



Published in final edited form as:

Actas Esp Psiquiatr. 2011 ; 39(2): 123–130.

Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población Latina

[Substance use disorder and schizophrenia: prevalence and sociodemographic characteristics in the Latin American population]

Lorena Jiménez-Castro, M.D.^{1,2,3}, Henriette Raventós-Vorst, M.D.^{3,4}, and Michael Escamilla, M.D.^{2,5,6}

¹Department of Cellular and Structural Biology, University of Texas Health Science Center at San Antonio, San Antonio, TX

²South Texas Psychiatric Genetics Research Center, Paul L. Foster School of Medicine, Texas Tech University Health Science Center, San Antonio, TX

³Centro Investigación en Biología Molecular y Celular, Universidad de Costa Rica, San José Costa Rica

⁴Escuela de Biología, Universidad de Costa Rica, San José Costa Rica

⁵Center of Excellence in Neurosciences, Paul L. Foster School of Medicine, Texas Tech University Health Science Center, El Paso, TX

⁶Department of Psychiatry, Paul L. Foster School of Medicine, Texas Tech University Health Science Center, El Paso, TX

Abstract

El interés por comprender la co-morbilidad de la esquizofrenia y el trastorno en el uso de sustancias, ha aumentado debido al incremento de este diagnóstico, a los efectos negativos observados en el sujeto y a los costos en los servicios de salud. Este trastorno dual puede tener efectos dramáticos en el curso clínico del trastorno psicótico tales como: mayores recaídas, re-hospitalizaciones, síntomas más severos, no adherencia al tratamiento antipsicótico, cambios marcados del humor, aumento en el grado de hostilidad e ideación suicida, así como alteraciones en otras áreas del funcionamiento incluyendo violencia, victimización, indigencia y problemas legales. La literatura proveniente en particular de Estados Unidos y Europa sugiere que el rango de prevalencia para este diagnóstico puede oscilar entre el 10% hasta el 70%.

En este estudio, revisamos la prevalencia del diagnóstico dual de esquizofrenia y trastorno en el uso sustancias, así como sus características sociodemográficas, con base en la literatura disponible

Correspondencia: Dra. Lorena Jiménez-Castro, Postdoctoral Fellow., Research Imaging Institute, University of Texas Health Science Center at San Antonio., 8403 Floyd Curl Drive, San Antonio, Texas, Zip code 78229, USA., (210) 567-8215- office phone; (210) 567-8103- fax, castrol@uthscsa.edu.

No Conflicto de interés: No se utilizaron fondos provenientes de compañías farmacéuticas para la conducción de este estudio. Los investigadores no reportan conflictos de interés.

Palabras clave: Diagnóstico dual, comorbilidad, esquizofrenia, trastorno en el consumo de sustancias, poblaciones latinas, latinos.

alrededor del mundo dando énfasis en la población latina. A pesar de que este diagnóstico es ampliamente aceptado, se conoce poco sobre su prevalencia en la población latina, sobre los factores ambientales, demográficos, clínicos y otras características de estos individuos. Un mejor conocimiento sobre este diagnóstico permitiría mejorar los métodos para la detección y adecuada valoración del trastorno en el uso de sustancias en personas con trastornos mentales severos como la esquizofrenia.

Abstract

The individuals with the co-morbid disorders of schizophrenia and substance use disorder are becoming a focus of attention for all service providers, because of the increase in the number of subjects with these diagnoses and the observed negative effects on the subjects and on medical costs. These co-morbid disorders, or dual diagnosis, can have a dramatic effect on the clinical course of the psychiatric disorder, such as: increased relapses, re-hospitalizations, more severe symptoms, non-compliance with antipsychotic medication, marked mood changes, increased rates of hostility and suicidal ideation as well as in other areas of functioning, including interpersonal violence and victimization, homelessness, and legal problems. Literature from the United States and Europe in particular, suggest that the prevalence rates for dual diagnosis range from 10 to 70%.

In this study, we reviewed the prevalence for the dual diagnosis of schizophrenia and substance use disorder, as well as the socio-demographic characteristics, in the literature on Latino populations. Notwithstanding that the dual disorder is a widely accepted diagnosis, relatively little is known about the prevalence in Latin populations, nor about the environmental factors that may influence, the demographic, clinical, and other characteristics of these individuals. A better understanding of this diagnosis might improve the methods for the detection and assessment of substance-use disorder in persons with severe mental illness such as schizophrenia.

Keywords

Dual diagnosis; comorbidity; schizophrenia; substance use disorder; Latino populations; Latinos

Introducción

Los estudios epidemiológicos alrededor del mundo, la mayoría de estos provenientes de los Estados Unidos (EU) y Europa, han descrito la prevalencia del trastorno en el consumo de sustancias (TCS) en la población general, en poblaciones particulares como en los sujetos con enfermedades mentales, y en poblaciones minoritarias como la latina. Las prevalencias reportadas varían ampliamente entre las investigaciones existentes, posiblemente por diferencias en la metodología empleada, los criterios diagnósticos usados, el período de tiempo estudiado y el origen de la población^{1,2}.

La Asociación Americana de Psiquiatría en el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR)³, en la sección nombrada “Trastornos relacionados con sustancias” incluye el TCS y el trastorno en el consumo alcohol. Cada uno de estos apartados contiene la dependencia y abuso de drogas o alcohol respectivamente³. Para efectos de esta revisión llamamos TCS a ambos trastornos de abuso y/o dependencia, tanto de alcohol como de drogas ilícitas. Asimismo cuando mencionamos “diagnóstico dual” nos estamos refiriendo específicamente al diagnóstico de TCS concurrente con Esquizofrenia (EQ).

Prevalencia del TCS en países desarrollados

Al inicio de los años ochenta, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos en colaboración con 5 equipos de investigación (Universidad de Yale, Universidad de Johns Hopkins, Universidad de Washington en San Luis, Universidad de Duke y Universidad de California en Los Ángeles) desarrolló lo que fue la primera gran encuesta en los EU sobre enfermedades mentales. El estudio llamado el “Epidemiology Catchment Area” (ECA) empleó el “Diagnostic Interview Schedule” (DIS) como instrumento de valoración, basando los diagnósticos en el DSM-III. La muestra total fue de 20.291 individuos. El objetivo fue determinar la prevalencia de los trastornos mentales para particulares grupos en los EU (por ejemplo, en adultos mayores, en diferentes grupos étnicos, en la población rural y urbana). Por lo cual, no se puede generalizar sus resultados a un nivel nacional⁴. En ese estudio, la prevalencia de abuso o dependencia para alcohol o drogas a lo largo de la vida fue reportada en 16.7 %⁵.

Al inicio de los años noventa, el “National Comorbidity Survey” (NCS) estimó la prevalencia de los trastornos psiquiátricos según el DSM-III, tanto a través de toda la vida como durante el año previo a la entrevista. Esta investigación fue la primera en administrar una entrevista psiquiátrica estructurada, el “Composite International Diagnostic Interview” (CIDI), en una muestra representativa y probabilística de 8.098 estadounidenses⁶. Por tanto, es el primer estudio que permite generalizar la prevalencia de los trastornos mentales en los EU⁴. Ellos hallaron que la prevalencia de TCS en el año previo a la entrevista fue de 11.3% y a través de la vida de 35.4%⁶.

Posterior al NCS, se desarrolló el “National Comorbidity Survey Replication” (NSC-R) durante febrero del 2001 a septiembre del 2003, empleado una muestra de 9.282 personas, fue también una investigación representativa para la población de los EU. Utilizando la entrevista diagnóstica estructurada ya mencionada (CIDI), con los criterios diagnósticos del DSM-IV, se estimó que el 14.6% de los estadounidenses reunían criterios para TCS a lo largo de la vida⁷.

Otro estudio representativo es el “National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Disorders” (NESARD), llevado a cabo entre el año 2001 al 2002. Los participantes fueron 43,093 civiles, no institucionalizados, habitantes de los EU, incluyendo Alaska y Hawai. Se utilizó la entrevista llamada el “Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV” (AUDADIS-IV), creada por el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de los Estados Unidos. La prevalencia de 12 meses para TCS fue de 9.35%¹, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida para trastorno en el consumo de alcohol fue de 30.3%² y para drogas ilícitas de 10.3%⁸

Existen 3 estudios sobre la prevalencia de TCS en otras partes del mundo, que también emplearon una cuantiosa muestra de la población y una metodología similar al NCS y NCS-R, empleando el CIDI y los criterios diagnósticos del DSM. El primero de ellos, el “Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study”, fue un estudio prospectivo con 7.076 sujetos para determinar la prevalencia de enfermedades psiquiátricas en Holanda. La prevalencia de TCS a lo largo de la vida, en el año previo y en el mes previo al reclutamiento de los sujetos, de acuerdo a los criterios del DSM-III, fueron de 18,7%, 8,9% y 5,8% respectivamente⁹. El “Australian National Survey of Mental Health” entrevistó una muestra representativa de 10.641 sujetos y reportó una prevalencia de 3,4% en el mes previo a la entrevista y de 7,9% en el año anterior a la entrevista¹⁰. El último de estas tres investigaciones el “German Health Survey–Mental Health Supplement”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de los trastornos somáticos y mentales en ese país. Se desarrolló en una muestra representativa de 4,181 individuos, utilizando una modificación del CIDI

para las valoraciones diagnósticas llamada “Munich CIDI”, entrevista basada en los criterios del DSM-IV. La prevalencia a lo largo de la vida, en el año pasado, y en las cuatro semanas previas a la entrevista fueron reportadas respectivamente en 9,9%, 4,5% y 2,9%¹¹.

Prevalencia del TCS en poblaciones latinas

La población latina difiere de la población no-latina en la prevalencia de enfermedades mentales^{12,13,14}, sin embargo existen muy pocas publicaciones que abordan este grupo étnico. Los principales estudios reportan la prevalencia de TCS en poblaciones latinas pero en sujetos que habitan en los EU, siendo probable que estos resultados no se puedan extrapolar a los latinos que residen en su país natal. En la segunda parte del NCS-R previamente mencionado, se re-entrevistaron a 5.692 personas de las 9.282 iniciales. La muestra fue subdividida en hispanos, no-hispanos negros y no-hispanos blancos. Los resultados mostraron que el grupo de hispanos tenían un riesgo similar de TCS a los no hispanos, la prevalencia a lo largo de la vida en hispanos fue de 16,1%¹³.

Datos disímiles provienen del estudio NESARD de donde se obtuvo la prevalencia a lo largo de la vida para trastornos psiquiátricos específicos según etnias y país de nacimiento. Para trastorno en el uso del alcohol, se encontró que la prevalencia para puertorriqueños fue de 18,5%, para cubanos-americanos de 10,2% y para no-hispanos blancos de 33,9%. La prevalencia para trastorno en el consumo de cualquier droga fue de 8,5%, 4,8% y 11,2%, respectivamente¹². Los autores concluyen que el TCS se presenta en menor número en hispanos y que el riesgo en general aumenta para los sujetos que nacieron en los EU sin importar la etnia¹². Este hallazgo es concordante con otro estudio que reportó mayor riesgo de presentar TCS para los mexicano-americanos nacidos en los EU, así como para los no-hispanos blancos nacidos en los EU, comparado con aquellos que nacieron en México¹⁴.

Entre mayo, 2002 a septiembre, 2003 se desarrolló el “National Latino and Asian American Study” con una muestra representativa nacional de hispanos habitando en los EU. La muestra final consistió en 2.554 sujetos provenientes de cuatro grupos: mexicanos (868), puertorriqueños (495), cubanos (577) y otros (614). Los resultados mostraron que los hombres puertorriqueños tienen mayor probabilidad de tener TCS que los hombres cubanos y que las mujeres puertorriqueñas también tienen mayor probabilidad que las cubanas y mexicanas; además se replicó el resultado antes descrito, que muestra que la probabilidad de presentar TCS es significativamente menor en latinos inmigrantes comparado con los latinos nacidos en los EU¹⁵. El estudio reportó la prevalencia de TCS en 11,2%¹⁶, porcentaje menor que lo hallado en el NCS-R. Es importante notar que la muestra de latinos en el NCS-R fue de 527 sujetos mientras que la muestra de este último estudio descrito, estuvo conformada por 2.554 individuos.

Amy y colaboradores examinaron la prevalencia de 16 trastornos mentales según el DSM-III en europeo-americanos, africano-americanos, hispanos-americanos y asiático-americanos, en 18.126 residentes de cinco regiones de los EU¹⁷. Reportaron una prevalencia de 4,2% para el trastorno en el consumo de drogas a lo largo de la vida en la población hispana, este porcentaje fue menor en hispanos que en europeo-americanos. La prevalencia para abuso y/o dependencia de alcohol para hispanos fue de 16,6%, porcentaje muy similar a lo hallado en europeo-americanos¹⁷.

Hallamos dos estudios sobre TCS que emplearon poblaciones latinas de sujetos habitando en sus respectivos países Latinoamericanos, estos estudios implementaron una metodología comparable (aplicando el CIDI y los criterios diagnósticos del DSM-III o DSM-IV). El “Epidemiological Catchment Area Study in the city of Sao Paulo” se realizó en Brasil entre 1994 y 1996 con 1.464 brasileños, y reportó una prevalencia de 16,1% para TCS a lo largo de la vida según el DSM-III¹⁸. La segunda investigación, la “Encuesta Mexicana Nacional

de Co-morbilidad”, estudió la prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida según el DSM-IV, en una muestra probabilística de 5,286 personas no institucionalizadas en la zona urbana de México, mostrando que el 7,8% de la muestra reunieron criterios para TCS en algún momento de sus vidas¹⁹.

Diagnóstico dual: esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias en países ricos

Se ha descrito que los sujetos con enfermedad de EQ tienen un riesgo mayor que la población general de presentar abuso o dependencia de sustancias durante sus vidas⁵. Múltiples investigaciones muestran elevados porcentajes del TCS asociado a cualquier trastorno mental^{5,20-24}, pero pocos estiman específicamente la prevalencia de la comorbilidad de TCS con trastornos psicóticos, y aunque unos lo han analizado, tiene la limitación que fueron desarrollados con pequeñas muestras de la población^{25,26}. Desde que la Organización Mundial de la Salud llevó a cabo un internacional estudio que involucró 1.202 pacientes con EQ provenientes de 9 diferentes países²⁷, pocas investigaciones han sido llevadas a cabo empleando una muestra numerosa y usando apropiada metodología para el respectivo diagnóstico.

La alta prevalencia del diagnóstico dual (EQ y TCS) ha sido reportada principalmente en estudios provenientes de los EU y Europa^{5,21,28-30}. En el ECA se estimó que el 28,9% de las personas con enfermedad mental tienen TCS a lo largo de la vida, y la EQ fue la tercera enfermedad mental más frecuente comorbida con TCS. El estudio reportó una prevalencia de 47,0% a lo largo de la vida para cualquier abuso o dependencia de sustancias o alcohol co-mórbido en personas con EQ o trastornos esquizofreniformes. El riesgo a lo largo de la vida para desarrollar TCS fue 4,6 veces mayor para personas con EQ que para personas sin trastornos mentales⁵.

En el NCS-R, se seleccionaron aleatoriamente 2.322 sujetos, a los que se les valoró la prevalencia para TCS comórbido con psicosis no-afectivas, utilizando el DIS, el CIDI, la sección de psicosis del “Structured Clinical Interview for DSM-IV” y los criterios diagnósticos del DSM-IV. La co-morbilidad de psicosis no-afectivas con TCS a lo largo de la vida fue de 26.8% y la prevalencia en el año anterior a la investigación fue de 15,6%³¹.

En el estudio "Ensayo Clínico de Eficacia de la intervención con Antipsicóticos" (CATIE), realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Los Estados Unidos³², se determinó el TCS en una muestra de 1.460 personas con EQ, mostrando que el 60,3% de ellos presentaban al menos alguna dependencia o abuso de sustancia³². Este estudio fue conducido entre el año 2001 al 2004 en 57 regiones de EU. El diagnóstico de esquizofrenia se basó en el DSM-IV utilizando la revisión de los expedientes médicos y entrevistas con los informantes disponibles. Para el diagnóstico de TCS se utilizó la escala “Structured Clinical Interview”, confirmado con indicadores fisiológicos, muestras de orina o de cabello y entrevistas familiares³².

Por otra parte, Cantor-Graae analizó los estudios publicados entre el año 1990 al 2000 sobre la co-morbilidad de TCS en individuos esquizofrénicos, e incluyó solo aquellos con información diagnóstica de EQ, trastorno esquizoafectivo y TCS, que hubieran contado con al menos una muestra de más de 30 sujetos, no incluyó estudios en los que el criterio utilizado para diagnosticar abuso o dependencia no estaba claramente especificado. En total revisó 47 estudios (10 de Europa, 2 de Canadá y 35 de los EU) que reportaron prevalencias del diagnóstico dual entre el 40% y el 60% a lo largo de la vida³³.

Se ha realizado distintas investigaciones sobre el tema en otros países ricos pero como ya ha sido previamente mencionado en esta revisión, tienen la limitación de que fueron efectuados con una muestra reducida de la población y/o además con metodologías diferentes, lo cual imposibilita la comparación^{20,21,34-40}. En estos artículos, la co-morbilidad del TCS en individuos con EQ u otras enfermedades psicóticas varía entre 10 a 70%, variación atribuida principalmente a la población analizada, época en que se realizó el estudio, y los instrumentos utilizados^{20,21,34-40}.

Existen pocos estudios que comparan la prevalencia del TCS en sujetos con diagnóstico de EQ versus individuos en la población general. En un estudio transversal realizado en Oslo, Ringen Pa comparó 148 sujetos esquizofrénicos o con trastorno bipolar en fase estable con 329 individuos representes de la población general, el estudio mostró una prevalencia de TCS en 59,9% de los pacientes versus 41,7% en la muestra de controles. Los criterios diagnósticos se basaron en el DSM-IV y se evaluó solo trastorno en el consumo de drogas ilícitas no incluyendo alcohol²¹.

Diagnóstico dual: esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias, en población latina

Los trastornos psiquiátricos, incluyendo el TCS, son más prevalentes en los EU que en muchas otras partes del mundo^{41,42}. Sin embargo, la mayoría de la información epidemiológica acerca de la comorbilidad de EQ y TCS en población hispana proviene de estudios realizados en los EU.

Montross estudió la base de datos del Sistema de Salud Mental del condado de San Diego (EU) correspondiente al año fiscal 2002 al 2003, para determinar la comorbilidad de TCS en pacientes con EQ y trastorno esquizoafectivo en europeo-americanos, africano-americanos e hispanos. Solo se incluyeron los casos que reunieron criterios de EQ o trastorno esquizoafectivo según el DSM-IV, y que el lenguaje de preferencia fuera inglés o español. El proceso de diagnóstico consistió de los siguientes tres pasos: 1) clínicos con un nivel de maestría condujeron una evaluación diagnóstica, 2) clínicos supervisores confirmaron o corrigieron el diagnóstico mediante conferencias, 3) el equipo de psiquiatras a cargo del tratamiento confirmaron definitivamente el diagnóstico. La muestra final fue de 6.424 sujetos, de los cuales 1.362 eran latinos. Se definió comorbilidad como el diagnóstico de EQ o trastorno esquizoafectivo más la presencia de TCS, no se estudió la prevalencia de la dualidad a través de la vida. Encontraron que los afro-americanos presentaron la mayor prevalencia (25%), seguido por los europeo-americanos (22%) y por último los latinos (19%). Además reportaron que los latinos con el inglés como primer idioma tenían un riesgo de presentar diagnóstico dual 1,7 veces mayor que los latinos en quienes el español era su lengua materna²³

En el "Mexican American Prevalence and Services Survey", Vega y colaboradores describieron la prevalencia de síntomas psicóticos putativos que se expresaban independientemente de cualquier trastorno psiquiátrico, y la co-ocurrencia con trastornos psiquiátricos comunes como depresión, ansiedad y TCS a través de la vida⁴³. El instrumento diagnóstico fue el CIDI usando los criterios diagnósticos del DSMIII- revisado. Las entrevistas se realizaron personalmente a 3.012 mexicano-americanos residentes en Fresno, California (EU), entre el año 1995 a 1996, la muestra fue seleccionados de forma probabilística estratificada. Los investigadores mostraron que 23% de los inmigrantes y 49% de los sujetos nacidos en los EU presentaron al menos un síntoma o signo de psicosis comorbido con TCS. Esta diferencia se mantuvo también en el caso de las personas con diagnóstico de TCS pero que no asociaron ningún síntoma o signo de psicosis, con una prevalencia de 4% para los inmigrantes y de 16% para aquellos nacidos en los EU⁴³. Los

autores concluyen que el TCS tiene mayor prevalencia en aquellas personas que presentan síntomas psicóticos putativos comparado con aquellos que no presentan estos síntomas, y que los mexicanos nacidos en los EU tienen mayor prevalencia de presentar TCS que los mexicanos inmigrantes⁴³

En cuanto a estudios desarrollados en países de Latinoamérica, solo encontramos dos investigaciones, una proviene de Brasil y el otro es un estudio multicéntrico que incluyó Centroamérica (Costa Rica y Guatemala), México y los EU (San Antonio, Texas, Los Angeles y San Diego, California). En el estudio desarrollado en Brasil, mediante revisión del expediente médico, se reclutaron los pacientes que reportaron enfermedad mental severa y que asistieran al servicio de salud pública de la ciudad de Sao Pablo al menos una vez entre el 1 de septiembre al 30 de noviembre de 1997. Se seleccionaron los pacientes con psicosis funcional, definido en esa investigación como los individuos que reunieron criterios según la “Clasificación Internacional de Enfermedades”, décima edición, para psicosis no afectivas, trastorno bipolar o trastorno depresivo con síntomas psicóticos. El patrón de uso de sustancias y los síntomas de abuso y dependencia fueron valorados solo durante el año previo a la entrevista mediante el “Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry”. Ellos concluyen que la prevalencia de TCS con psicosis funcional fue de 10,4%, siendo para el abuso o dependencia de alcohol de 7.3% y para sustancias ilegales o no prescritas de 4,7%²⁶.

La otra investigación desarrollado en países latinos es un estudio que tiene las fortalezas de haber sido multicéntrico, desarrollado en America Central (Costa Rica y Guatemala), México y los EU (San Antonio, Texas, Los Angeles y San Diego, California) en el mismo período de tiempo, utilizando una muestra considerable de sujetos con EQ, además aplicó entrevistas estandarizadas conducidas por psiquiatras, y el método para diagnosticar fue el mismo en las tres regiones, valorando los participantes sistemáticamente utilizando para ello el proceso de mejor estimado⁴⁴, proceso basado en el DSM-IV para adjudicar los diagnósticos a lo largo de la vida de cada participante⁴⁵. Este estudio incluyó una muestra total de 518 latinos con EQ, de ellos el 23,4% presentó comorbilidad con TCS. Cuando fue comparada la frecuencia de esta comorbilidad entre los diferentes países, se demostró que los EU fue el país con la mayor frecuencia y que los hombres mexicanos que inmigraron hacia los EU presentaron en mayor número esta comorbilidad comparado con aquellos que nunca abandonaron su país de origen (México)⁴⁴.

Características Sociodemográficas

La descripción de las características sociodemográficas de los sujetos portadores del diagnóstico dual proviene principalmente de los estudios realizados en los EU y Europa. En forma consistente, el diagnóstico dual se encuentra más en hombres, desempleados, que nunca se casaron y con menos años de escolaridad^{21,31,32,34,36,37,44,46}.

En hispanos, Montross demostró que los predictores de la comorbilidad son el ser hombre, indigente y tener inglés como primera lengua; las variables empleo y nivel educativo no se asociaron significativamente con la comorbilidad²³. Los estudios realizados en países latinos mostraron; en Brasil, la mayoría de los sujetos portadores de diagnóstico dual fueron solteros, con bajo nivel de escolaridad y de género masculino²⁶. Por otro lado Jiménez-Castro en la investigación multicéntrica evidenció que el ser hombre, el desempleo y la inmigración de Mexicanos hacia EU fueron factores de riesgo para presentar el diagnóstico dual⁴⁴. También en este último estudio se concluyó que el episodio y/o síndrome depresivo se asocia con la co-morbilidad de EQ y TCS⁴⁴, riesgo señalado previamente por otros autores en otras poblaciones^{47,48}.

Consecuencias de la comorbilidad

Es bien conocido que el TCS tiene un impacto negativo en el curso de la enfermedad mental⁴⁹. Los individuos con esta comorbilidad tienen una evolución más tórpida, pobre pronóstico, más re-hospitalizaciones, mayor no-adherencia al tratamiento, mala respuesta a los neurolépticos, más síntomas positivos, más disturbios afectivos, y más conductas violentas, trastornos de la conducta, suicidio y severidad de los síntomas depresivos^{20,28,50-54}. En los EU, aproximadamente el 10 al 20% de las personas con diagnóstico dual tiene largos períodos en que viven en la calle⁵⁵. Un estudio demostró que los pacientes indigentes con trastorno psicótico tenían como factor clave para la indigencia el consumo de sustancias⁵⁷. Por su parte el departamento de Salud Mental de California encontró que el crimen violento era 62 veces mayor en contra de personas con diagnóstico dual que para la población general⁵⁷.

Al comparar pacientes con diagnóstico dual y con solo EQ, Soyka y colaboradores encontraron que los pacientes con diagnóstico dual reportan más síntomas positivos especialmente alucinaciones, mayor desrealización, despersonalización, ambivalencia, desesperanza, delincuencia, agresividad, delirios repentinos más intensos, y más intentos previos de suicidio. Además son poco colaboradores y tienen menor conciencia de su enfermedad²⁹. Estos hallazgos se replicaron en el CATIE, que describe en los sujetos con diagnóstico dual mayor indigencia, problemas de conducta cuando niños, historia de depresión mayor y la presencia de más síntomas positivos³⁰.

Conclusiones

El TCS es más frecuente en individuos con EQ que en la población general en todos los países estudiados. El mecanismo que contribuye para la alta comorbilidad de EQ y TCS aún no está claro. Existen diferencias en la prevalencia del diagnóstico de TCS por sí solo o en co-morbilidad con EQ entre poblaciones. Se documenta mayor prevalencia de diagnóstico dual en los pacientes nacidos en los EU y en latinos que inmigran hacia los EU comparado con latinos que habitan en su propio país. Se desconoce porque la prevalencia es menor en latinos. Se ha sugerido que se puede deber a factores protectores en la infancia y al control que las familias latinas ejercen sobre el individuo^{58,59}, pero sigue sin conocerse con certeza la causa. De igual forma la mayor prevalencia de diagnóstico dual en los latinos inmigrantes se ha sugerido podría ser influenciada por la aculturización hacia los EU. Siendo probablemente una de las consecuencias de la adaptación social y parte del cambio cultural que conlleva el inmigrar hacia los EU^{59,60}.

Investigaciones han señalado consistentemente que las personas con un diagnóstico dual tienen más consecuencias negativas al compararlos con aquellos sujetos que solo poseen EQ, y que el género masculino ha sido asociado con la comorbilidad.

Los objetivos de la presente revisión fueron presentar las publicaciones incluyendo los más importantes estudios epidemiológicos que se han generado alrededor del mundo sobre el tema de TCS en comorbilidad con EQ, con un especial enfoque en la población Latina, población carente de estudios epidemiológicos propios. Además de puntualizar la alta prevalencia y los factores sociodemográficos asociados a este diagnóstico dual, así como el impacto en la sociedad y en las personas que la padecen. Nuestro interés es que una vez conociendo estos antecedentes se trabaje en una mejor detección y prevención de esta comorbilidad, y se le otorgue la importancia que amerita en el campo de salud pública. Además deseamos estimular el desarrollo de futuros estudios evocados a investigar la comorbilidad de EQ y TCS como una función de etnicidad, y así ir elucidando los factores que inciden en la protección de los latinos ante este diagnóstico dual.

Remerciements

Este estudio fue respaldado con el Grant de entrenamiento número D43 TW06152-01 del Instituto Nacional de Salud-Centro Internacional Fogarty. El cual apoyo a la Dra. Lorena Jiménez-Castro para sus estudios posdoctorales.

Abreviaturas

CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition
ECA	Epidemiologic Catchment Area
EQ	esquizofrenia
EU	Estados Unidos
NCS	Nacional Comorbidity Survey
NCS-R	Nacional Comorbidity Survey Replication
NESARD	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Disorders
TCS	Trastorno en el Consumo de Sustancias

Referencias

1. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61:807–816. [PubMed: 15289279]
2. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64:830–842. [PubMed: 17606817]
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text rev.. Washington, DC: Am Psychiatr Assoc; 2000.
4. Baumeister H, Härter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42:537–546. [PubMed: 17516013]
5. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990; 264:2511–2518. [PubMed: 2232018]
6. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:8–19. [PubMed: 8279933]
7. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593–602. [PubMed: 15939837]
8. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64:566–576. [PubMed: 17485608]
9. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33:587–595. [PubMed: 9857791]

10. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*. 2001; 178:145–153. [PubMed: 11157427]
11. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*. 2004; 34:597–611. [PubMed: 15099415]
12. Alegria M, Canino G, Stinson FS, Grant BF. Nativity and DSM-IV Psychiatric Disorders Among Puerto Ricans, Cuban Americans, and Non-Latino Whites in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67:56–65. [PubMed: 16426089]
13. Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Kendler KS, Su M, Williams D, Kessler RC. Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample. *Psychol Med*. 2006; 36:57–68. [PubMed: 16202191]
14. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Anderson K. Immigration and Lifetime Prevalence of DSM-IV Psychiatric Disorders Among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites in the United States. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61:1226–1233. [PubMed: 15583114]
15. Alegria M, Mulvaney-Day N, Torres M, Polo A, Cao Z, Canino G. Prevalence of Psychiatric Disorders Across Latino Subgroups in the United States. *Am J Public Health*. 2007; 97:68–75. [PubMed: 17138910]
16. Alegria M, Canino G, Shrout PE, Woo M, Duan N, Vila D, et al. Prevalence of Mental Illness in Immigrant and Non-Immigrant U.S. Latino Groups. *Am J Psychiatry*. 2008; 165:359–369. [PubMed: 18245178]
17. Zhang AY, Snowden LR. Ethnic Characteristics of Mental Disorders in Five U.S. Communities. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 1999; 5:134–146. [PubMed: 15605683]
18. Andrade L, Caraveo-Anduaja JJ, Berglund P, Bijl R, Kessler RC, Demler O, et al. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ*. 2000; 78:413–426. [PubMed: 10885160]
19. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry*. 2007; 190:521–528. [PubMed: 17541113]
20. Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, et al. Drug and Alcohol Problems among Individuals with Severe Mental Illnesses in South London. *Br J Psychiatry*. 1996; 168:612–619. [PubMed: 8733801]
21. Ringen PA, Melle I, Birkenaes AB, Engh JA, Faerden A, Jónsdóttir H, et al. Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 117:133–138. [PubMed: 18081921]
22. Vega WA, Sribney WM, Achara-Abrahams I. Co-Occurring Alcohol, Drug, and Other Psychiatric Disorders Among Mexican-Origin People in the United States. *Am J Public Health*. 2003; 93:1057–1064. [PubMed: 12835179]
23. Montross LP, Barrio C, Yamada AM, Lindamer L, Golshan S, Garcia P, et al. Tri-ethnic variations of co-morbid substance and alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2005; 79:297–305. [PubMed: 15978782]
24. Mániz AS, Muñoz CP, Aleixandre NL, Garcia ML, Tudela LL, Gómez FJ. Treatment with amisulpride of addicted patients to psychoactive substances and psychotic symptoms. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010 May; 38:138–146. [PubMed: 21210319]
25. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug Abuse in Schizophrenic Patients: Clinical Correlates and Reasons for Use. *Am J Psychiatry*. 1991; 148:224–230. [PubMed: 1987823]
26. Rossi Menezes P, Ratto LR. Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in São Paulo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39:212–217. [PubMed: 14999454]
27. Sartorius N, Shapiro R, Kimura M, Barrett K. WHO international pilot study of schizophrenia. *Psychol Med*. 1972; 2:422–425. [PubMed: 4656537]

28. McCreddie RG. Scottish Comorbidity Study Group. Use of drugs, alcohol and tobacco by people with schizophrenia: case-control study. *Br J Psychiatry*. 2002; 181:321–325. [PubMed: 12356659]
29. Soyka M, Albus M, Immler B, Kathmann N, Hippus H. Psychopathology in dual diagnosis and non-addicted schizophrenics - are there differences? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 251:232–238. [PubMed: 11829210]
30. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Canive JM, et al. Substance Use in Persons With Schizophrenia: Baseline Prevalence and Correlates From the NIMH CATIE Study. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194:164–172. [PubMed: 16534433]
31. Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, Falloon IR, Gagnon E, Guyer M, et al. The Prevalence and Correlates of Nonaffective Psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*. 2005; 58:668–676. [PubMed: 16023620]
32. Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Byerly MJ, Glick ID, Canive JM, McGee MF, Simpson GM, Stevens MC, Lieberman JA. The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Project: Schizophrenia Trial Design and Protocol Development. *Schizophr Bull*. 2003; 29:15–31. [PubMed: 12908658]
33. Cantor-Graae E, Nordström LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res*. 2001; 48:69–82. [PubMed: 11278155]
34. Rosenman S, Korten A, Medway J, Evans M. Characterising psychosis in the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing Study on Low Prevalence (psychotic) Disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000; 34:792–800. [PubMed: 11037365]
35. Kavanagh DJ, Waghorn G, Jenner L, Chant DC, Carr V, Evans M, et al. Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr Res*. 2004; 66:115–124. [PubMed: 15061243]
36. Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TR. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. Epidemiological study in central London. *Br J Psychiatry*. 2001; 179:509–513. [PubMed: 11731353]
37. Barnes TR, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2006; 188:237–242. [PubMed: 16507965]
38. Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R, et al. Prevalence of Alcohol and Drug Abuse in Schizophrenic Inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993; 242:362–372. [PubMed: 8323987]
39. Dervaux A, Baylé FJ, Laqueille X, Bourdel MC, Le Borgne MH, Olié JP, et al. Is Substance Abuse in Schizophrenia Related to Impulsivity, Sensation Seeking, or Anhedonia? *Am J Psychiatry*. 2001; 158:492–494. [PubMed: 11229997]
40. Verma SK, Subramaniam M, Chong SA, Kua EH. Substance abuse in schizophrenia. A Singapore perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37:326–328. [PubMed: 12111024]
41. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003; 289:3095–3105. [PubMed: 12813115]
42. Alegría M, Canino G, Shrout PE, Woo M, Duan N, Vila D, et al. Prevalence of Mental Illness in Immigrant and Non-Immigrant U.S. Latino Groups. *Am J Psychiatry*. 2008; 165:359–369. [PubMed: 18245178]
43. Vega WA, Sribney WM, Miskimen TM, Escobar JI, Aguilar-Gaxiola S. Putative Psychotic Symptoms in the Mexican American Population: Prevalence and Co- Occurrence With Psychiatric Disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194:471–477. [PubMed: 16840842]
44. Jiménez-Castro L, Hare E, Medina R, Raventos H, Nicolini H, Mendoza R, et al. Substance use disorder comorbidity with schizophrenia in families of Mexican and Central American ancestry. *Schizophr Res*. 2010; 120:87–94. [PubMed: 20303714]
45. Escamilla MA, Ontiveros A, Nicolini H, Raventos H, Mendoza R, Medina R, et al. A genome-wide scan for schizophrenia and psychosis susceptibility loci in families of Mexican and Central American ancestry. *Am J Med Genet Neuropsychiatr Genet*. 2007; 144(2):193–199.
46. Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. Patterns of Current and Lifetime Substance Use in Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1998; 24:443–455. [PubMed: 9718636]

47. Addington J, Duchak V. Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 96:329–333. [PubMed: 9395149]
48. Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Acute Effects of Drug Abuse in Schizophrenic Patients: Clinical Observations and Patients' Self-Reports. *Schizophr Bull.* 1990; 16:69–79. [PubMed: 2185536]
49. Chander G, McCaul ME. Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2003; 30:469–481. [PubMed: 14664322]
50. Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL. Substance Abuse in Schizophrenia: Service Utilization and Costs. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181:227–232. [PubMed: 8473874]
51. DeQuardo JR, Carpenter CF, Tandon R. Patterns Of Substance Abuse In Schizophrenia: Nature And Significance. *J Psychiatr Res.* 1994; 28:267–275. [PubMed: 7932286]
52. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. *Am J Psychiatry.* 1998; 155:226–231. [PubMed: 9464202]
53. Potvin S, Sepehry AA, Stip E. Meta-analysis of depressive symptoms in dual-diagnosis schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007; 41:792–799. [PubMed: 17828652]
54. Artiles FA, García-Iturrospe EA, Méndez MC, Marco RG, Hidalgo AC, Siris S. A prospective study of the psychopathological variables associated with suicidality among schizophrenic patients. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009; 37:42–48. [PubMed: 19267268]
55. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Homelessness and Dual Diagnosis. *Am Psychol.* 1991; 46:1149–1158. [PubMed: 1772152]
56. Odell SM, Commander MJ. Risks factors for homelessness among people with psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000; 35:396–401. [PubMed: 11089667]
57. Sorensen D. The Invisible Victim. Prosecutor's Brief: The California District Attorneys Association's Quarterly Journal. 1996; 19:24–26.
58. Prado G, Huang S, Schwartz SJ, Maldonado-Molina MM, Bandiera FC, de la Rosa M, et al. What Accounts for Differences in Substance Use Among U.S.-Born and Immigrant Hispanic Adolescents?: Results from a Longitudinal Prospective Cohort Study. *J Adolesc Health.* 2009; 45:118–125. [PubMed: 19628137]
59. Vega WA, Canino G, Cao Z, Alegria M. Prevalence and correlates of dual diagnoses in U.S. Latinos. *Drug and Alcohol Dependence.* 2009; 100:32–38. [PubMed: 19028025]
60. Buchanan RL, Smokowski PR. Pathways from acculturation stress to substance use among latino adolescents. *Subst Use Misuse.* 2009; 44:740–762. [PubMed: 19308866]