



## Artículo original

# Consumo de alcohol y diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en población adulta colombiana

Alejandro Castillo M.<sup>a,b,\*</sup>, Maria Camila Rincon V.<sup>b</sup>, Valentina Serna H.<sup>a</sup>  
y Sonia Bersh<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

<sup>b</sup> Universidad ICESI, Cali, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 11 de agosto de 2017

Aceptado el 18 de marzo de 2018

On-line el 22 de abril de 2018

#### Palabras clave:

Alcohol

Trastorno afectivo bipolar

### R E S U M E N

**Introducción:** El trastorno afectivo bipolar (TAB) es el trastorno mental reportado con mayor comorbilidad con el trastorno de abuso de sustancias (TAUS). Específicamente se han encontrado trastornos asociados con el consumo de alcohol (TACDA) en más de la mitad de los pacientes con TAB.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis secundario en una muestra poblacional de adultos en Colombia, con el objetivo de identificar la presencia de comorbilidad y los factores relacionados con el uso de alcohol en personas con TAB. El diagnóstico de TAB de los participantes se realizó a través del Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-CAPI) y el patrón de consumo de alcohol en el último año se determinó con la escala AUDIT C.

**Resultados:** Se encontró que todos los pacientes con diagnóstico de TAB tenían algún patrón desadaptativo de consumo de alcohol. Entre las mujeres con TAB de esta muestra, se encontró un mayor riesgo de consumo de tipo dependencia, también mayor riesgo de consumo de nicotina y marihuana; entre quienes viven en centros urbanos, una mayor frecuencia de ideas suicidas y menor riesgo entre aquellos en una relación de pareja estable.

**Discusión:** Se identificaron factores asociados novedosos respecto a publicaciones previas y otros ya descritos en estudios similares.

**Conclusiones:** Estos hallazgos indican la necesidad de evaluar, en el abordaje de los pacientes con TAB, el tipo de consumo de alcohol y otras sustancias, dada su relevancia en el manejo y el pronóstico de esta población.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alejo.castillom@gmail.com](mailto:alejo.castillom@gmail.com) (A. Castillo M.).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.03.003>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Alcohol Consumption and Bipolar Disorder in a Colombian Population Sample

### A B S T R A C T

**Keywords:**  
Alcohol  
Bipolar disorder

**Background:** Bipolar disorder (BD) is reported to be the mental disorder with the highest rate of comorbidity with substance use disorders (SUD). More than half of patients with BD have been found to have disorders associated with alcohol use.

**Methods:** A secondary analysis was performed in a population sample of Colombian adults. The aim was to identify bipolar-alcohol comorbidity and factors related to the use of alcohol in people with BD. The diagnosis of BD among participants was made with the "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI-CAP) and the pattern of alcohol consumption in the last year was evaluated with the AUDIT C screening tool.

**Results:** It was found that all patients with BD had some type of problematic alcohol consumption pattern. Women with BD were at greater risk of having a dependence-type pattern, using nicotine and marijuana and, among those living in urban areas, had higher rates of suicidal ideation, although that risk was lower if they were in a stable relationship.

**Discussion:** Some of the related factors we identified are new with respect to previous publications and others have already been described in similar studies.

**Conclusions:** Given the importance of such factors in the management of this population and their prognosis, these findings highlight the need to determine consumption patterns of alcohol and other substances in patients with BD.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La dependencia del alcohol es una condición crónica que causa deterioro social, personal, laboral, económico y de la salud en general de las personas consumidoras<sup>1</sup>. En Latinoamérica, los trastornos asociados con el consumo de alcohol se han reportado como la octava causa de discapacidad ajustada por años de vida, y es la primera causa de años vividos con discapacidad para los varones<sup>2</sup>. Existen múltiples reportes acerca de la comorbilidad de los trastornos relacionados con el abuso de sustancias (TAUS) y el trastorno afectivo bipolar (TAB)<sup>3,4</sup>. Esta comorbilidad se ha relacionado con peor pronóstico, menor adherencia a los tratamientos farmacológicos, menor respuesta al tratamiento con carbonato de litio<sup>5</sup>, mayor número de episodios, episodios más prolongados<sup>6</sup>, mayor frecuencia de episodios con síntomas mixtos<sup>5,7</sup>, aumento de la impulsividad y de las tasas de suicidio<sup>8,9</sup> y menor recuperación funcional incluso durante la remisión del consumo<sup>10</sup>. Como resultado de todo lo anterior, los pacientes con esta comorbilidad hacen mayor uso de los servicios de salud<sup>11,12</sup>. Entre los TAUS se encuentran los trastornos asociados con el consumo de alcohol (TUA). Estos pueden encontrarse en más de la mitad de los pacientes con TAB<sup>13</sup>, con similar impacto en el desarrollo, la gravedad y el pronóstico.

Se han planteado varias hipótesis explicativas para la relación entre trastornos bipolares y consumo de alcohol, una de ellas es que los pacientes buscan la modulación de sus estados de ánimo mediante el consumo de alcohol, lo que se ha llamado «hipótesis de la automedicación»<sup>14</sup>. Las

intervenciones dirigidas a esta población deben tener en cuenta razones individuales y se debe priorizar la estabilización del estado de ánimo. Es importante explorar por factores de riesgo asociados con el consumo de alcohol en pacientes con TAB y detectar patrones de consumo de alcohol, para abordar y tratar simultáneamente esta condición<sup>15</sup>.

En Colombia y Latinoamérica hay pocos datos de esta comorbilidad, así como de los factores que favorecen o evitan la coexistencia de estos trastornos. Existen reportes de mayor frecuencia en varones y mayor relación con TAB de tipo I<sup>16</sup>. Mediante este estudio se busca establecer la frecuencia de la comorbilidad y los factores relacionados con el uso de alcohol en personas con TAB de una muestra poblacional de adultos en Colombia.

## Métodos

Se realizó un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en Colombia en 2015 (ENSM 2015). Este estudio se llevó a cabo en población civil no institucionalizada y tuvo una muestra poblacional total de 15.351 personas, de las que 10.870 eran mayores de 18 años. Se partió de un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal, a partir de una muestra de tipo probabilístico. Se realizó un análisis secundario y se tomó como muestra la población con diagnóstico de TAB en la ENSM 2015 (n = 131) categorizados como TAB I (n = 110) y TAB II y sin clasificar (n = 21); en ellos se valoró además el patrón de consumo de alcohol en el último año, medido por el AUDIT C, que es una escala utilizada para identificar los patrones de consumo desadaptativo de alcohol y se interpreta según las respuestas en: «ningún problema», «bebedor en riesgo» y «posible dependencia». Las

puntuaciones consideradas positivas de consumo desadaptativo de alcohol en mujeres tienen un 73% de sensibilidad y un 91% de especificidad, y en los varones, un 86% de sensibilidad y un 89% de especificidad<sup>29</sup>.

Los datos de la ENSM 2015 se obtuvieron mediante encuestas realizadas por personas capacitadas, y el diagnóstico de TAB se realizó con la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-CAPI). El Ministerio de Salud proporcionó la base de datos de la ENSM 2015, junto con los diccionarios de variables. Todos los encuestados se encontraban anonimizados.

Los instrumentos utilizados en el ENSM se describen en la sección «Métodos» del documento<sup>17</sup>. La validez de la prueba AUDIT C se ha validado en español, en diversas muestras clínicas y poblacionales, con reportes de sensibilidad para consumo problemático por encima de 0,90 y especificidad en valores > 0,80<sup>18</sup>.

### Análisis estadístico

Se extrajeron y se definieron las variables de interés y posteriormente se creó una subbase de datos para comparar cada una de las variables con las categorías de TAB. Se utilizó para el análisis el programa Stata versión 13.0. Para el análisis univariable se utilizaron medidas de frecuencia, de tendencia central y de dispersión de acuerdo con la clasificación y la distribución. Se compararon después las distribuciones de las características de interés entre aquellos que tenían un consumo de riesgo y una posible dependencia según el cuestionario AUDIT C usando pruebas estadísticas de  $\chi^2$  y exacta de Fisher según correspondiera. Se determinó la fuerza de la asociación (*odds ratio* [OR]) con su intervalo de confianza del 95% [IC95%] entre la variable dependiente y las independientes, generando tablas de contingencias de las posibles variables explicativas, con 2 puntos de corte según la escala usada para evaluar el consumo de alcohol (bebedor en riesgo y posible dependencia). Luego se realizó la regresión logística por el método *stepwise* con umbral de  $p = 0,2$ . Se seleccionaron las variables estadísticamente significativas que se incluyeron en el modelo final y se evaluó la exposición de interés en términos de interacción.

### Consideraciones éticas

Este estudio se acoge a la normativa nacional que regula la investigación clínica en Colombia según las resoluciones 8430, de 1993 y la resolución 2378 de 2008, y a los acuerdos internacionales de ética de investigación en humanos (declaración de Helsinki). Este es un estudio descriptivo realizado en registros históricos; no se realizó ninguna intervención; por lo tanto, los resultados de esta investigación no modificaron alguna conducta diagnóstica ni seguimiento o tratamiento y tampoco tiene valor pronóstico para los participantes. Por estas razones se considera un estudio sin riesgo. El Ministerio de Salud, para asegurar la confidencialidad y la privacidad de los participantes, otorgó una base de datos de la ENSM 2015 sin la identificación de los participantes; además ningún individuo ajeno a la investigación tuvo acceso a los datos del estudio. De todas formas, el estudio se sometió a

evaluación, y el comité de ética de la Clínica Valle de Lili lo avaló.

## Resultados

De la muestra total del ENSM 2015, el 1,2% ( $n = 131$ ) tiene diagnóstico de TAB, el 83,9% ( $n = 110$ ) en la categoría TAB I y el 16,0% ( $n = 21$ ) en la categoría TAB II y sin clasificar. La media de edad de los encuestados con TAB I era  $36,62 \pm 14,87$  años y en la categoría TAB II y sin clasificar,  $35,5 \pm 17,27$  años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas.

Ninguno de los encuestados con diagnóstico de TAB tuvo un AUDIT C que cumpliera con la categoría «ningún problema»; el 64,9% de los encuestados con TAB tenían AUDIT C positivo de posible dependencia y el 35,1%, de consumo de riesgo.

De los encuestados del ENSM 2015 con diagnóstico de TAB, el 46,6% eran mujeres. La media de edad de los varones con TAB encuestados era  $35,87 \pm 16,08$  años y la de las mujeres,  $37,11 \pm 14,25$  años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas; el 87% residía en hogares urbanos, el 36,64% se encontraba en la ciudad de Bogotá, el 7,63% estaba en situación de pobreza según el índice de pobreza multidimensional (IMP), el 19,8% no tenía escolaridad o había completado la primaria, el 64,1% había completado la secundaria; el 43,5% vive con su pareja (casado o en unión libre) y el 49,62% trabajaba al momento de responder la encuesta. La [tabla 1](#) describe las variables sociodemográficas de la muestra.

El 25,9% de la población declaró algún grado de disfunción familiar y el 45% vivió los años de su niñez (hasta los 12 años) con ambos padres; el 24,3% refirió que en su niñez siempre o casi siempre fue maltratado, y el 54,2% vivió la muerte de alguno de los padres o una persona cercana durante la niñez. La [tabla 2](#) resume las características sociales de la población con TAB.

El 58,78% de los encuestados reportaron enfermedades crónicas; el 33,58% señaló haber tenido planeación suicida y el 12,7%, 1 o más intentos de suicidio.

El 41,98% de la muestra total consumía tabaco o sus derivados; el 21,37% ha consumido marihuana; el 6,87% ha consumido cocaína alguna vez en la vida, y no se reportó en la muestra consumo de opioides.

Se encontró que el riesgo de un consumo de alcohol de tipo dependencia de las encuestadas mujeres es mayor que la de los varones ( $OR = 3,29$ ; IC95%, 1,52-7,12;  $p < 0,01$ ). Las personas con TAB y consumo de tipo posible dependencia tienen mayor riesgo de consumo de tabaco o sus derivados que los que no consumen ( $OR = 3,87$ ; IC95%, 1,81-8,24;  $p < 0,01$ ) y mayor riesgo de consumo de hongos, alucinógenos, LSD o ácidos ( $OR = 10,24$ ; IC95%, 1,15-90,55;  $p = 0,02$ ). En la [tabla 3](#) se mencionan las características clínicas de la muestra.

Se realizó un modelo de regresión múltiple para obtener la OR ajustada por edad, tipo de TAB y lugar de residencia. Este modelo dio como resultado que el riesgo de la mujeres con TAB se mantiene mayor que el de los varones ( $OR = 3,32$ ), asimismo para las personas que no viven con sus parejas ( $OR = 9,49$ ), las personas mayores de 45 años ( $OR = 1,19$ )

**Tabla 1 – Características sociodemográficas de la población con TAB en la ENSM 2015**

	Muestra (n = 131)	Bebedores en riesgo (n = 46)	Posible dependencia (n = 85)	p	OR <sup>c</sup>	IC95%
<b>Sexo</b>						
Varones	70 (53,44)	33 (71,73)	37 (43,53)		1	
Mujeres	61 (46,56)	13 (28,26)	48 (56,47)	< 0,01 <sup>a</sup>	3,29	1,52-7,12
<b>Edad</b>						
18-44 años	94 (71,76)	35 (76,08)	59 (69,41)	0,42 <sup>a</sup>	1	
≥ 45 años	37 (28,26)	11 (23,91)	26 (30,58)		1,42	0,62-3,18
<b>Hogar</b>						
Urbano	114 (87,02)	38 (82,61)	76 (89,41)	0,27 <sup>a</sup>	1	
Rural	17 (12,98)	8 (17,39)	9 (10,59)		0,56	0,20-1,57
<b>Región</b>						
Central	17 (12,98)	2 (4,35)	15 (17,65)	0,20 <sup>b</sup>	1	
Atlántica	15 (11,45)	5 (10,87)	10 (11,76)		0,26	0,04-1,65
Bogotá	48 (36,64)	21 (45,65)	27 (31,76)		0,17	0,03-0,83
Oriental	23 (17,56)	9 (19,56)	14 (16,47)		0,20	0,03-1,13
Pacífica	28 (21,37)	9 (19,56)	19 (22,35)		0,28	0,05-1,50
<b>Estado de pobreza según IMP<sup>c</sup></b>						
Sí	10 (7,63)	3 (6,52)	7 (8,23)	0,43 <sup>b</sup>		
No	57 (43,51)	17 (36,96)	40 (47,06)			
Sin dato	64 (48,85)	26 (56,52)	38 (44,70)			
<b>Escolaridad alcanzada<sup>c</sup></b>						
Ninguna/primaria	26 (19,85)	8 (17,39)	18 (21,18)	0,90 <sup>b</sup>		
Secundaria	84 (64,12)	32 (69,56)	52 (61,18)			
Técnico/tecnólogo	5 (3,82)	1 (2,17)	4 (4,70)			
Universitario	15 (11,45)	5 (10,87)	10 (11,76)			
Sin dato	1 (0,76)	0	1 (1,18)			
<b>Estado civil</b>						
Vive con su pareja	57 (43,51)	22 (47,83)	35 (41,18)	0,35 <sup>a</sup>	1	
No vive con su pareja	26 (19,85)	6 (13,04)	20 (23,53)		2,09	0,72-6,02
Soltero	48 (36,64)	18 (39,13)	30 (35,29)		1,04	0,47-2,31

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.

<sup>a</sup> Prueba de la  $\chi^2$ .

<sup>b</sup> Prueba de Fisher.

<sup>c</sup> No se calculan OR ni IC95% por contener valores sin datos.

y quienes vivieron la muerte de un ser querido en la niñez (OR = 1,32).

Las personas con esta comorbilidad tienen 6,8 veces más riesgo de consumir tabaco que las que no y también 7 veces más riesgo de consumo de marihuana. Igual ocurre con el riesgo de tener planeación suicida (OR = 2,86). Finalmente, quienes tienen educación universitaria (OR = 0,49) o residen en la ciudad de Bogotá (OR = 0,09) tienen menos probabilidad de sufrir la comorbilidad. La [tabla 4](#) resume el análisis multivariable.

## Discusión

Todos los pacientes identificados con diagnóstico de TAB de esta muestra de población colombiana tenían algún patrón desadaptativo de consumo de alcohol medido con AUDIT C. En concordancia con este hallazgo, hay metanálisis que reportan que las personas con trastornos asociados con el consumo de alcohol tienen 4,1 veces más riesgo de padecer TAB que quienes no tienen la comorbilidad<sup>19</sup>.

En la ENSM 2015 se estimó que la prevalencia vital total de TAB I en adultos de la población colombiana era

significativamente mayor que la de TAB II o sin clasificar. Se ha reportado una mayor prevalencia de TACDA en los pacientes con TAB I que con TAB II<sup>20</sup>; en nuestro estudio también se encontró que los encuestados con TAB I estaban en mayor riesgo de tener patrón de consumo de dependencia del alcohol, aunque esta relación no resultó estadísticamente significativa<sup>21</sup>.

Se ha descrito que los varones con TAB tienen de 2-3 veces más riesgo total de TACDA que las mujeres<sup>22</sup>; en Colombia hay pocos datos de esta asociación, así como de los factores que facilitan esta comorbilidad. Sin embargo, se ha observado que se presenta en su mayoría en varones y es mayor en pacientes con TAB I<sup>16</sup>. En la ENSM 2015 se encontró que aproximadamente la décima parte de la población general que participó en la encuesta tenía algún problema de consumo de alcohol, más frecuente en varones, y el mayor consumo se encontró en varones de 18-24 años. Estos datos concuerdan, puesto que en la población con TAB el mayor consumo se produce en la población adulta joven; sin embargo, las mujeres con TAB tienen mayor riesgo de consumo de tipo dependencia, pero en términos generales toda la población con TAB de esta muestra tenía algún grado de consumo perjudicial o de tipo dependencia según los instrumentos utilizados.

Tabla 2 – Características sociales de la muestra

	Muestra (n = 131)	Bebedores en riesgo (n = 46)	Posible dependencia (n = 85)	p	OR	IC95%
<b>APGAR familiar<sup>a</sup></b>						
Disfunción leve	14 (10,69)	3 (6,52)	11 (12,94)	0,76 <sup>b</sup>		
Disfunción moderada	10 (7,63)	3 (6,52)	7 (8,23)			
Disfunción grave	10 (7,63)	3 (6,52)	7 (8,23)			
Sin disfunción	45 (34,35)	16 (34,78)	29 (34,12)			
Sin dato	52 (39,69)	21 (45,65)	31 (36,47)			
<b>En la niñez, la mayoría de los años los vivió con:<sup>a</sup></b>						
Ambos padres	59 (45,04)	25 (54,34)	34 (40)	0,41 <sup>c</sup>		
Papá o mamá más otros	45 (34,35)	13 (28,26)	32 (37,64)			
Ambos padres más otros	26 (19,85)	8 (17,39)	18 (21,17)			
Sin dato	1 (0,76)		1 (1,18)			
<b>En la niñez lo cuidaban</b>						
Nunca	5 (3,82)	1 (2,17)	4 (4,70)	0,23 <sup>b</sup>	1	
Casi nunca	7 (5,34)	5 (10,87)	2 (2,35)		0,10	0,00-1,54
A veces	16(12,21)	7 (15,22)	9 (10,59)		0,32	0,02-3,55
Casi siempre	19 (14,5)	7 (15,22)	12 (14,12)		0,42	0,03-4,63
Siempre	84(64,12)	26 (56,52)	58 (68,23)		0,55	0,05-5,23
<b>En la niñez los adultos lo maltrataban</b>						
Nunca	56(42,75)	20 (43,48)	36 (42,35)	0,95 <sup>c</sup>	1	
Casi nunca	16 (12,21)	6 (13,04)	10 (11,76)		0,92	0,29-2,92
A veces	27 (20,61)	8 (17,39)	19 (22,35)		1,31	0,49-3,55
Casi siempre	15 (11,45)	5 (10,87)	10 (11,76)		1,11	0,33-3,70
Siempre	17 (12,98)	7 (15,22)	10 (11,76)		0,79	0,26-2,40
<b>En la niñez escapaba del hogar</b>						
Nunca	73(55,73)	26 (56,52)	52 (61,18)	0,25 <sup>b</sup>	1	
Casi nunca	11 (8,4)	6 (13,04)	5 (5,88)		0,33	0,09-1,22
A veces	40 (30,53)	16 (34,78)	24 (28,23)		0,60	0,26-1,36
Casi siempre	4 (3,05)	1 (2,17)	3 (3,53)		1,21	0,11-12,31
Siempre	3 (2,29)	2 (4,35)	1 (1,18)		0,20	0,01-2,34
<b>En la niñez tenía que trabajar para ayudar a la familia</b>						
Nunca	83 (63,36)	28 (60,87)	55 (64,70)	0,15 <sup>b</sup>	1	
Casi nunca	3 (2,29)	2 (4,35)	1 (1,18)		0,25	0,02-2,92
A veces	18 (13,74)	10 (21,74)	8 (9,41)		0,40	0,14-1,14
Casi siempre	15 (11,49)	3 (6,52)	12 (14,12)		2,03	0,53-7,81
Siempre	12 (9,16)	3 (6,52)	9 (10,59)		1,52	0,38-6,09
<b>En la niñez murió alguno de sus padres o persona muy cercana</b>						
No	60 (45,8)	20 (43,48)	40 (47,06)	0,70 <sup>c</sup>	1	
Sí	71 (54,2)	26 (56,52)	45 (52,94)		1,15	0,69- 0,56
<b>Actividad principal</b>						
Trabajando	65 (49,62)	27 (58,69)	38 (44,70)	0,25 <sup>b</sup>	1	
Buscando trabajo	16 (12,21)	7 (15,22)	9 (10,59)		0,56	1,19-1,01
Estudiando	7 (5,34)	3 (6,52)	4 (4,70)		0,8	(-) 1,63-1,52
Oficios del hogar	26 (19,85)	4 (8,69)	22 (25,88)		0,59	0,18-2,53
Incapacitado permanente para trabajar	4 (3,05)	1 (2,17)	3 (3,53)		1,18	(-) 1,51-3,07
Otra actividad	13 (9,92)	4 (8,69)	9 (10,59)		0,65	0,8-1,75
<b>Ausentismo laboral<sup>a</sup></b>						
Todo el tiempo	2 (1,53)	0	2 (2,35)	0,50 <sup>b</sup>		
La mayor parte del tiempo	7 (5,34)	1 (2,17)	6 (7,06)			
A veces	22 (16,79)	10 (21,74)	12 (14,12)			
Casi nunca	14 (10,69)	4 (8,69)	10 (11,76)			
Nunca	35 (26,72)	15(32,60)	20 (23,53)			
Sin dato	51 (38,93)	16 (34,78)	35 (41,18)			

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.

<sup>a</sup> No se calculan OR ni IC95% por contener valores sin datos.<sup>b</sup> Prueba de Fisher.<sup>c</sup> Prueba de la  $\chi^2$ .

Tabla 3 – Características clínicas de la muestra

	Muestra (n = 131)	Bebedores en riesgo (n = 46)	Posible dependencia (n = 85)	p	OR	IC95%
<b>TAB</b>						
Tipo I	110 (83,97)	39 (84,78)	71 (83,53)	0,85 <sup>a</sup>	1	
Tipo II y sin especificar	21 (16,03)	7 (15,22)	14 (16,47)		0,91	0,34-2,44
<b>Presencia de enfermedades crónicas<sup>b</sup></b>						
Sí	77 (58,78)	22 (47,82)	55 (64,7)		1	
No	25 (19,08)	11 (23,91)	14 (16,47)	0,15 <sup>a</sup>	0,51	0,18-1,45
Sin dato	29 (22,14)					
<b>Limitación con enfermedad crónica<sup>b</sup></b>						
Una enfermedad que limita la vida	8 (6,10)	3 (6,52)	5 (5,88)	0,23 <sup>c</sup>		
No sirve para nada	14 (10,69)	2 (4,35)	12 (14,12)			
Sin dato	109 (52,67)	41 (89,13)	68 (80)			
<b>Planeación suicida</b>						
No	87 (66,41)	29 (63,04)	58 (68,23)		1	
Sí	44 (33,59)	17 (36,96)	27 (31,76)	0,55 <sup>a</sup>	1,25	0,59-2,67
<b>Número de intentos suicidas<sup>b</sup></b>						
1 intento	11 (8,4)	4 (8,69)	7 (8,23)	0,12 <sup>c</sup>		
2 intentos	2 (1,5)	2 (4,35)	0			
3 intentos	1 (0,76)	0	1 (1,18)			
4 intentos o más	4 (3,05)	3 (6,52)	1 (1,18)			
Sin dato	113 (86,26)	37 (80,43)	76 (89,41)			
<b>Consumo de tabaco o derivados</b>						
No	76 (58,02)	17 (36,96)	59 (69,41)		1	
Sí	55 (41,98)	29 (63,04)	26 (30,58)	< 0,01 <sup>a</sup>	3,87	1,81-8,24
<b>Consumo de tabaco o derivados en los últimos 12 meses<sup>b</sup></b>						
Sí	35 (26,72)	20 (43,48)	15 (17,65)	< 0,01 <sup>a</sup>		
No	20 (15,27)	9 (19,56)	11 (12,94)			
Sin dato	76 (58,02)	17 (36,96)	59 (69,41)			
<b>Frecuencia de consumo de tabaco o derivados<sup>b</sup></b>						
Menos de una vez al mes	3 (2,29)	1 (2,17)	2 (2,35)	< 0,01 <sup>c</sup>		
1 a 3 veces al mes	6 (4,58)	4 (8,69)	2 (2,35)			
Al menos cada semana	4 (3,05)	0	1 (1,18)			
2 a 5 veces a la semana	2 (1,53)	1 (2,17)	4 (4,70)			
Diariamente	20 (15,27)	14 (30,43)	6 (7,06)			
Sin dato	96 (73,28)	26 (56,52)	70 (82,35)			
<b>Consumo de marihuana, cannabis, mota, hierba o hachís<sup>a</sup></b>						
No	103 (78,63)	26 (56,52)	77 (90,58)		1	
Sí	28 (21,37)	20 (43,48)	8 (9,41)	< 0,01 <sup>a</sup>	7,40	0,00-2, 91
<b>Consumo de marihuana, cannabis, mota, hierba o hachís en los últimos 12 meses<sup>b</sup></b>						
Sí	7 (5,34)	1 (2,17)	6 (13,04)	< 0,01 <sup>c</sup>		
No	21 (16,03)	14 (30,43)	7 (8,23)			
Sin dato	103 (78,63)	26 (56,52)	77 (90,58)			
<b>Frecuencia de consumo de marihuana, cannabis, mota, hierba o hachís<sup>c</sup></b>						
Menos de una vez al mes	3 (2,29)	3 (6,52)	0	< 0,01 <sup>c</sup>		
1 a 3 veces al mes	2 (1,53)	1 (2,17)	1 (1,18)			
Al menos cada semana	0	0	0			
2 a 5 veces a la semana	0	0	0			
Diariamente	2 (1,53)	2 (4,35)	0			
Sin dato	124 (94,66)	40 (86,95)	84 (98,82)			
<b>Consumo de cocaína, coca o crack</b>						
No	122 (93,13)	41 (89,13)	81 (95,29)	0,28 <sup>c</sup>	1	
Sí	9 (6,87)	5 (10,87)	4 (4,70)		2,46	0,62-9,69
<b>Consumo de hongos alucinógenos, LSD, ácidos, ketamina o similares</b>						
No	125 (95,42)	41 (89,13)	84 (98,82)	0,02 <sup>c</sup>	1	
Sí	6 (4,58)	5 (10,87)	1 (1,18)		10,2	1,15-90,55
<b>Consumo de inhalantes como bóxer, poper, gasolina, esmaltes, óxido nítrico o solvente para pintura</b>						
No	125 (95,42)	42 (91,30)	83 (97,65)		1	
Sí	6 (4,58)	4 (8,69)	2 (2,35)	0,18 <sup>c</sup>	3,95	0,69-22,46

- Tabla 3 (continuación)

	Muestra (n = 131)	Bebedores en riesgo (n = 46)	Posible dependencia (n = 85)	p	OR	IC95%
<i>Consumo de pastillas estimulantes sin fórmula médica, como éxtasis, anfetaminas o speed</i>						
No	122 (93,13)	40 (86,95)	82 (96,47)		1	
Sí	9 (6,87)	6 (13,04)	3 (3,53)	0,07 <sup>c</sup>	4,09	0,97-17,24
<i>Consumo de pastillas tranquilizantes sin fórmula médica, como diazepam, alprazolam, lorazepam o midazolam</i>						
No	125 (95,42)	43 (93,48)	82 (96,47)		1	
Sí	6 (4,58)	3 (6,52)	3 (3,53)	0,42 <sup>c</sup>	1,9	0,36-9,85

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.  
<sup>a</sup> Prueba de la  $\chi^2$ .  
<sup>b</sup> No se realiza OR ni IC por contener valores sin datos.  
<sup>c</sup> Prueba de Fisher.

Tabla 4 – Análisis multivariable

	Bebedores en riesgo (n = 46)	Posible dependencia (n = 85)	ORa	IC95%
<i>Sexo</i>				
Varones	33 (71,73)	37 (43,53)	1	
Mujeres	13 (28,26)	48 (56,47)	3,32	1,19-9,29*
<i>Edad</i>				
18-44 años	35 (76,08)	59 (69,41)	1	
≥ 45 años	11 (23,91)	26 (30,58)	1,19	0,36-3,95
<i>Hogar</i>				
Urbano	38 (82,61)	76 (89,41)	1	
Rural	8 (17,39)	9 (10,59)	0,38	0,08-1,88
<i>Región</i>				
Central	2 (4,35)	15 (17,65)	1	
Atlántica	5 (10,87)	10 (11,76)	0,67	0,00-0,91*
Bogotá	21 (45,65)	27 (31,76)	0,09	0,01-0,78*
Oriental	9 (19,56)	14 (16,47)	0,76	0,01-0,76*
Pacífica	9 (19,56)	19 (22,35)	0,64	0,00-0,69*
<i>Escolaridad alcanzada</i>				
Ninguna/primaria	8 (17,39)	18 (21,18)	1	
Secundaria	32 (69,56)	52 (61,18)	1,93	0,45-8,37
Técnico/tecnólogo	1 (2,17)	4 (4,70)	1,38	0,07-2,01
Universitario	5 (10,87)	10 (11,76)	0,49	0,08 – 2,95
<i>Estado civil</i>				
Vive con su pareja	22 (47,83)	35 (41,18)	1	
No vive con su pareja	6 (13,04)	20 (23,53)	9,49	1,81-49,70*
Soltero	18 (39,13)	30 (35,29)	1,03	0,34-3,10
<i>TAB</i>				
Tipo I	39 (84,78)	71 (83,53)	1	
Tipo II y sin especificar	7 (15,22)	14 (16,47)	0,70	0,19-2,60
<i>Consumo de marihuana</i>				
No	26 (56,52)	77 (90,59)	1	
Sí	20 (43,48)	8 (9,41)	7,63	2,10-27,70*
<i>Consumo de tabaco o derivados</i>				
No	17 (36,96)	59 (69,41)	1	
Sí	29 (63,04)	26 (30,59)	6,80	1,85-19,98*
<i>Planeación suicida</i>				
No	29 (63,04)	58 (68,23)	1	
Sí	17 (36,96)	27 (31,76)	2,86	0,98-8,32
<i>En la niñez murió alguno de sus padres o persona muy cercana</i>				
No	20 (43,48)	40 (47,05)	1	
Sí	26 (56,52)	45 (52,94)	1,32	0,51-3,43

IC95%: intervalo de confianza del 95%; ORa: odds ratio ajustada.

\* p &gt; 0,05.

Respecto a la población adulta mayor de 45 años, el exceso de consumo de alcohol en la población con TAB dobla el de la población general de esa franja de edad<sup>23</sup>. Además se ha publicado que, a pesar de que los varones de la población general tienen mayor prevalencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol a lo largo de la vida, las mujeres con TAB son más vulnerables a padecer alcoholismo que los varones con TAB<sup>24</sup>.

A pesar de los hallazgos relacionados con historia de maltrato, experiencias adversas en la infancia o la vivencia de duelo en la infancia de los pacientes con TAB, ninguna de estas variables resultó de significación estadística en el análisis multivariable. Este hallazgo puede deberse al tamaño de la submuestra de pacientes con TAB encontrada en esta muestra poblacional y puede resultar más frecuente en muestras clínicas.

Los individuos con TAB asociado con TAUS presentan altas tasas de uso de nicotina<sup>25</sup>, lo que es compatible con los resultados de este estudio; a pesar de que fumar cigarrillo no predice un empeoramiento del curso del TAB, se asocia con incremento del desarrollo de trastornos relacionados con el alcohol y el cannabis, especialmente en adolescentes con TAB<sup>26</sup>.

Se ha descrito repetidamente que la población con esta comorbilidad tiene mayor riesgo de intentos suicidas<sup>27</sup>; también tienen más riesgo de comorbilidad con trastornos relacionados con el uso de otras drogas<sup>13</sup>, hallazgos que concuerdan con los resultados de este estudio, pues una tercera parte de la población con TAB había tenido planeación suicida y de este tercio, más de la mitad tenía patrón de consumo en dependencia de otras sustancias. La literatura también describe que los pacientes con enfermedad mental y TACDA tienen más riesgo de completar el suicidio<sup>28,29</sup>.

En hasta el 57% de los pacientes con consumo de alcohol, se asocia con dependencia de la marihuana y en hasta el 73%, con el consumo de cocaína y otras drogas estimulantes<sup>30,31</sup>; estos hallazgos concuerdan con los nuestros, ya que los individuos con TAB y patrón de dependencia de alcohol consumían con mayor frecuencia marihuana y cocaína que los que solo llevaban un patrón de consumo de riesgo; llama la atención que ningún encuestado con TAB consumiera opiáceos.

La relación entre las comorbilidades de los pacientes con TAB parece darse en parte por un factor repetible en los análisis de las muestras epidemiológicas, que está caracterizado por 2 dimensiones validadas y reportadas en la literatura, la internalizante (comorbilidad con depresión unipolar y trastornos de ansiedad) y la externalizante (comorbilidad con uso de sustancias y trastornos del comportamiento impulsivo o antisocial). Probablemente haya una tercera variable en esta asociación que aún no está claramente definida<sup>32</sup>.

Entre las limitaciones de este estudio, la primera es el tamaño de la muestra, lo que probablemente no permitió analizar variables como las experiencias adversas en la infancia o la disfunción familiar. Como cualquier tipo de análisis secundario, es importante mencionar que este estudio no fue diseñado para dar respuesta a la pregunta que se plantea este estudio. Por otro lado, no fue posible evaluar la presencia de otros tipos de comorbilidades con trastornos de ansiedad, así como la probabilidad de sufrir síntomas mixtos y ciclación

rápidos en comparación con los pacientes con TAB sin trastornos relacionados con el alcohol<sup>14</sup>, la edad de instauración de la enfermedad afectiva<sup>30</sup>, los efectos cognitivos, el aumento de la impulsividad<sup>8,9</sup> y el gasto generado en los servicios de salud<sup>11,12</sup>. Cabe recordar que este es un análisis secundario de una base de datos recolectada por terceros; los autores de este artículo no tuvieron participación en la elección de las variables de análisis o la forma de hacerlo.

En cuanto a las fortalezas, se puede describir varias; este estudio es uno de los primeros en Colombia<sup>16</sup> en población general que analiza el consumo de sustancias de las personas con diagnóstico de TAB. Las escalas y entrevistas están validadas y se han utilizado ampliamente en múltiples estudios en población clínica y general. Por otro lado, el muestreo permite extrapolar los resultados a las escalas regional y nacional en Colombia.

En conclusión, se identificaron factores relacionados ya reportados previamente en estudios en otros países y regiones, tales como el riesgo de consumo de otras sustancias psicoactivas de los pacientes con TAB consumidoras de alcohol y el mayor riesgo de ideación e intentos de suicidio; por otro, y de manera llamativa, en este estudio se encontró mayor riesgo de consumo de alcohol de tipo dependencia en las mujeres con TAB; esto puede explicarse por razones culturales o características no medidas que se debe seguir explorando.

Estos hallazgos indican la necesidad de reevaluar el abordaje y el tratamiento de los pacientes con TAB en relación con la comorbilidad con TAUS.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## Agradecimientos

Se agradece al Ministerio de Salud y Protección Social por la información necesaria para la realización de este estudio. Además, al Centro de Investigaciones Clínicas y a Andrés Castro por su colaboración.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. De la Espriella Guerrero R, De la Hoz Bradford AM, Gómez-Restrepo C, Uribe-Holguín A, Cote Mendez M, Cortés Barré M, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41:805–25.
2. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34:506–14. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634404>
3. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:830.
4. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:543.



5. Goldberg JF, Gamo JL, Leon AC, Kocsis JH, Portera L. A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:733-40.
6. Schneck CD, Miklowitz DJ, Calabrese JR, Allen MH, Thomas MR, Wisniewski SR, et al. Phenomenology of rapid-cycling bipolar disorder: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1902-8.
7. Ostacher MJ, Perlis RH, Nierenberg AA, Calabrese JR, Stange JP, Salloum I, et al. Impact of substance use disorders on recovery from episodes of depression in bipolar disorder patients: prospective data from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. 2010;167:289-97.
8. Morrison JR. Bipolar affective disorder and alcoholism. *Am J Psychiatry*. 1974;131:1130-3.
9. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1680-7.
10. Weiss RD, Ostacher MJ, Otto MW, Calabrese JR, Fossey M, Wisniewski SR, et al. Does recovery from substance use disorder matter in patients with bipolar disorder? *J Clin Psychiatry*. 2005;66:730-5.
11. Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Allee E, Kotrla KJ. The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. *BMC Emerg Med*. 2008;8:17.
12. Sonne SC, Brady KT, Morton WA. Substance abuse and bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1994;182:349-52.
13. Oquendo MA, Currier D, Liu S-M, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2010;71:902-9.
14. Sonne SC, Brady KT. Bipolar disorder and alcoholism. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=086A8F2B297A5A5058B4A6F6BA413513?doi=10.1.1.626.4894&rep=rep1&type=pdf>. Citado 11 Jun 2017.
15. Meyer TD, McDonald JL, Douglas JL, Scott J. Do patients with bipolar disorder drink alcohol for different reasons when depressed, manic or euthymic? *J Affect Disord*. 2012;136:926-32.
16. Rincon-Hoyos Hernan G, Castillo Alejandro, Prada Sergio I. Alcohol use disorders and psychiatric diseases in Colombia. *Colomb Med*. 2016;47:31-7.
17. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 41-42.
18. Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental, y Dependencia de Sustancias; 2001.
19. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX, Sitharthan T. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;206:321-30.
20. Moreno C, Hasin DS, Arango C, Oquendo MA, Vieta E, Liu S, et al. Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Bipolar Disord*. 2012;14:271-82.
21. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 115.
22. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;206:331-49.
23. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 174-175.
24. Frye MA, Altshuler LL, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff K, et al. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160:883-9.
25. Heffner JL, Strawn JR, Delbello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: Phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disord*. 2011;13:439-53.
26. Heffner JL, Delbello MP, Anthenelli RM, Fleck DE, Adler CM, Strakowski SM. Cigarette smoking and its relationship to mood disorder symptoms and co-occurring alcohol and cannabis use disorders following first hospitalization for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2012;14:99-108.
27. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Rentero D. Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. Adicciones [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/782>
28. Østergaard MLD, Nordentoft M, Hjorthøj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: A Danish nationwide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personali. *Addiction* [Internet]. 2017. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/add.13788>
29. Yoon YH, Chen CM, Yi HY, Moss HB. Effect of comorbid alcohol and drug use disorders on premature death among unipolar and bipolar disorder decedents in the United States, 1999 to 2006. *Compr Psychiatry*. 2011;52:453-64.
30. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004;55:875-81.
31. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exper Res*. 2007;31:1208-17.
32. Eisner LR, Johnson SL, Youngstrom EA, Pearlstein JG. Simplifying profiles of comorbidity in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2017;220:102-7.