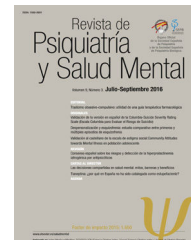




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL BREVE

Consumo de sustancias y diferencias de género en personas afectas de un primer episodio psicótico: impacto en los porcentajes de reingreso



Josep M. Crosas^a, Jesus Cobo^{a,b,*}, Maribel Ahuir^a, Carla Hernández^{a,c},
Rebeca García^a, Esther Pousa^{d,e}, Joan-Carles Oliva^f, José-Antonio Monreal^{a,b}
y Diego J. Palao^{a,b}

^a Salut Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España

^c Servei Salut Mental, Escaldes-Engordany, Principado de Andorra

^d Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona, España

^e Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM), Barcelona, España

^f Unitat d'Estadística, Fundació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Recibido el 24 de septiembre de 2016; aceptado el 12 de abril de 2017

Disponible en Internet el 23 de junio de 2017

PALABRAS CLAVE

Psicosis;
Primeros episodios
psicóticos;
Drogas de abuso;
Género;
Ingreso hospitalario

Resumen

Introducción: El estudio de diferencias de género en primeros episodios psicóticos (PEPs) ha aportado resultados controvertidos en los últimos años. El consumo de sustancias es la principal comorbilidad en PEPs, y se ha relacionado con un peor pronóstico y con una mayor gravedad sintomática.

Objetivos: Explorar las diferencias de género en PEPs en relación con el consumo de sustancias, así como su relación con los reingresos hospitalarios.

Metodología: Analítico y prospectivo (18 meses).

Resultados: Incluimos 141 pacientes (31,2% mujeres), con una edad media de 26,1 años, mayoritariamente diagnosticadas de trastorno esquizofreniforme (32,6%). Un 58,9% presentan algún consumo problemático de sustancias. Encontramos diferencias significativas de género en la edad de inicio, de ingreso en el programa, el estado civil y la convivencia, y diferencias en el consumo de sustancias actual y la frecuencia de consumo. El género, la duración de la psicosis no tratada, los antecedentes psiquiátricos, la edad de inicio o el consumo de sustancias previo no fueron factores predictores de reingreso. El porcentaje de reingreso hospitalario fue del 24,8%, sin diferencias de género. Entre los motivos más frecuentes de ingreso se encuentran el abandono del tratamiento (66,7%) y el consumo de sustancias (44,4%), siendo mayor en los hombres el consumo de sustancias como motivo de reingreso.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcobo@tauli.cat (J. Cobo).

KEYWORDS

Psychosis;
First psychotic
episode;
Drugs of abuse;
Gender;
Hospital admission

Conclusiones: Existen diferencias de género en PEPs. Los hombres inician más tempranamente los síntomas, con peores resultados funcionales. El consumo de sustancias en hombres es mayor y representa un importante motivo de reingreso hospitalario. Intervenciones terapéuticas dirigidas a prevenir su efecto son necesarias desde las primeras fases.

© 2017 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Substance abuse and gender differences in first episode psychosis: Impact on hospital readmissions

Abstract

Introduction: There have been controversial results in the study of gender differences in first episode psychosis (FEP). Substance abuse is the main existing comorbidity in FEP, and has been associated with worse prognosis and greater symptom severity.

Objectives: To explore gender differences in FEP in relation to drug abuse, and their relationship with hospital readmissions.

Methodology: Descriptive and prospective study (18 months).

Results: We included 141 patients (31.2% women), aged 26.1 years on average, mostly diagnosed with schizophreniform disorder (32.6%). A percentage of 58.9 had problematic use of drugs. Gender significant differences were found in age of onset, age at entry to the programme, marital status and cohabitation, and percentage differences were revealed in current drug abuse and frequency of consumption. Gender, duration of untreated psychosis, psychiatric history, age of onset and previous drug use were not predictors of re-entry. Hospital readmission rate was 24.8%, with no gender differences. The most common reasons for admission were abandonment of treatment (66.7%) and drug abuse (44.4%). Drug abuse was higher in the men than in the women as a reason for re-admission.

Conclusions: There are gender differences in FEP. Men have an earlier onset of symptoms and have worse functional outcomes. Drug abuse in men is higher and represents a major cause of hospital readmission. Therapeutic interventions to prevent the effects of drug abuse are necessary from the early stages of the illness.

© 2017 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El impacto de las enfermedades mentales sobre la población europea no deja de aumentar. La carga global de los trastornos neuropsiquiátricos supuso el 18,4% del total de años de vida ajustados por discapacidad¹. En las personas afectas de un primer episodio psicótico (PEPs), los años iniciales de tratamiento son cruciales en su evolución clínica y funcional posterior. Sin embargo, hasta un 52,0% de los pacientes presentan un estatus pobre en el momento de entrar en los programas terapéuticos, incluso en aquellos específicos. Pero aun un 37% de ellos continúan con un bajo estatus funcional a la salida de los programas e incluso un 18% de aquellos que entraron con una buena funcionalidad, la pierden².

Durante la última década, el estudio de las diferencias de género en PEPs se ha convertido en un tema de interés. De hecho, los integrantes de las diferentes muestras de PEPs tienden a ser varones, con psicosis no afectivas, peores niveles de ajuste premórbido, peor educación y una mayor tendencia a presentar historias autorreferidas de dificultades de aprendizaje, problemas médico-legales, experiencias traumáticas y abuso de sustancias². No obstante, como señalan Arranz et al.³, en muchos estudios

la variable género se ha utilizado como una covariable o como un factor de predicción en el análisis estadístico, y no son muchos los estudios que han considerado el género como el resultado/hipótesis central del estudio³⁻¹⁰. Aun así, algunos de los resultados entre género y PEPs acerca de variables clínicas y de pronóstico siguen siendo contradictorios/inconsistentes¹¹.

Uno de los hallazgos más concluyentes en cuanto a diferencias de género en psicosis y PEPs ha sido la edad de inicio, siendo más temprana entre los hombres^{3,11,12}, aunque otros estudios no lo han podido corroborar^{5,9}. También ha sido replicada la diferencia entre el género y el funcionamiento premórbido, siendo en general mejor entre las mujeres^{5,11,12}. En relación con los síntomas, los estudios que han encontrado diferencias de género^{4,5,9,12} apuntan a que los hombres presentan síntomas negativos más graves, mientras que las mujeres muestran más síntomas afectivos¹¹. En cuanto a la duración de la psicosis no tratada (DUP), a pesar de que los estudios siguen mostrando que los hombres tienen una tendencia a una DUP más larga en comparación con las mujeres^{3,4,6}, una revisión no pudo confirmarlo¹³.

Una serie de estudios han analizado las diferencias de género en cuanto al pronóstico/cursu/evolución después del PEPs, con resultados contradictorios. Se ha descrito que los

varones tienen un peor pronóstico⁵. El género masculino (y la presencia de síntomas negativos) predice también una peor funcionalidad en PEPs a los 2 años de seguimiento¹⁴. La heterogeneidad observada de las diferencias de género en el trastorno psicótico podría ser atribuible a las diferencias metodológicas entre los estudios epidemiológicos (selección de la muestra, tamaño de la muestra u otros factores)⁵.

El consumo de sustancias es frecuente entre aquellos pacientes diagnosticados de psicosis de inicio reciente y esquizofrenia, y se muestra como la principal comorbilidad en PEPs¹¹. También se ha relacionado con un peor pronóstico y con una mayor gravedad de los síntomas¹¹.

Por otra parte, en población general, diversos estudios han comunicado una mayor prevalencia de abuso de sustancias en hombres, con niveles más altos de comorbilidad con trastornos por uso de sustancias¹¹. Los hombres en la población general tienen una mayor comorbilidad con el uso de cannabis, cocaína y alucinógenos, mientras que las mujeres podrían presentar mayor abuso de ansiolíticos. Sin embargo, otros estudios poblacionales aportan un mayor consumo en mujeres¹⁵. Estos datos se tienen que tener en cuenta a la hora de interpretar resultados de muestras clínicas.

Se conoce que hasta un 30-60% de los pacientes afectos de un PEPs recaen durante los 2 primeros años de evolución¹⁴ y que durante los primeros 5 años de evolución es cuando hay más riesgo de recaídas y reingresos, empeorando el pronóstico. Existen diferentes factores que influyen en estas recaídas y reingresos. Sin embargo, todavía no han sido analizados suficientemente en nuestro medio, en especial su relación con el género.

Objetivos

1. Explorar las diferencias de género en personas diagnosticadas de PEPs en relación con el consumo de sustancias.
2. Establecer la relación entre el consumo de sustancia por género y los reingresos hospitalarios.

Metodología

Diseño: analítico y prospectivo

Muestra: pacientes incluidos consecutivamente en el programa de PEPs de la Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell) entre enero de 2010 y octubre de 2014. La Corporació pertenece a la red pública y atiende a una población de referencia de 430.000 habitantes, mayoritariamente urbana y del sector económico industrial y de servicios. Es el único centro hospitalario que atiende la enfermedad mental grave en la zona.

Criterios de inclusión: edad entre 18 y 35 años, afectos de cualquier primer episodio con síntomas psicóticos según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002): trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia (y subtipos), trastorno esquizoafectivo (y subtipos), trastorno psicótico no especificado, trastorno psicótico breve, episodios de trastorno bipolar (y subtipos) o de trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos.

Criterios de exclusión: psicosis debida a enfermedad médica, debida al consumo de sustancias y pacientes afectos de retraso mental.

Descripción del programa: el programa de PEPs de la Corporació Sanitària Parc Taulí surge como una necesidad de atención específica a las psicosis incipientes con el objetivo, por un lado, de detección precoz en todos los ámbitos de Atención Primaria y Especializada de la zona y, por otro lado, con el objetivo clínico de obtener los mejores resultados terapéuticos una vez se ha iniciado el proceso. Se proporciona atención específica tanto a nivel psiquiátrico como psicoterapéutico, con intervenciones grupales e individuales, estrategias de rehabilitación y reinserción laboral o educativa en su caso. Igualmente, nuestro programa tiene un apartado específico de psicoeducación y seguimiento familiar, así como una utilidad de coordinación entre los distintos niveles asistenciales y dispositivos. A nivel de desarrollo, criterios de inclusión y exclusión, sigue en general las recomendaciones establecidas en la *Guía de Desarrollo de Atención Específica a la Psicosis Incipiente* de la Generalitat de Catalunya¹⁶.

Instrumentos: cuestionario de recogida de datos sociodemográficos y antecedentes psiquiátricos personales y familiares. Se incluye la edad de inicio de los síntomas, la DUP y la Brief Psychosis Rating Scale¹⁷. Los datos toxicológicos (personales y familiares) incluyen consumos problemáticos aportados por el paciente, la familia, la historia clínica o por datos analíticos. Los datos evolutivos incluyen principalmente la fecha del primer ingreso hospitalario (si lo hubo) tras la entrada en el programa.

En nuestra población, a falta de una definición más consensuada y teniendo en cuenta tanto el consumo más preponderante de cannabis como la alta frecuencia de asociación de consumos, consideramos consumo problemático de cualquier sustancia el que genera problemas al propio consumidor o a su entorno, y dentro de estos problemas incluiríamos: problemas de salud física, psíquica, problemas sociales e incluso conductas de riesgo que pueden poner en peligro la vida o la salud del consumidor¹⁸.

Seguimiento: 18 meses desde la entrada en el programa.

Análisis estadístico: descriptivo y comparativo según pruebas paramétricas y no paramétricas, según esté indicado (t de Student o U de Mann-Whitney para las variables continuas y Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher bilaterales para las categóricas). Debido al carácter exploratorio y la realización de múltiples comparaciones, acordamos un nivel de significación menor de 0,01.

Finalmente, realizamos un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier. Consideramos los 25 años como edad de corte (mediana de nuestra muestra) para el análisis de supervivencia en relación con la edad de inicio (fig. 1). Para el análisis de la DUP, consideramos la división propuesta por Thomas y Nandhra en el 2009 de 12 meses como punto de corte¹⁹.

Resultados

Se resumen en la tabla 1: participan un total de 141 pacientes, con una edad media de 26,1 años al inicio de programa. El 31,2% son mujeres, el 65,2% están solteros y el 61,7% residen con su familia de origen.

La mayoría se detectan en el Servicio de Urgencias y se incluyen después de un primer ingreso hospitalario (91,5%). El diagnóstico más frecuente es el de trastorno esquizofreniforme (32,6%). Hasta un 58,9% de los pacientes presentan

Tabla 1 Características de la muestra (n = 141)

	Total N = 141	Mujeres n = 44 (31,2%)	Hombres n = 97 (68,8%)	p
<i>Edad de inicio de síntomas (años), media (DE), rango</i>	25,4 (5,0), 17-35	27,4 (5,1)	24,4 (4,7)	0,002
<i>DUP, media (DE)</i>	17,2 (25,6)	15,2 (26,1)	18,2 (25,2)	0,557
<i>Edad al ingreso en el programa (años), media (DE), rango</i>	26,1 (5,1), 18-35	28,2 (5,1)	25,1 (4,9)	0,001
<i>Procedencia, n (%)</i>				0,371
Ingreso hospitalario	129 (91,5)	41 (93,2)	88 (90,7)	
Urgencias (sin ingreso)	4 (2,8)	0 (0,0)	4 (4,1)	
Centro de Salud Mental	8 (5,7)	3 (6,8)	5 (5,2)	
<i>Estado civil, n (%)^a</i>				0,008
Soltero	92 (65,2)	21 (50,0)	71 (78,0)	
Casado/pareja estable	25 (17,7)	12 (28,6)	13 (14,3)	
Separado/divorciado	15 (10,6)	8 (19,0)	7 (7,0)	
Viudo	1 (0,7)	1 (2,4)	0 (0,0)	
<i>Tiene hijos, n (%)</i>	25 (17,7)	13 (31,0)	12 (13,5)	0,030
<i>Convivencia, n (%)^a</i>				p < 0,001
Solo	9 (6,4)	3 (7,1)	6 (6,6)	
Familia de origen	87 (61,7)	20 (47,6)	67 (73,6)	
Piso terapéutico	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (1,1)	
Familia propia	24 (17,0)	17 (40,5)	7 (7,7)	
Amigos	12 (8,5)	2 (4,8)	10 (11,0)	
<i>Nivel de estudios, n (%)^a</i>				0,606
Sin estudios	21 (14,9)	6 (15,8)	15 (18,8)	
Primarios	50 (35,5)	14 (36,8)	36 (45,0)	
Secundarios	34 (24,1)	12 (31,6)	22 (27,5)	
Universitarios	13 (9,2)	6 (15,8)	7 (8,8)	
<i>Antecedentes PSI/PSQ personales, n (%)^{a,b}</i>	34 (24,1)	16 (38,1)	18 (20,5)	0,053
Trastorno de ansiedad	6 (4,3)	3 (18,8)	3 (16,7)	
Trastorno afectivo monopolar	12 (8,5)	6 (37,5)	6 (33,3)	
Trastorno afectivo bipolar	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (5,6)	
TEA	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (5,6)	
TDHA	3 (2,1)	0 (0,0)	3 (16,7)	
Trastorno de personalidad	4 (2,8)	4 (25,0)	0 (0,0)	
Trastorno adaptativo	3 (2,1)	2 (12,5)	1 (5,6)	
TCA	1 (0,7)	1 (6,3)	0 (0,0)	
Trastorno mental no especificado	3 (2,1)	2 (12,5)	3 (16,7)	
<i>Diagnóstico al alta, n (%)^a</i>	141 (100,0)	44 (100,0)	97 (100,0)	0,108
Trastorno esquizofreniforme	46 (32,6)	7 (15,9)	39 (40,2)	
Esquizofrenia (y subtipos)	7 (5,0)	2 (4,5)	5 (2,5)	
Trastorno esquizoafectivo (y subtipos)	3 (2,1)	1 (2,3)	2 (2,1)	
Trastorno bipolar (y subtipos)	26 (18,4)	11 (25,0)	15 (15,5)	
Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos	6 (4,3)	3 (6,8)	3 (3,1)	
Trastorno psicótico no especificado +trastorno psicótico breve	53 (37,6)	20 (45,5)	33 (34,0)	
<i>TOX actual, n (%)^{a,c}</i>	83 (58,9)	20 (48,8)	63 (70,0)	0,031
Alcohol	47 (33,3)	10 (22,7)	37 (38,1)	0,084
Cannabis	71 (50,4)	17 (38,6)	54 (55,7)	0,071
Cocaína	13 (9,2)	1 (2,3)	12 (12,4)	0,064
Drogas de diseño ^d	5 (3,5)	1 (2,3)	4 (4,1)	1,000
<i>Frecuencia consumo, n (%)^e</i>				0,035
Ocasional	32 (22,7)	11 (25,0)	21 (21,6)	
Frecuente	31 (22,0)	6 (13,6)	25 (25,8)	
Trastorno	18 (12,8)	2 (4,5)	16 (16,5)	
<i>Antecedentes PSI/PSQ familiares, n (%)^{a,f}</i>	52 (36,9)	17 (41,5)	35 (38,5)	0,848
Trastorno psicótico	22 (15,6)	6 (35,3)	16 (50,0)	
Trastorno de ansiedad	2 (1,4)	2 (11,1)	0 (0,0)	
Trastornos afectivos monopolares	17 (12,1)	8 (47,1)	9 (28,1)	

Tabla 1 (continuación)

	Total N = 141	Mujeres n = 44 (31,2%)	Hombres n = 97 (68,8%)	p
Trastornos afectivos bipolares	3 (2,1)	0 (0,0)	3 (9,4)	
TEA	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (3,1)	
Trastorno de personalidad	2 (1,4)	0 (0,0)	2 (6,3)	
Trastorno adaptativo	2 (1,4)	1 (5,9)	1 (3,1)	
Antecedentes TOX familiares, n (%) ^{a,b,c,g}	20 (14,2)	3 (7,3)	17 (19,5)	0,110
BPRS (inicio), media (DE)	29,0 (8,4)	27,0 (8,6)	29,7 (8,3)	0,395
<i>Tratamiento farmacológico al inicio del programa, n (%)</i>				
Antipsicóticos	141 (100)	44 (100)	97 (100)	-
Eutimizantes	23 (16,3)	8 (18,2)	15 (15,5)	0,686
Antidepresivos	18 (12,8)	6 (13,6)	12 (12,5)	0,835
Benzodiacepinas	66 (46,8)	18 (40,9)	48 (49,5)	0,344

BPRS (inicio): Brief Psychosis Rating Scale a la entrada en el primer ingreso. DE: desviación estándar; DUP: duración en semanas de la psicosis no tratada, antes del primer ingreso; TCA: trastorno de la conducta alimentaria; TDHA: trastorno de hiperactividad y déficit de atención; TEA: trastornos del espectro autista.

^a Algunos valores no se corresponden con las n totales debido a los valores perdidos.

^b Antecedentes psicológicos y psiquiátricos del paciente previos al ingreso del primer episodio psicótico.

^c Consumo abusivo/problemático actual de sustancias (algunos pacientes consumen más de una o 2 sustancias problemáticas).

^d Incluyen metanfetamina (speed), MDMA (éxtasis), GHB (éxtasis líquido) y ketamina.

^e El consumo de tóxicos a la entrada en el programa incluye pacientes con frecuencia de consumo ocasional (uso intermitente de la/s sustancia/s, sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia), frecuente (habitual) y de trastorno por consumo de sustancias, que incluye aquellos pacientes con abuso o dependencia de sustancias según criterios DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).

^f Antecedentes psicológicos y psiquiátricos en familiares de primer grado.

^g Antecedentes de consumo abusivo/problemático de sustancias en familiares de primer grado.

El valor de p se ha calculado con los test correspondientes: t de Student o U de Mann-Whitney, Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher (bilaterales). Significación si $p < 0,01$.

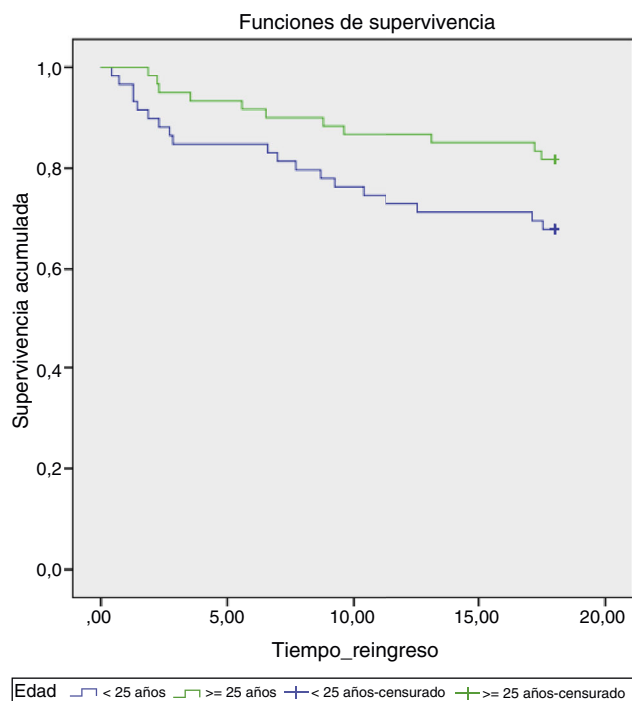


Figura 1 Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier según la edad de inicio.

algún consumo problemático de sustancias asociado, especialmente cannabis (50,4%) y alcohol (33,3%). Durante los 18 meses de seguimiento se detecta un 12% de pérdidas.

Encontramos diferencias de género en cuanto a la edad de inicio de los síntomas, la edad de ingreso en el programa, el estado civil y la convivencia actual (tabla 1). Encontramos también una tendencia a la significación en cuanto al consumo de sustancias actual y la frecuencia de consumo a favor de las mujeres.

El género, la DUP, los antecedentes psiquiátricos personales o familiares, la edad de inicio o el consumo de sustancias previo al inicio del programa no se mostraron como factores predictores de reingreso (tabla 2). Los diagnósticos tampoco influyeron en los ingresos posteriores a la entrada en el programa.

Se detecta un porcentaje de reingreso hospitalario durante los 18 meses de seguimiento del 24,8%, sin diferencias de género (tabla 2). Entre los motivos más frecuentes de ingreso se encuentran el abandono del tratamiento (66,7%) y el consumo de sustancias (44,4%). Existe una tendencia a la significación en cuanto al consumo de sustancias como motivo de reingreso, siendo mayor en los hombres.

En el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, como mostramos en la tabla 3, el género y los otros factores analizados no han resultado en un impacto diferencial para el tiempo de ingreso de los pacientes durante el período de seguimiento. La figura 2 muestra el análisis de supervivencia por género, donde no encontramos diferencias. La figura 3 muestra el análisis de supervivencia en relación con la DUP.

Tabla 2 Características de los reingresos

	Total N= 141	Mujeres n = 44 (31,2%)	Hombres n = 97 (68,8%)	p
Reingresos 18 meses, n (%) ^a	35 (24,8)	8 (18,2)	27 (27,8)	0,219
Motivos de reingreso, n (%) ^b				
A: consumo de tóxicos	16 (44,4)	1 (12,5)	15 (53,6)	0,045
B: abandono tratamiento	24 (66,7)	4 (50,0)	20 (71,4)	0,257
A + B	14 (38,9)	1 (12,5)	13 (46,4)	0,083
C: intento autolítico	5 (14,7)	1 (12,5)	4 (15,4)	1,000
D: otros motivos	6 (17,6)	3 (37,5)	3 (11,5)	0,126
Tiempo (años) al primer ingreso postinclusión, media (DE), rango	0,57 (0,47), 0,04-1,52	0,37 (0,34), 0,04-0,87	0,63 (0,50), 0,06-1,52	0,236; U = 77,00

^a Reingreso después de 18 meses de la entrada en el programa.

^b Porcentaje referido a los pacientes que reingresan. Algunos pacientes pueden tener varios motivos de reingreso. El valor de p se ha calculado con los test correspondientes: t de Student o U de Mann-Whitney, Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher (bilaterales). Significación si p < 0,01.

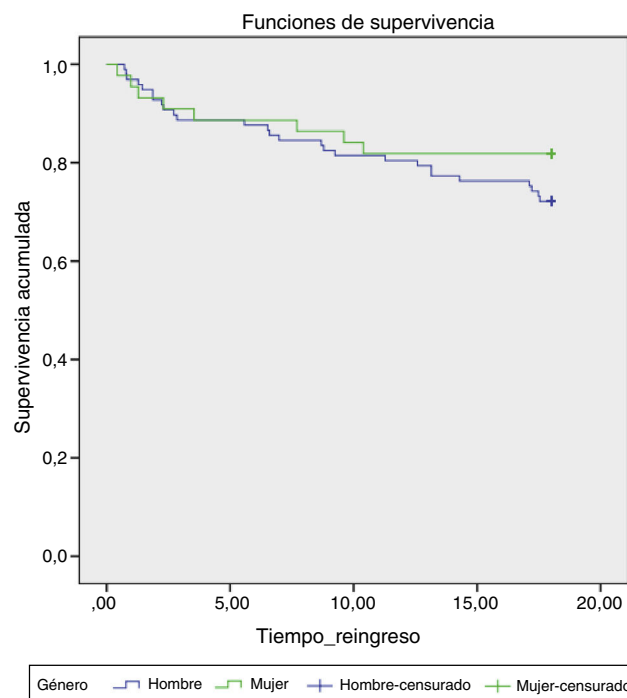
Tabla 3 Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier

	Tiempo hasta el ingreso (IC 95%)	p, Log Rank (Mantel-Cox)
Género		
Hombre	15,1 (13,9-16,2)	0,261
Mujer	15,5 (13,9-17,1)	
DUP		
Inferior a 12 semanas	15,4 (14,2-16,6)	0,384
Igual o superior a 12	14,8 (13,2-16,5)	
Antecedentes PSI/PSQ personales		
No	15,5 (14,5-16,5)	0,453
Sí	14,2 (12,0-16,4)	
Antecedentes PSI/PSQ familiares		
No	15,4 (14,3-16,6)	0,936
Sí	14,8 (13,2-16,5)	
Consumo actual de sustancias		
No	15,2 (13,6-16,7)	0,601
Sí	15,1 (13,9-16,3)	
Edad de inicio		
Menor de 25 años	14,2 (12,7-15,8)	0,072
Igual o mayor de 25	16,1 (15,0-17,3)	

DUP: duración de la psicosis no tratada; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; PSI/PSQ: antecedentes psicológicos/psiquiátricos.

La [figura 1](#) muestra el análisis de supervivencia en relación con la edad de inicio.

Considerando los 25 años como edad de corte (mediana de nuestra muestra), el análisis de supervivencia en relación con la edad de inicio ([fig. 1](#)), si bien tampoco es significativo, evidencia una mayor rapidez de ingreso en aquellos pacientes con comienzo a una edad más joven (inferior o igual a 25 años). El análisis de supervivencia en relación con la DUP tampoco resultó significativo ([fig. 3](#)).

**Figura 2** Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier por género.

Discusión

Según nuestro conocimiento, este es el primer análisis en nuestro medio que explora diferencias de género en cuanto al motivo de reingreso hospitalario en pacientes afectados de PEPs. Nuestros resultados confirman algunos resultados previos en cuanto a diferencias de género en psicosis, como una menor edad de inicio en varones^{3,4,9,12,13,20,21} y mayores dificultades para la convivencia independiente también en varones^{5,9}. Al igual que en otros estudios, no encontramos

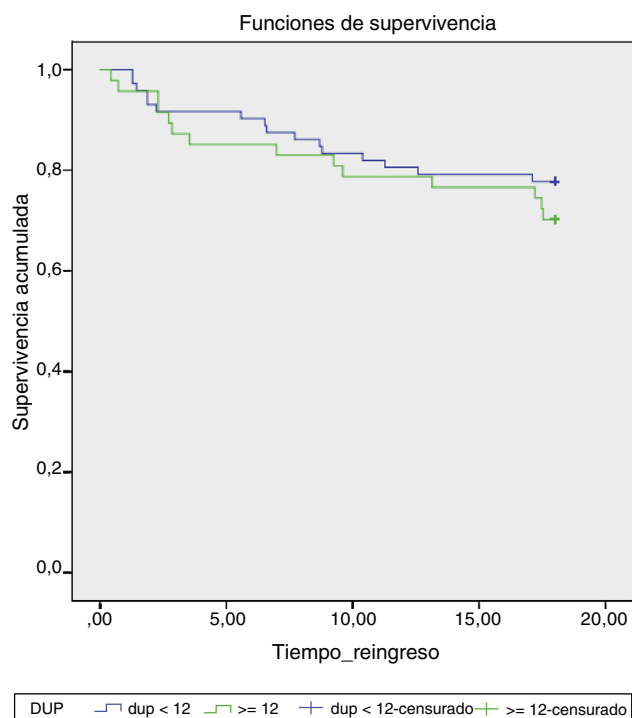


Figura 3 Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier según la duración de la psicosis no tratada (DUP).

diferencias de género en la DUP^{6-9,13}, en la Brief Psychosis Rating Scale a la entrada en el programa²¹ ni en el diagnóstico clínico en la entrada al programa¹², entre otras variables del estudio.

Sin embargo, nuestros resultados muestran como el consumo de sustancias mantenido es una de las principales causas de reingreso, como también muestra la revisión y metaanálisis de Alvarez-Jimenez et al.²², con un posible efecto de género.

El consumo de sustancias es muy prevalente entre las personas afectas de un PEPs, con diferentes resultados según las muestras²³⁻²⁵. Por ejemplo, el estudio de Wade et al.²³, con 103 PEPs recogidos en 3 centros de salud mental y seguidos durante 15 meses, muestra como el abuso de sustancias está independientemente relacionado con un aumento del riesgo de readmisiones, de recaídas en síntomas positivos y en un tiempo más corto de recaída para los síntomas positivos. En la misma dirección, el estudio de Arranz et al.³ y otros^{5,9,26} muestran como los varones consumen más sustancias en general y de forma significativa. En nuestra muestra no se encuentran diferencias significativas, aunque porcentualmente los varones consumen más sustancias. Entre las posibles explicaciones de estas diferencias se pueden encontrar características propias de la muestra, de los instrumentos de evaluación, o bien efectos derivados de los cambios en la población general respecto del consumo de sustancias.

En este sentido, actualmente, según la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas²⁷, la principal sustancia legal de consumo entre las mujeres españolas es el alcohol, seguido del tabaco y el cannabis, pero se observa un preocupante aumento del consumo de cocaína y tranquilizantes/hipnosedantes. Igualmente, aunque las muestras

epidemiológicas detectan todavía una mayor prevalencia de abuso de alcohol y otras drogas entre los hombres respecto de las mujeres, se está observando un aumento de la prevalencia también entre estas²⁸.

Existe cierta evidencia sobre una mayor gravedad en la adicción a cocaína en mujeres²⁹. De hecho, en muestras de jóvenes norteamericanos, la proporción de mujeres jóvenes con dependencia a cocaína es mayor que entre los hombres jóvenes ($p < 0,01$)²⁸. Sin embargo, estos datos norteamericanos no se replican en nuestra población adolescente y joven²⁷.

Respecto del cannabis, en el Estado español continúa siendo la sustancia ilegal más consumida, afectando al 13,6% de los hombres frente al 5,5% de las mujeres, pero, afortunadamente, se ha producido un descenso en el consumo para ambos sexos respecto a los datos del 2009²⁷. El problema es que su uso está muy aceptado y normalizado socialmente y, por desgracia, el consumo entre las mujeres ha crecido desde las primeras estadísticas³⁰.

La alta prevalencia de consumo de sustancias encontrada en nuestra muestra de pacientes está de acuerdo con los porcentajes globales hallados en estudios anteriores^{3,5,26}, que van desde el 68 al 80% en hombres y del 30 al 51% en las mujeres.

Respecto de los porcentajes de rehospitalizaciones en nuestra muestra, son similares a los observados en otros estudios de seguimiento a 18 meses y están de acuerdo con otros resultados previamente aportados, que van del 24 al 36% de recaídas a los 18 meses²².

Aunque algún estudio⁵ ha informado de que los hombres son más propensos a tener una o más hospitalizaciones durante el seguimiento a 18 meses, nosotros no encontramos diferencias de género en el porcentaje de reingresos. Por lo tanto, parece ser que el género no es predictor de futuros reingresos.

En nuestro estudio, el género tampoco se mostró como una variable predictora de reingreso, como en trabajos previos^{22,31}. Tampoco la DUP ni otras variables iniciales, o incluso un consumo previo de sustancias a la entrada en el programa se mostraron como predictoras, lo cual indica la importancia de otros factores, pero también la necesidad de mantener una abstinencia de sustancias en estos primeros estadios de la enfermedad.

En cuanto a la influencia del consumo de sustancias en los porcentajes de reingreso, nuestros resultados muestran tendencias a un efecto diferencial del género que debería explorarse con más detenimiento en el futuro. Igualmente, se debería explorar el impacto moderador del género en otros factores de recaída, como la falta de adherencia al tratamiento¹⁵ o la falta de insight¹². De hecho, los avances en el tratamiento de nuestros pacientes han de tener en cuenta un abordaje mucho más personalizado y dirigido, con especial atención a los aspectos terapéuticos³², pero también a los específicos relacionados con el género.

Limitaciones y puntos fuertes del estudio

Como principales limitaciones del estudio, encontramos la ausencia de determinaciones analíticas sistemáticas de sustancias y la característica naturalística de la muestra. Como principales puntos fuertes, la adecuación de la muestra, ya

que nuestro programa es el único proveedor de servicios del área, así como el análisis específico de reingresos hospitalarios y no solo de recaídas utilizando criterios psicométricos.

Conclusiones

Existen diferencias de género en PEPs. Los hombres inician más tempranamente los síntomas y pueden presentar ya peores resultados funcionales. El consumo de sustancias en los hombres es mayor y además representa un importante motivo de reingreso hospitalario.

Intervenciones dirigidas a paliar (y prevenir) los efectos del consumo de sustancias en personas afectas de PEPs son necesarias desde las primeras fases del tratamiento.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Lara E, Garin N, Ferrari AJ, Tyrovolas S, Olaya B, Sánchez-Riera L, et al. La carga de enfermedad en España 2010: trastornos neurológicos, mentales y relacionados. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2015;8:207–17.
- Cotton SM, Lambert M, Schimmelmann BG, Filia K, Rayner V, Hides L, et al. Predictors of functional status at service entry and discharge among young people with first episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52:575–85.
- Arranz B, Corripio I, Safont G, Ramirez N, Dueñas RM, Perez V, et al. Substance use in first-episode psychosis: Does gender matter? *J Schizophr Res*. 2015;2:1015.
- Koster A, Lajer M, Lindhart A, Rosenbaum B. Gender differences in first episode psychosis. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2008;43:940–6.
- Cotton SM, Lambert M, Schimmelmann BG, Foley DL, Morley KI. Gender differences in premorbid, entry, treatment, and outcome characteristics in a treatment epidemiological sample of 661 patients with first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2009;114:17–24.
- Chang W, Tang J, Hui C, Chui C, Lam MM, Wong GH, et al. Gender differences in patients presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: A three-year follow up study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45:199–205.
- Choi JS, Chon MW, Kang DH, Jung MH, Kwon JS. Gender difference in the prodromal symptoms of first-episode schizophrenia. *J Korean Med Sci*. 2009;24:1083–8.
- Mattsson M, Flyckt L, Edman G, Nyman H, Cullberg J, Forsell Y. Gender differences in the prediction of 5-year outcome in first episode psychosis. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2007;16:208–18.
- Torup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G, et al. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:396–405.
- Torup A, Albert N, Bertelsen M, Petersen L, Jeppesen P, Le Quack P, et al. Gender differences in first-episode psychosis at 5-year follow-up—Two different courses of disease? Results from the OPUS study at 5-year follow-up. *Eur Psychiatry*. 2014;29:44–51.
- Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J. Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: A comprehensive literature review. *Schizophr Res Treatment*. 2012;2012:916198.
- Catton C, Xie H, Drake RE, McHugo G. Gender differences in psychotic disorders with concurrent substance use. *J Dual Diagn*. 2014;10:177–86.
- Cascio MT, Cella M, Preti A, Meneghelli A, Cocchi A. Gender and duration of untreated psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry*. 2012;6:115–27.
- Bergé D, Mané A, Salgado P, Cortizo R, Garnier C, Gomez L, et al. Predictors of relapse and functioning in first-episode psychosis: A two-year follow-up study. *Psychiatr Serv*. 2016;67:227–33.
- Donoghue K, Medley I, Brewin J, Glazebrook C, Mason P, Cantwell R, et al. The association between substance misuse and first-episode psychosis in a defined UK geographical area during the 1990s. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:137–42.
- VV. AA. Guia de desenvolupament del programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients del Pla director de salut mental i addiccions, 2011. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2011 [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home.canal.salut/professionals/temes.de.salut/salut_mental/documents/pdf/guia_pae_tpi_salutmental.2011.pdf
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*. 1962;10:799–812.
- Klempova D, Sánchez A, Vicente J, Barrio G, Domingo A, Suelves JM, et al. Informe sobre Consumo Problemático de Cannabis en estudiantes. España 2009. Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: validación de escalas. Informes, Estudios e Investigación en Drogodependencias, Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio colaborativo entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/133.pdf>
- Thomas SP, Nandhra HS. Early intervention in psychosis: A retrospective analysis of clinical and social factors influencing duration of untreated psychosis. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009;11:212–4.
- Bertani M, Lasalvia A, Bonetto C, Tosato S, Cristofalo D, Bissoli S, et al. The influence of gender on clinical and social characteristics of patients at psychosis onset: A report from the Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS). *Psychol Med*. 2012;42:769–80.
- Cocchi A, Lora A, Meneghelli A, La Greca E, Pisano A, Cascio MT, et al. Sex differences in first-episode psychosis and in people at ultra-high risk. *Psychiatry Res*. 2014;215:314–22.
- Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*. 2012;139:116–28.
- Wade D, Harrigan S, Edwards J, Burgess PM, Whelan G, McGorry PD. Substance misuse in first-episode psychosis: 15-month prospective follow-up study. *Br J Psychiatry*. 2006;189:229–34.

24. Barnes TR, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2006;188:237–42.
25. Compton MT, Kelley ME, Ramsay CE, Pringle M, Goulding SM, Esterberg ML, et al. Association of pre-onset cannabis, alcohol, and tobacco use with age at onset of prodrome and age at onset of psychosis in first-episode patients. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1251–7.
26. Mazzoncini R, Donoghue K, Hart J, Morgan C, Doody GA, Dazzan P, et al. Illicit substance use and its correlates in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121:351–8.
27. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2016 [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016.INFORME.OEDT.pdf>
28. Cotto JH, Davis E, Dowling GJ, Elcano JC, Staton AB, Weiss SR. Gender effects on drug use, abuse, and dependence: A special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health. *Gend Med*. 2012;7:402–13.
29. Robbins SJ, Ehrman RN, Childress AR, O'Brien CP. Comparing levels of cocaine cue reactivity in male and female outpatients. *Drug Alcohol Depend*. 1999;53:223–30.
30. Romo Avilés N. Mujeres. Mirando desde el género los usos de drogas. En: Pérez de los Cobos Peris JP, Valderrama Zurián JC, Cervera Martínez G, Rubio Valladolid G, editores. *Tratado SET de trastornos adictivos*. Tomo II. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 522–6.
31. Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, Martínez-García O, Pelayo-Terán JM, Tabares-Seisdedos R, et al. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: A three-year follow-up study. *J Psychiatr Res*. 2012;46:1099–105.
32. Vieta E. La medicina personalizada aplicada a la salud mental: la psiquiatría de precisión. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2015;8:117–8.