmonar**, lo que representa un 34% del total de pacientes fumadores, 14 poseen sólo **Comorbilidad Cardiovascular**, lo que representa un 44% del total de pacientes fumadores, 5 poseen **conjuntamente Comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular**, lo que representa un

16% del total de pacientes fumadores, mientras que los 2 pacientes **restantes no poseen comorbilidad alguna**, los cuales representan el 6% del total de pacientes fumadores.

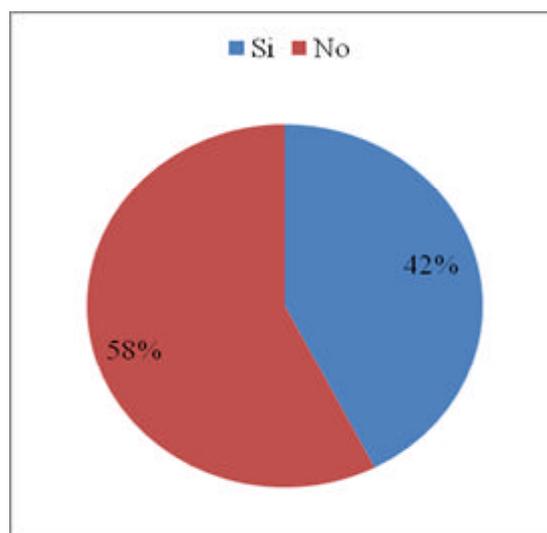
Identificar que Comorbilidades Cardiovasculares (HTA) y/o Pulmonares (EPOC), son frecuentes en Pacientes Esquizofrénicos.

- Variables: COM. PULMONAR Y COM. CARDIOVASCULAR dentro del grupo de pacientes esquizofrénicos (40).

Tabla 6: Pacientes esquizofrénicos que poseen factores de riesgo Pulmonares.

Comorbilidad Pulmonar	n	%
Si	17	42,50
No	23	57,50
Total	40	100

Gráfico VI: Porcentaje de pacientes esquizofrénicos que poseen factores de riesgo Pulmonares.

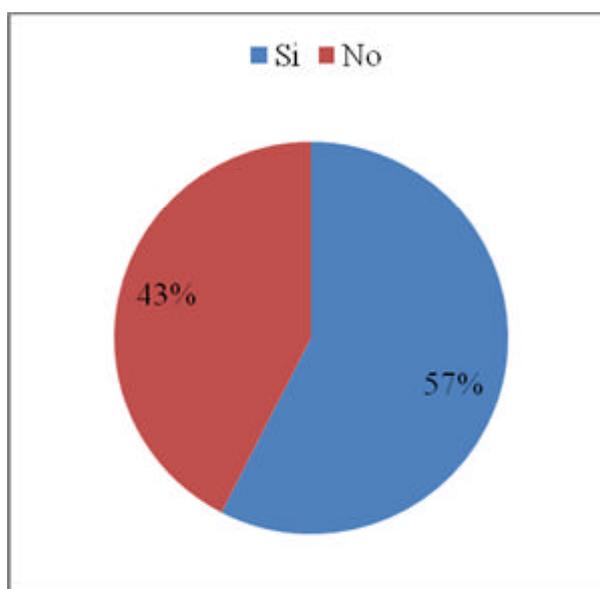


A través de la Tabla 6 se observa que del total de pacientes esquizofrénicos (40), 17 poseen **Comorbilidad Pulmonar**, lo que representa un 42% del total de pacientes, mientras que el 58% restante, es decir, 23 pacientes, no poseen factores de riesgo Pulmonares.

Tabla 7: Pacientes esquizofrénicos que poseen factores de riesgo Cardiovasculares.

Comorbilidad Cardiovascular	n	%
Si	23	57,50
No	17	42,50
Total	40	100

Gráfico VII: Porcentaje de pacientes esquizofrénicos que poseen factores de riesgo Cardiovasculares.

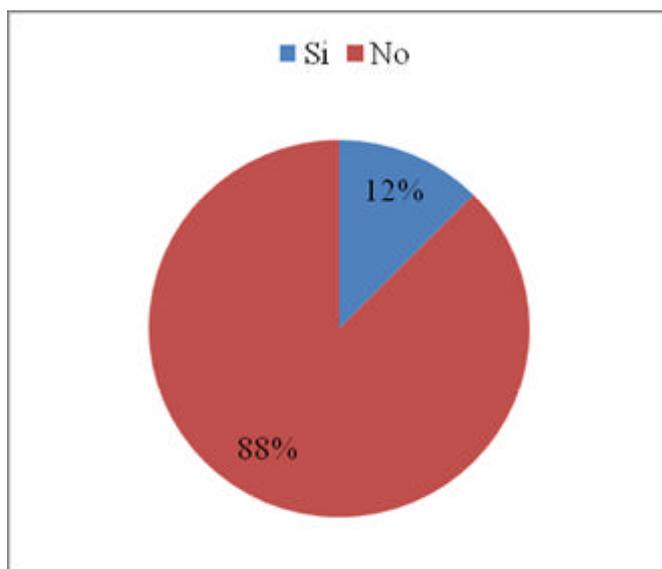


A través de la **Tabla 7** se observa que del total de pacientes esquizofrénicos (40), 23 poseen **Comorbilidad Cardiovascular**, lo que representa un 57% del total de pacientes, mientras que el 43% restante, es decir, 17 pacientes, no poseen factores de riesgo Cardiovasculares.

Tabla 8: Pacientes esquizofrénicos que poseen **conjuntamente** factores de riesgo Cardiovasculares y Pulmonares.

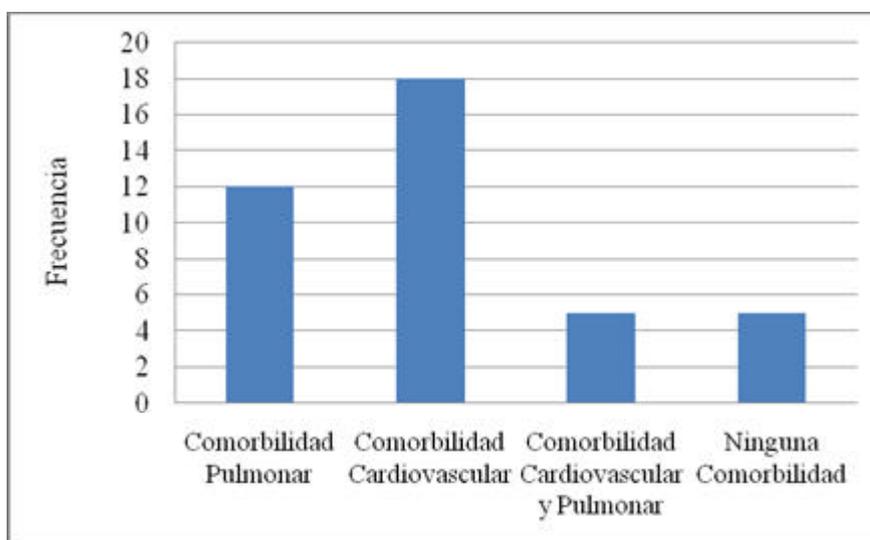
Comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular	n	%
Si	5	12,50
No	35	87,50
Total	40	100

Gráfico VIII: Porcentaje de pacientes esquizofrénicos que poseen conjuntamente factores de riesgo Cardiovasculares y Pulmonares.



A través de la **Tabla 8** se observa que del total de pacientes esquizofrénicos (40), 5 poseen **conjuntamente Comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular**, lo que representa un 12% del total de pacientes esquizofrénicos, mientras que el 88% restante, es decir, 35 pacientes, no poseen los factores de riesgo en forma conjunta.

Gráfico VIII: Frecuencia de pacientes esquizofrénicos que consumen nicotina y poseen **sólo** comorbilidad pulmonar, **sólo** comorbilidad cardiovascular, **conjuntamente** comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular o **no poseen** comorbilidad alguna.



A través del **gráfico VIII:** se observa en forma conjunta la frecuencia de pacientes esquizofrénicos que poseen **sólo** comorbilidad pulmonar, **sólo** comorbilidad cardiovascular, **conjuntamente** comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular o **no poseen** comorbilidad alguna: 12 poseen sólo **Comorbilidad Pulmonar**, lo que representa un 30% del total de pacientes esquizofrénicos, 18 poseen sólo **Comorbilidad Cardiovascular**, lo que representa un 45% del total de pacientes esquizofrénicos, 5 poseen **conjuntamente Comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular**, lo que representa un 12,5% del total de pacientes esquizofrénicos, mientras que los 5 pacientes restantes

no poseen comorbilidad alguna, los cuales representan el 12,5% del total de pacientes esquizofrénicos.

Conocer el rango de edad de presentación mas frecuente y comparar si existe alguna relación entre ambos sexos con respecto a las Comorbilidades anteriormente nombradas.

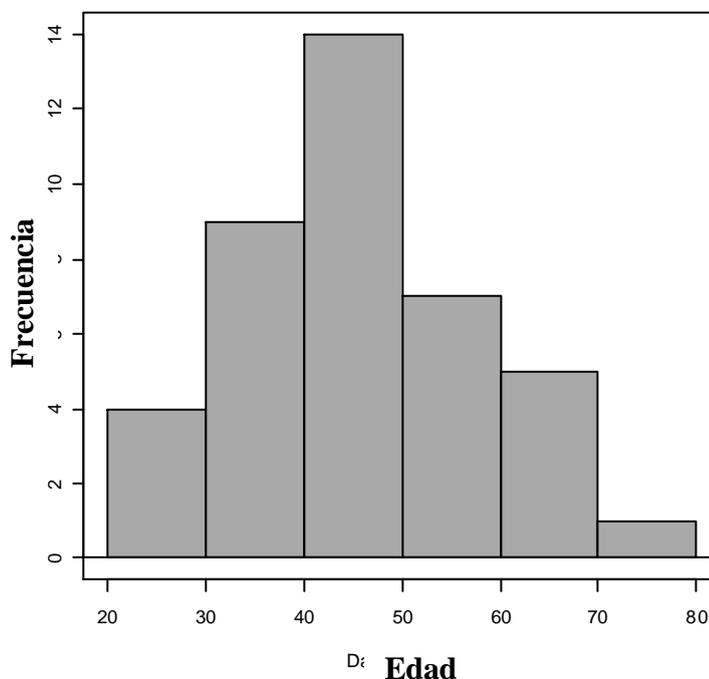
- Variable: EDAD (para el grupo total de pacientes)

Tabla 9: Estadísticas descriptivas de la variable EDAD

Estadísticas descriptivas	
N°	40
PROMEDIO	46,57
DESVIO STANDAR	12,84
VARIANZA	164,96
MIN	20
MAX	80

A través de la Tabla 9 se observa que dentro del grupo de pacientes esquizofrénicos que participaron del estudio (40), las edades mínimas y máximas registradas fueron 20 y 80 años respectivamente con un promedio de edad de $46,57 \pm 12,84$ años.

Gráfico IX: Histograma de frecuencia para la variable EDAD



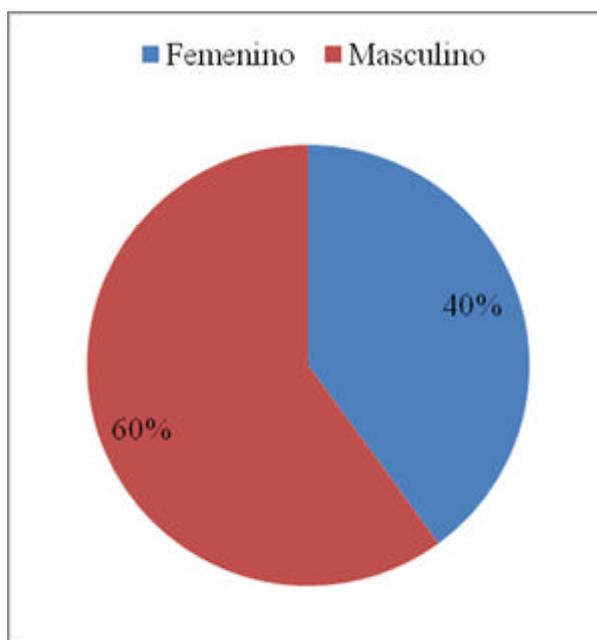
A través del Gráfico IX (Histograma de frecuencia) se observa que la edad de los pacientes adultos esquizofrénicos al momento del estudio fue en su mayoría entre 40 y 50 años (grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia), luego la edad que menos se presentó fue entre 20 y 30 años y más de 70.

- Variable: GÉNERO (para el grupo total de pacientes esquizofrénicos)

Tabla 10: pacientes esquizofrénicos según género.

Género	n	%
Femenino	16	40
Masculino	24	60
Total	40	100

Gráfico X: Porcentaje de pacientes esquizofrénicos según género.



Del total de pacientes esquizofrénicos que participan en el estudio, 16 de ellos son mujeres, lo que representa un 40% del total, mientras que el 60% restante, es decir, 24 pacientes, son hombres.

Analisis de la variable EDAD dentro de los grupos de pacientes esquizofrénicos con comorbilidad pulmonar y comorbilidad cardiovascular .

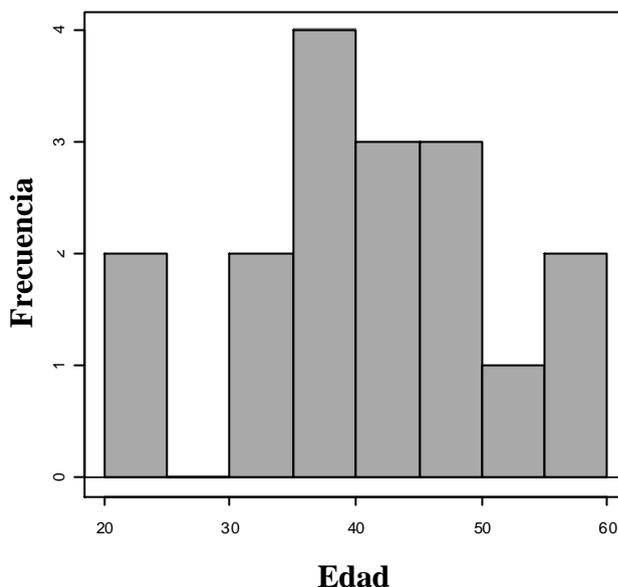
- COMORBILIDAD PULMONAR:

Tabla 11: Estadísticas descriptivas de la variable EDAD dentro del grupo de pacientes con Comorbilidad Pulmonar.

Estadísticas descriptivas	
Nº	17
PROMEDIO	47,02
DESVIO STANDAR	13,34
VARIANZA	177,97
MIN	20
MAX	80

A través de la [Tabla 11](#) se observa que dentro del grupo de pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad pulmonar al momento del estudio (17), las edades mínimas y máximas registradas fueron 20 y 80 años respectivamente con un promedio de edad de $47,02 \pm 13,34$ años.

Gráfico XI: Histograma de frecuencia para la variable EDAD dentro del grupo de pacientes con Comorbilidad Pulmonar.



A través del [Gráfico XI](#) (Histograma de frecuencia) se observa que la edad de los pacientes adultos esquizofrénicos que presentan comorbilidad pulmonar al momento del estudio fue en su mayoría entre 35 y 40 años (grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia), luego la edad que se presentó en menor frecuencia fue entre 50 y 55 años, mientras que el grupo de edad que no se presentó fue entre 25 y 30 años.

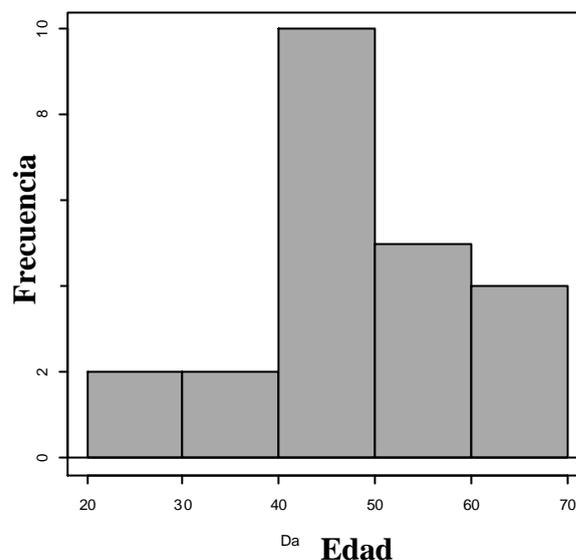
- [CONMORBILIDAD CARDIOVASCULAR:](#)

Tabla 12: Estadísticas descriptivas de la variable EDAD dentro del grupo de pacientes con Comorbilidad Cardiovascular.

Estadísticas descriptivas	
N°	23
PROMEDIO	46,79
DESVIO STANDAR	12,93
VARIANZA	167,32
MIN	20
MAX	80

A través de la [Tabla 12](#) se observa que dentro del grupo de pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad cardiovascular al momento del estudio (23), las edades mínimas y máximas registradas fueron 20 y 80 años respectivamente con un promedio de edad de $46,79 \pm 12,93$ años.

Gráfico XII: Histograma de frecuencia para la variable EDAD dentro del grupo de pacientes esquizofrénicos con Comorbilidad Cardiovascular.



A través del Gráfico XII (Histograma de frecuencia) se observa que la edad de los pacientes adultos esquizofrénicos que presentan comorbilidad cardiovascular al momento del estudio fue en su mayoría entre 40 y 50 años (grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia), luego la edad que se presentó en menor frecuencia fue entre 20 y 40 años.

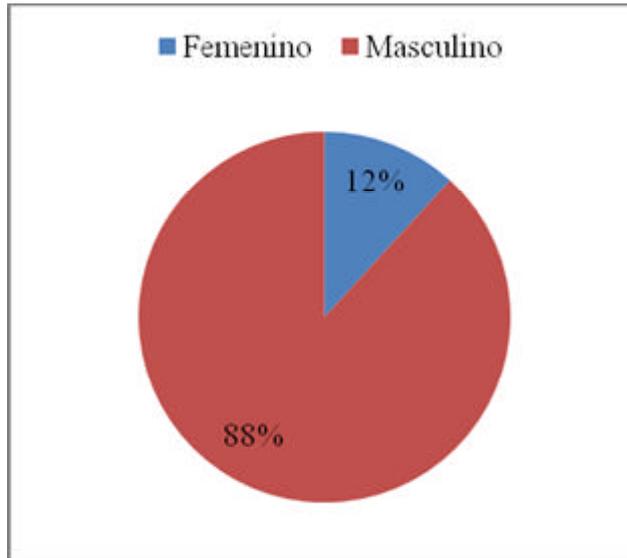
Analisis de la variable Genero dentro del grupos de pacientes esquizofrénicos con comorbilidad pulmonar y cardiovascular.

- COMORBILIDAD PULMONAR:

Tabla 13: Pacientes esquizofrénicos según género.

Género	n	%
Femenino	2	11,76
Masculino	15	88,24
Total	17	100

Gráfico XIII: Porcentaje de pacientes según género.



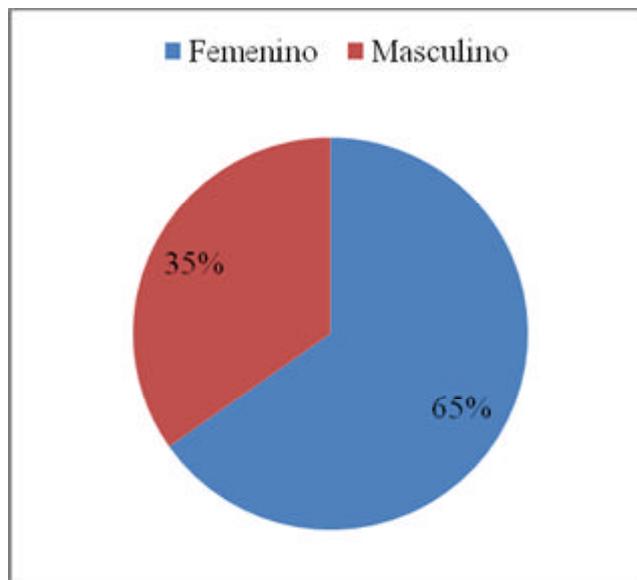
Del total de pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad pulmonar y participan en el estudio, 15 de ellos son hombres, lo que representa un 88% del total, mientras que el 12% restante, es decir, 2 pacientes, son mujeres.

▪ COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR:

Tabla 14: Pacientes esquizofrénico según género.

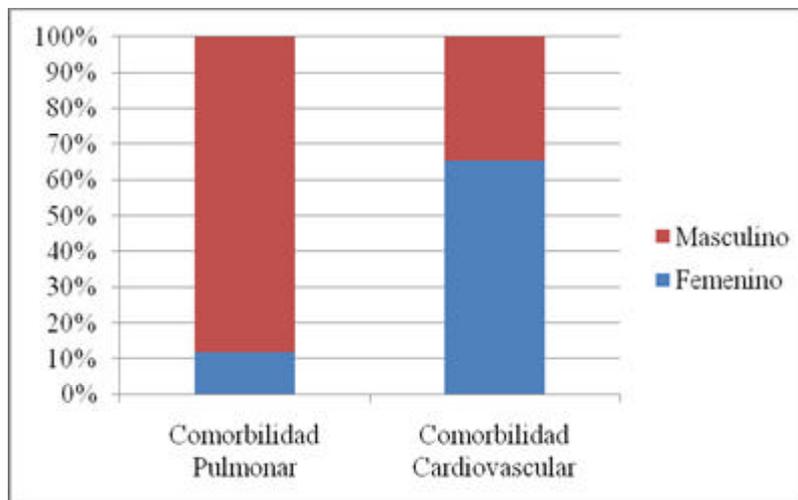
Género	n	%
Femenino	15	65,22
Masculino	8	34,78
Total	23	100

Gráfico XIV: Porcentaje de pacientes esquizofrénicos según género.



Del total de pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad cardiovascular y participan en el estudio, 15 son mujeres, lo que representa un 65% del total, mientras que el 35% restante, es decir, 8 pacientes son hombres.

Gráfico XV: Porcentaje de pacientes esquizofrénicos según género para las Comorbilidades Pulmonares y Cardiovasculares.



Del total de pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad pulmonar y participan en el estudio, 15 de ellos son hombres, lo que representa un 88% del total, mientras que el 12% restante, es decir, 2 pacientes, son mujeres. Luego para el grupo de pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad cardiovascular y participan en el estudio, 15 de ellos son mujeres, lo que representa un 65% del total, mientras que el 35% restante, es decir, 8 pacientes son hombres.

Ahora analizamos a través de los test la asociación entre Género y los factores de riesgo Cardiovasculares y Pulmonares:

- COMORBILIDAD PULMONAR:

Solo Comorbilidad Pulmonar	Género		Total
	Femenino	Masculino	
Si	1	11	12
No	14	9	23
Total	15	20	35

Estadística	gl	Valor	p-value
χ^2	1	8,8874	0,0029

Las hipótesis que se plantean son:

H₀) La proporción de **pacientes mujeres** con Comorbilidad Pulmonar solamente es la misma que dicha proporción en **pacientes varones**.

H₁) La proporción de **pacientes mujeres** con Comorbilidad Pulmonar solamente no es la misma que dicha proporción en **pacientes varones**.

Dado que el valor del p- value resultó menor al valor del nivel de significación del 5% (0,05 > 0,0029) se rechaza la hipótesis de igualdad de proporciones, es decir, existen evidencias estadísticamente suficiente para concluir que la proporción de **pacientes mujeres** con Comorbilidad Pulmonar solamente no es la misma que dicha proporción en **pacientes varones**. Se puede concluir que la proporción de **pacientes mujeres** con Comorbilidad Pulmonar solamente es menor que dicha proporción en **pacientes varones**.

▪ COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR:

Solo Comorbilidad Cardiovascular	Género		Total
	Femenino	Masculino	
Si	14	4	18
No	1	16	17
Total	15	20	35

Estadística	gl	Valor	p-value
χ^2	1	18,4532	0,0001

Las hipótesis que se plantean son:

H₀) La proporción de **pacientes esquizofrénicas mujeres** con Comorbilidad Cardiovascular solamente es la misma que dicha proporción en **pacientes varones**.

H₁) La proporción de **pacientes esquizofrénicas mujeres** con Comorbilidad Cardiovascular solamente no es la misma que dicha proporción en **pacientes varones**.

Dado que el valor del p- value resultó menor al valor del nivel de significación del 5% (0,05 > 0,0001) se rechaza la hipótesis de igualdad de proporciones, es decir, existen evidencias estadísticamente suficiente para concluir que la proporción de **pacientes esquizofrénicas mujeres** con Comorbilidad Cardiovascular solamente no es la misma que dicha proporción en **pacientes varones**. Se puede concluir que la proporción de **pacientes esquizofrénicas mujeres** con Comorbilidad Cardiovascular solamente es mayor que dicha proporción en **pacientes varones**.

En el análisis de los resultados se observó lo siguiente:

De los **40 pacientes esquizofrénicos**, **32 consumen nicotina**, lo que representa un **80%** del total, mientras que el **20%** restante, es decir **8 pacientes no consumen**.

Dentro de los 32 pacientes que consumen nicotina, se analizó la presencia de otros factores de riesgo Cardiovasculares y Pulmonares:

- 19 poseen **Comorbilidad Cardiovascular**, lo que representa un 59% del total de pacientes fumadores, mientras que el 41% restante, es decir, 13 pacientes, no poseen factores de riesgo Cardiovasculares.
- 16 poseen **Comorbilidad Pulmonar**, lo que representa un 50% del total de pacientes fumadores, mientras que el 50% restante, es decir, 16 pacientes, no poseen factores de riesgo Pulmonares.
- 5 poseen **conjuntamente Comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular**, lo que representa un 16% del total de pacientes fumadores, mientras que el 84% restante, es decir, 27 pacientes, no poseen los factores de riesgo en forma conjunta.

Dentro de los 32 pacientes que consumen nicotina y poseen **sólo** comorbilidad pulmonar, **sólo** comorbilidad cardiovascular, **conjuntamente** comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular o **no poseen** comorbilidad alguna.

- 11 poseen sólo **Comorbilidad Pulmonar**, lo que representa un 34% del total de pacientes fumadores.
- 14 poseen sólo **Comorbilidad Cardiovascular**, lo que representa un 44% del total de pacientes fumadores.
- 5 poseen **conjuntamente Comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular**, lo que representa un 16% del total de pacientes fumadores.
- 2 pacientes restantes **no poseen comorbilidad** alguna, los cuales representan el 6% del total de pacientes fumadores.

Al identificar que Comorbilidades Cardiovasculares (HTA) y/o Pulmonares (EPOC), son las más frecuentes en el grupo de Pacientes Esquizofrénicos, se observó:

- De los 40 pacientes esquizofrénicos, 17 poseen Comorbilidad Pulmonar, lo que representa un 42% del total de pacientes, mientras que el 58% restante, es decir, 23 pacientes, no poseen factores de riesgo Pulmonares.
- 23 poseen Comorbilidad Cardiovascular, lo que representa un 57% del total de pacientes, mientras que el 43% restante, es decir, 17 pacientes, no poseen factores de riesgo Cardiovasculares.
- 5 poseen conjuntamente Comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular, lo que representa un 12% del total de pacientes esquizofrénicos, mientras que el 88% restante, es decir, 35 pacientes, no poseen los factores de riesgo en forma conjunta.

A través del **Gráfico VIII**: se observa en forma conjunta la frecuencia de pacientes esquizofrénicos y que poseen sólo comorbilidad pulmonar, sólo comorbilidad cardiovascular, conjuntamente comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular o no poseen comorbilidad alguna:

-
- 12 pacientes poseen sólo **Comorbilidad Pulmonar**, lo que representa un 30% del total de pacientes esquizofrénicos.
 - 18 pacientes poseen sólo **Comorbilidad Cardiovascular**, lo que representa un 45% del total de pacientes esquizofrénicos.
 - 5 pacientes poseen **conjuntamente Comorbilidad Pulmonar y Cardiovascular**, lo que representa un 12,5% del total de pacientes esquizofrénicos.
 - Y los 5 pacientes restantes no poseen comorbilidad alguna, los cuales representan el 12,5% del total de pacientes esquizofrénicos.

Conocer el rango de edad de presentación mas frecuente y comparar si existe alguna relación entre ambos sexos con respecto a las Comorbilidades anteriormente nombradas:

- Se observa que dentro del grupo de pacientes esquizofrénicos que participaron del estudio (40), las edades mínimas y máximas registradas fueron 20 y 80 años respectivamente con un promedio de edad de $46,57 \pm 12,84$ años.
- **Gráfico IX** (Histograma de frecuencia): se observo que la edad de los pacientes adultos esquizofrénicos al momento del estudio fue en su mayoría entre 40 y 50 años (grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia), luego la edad que menos se presentó fue entre 20 y 30 años y más de 70.
- Del total de pacientes esquizofrénicos que participan en el estudio, 16 de ellos son mujeres, lo que representa un 40% del total, mientras que el 60% restante, es decir, 24 pacientes, son hombres.

Al analizar la **variable EDAD** dentro de los grupos de pacientes con comorbilidad pulmonar y con comorbilidad cardiovascular:

- Se observo que dentro del grupo de **pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad pulmonar** al momento del estudio (17), las edades mínimas y máximas registradas fueron 20 y 80 años respectivamente con un promedio de edad de $47,02 \pm 13,34$ años.
- Del **Gráfico XI** (Histograma de frecuencia): se observa que la edad de los pacientes adultos esquizofrénicos que presentan comorbilidad pulmonar al momento del estudio fue en su mayoría **entre 35 y 40 años** (grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia), luego la edad que se presentó en menor frecuencia fue entre 50 y 55 años, mientras que el grupo de edad que no se presentó fue entre 25 y 30 años.
- Se observo que dentro del grupo de **pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad cardiovascular** al momento del estudio (23), las edades mínimas y máximas registradas fueron 20 y 80 años respectivamente con un promedio de edad de $46,79 \pm 12,93$ años.
- Del **Gráfico XII** (Histograma de frecuencia): se observa que la edad de los pacientes adultos esquizofrénicos que presentan comorbilidad cardiovascular al momento del estudio fue en su mayoría **entre 40 y 50 años** (grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia), luego la edad que se presentó en menor frecuencia fue entre 20 y 40 años.

En cuanto a la **variable GENERO** se puede decir que:

- Del total de pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad pulmonar y participan en el estudio, 15 de ellos son hombres, lo que representa un 88% del total, mientras que el 12% restante, es decir, 2 pacientes, son mujeres.
- Del total de pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad cardiovascular y participan en el estudio, 15 de ellos son mujeres, lo que representa un 65% del total, mientras que el 35% restante, es decir, 8 pacientes son hombres.
- **El Gráfico XV**: muestra el porcentaje de pacientes esquizofrenicos según género para las Comorbilidades Pulmonares y Cardiovasculares, 15 de ellos son hombres, lo que representa un 88% del total, mientras que el 12% restante, es decir, 2 pacientes, son mujeres. Luego para el grupo de pacientes esquizofrénicos que presentan comorbilidad cardiovascular y participan en el estudio, 15 de ellos son mujeres, lo que representa un 65% del total, mientras que el 35% restante, es decir, 8 pacientes son hombres.

Ahora analizamos a través de los test la asociación entre Género y los factores de riesgo Cardiovasculares y Pulmonares:

- **En la comorbilidad pulmonar**: El valor del p- value resultó menor al valor del nivel de significación del 5% ($0,05 > 0,0029$) se rechaza la hipótesis de igualdad de proporciones, es decir, existen evidencias estadísticamente **suficiente para concluir que la proporción de pacientes mujeres con Comorbilidad Pulmonar solamente no es la misma que dicha proporción en pacientes varones. Se puede concluir que la proporción de pacientes mujeres con Comorbilidad Pulmonar solamente es menor que dicha proporción en pacientes varones.**
- **En la comorbilidad cardiovascular**: El valor del p- value resultó menor al valor del nivel de significación del 5% ($0,05 > 0,0001$) se rechaza la hipótesis de igualdad de proporciones, es decir, existen evidencias estadísticamente suficiente para concluir que la proporción de **pacientes mujeres con Comorbilidad Cardiovascular solamente no es la misma que dicha proporción en pacientes varones. Se puede concluir que la proporción de pacientes mujeres con Comorbilidad Cardiovascular solamente es mayor que dicha proporción en pacientes varones.**

DISCUSIÓN:

Se llevo adelante un estudio de tipo analítico observacional de cohorte transversal, en el cual se procede a entrevistar por medio de encuestas estructuradas a cuarenta pacientes esquizofrénicos, pertenecientes al Sanatorio Neuropático, de la ciudad de Rosario entre octubre y noviembre del año 2010.

La finalidad de esta investigación se baso en analizar e identificar las comorbilidades pulmonares y/o cardiovasculares en pacientes esquizofrénicos en relación al consumo de nicotina, conjuntamente se trato de planificar e implementar medidas preventivas para reducir la morbimortalidad en pacientes esquizofrénicos de ambas comorbilidades anteriormente nombradas relacionadas al habito tabáquico.

La mayoría de los estudios analizados sobre esta investigación no reflejan las variables utilizadas en este trabajo por lo que se acortan las posibilidades de llevar a cabo una comparación estricta con otros trabajos vinculados a esta investigación. De hecho, diversos estudios han puesto de manifiesto que la prevalencia del tabaquismo entre pacientes esquizofrénicos es de aproximadamente del 90 %, frente al 25-30 % de la población general y el 45-70 % de pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Además se ha comprobado que los fumadores esquizofrénicos consumen dosis más altas de nicotina mediante inhalaciones más profundas de los cigarrillos, este artículo fue extraído de una actualización bibliografica ¿Por qué fuman los esquizofrénicos? ⁽¹⁰⁾, además dichas cifras se reflejan en el libro Sinopsis de Psiquiatría ⁽¹¹⁾. Con respecto a la asociación del tabaquismo en relación a las comorbilidades cardiovasculares, en algunas investigaciones se estima que los pacientes con esquizofrenia tienen el doble de riesgo de fallecer por un problema cardiovascular, siendo la primera causa de muerte en este grupo, afirma el doctor Carlos Macaya, presidente de la sociedad española de cardiología.⁽¹⁶⁾ Según la sociedad argentina de cardiología, la mortalidad por enfermedad cardiovascular atribuible al tabaquismo en el sexo masculino es de aproximadamente del 46%, y entre las mujeres menores de 65 años es del 37%. Si se considera que la mortalidad por cuadros cardiovasculares es casi del 35-40%, se deberá comprender la importancia que tiene la adicción tabaquica como causante de estas muertes. El tabaquismo es una de los principales factores de riesgo de enfermedad vascular en ambos sexos, además de ser modificable y evitable. La mortalidad por enfermedad coronaria entre los fumadores es aproximadamente 70% superior. Si bien el riesgo en los tabaquistas es alto en todas las edades, es más alto entre los individuos más jóvenes, que por otra parte, tienen una mayor prevalencia en los fumadores ⁽¹⁷⁾

En la literatura señala que la esquizofrenia es una enfermedad que predomina entre las edades de 15 a 55 años, haciendo pico de incidencia en los hombres entre los 15 y 24 años de edad y en las mujeres entre los 25 y 34 años. Rara vez aparece en la infancia o después de los 40 años y luego de esta edad la incidencia es decreciente algunos sostienen que el 13% de los pacientes con esquizofrenia, presentan las primeras manifestaciones en la quinta década de la vida, 7% en la sexta y 3% en la séptima o después. Obviando el posible tiempo de evolución de los investigados la distribución de edades encontrada concuerda con el rango general de edades señalado como epidemiologicamente más frecuente en el que se desarrolla este padecimiento. ⁽¹⁸⁾

La esquizofrenia tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, el inicio y la evolución de la enfermedad en ambos sexos difieren ⁽¹¹⁾

Las principales causas de muertes que se atribuyen al tabaco son: los tumores malignos (45%), especialmente cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares (33%), sobre todo cardiopatía isquémica e ictus, y enfermedades respiratorias (22%), la que más incidencia tiene es la obstructiva crónica. Los científicos españoles responsables del

estudio observaron que un 27,4% de estos fallecimientos causados por el tabaquismo ocurrieron antes de los 65 años, es decir fueron muertes prematuras. Concretamente en hombres, "prácticamente el 90% de los decesos por cáncer de pulmón y enfermedad obstructiva crónica (EPOC) podrían haberse evitado de no haber existido el consumo de tabaco, al igual que la mitad de las defunciones por cáncer de pulmón y laringe y por ictus en las mujeres". José Ramón Venegas, principal autor de la investigación y miembro del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública.⁽¹⁹⁾

La mejor manera de prevenir el tabaquismo es evitar que las personas se inicien en el consumo de cigarrillos. Los jóvenes deben ser críticos y tomar conciencia de la trascendencia que sus comportamientos tendrán para el futuro de su salud. La mayoría de ellos, sin embargo, sin darse cuenta pueden estar imitando comportamientos de maestros, padres, hermanos mayores, por tener estos una importante función modélica y educadora. Desgraciadamente, muchos docentes, médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud son el grupo que más fuma, y en numerosas ocasiones ponen resistencia a ejecutar políticas de prevención del tabaquismo.

¿Qué dificulta la prevención?

Es importante saber que todas nuestras acciones contra el tabaquismo se enfrentan con el poder económico de las tabacaleras a través del cual logran:

- Publicidad muy atractiva
- Publicidad encubierta, como patrocinios de eventos deportivos y promociones.
- Las enfermedades que genera aparecen a largo plazo.
- Genera placer inmediato.
- Está socialmente aceptado.
- Está bien visto fumar en grupo.
- Es de fácil acceso. Los venden en todos los kioscos, hasta por unidades.
- Es muy barato fumar.

¿Qué actuaciones debemos ejecutar para prevenir la iniciación en el consumo?

Está demostrado que no sirven acciones aisladas, muchas veces, hay un gran esfuerzo personal que desgasta y hasta desalienta a seguir en esta lucha. Por lo tanto se deben incluir:

- Acciones de gobierno.
- Proteger a los no fumadores.
- Hacer menos accesible el tabaco a los jóvenes con aumento de precio.
- Prohibir totalmente la publicidad del tabaco.
- Investigar más acerca del consumo y prevalencia del tabaquismo.
- Crear programas de prevención y educación tan atractivos como los que utiliza las tabacaleras.
- Promover la cesación tabaquica con programas efectivos y calificados aconsejando y apoyando a todos aquellos fumadores que deseen o deban dejar de fumar. Crear un ambiente social negativo para el hábito del tabaco, que sea socialmente un mal hábito e inaceptable.

La educación es un refuerzo importante de todas las medidas que puedan tomarse desde el gobierno y las instituciones. Es un pilar para el refuerzo positivo de actitudes saludable para la vida. Los programas deben desarrollarse a partir del 1º nivel de la escuela ya que a éstas edades se incorporan fácilmente los patrones de conducta. Deben apoyar a sus educadores en las medidas que se adopten contra el consumo y si los profesores son fumadores exigirles el cumplimiento de las leyes y no facilitar el consumo de tabaco, con el fin de revertir lo cómodo y placentero de fumar.

En la revisión de la literatura de los programas de prevención de tabaquismo en jóvenes se consolidan cuatro estrategias principales, que combinadas de formas diferentes, pueden incrementar su efectividad: las intervenciones específicas en la escuela o en aula, las del uso de los medios de comunicación social, las intervenciones comunitarias en los ambientes y, finalmente, la regulación y protección de los espacios sin humo.

a) Intervenciones educativas en la escuela: Está sólidamente establecido que los programas educativos basados en el modelo de influencias sociales y la potenciación de las competencias personales y sociales son los más eficaces y no sirven como intervenciones aisladas, sino que deben combinarse con otras estrategias con componentes comunitarios y del entorno. Los programas preventivos en la escuela deben ser considerados en la actualidad como una buena estrategia para retrasar la edad de inicio al tabaquismo.

b) Intervenciones en medios de comunicación social: No se ha llegado a conclusiones claras en cuanto a su evidencia. Se cree que su principal papel es indirecto y son más efectivas combinadas con otras intervenciones.

c) Intervenciones de base comunitaria: Tienen el objetivo de llegar a los jóvenes, a sus familias y a la comunidad en general. Incluyen amplia difusión y múltiples componentes, utilizando los recursos de la comunidad para influir tanto en la conducta individual como en las normas o prácticas sociales relacionadas con el uso de tabaco por los adolescentes. Las evaluaciones sobre las evidencias de estas intervenciones han sido menos rigurosas y hay limitaciones importantes respecto a la efectividad de las mismas. Necesitan ser combinadas con medidas de restricción de la oferta, con el compromiso para hacer cumplir las medidas legislativas que protejan a los menores (prohibición de compra, consumo, etc.).

d) Estrategias de regulación de los espacios sin humo:

- Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco. Además de influir en la reducción del consumo de tabaco, disminuye el deseo social de fumar y contribuye a potenciar la norma social de no fumar.
- Restricciones de la venta del tabaco, control del contenido y etiquetado de los paquetes de cigarrillos y regulación de los espacios sin humo. Los controles publicitarios y de etiquetado tienen el efecto de hacer desaparecer las asociaciones positivas y de normalización con el tabaco.
- Aumento de precios de los cigarrillos y otros productos del tabaco: según la Organización Panamericana de la Salud, es la intervención más efectiva y coste-efectiva, especialmente en la población joven y la población con bajos ingresos económicos. Un aumento del 10% del precio del tabaco disminuye el consumo en torno a un 4% en los países desarrollados.

La autoayuda individual, con el apoyo de material orientativo y didáctico, es útil para ciertos fumadores que deciden dejar de fumar por sí solos. Se ha constatado que la eficacia de esta estrategia es mayor si los materiales de apoyo están diseñados para la población diana.

Las intervenciones para el tratamiento del tabaquismo, tanto el consejo sanitario, como los tratamientos que combinan apoyo psicológico y farmacológico, se han demostrado eficaces por su menor costo y por su mayor efectividad. ⁽²⁰⁾

CONCLUSIÓN:

En relación a mi investigación puedo decir que del total de pacientes esquizofrénicos encuestados el 80 % de ellos consume nicotina, y que las comorbilidades cardiovasculares y/o pulmonares son frecuentes en pacientes esquizofrénicos con hábito tabáquico.

Por otro lado me llamo la atención la asociación del género con los factores de riesgo cardiovascular y pulmonar, donde la proporción de mujeres con comorbilidades pulmonares es menor que en pacientes varones; a diferencia, las mujeres presentaron mayor proporción de comorbilidades cardiovasculares que los hombres.

El rango de edad más frecuente fue entre 40 a 50 años, y con respecto al género fue elegido al azar por lo que el 60% de los encuestados son hombres y el 40% mujeres. Vale recordar que la esquizofrenia tiene la misma prevalencia en hombres que en mujeres, sin embargo, el inicio y la evolución de la enfermedad en ambos sexos difieren.

La prevalencia del consumo del tabaco en la esquizofrenia es de dos a tres veces mayor que la que existe en la población general. El consumo de nicotina es un factor a tener en cuenta en el manejo integral de los pacientes con esquizofrenia, porque fumar, modifica el curso de la enfermedad, altera la respuesta al tratamiento farmacológico y demanda intervenciones terapéuticas para reducir o abandonar por completo el uso o abuso de tabaco.

La experiencia ha señalado que existen numerosas medidas costo eficaces para el control del tabaco que pueden aplicarse en diferentes contextos y lograr efectos significativos sobre el mismo. Las estrategias más eficaces en relación con los costos son las políticas públicas dirigidas a la población en general, por ejemplo prohibiciones de la publicidad directa e indirecta del tabaco; aumentos de impuestos y precios de productos de tabaco; creación de espacios sin humo en todos los lugares públicos y lugares de trabajo; y mensajes sanitarios bien visibles y claros en los paquetes de cigarrillos. Todas estas medidas se abordan en las disposiciones del Convenio de la OMS para el Control del Tabaco.

Es importante el estudio del tabaquismo ya que esta drogadicción es el causante del 30% de los cánceres, genera o ayuda a desarrollar una serie de enfermedades especialmente en el aparato respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal. El tabaquismo es el principal causante de muertes evitables alrededor del mundo, por lo tanto se debe trabajar en la concientización de dicho tema y en la prevención de tales enfermedades.

Es importante tener presente que el abandono del consumo del cigarrillo tiene efectos beneficiosos globales en la calidad y expectativa de vida en los pacientes con esquizofrenia. La solución más lógica sería la de no fumar, pero esto representa un cambio en la cultura del tabaco entre los pacientes psiquiátricos, incluso los que requieren hospitalización. En la actualidad, los nuevos antipsicóticos permiten mejorar la calidad de vida, y se hace prioritario cuidar todos los aspectos de la salud de los pacientes. Está claro: “fumar perjudica la salud”.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Grandal Domingez, F.Castañal Cantos, X. Grupo Fisterra.Guía de tabaquismo. 2007;7(41).Publicado en:www.fisterra.com/guias2/tabaco.htm
2. Campos-Arias A. Antipsicóticos, esquizofrenia y consumo de nicotina. Mecanismo de acción de los antipsicóticos. Publicado en: www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/articulo4.pdf
3. Organización mundial de la salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra.2004. Publicado en: www.who.int/substance_abuse/publications/en/neuroscience.pdf
4. Alberti Sutrepe, J., Castro Dono, C., Vázquez Ventosos, C. Esquizofrenia. Guías Clínicas.España.2005;5 (28).Publicado en: www.fisterra.com/guias2/pdf/esquizofrenia.pdf
5. Trastornolimite.com. El Portal del Trastorno Límite de la personalidad. Esquizofrenia .2009. Publicado en: www.trastornolimite.com/informacion/psicologia/137_la_esquizofrenia.html
6. López-Ibor Aliño, J. J. Y Valdés Miyar, M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. Barcelona. 2002.
7. Sadok, B. J. Kaplan-Sadock manual de bolsillo Psiquiatría Clínica. Editorial: Lippincott Williams and Wilkins. Barcelona. 2008.
8. Halsband, S.A. Comorbilidades en psiquiatría. Capítulo de psicofarmacología. (APSA). Editorial Polemos, Buenos Aires. 2009.
9. Martínez Ortega J.M., Gurpegui M., Díaz F.J. Y De Leon J. Tabaco y Esquizofrenia- Adicciones.vol 16, supl. 2. Granada.2004. Publicado en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd66/JoseMariaMartinez.pdf>
10. Jiménez Suárez O., Castro Álvarez E., Camacho Oborrego S. Actualización bibliografía, ¿Por qué fuman tanto los esquizofrénicos? Del Instituto de Psiquiatría José Germain.Leganés. Publicado en: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf1156/1156rese.pdf>
11. Sadock B. J., Sadock, V. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial: Lippincott Williams and Wilkins. Barcelona. 2010.
12. ForumClínic (Programa interactivo para pacientes).Tabaco y Esquizofrenia. Barcelona.2008.Publicado en: <http://www.forumclinic.org/enfermedades/esquizofrenia/actualidad/tabaco-y-esquizofrenia>
13. Sanabria Arenas F., Tabaco y Tabaquismo. México.2004. Disponible en: <http://tabaco-tabaquismo.blogspot.com/>
14. Organización mundial de la salud. ¿Porque el tabaco es un prioridad para salud publica. Ginebra.2008. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html
15. Contreras García, V. Prevalencia e Incidencia. Minnesota (EE.UU.) .2006. Publicado en: www.fundacion-salto.org/pdf/colaboraciones/PREVALENCIA%20E%20INCIDENCIA.pdf
16. Dr. Macaya C., Presidente de la Sociedad Española de Cardiología. Los pacientes con esquizofrenia tienen mayor riesgo de padecer problemas cardiovasculares. La Razón. 2010. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/noticias/psicosis/esquizofrenia/comorbilidad44/47533/>
17. Sociedad Argentina de Cardiología .Tabaquismo y Enfermedad Vascolar. Buenos Aires. Publicado en: [http://www.sac.org.ar/web_pages/view/id:313#Bases Neurobiologicas.](http://www.sac.org.ar/web_pages/view/id:313#Bases%20Neurobiologicas)

-
18. Osbert Rodríguez M., Delgado Gonzáles M., Apolinaire Pennini, J.J. Riesgo Cardiovascular en pacientes esquizofrénicos con seguimiento ambulatorio en Atención Primaria de Salud.2005; 9(4). Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/viewFile/282/267/>
 19. Estudio Publicado en la revista española “medicina Clínica”. El 15% de la mortalidad se produce por culpa del tabaquismo.2010. Disponible en :
<http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/tabaco/49577/>
 20. Dirección General de Salud Pública. Tabaquismo. Valencia.2010. Disponible en:
<http://sipes.msc.es/sipes2/verPublicacionesAction.do?registrosSeleccionados=31972&numRegistros=1&origen=masNovedadesAction>

ANEXOS:

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación:

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Jesica Paola Liwacki, de la Universidad Abierta Interamericana. La meta de este estudio es conocer cual es la comorbilidad mas frecuente en pacientes esquizofrénicos en relación con el habito tabaquito.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jesica Paola Liwacki. He sido informado de que la meta de este estudio es conocer cual es la comorbilidad mas frecuente en pacientes esquizofrénicos en relación con el habito tabaquito.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma del Participante:

Fecha:

Entrevista realizadas a pacientes esquizofrénicos:

1. ¿Cómo se llama?
2. ¿Qué edad tiene?
3. ¿Cuál es su estado civil?
4. ¿Has terminado primaria o secundaria?
5. ¿Con quien vive?
6. ¿Por qué esta aquí internado?
7. ¿Se interno por si mismo o lo trajo algún familiar?
8. ¿Se siente enfermo?
9. ¿Es la primera vez que esta internado?
10. ¿Sabe que fecha es hoy?
11. ¿Usted ha trabajado o estudiado alguna carrera universitaria?
12. ¿Se alimenta y duerme bien?
13. ¿Cómo se siente acá?
14. ¿Alguna vez sintió voces que le hablan? ¿De donde vienen? ¿Que te dicen?
¿Cuándo comenzaron?
15. ¿Sentiste alguna vez que alguien te quiere hacer daño?
16. ¿Confías en las personas que te rodean?
17. ¿Te gusta mas estar solo o acompañado por alguien?
18. ¿Crees que las personas piensan mal de vos?
19. ¿Usted fuma?
 - a)- ¿A que edad empezó a fumar?
 - b)- ¿Con que frecuencia fuma?
 - c)- ¿Cuántos cigarrillos fuma por día?
 - d)- ¿A que hora frecuentemente fuma?
 - e)- ¿Enciende un cigarrillo cuando se siente enojado con algo o alguien?
 - f)- ¿Fumar le da placer y lo relaja?
 - g)- ¿Fuma cuando esta solo o cuando esta acompañado, o le es indistinto?
 - h)- ¿Ha pensado en dejarlo?
20. ¿Alguna ves consulto a su medico por problemas debido al tabaco?
21. ¿Se ha enfermado alguna vez del corazón o de los pulmones?
22. ¿Tubo alguna sensación de falta de aire o de tos? ¿Solo con los esfuerzos?
¿Fue tratado/a?
23. ¿Asido internado/a por enfermedad cardiaca o respiratoria?
24. ¿Sabe si su familia ha tenido o tiene problemas de tipo respiratorio y cardiaco?
25. ¿Sabe si tiene presión alta?
26. ¿Sabe que el tabaco es el principal factor desencadenante de enfermedades respiratorias y cardiacas?