

Artículo original

Comorbilidad entre síntomas depresivos y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados por enfermedades no psiquiátricas

Carolina Campuzano-Cortina^a, Luisa María Feijó-Fonnegra^a, Karen Manzur-Pineda^a,
María Palacio-Muñoz^a, Julián Rendón-Fonnegra^a, Laura Montoya^b,
Marie Claire Berrouet^c y Diana Restrepo^{d,*}

^a Estudiante de pregrado de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Médica psiquiatra, docente de pre y posgrado, Universidad CES, psiquiatra Hospital General de Medellín, Medellín, Colombia

^c Médica toxicóloga, Hospital General de Medellín, docente de pre y posgrado de Toxicología, Universidad CES, Medellín, Colombia

^d Docente de Psiquiatría pre y posgrado, Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de agosto de 2017

Aceptado el 31 de julio de 2019

On-line el 9 de enero de 2020

Palabras clave:

Síntomas

Depresión

Uso de sustancias

Comorbilidad

Patología dual

RESUMEN

Introducción: Los estudios epidemiológicos muestran una alta prevalencia y concurrencia entre la depresión y el consumo de sustancias, lo cual es denominado «patología dual»; esta comorbilidad implica un peor pronóstico para los pacientes.

Objetivo: Determinar la comorbilidad entre síntomas depresivos y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados por enfermedades agudas y crónicas en un hospital público.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, de prevalencia con 296 pacientes con edades entre 18 a 65 años a quienes se les aplicó el PHQ-9 y el ASSIST 3.0 para determinar la prevalencia de síntomas depresivos y consumo de sustancias psicoactivas; además, se tomaron otras variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados: El 50,7% fueron mujeres con una edad mediana de 41 años y rango intercuartílico de 27 años. Se encontraron síntomas depresivos moderados-severos en el 27,4% de los pacientes. El alcohol fue la sustancia de mayor consumo en los últimos 3 meses con un 53,7%, seguido por el cigarrillo (47,6%), la marihuana (26,7%) y la cocaína (14,5%). Se encontró asociación significativa entre síntomas depresivos graves PHQ-9 \geq 20 y uso problemático de alcohol, marihuana y cocaína (puntuación ASSIST $>$ 26); alcohol (RP 27,30, IC del 95%, 2,37-314,16; $p=0,01$); marihuana (RP 15,00 IC del 95%, 3,46-64,96; $p=0,001$) y cocaína (RP 10,65, IC del 95%, 2,23-51,10; $p=0,01$).

Discusión: Se encontró alta prevalencia de síntomas depresivos y uso de sustancias en pacientes hospitalizados por condiciones médicas no psiquiátricas, lo cual empeora el pronóstico de la condición médica de base.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dianarestrepobernal@gmail.com (D. Restrepo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.07.001>

0034-7450/© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Para brindar un mejor cuidado hospitalario de los pacientes, se requiere hacer visible el problema de la patología dual, lo cual podría lograrse a partir de más investigación relacionada en estos escenarios clínicos.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comorbidity between depressive symptoms and substance use in-patients hospitalized for non-psychiatric diseases

A B S T R A C T

Keywords:

Symptoms
Depression
Substance use
Comorbidity
Dual diagnosis

Introduction: Epidemiological studies have shown a high prevalence and concurrence between depression and substance use. This is known as “dual diagnosis” and is associated with a worse prognosis for patients.

Objective: To establish the comorbidity between depressive symptoms and substance abuse in patients admitted with acute or chronic diseases to a public hospital.

Methods: A descriptive, cross-sectional study of prevalence which included 296 patients aged 18 to 65, to whom the PHQ-9 and ASSIST 3.0 scales were applied to determine the prevalence of depressive symptoms and substance abuse. Other clinical and sociodemographic variables were also taken into account.

Results: 50.7% were women with a median age of 41 and an interquartile range of 27 years. Moderate-to-severe depressive symptoms were found in 27.4% of the patients. Alcohol was the substance with the highest consumption in the previous 3 months with 53.7%, followed by cigarettes (47.6%), marijuana (26.7%) and cocaine (14.5%). A significant association was found between severe depressive symptoms PHQ-9 ≥ 20 and problematic use of alcohol, marijuana and cocaine (ASSIST score > 26); alcohol (RP 27.30, 95% CI [2.37-314.16], $P = 0.01$); marijuana (RP 15.00, 95% CI [3.46-64.96], $P = 0.001$) and cocaine (RP 10.65, 95% CI [2.23-51.10], $P = 0.01$).

Discussion: A high prevalence of depressive symptoms and substance use was found in patients hospitalized for non-psychiatric medical conditions, which worsens the prognosis of the underlying medical condition.

Conclusions: To provide better hospital care for patients, we need to give visibility to the problem of dual pathology. This could be achieved by conducting more related research in these clinical scenarios.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El término «patología dual» hace referencia a la coexistencia de trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos¹. Esta comorbilidad es consistentemente mayor del 50% en poblaciones clínicas psiquiátricas^{2,3}, en poblaciones generales alcanza el 17%⁴ y en algunas poblaciones especiales hasta entre un 40 y un 90% (indigentes, pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C)⁵.

Numerosos estudios epidemiológicos han documentado la estrecha relación que guardan los trastornos mentales y por uso de sustancias^{6,7}. Los mecanismos que justifican esta comorbilidad son diversos y complejos, dentro de ellos están: genéticos⁸, neurobiológicos⁹ y adversidad psicosocial¹⁰, entre otros. La dirección de esta comorbilidad puede ser del trastorno mental a las drogas¹¹⁻¹³ o de las drogas al trastorno mental^{14,15}; sin embargo, no se excluye la posibilidad de que

se trate de una relación recíproca no causal o de simple coexistencia¹⁶.

La depresión en muestras de la comunidad alcanza prevalencias en un rango del 2-5%¹⁷, el 5-10% en el nivel primario^{18,19} y el 10-20% en pacientes hospitalizados médico-quirúrgicos²⁰. Esta mayor prevalencia en ambientes hospitalarios se ha explicado por mecanismos neurobiológicos y psicosociales que hace particularmente vulnerable a pacientes con enfermedades crónicas²¹. En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental²² mostró que los trastornos secundarios al abuso sustancias son la segunda causa de afectación psiquiátrica en la vida adulta, con una prevalencia para cualquier sustancia del 9,6%²³, siendo más frecuente el uso de sustancias legales, como alcohol y cigarrillo, seguido de marihuana y cocaína²⁴.

La importancia de abordar la patología dual en pacientes hospitalizados radica en el peor pronóstico médico psiquiátrico y médico general, el mayor sufrimiento para estos pacientes y sus familias, y la mayor utilización de los servicios

de salud²⁵. En diferentes estudios epidemiológicos la patología dual puede ser expresada en 2 formas: la prevalencia de trastornos por uso de sustancias en pacientes con trastornos mentales, o la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con trastornos por uso de sustancias. Estas prevalencias en estas 2 poblaciones pueden variar considerablemente; por ejemplo, en el estudio de Grant et al.²⁶, la prevalencia de depresión mayor en un grupo de pacientes con trastorno por uso de sustancias fue del 40%, en tanto que la prevalencia de trastorno por uso de sustancias en un grupo de pacientes con depresión mayor fue del 3,5%.

A pesar de la relación entre depresión y trastorno por uso de sustancias, es poco lo que se ha estudiado esta comorbilidad en poblaciones de pacientes hospitalizados en ambientes no psiquiátricos. El propósito de este estudio fue determinar la comorbilidad entre depresión y uso de sustancias en adultos hospitalizados por condiciones médicas no psiquiátricas.

Metodología

Se realizó un estudio transversal. Se incluyó a 296 sujetos. La muestra fue seleccionada por conveniencia, a partir de los pacientes hospitalizados por cualquier condición médico-quirúrgica. Se tomó a los pacientes que se encontraban hospitalizados en un centro asistencial público de alta complejidad de la ciudad de Medellín. Los criterios de inclusión fueron: edad entre 18 y 65 años, lengua materna el español y ser alfabeta. Los criterios de exclusión fueron: presencia de delirium, deterioro cognitivo, enfermedad mental como motivo de hospitalización, y cualquier otra condición clínica que comprometiera la capacidad para dar el consentimiento informado o responder las preguntas del cuestionario.

Las variables incluidas fueron: edad, sexo, escolaridad, estado civil, estado laboral, lugar de residencia y las preguntas de las escalas Patient Health Questionnaire (PHQ-9) y ASSIT 3.0. La encuesta fue heteroaplicada y constó de 22 preguntas. Los instrumentos utilizados fueron 2: 1) el cuestionario PHQ-9 para el diagnóstico de depresión mayor, con sensibilidad del 92% y especificidad de, 89%, validado al español²⁷, el cual consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas, y 2) la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST 3.0, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁸, que tamiza 11 sustancias psicoactivas; es heteroaplicada, con una sensibilidad del 80%, una especificidad del 89% y un punto de corte de 14,5 puntos. Esta escala indica la puntuación de riesgo para cada sustancia y se especifica el riesgo según los puntos de corte en bajo, moderado y alto, y para cada uno de ellos la intervención que requiere: intervención breve, moderada o intensiva.

Se realizó una prueba piloto la cual incluyó a 10 personas. Se determinaron el tiempo promedio requerido por los participantes para completar la encuesta y la comprensión de las preguntas del cuestionario. Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y pruebas de normalidad para la edad; se obtuvieron medidas de resumen y dispersión. Se exploraron las posibles asociaciones entre las variables teniendo en cuenta un nivel de significación del 5%. Se

Tabla 1 – Características sociodemográficas de la población de estudio

Variable	Valor absoluto	Porcentaje
Edad media (DE)	41,4 (14,2)	
Edad mediana (RIC)	41 (27)	
Sexo		
Mujer	150	50,7
Hombre	146	49,3
Área de residencia		
Urbana	239	80,7
Rural	57	19,3
Nivel de escolaridad		
Analfabeta	21	7,1
Primaria incompleta	60	20,3
Primaria completa	39	13,2
Secundaria incompleta	60	20,3
Secundaria completa	53	17,9
Técnico o tecnológico	40	13,5
Universitario	23	7,8
Estado civil		
Soltero	137	46,3
Casado	56	18,9
Viudo	9	3,0
Separado	14	4,7
Unión libre	79	26,7
Actividad laboral		
Sí	143	48,3
No	152	51,4
Estrato social		
Habitante de la calle	12	4,1
Estrato 1	118	39,2
Estrato 2	90	30,4
Estrato 3	57	19,3
Estrato 4	10	3,4
Estrato 5	2	0,7
Estrato 6	7	2,4

calcularon razones de prevalencia como medida de fuerza de asociación, con un IC del 95%. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética Universitario y del hospital donde fueron captados los pacientes. Además, a todos los participantes se les solicitó consentimiento informado. La información fue analizada con el software SPSS 21.0 con licencia amparada.

Resultados

Se incluyó a 296 pacientes hospitalizados; el 50,7% fueron mujeres, la mediana para la edad fue 41 años y el rango intercuartílico de 27 años. El 46,3% eran solteros y el 45,6% tenían pareja. El 80,7% procedía de zona urbana y el 38,2% había cursado básica secundaria (tabla 1).

Síntomas depresivos según la escala PHQ-9

Según la escala PHQ-9, se encontró que el 27,4% de los encuestados presentaron síntomas depresivos clínicamente importantes (PHQ-9 \geq 10) y el 14,2% tenía síntomas moderados a severos (PHQ-9 \geq 15) (fig. 1).

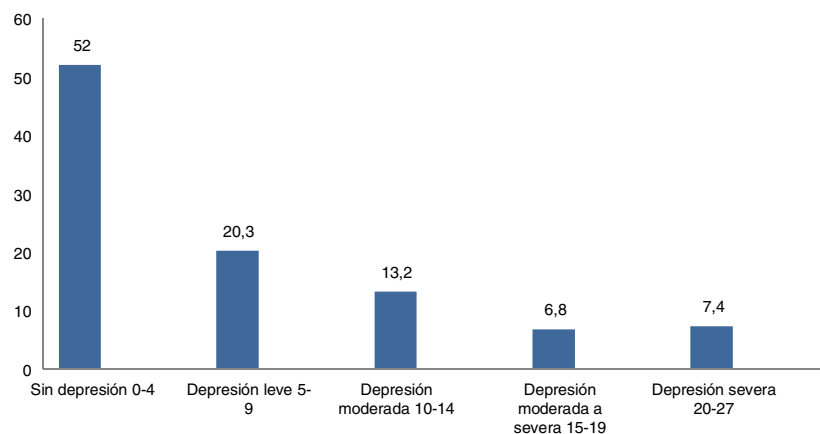


Figura 1 – Distribución porcentual de los síntomas depresivos según la puntuación en la Escala PHQ-9.

Tabla 2 – Prevalencia de vida últimos tres meses y diaria de consumo de sustancias en pacientes hospitalizados

Sustancia	Consumo en la vida (%), n = 296	Consumo últimos 3 meses (%), n = 296	Consumo diario (%), n = 296
Tabaco	47,6	17,4	13,2
Alcohol	53,7	18,6	1,4
Marihuana	26,7	7,4	5,4
Cocaína	14,5	5,4	2,4
Anfetaminas	5,7	0,7	0,0
Inhalantes	3,7	0,9	0,3
Tranquilizantes	17,2	6,1	5,1
Alucinógenos	3,4	1,3	0,0
Opiáceos	6,8	3,4	2,0
Popper	3,7	0,3	0,3
Otros	3,0	1,3	0,7

Acerca del tiempo que estos pacientes llevaban sintiéndose con estos síntomas depresivos, se encontró que el 17,8% los refería hacia menos de una semana, el 32,4% menos de un mes, el 22,1% menos de 6 meses, el 9,2% menos de un año, el 9,2% menos de 5 años, el 2,1% menos de 10 años y el 7% más de 10 años.

Los síntomas depresivos según sexo mostraron que el 43,2% de los hombres presentaban síntomas depresivos en comparación con el 52,7% de las mujeres. Los síntomas moderados y severos fueron también mayores en las mujeres, el 18,7%, en comparación con el 9,6% de los hombres.

Prevalencia y frecuencia de uso de sustancias

La mayor prevalencia encontrada alguna vez en la vida fue para el alcohol, con un 53,7%; el cigarrillo, con el 47,6%; la marihuana, con el 26,7%; los tranquilizantes, con el 17,2%, y la cocaína, con el 14,5%. El consumo de sustancias menos frecuente fue para popper, con un 3,7%, y otras sustancias de abuso no especificadas, con el 3,0%. En cuanto a la prevalencia en los últimos 3 meses la mayor frecuencia fue para las sustancias lícitas, como el alcohol y el tabaco (tabla 2).

Tabla 3 – Intervención requerida según sustancia y puntaje en la prueba ASSIST 3.0

Sustancia	No requieren intervención (%)	Intervención breve (%)	Tratamiento más intensivo (%)
Tabaco	76,0	21,6	2,4
Alcohol	91,9	7,4	0,7
Marihuana	89,2	8,1	2,7
Cocaína	91,6	6,1	2,4
Anfetaminas	98,3	1,4	0,3
Inhalantes	98,6	1,0	0,3
Sedantes	91,2	8,4	0,3
Alucinógenos	98,0	1,7	0,3
Opiáceos	95,9	3,7	0,3
Otras drogas	97,0	2,3	0,7

En cuanto a la prevalencia en los últimos 3 meses, la mayor frecuencia fue para alcohol (18,6%) y el tabaco (17,4%) comparado con el consumo diario, donde la mayor prevalencia fue para el tabaco (13,2%) y la marihuana (5,4%) (tabla 2). De acuerdo a la puntuación del ASSIST, se determinó que los pacientes que requieren en mayor proporción intervención para el consumo de sustancias fueron los consumidores de tabaco (24,0%) seguidos por los consumidores de marihuana (10,8%) (tabla 3).

Consumo diario y esfuerzos por controlar el consumo de sustancias según sexo

Cuando se comparó el consumo diario de sustancias según sexo, se encontró que el tabaco fue la sustancia de mayor uso en hombres y mujeres, seguido por la marihuana en ellos y por los sedantes en ellas (fig. 2).

El 22,6% de los hombres y el 12,7% de las mujeres afirmó que en los últimos 3 meses un amigo, familiar o conocido les había manifestado preocupación por el consumo de sustancias. En cuanto a la sustancia con la cual los pacientes han hecho mayores esfuerzos por reducir o controlar el consumo, fueron: el tabaco tanto para hombres como mujeres, el 25,4% y el 10,7%, respectivamente, seguidos por el alcohol (17,1% y 4,0%), cannabis (15,0% 1,4%) y cocaína (11,0% y 0,7%).

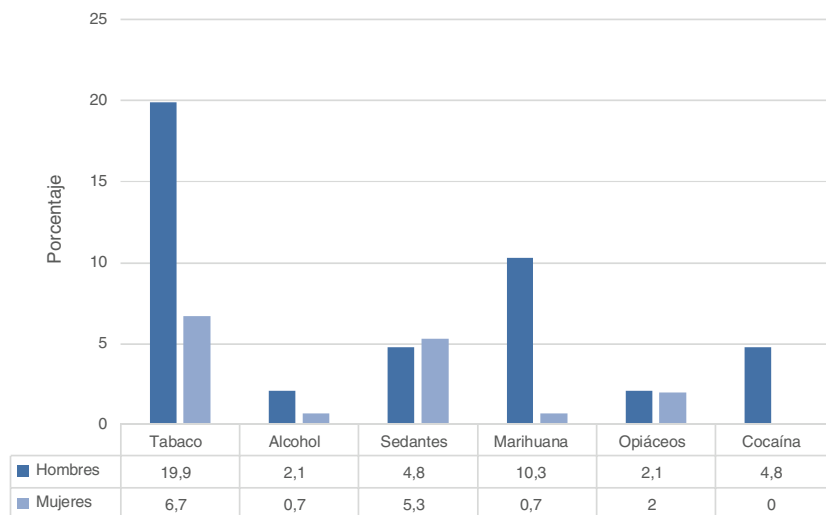


Figura 2 – Consumo diario de sustancias y esfuerzos por controlar el consumo de sustancias según sexo.

Tabla 4 – Proporción de pacientes que requieren intervención para el consumo de sustancias según síntomas depresivos severos

	Sin síntomas depresivos	Con síntomas depresivos PHQ ≥ 20
Marihuana	2,4	18,2
Sedantes	0,3	16,0
Cocaína	2,4	13,6
Tabaco	2,4	9,1
Alcohol	1,0	9,1
Opiáceos	0,3	4,5
Alucinógenos/inhalantes/anfetaminas	0,3	4,5

Comorbilidad entre síntomas depresivos y uso de sustancias

Se encontró asociación significativa entre síntomas depresivos graves PHQ-9 ≥ 20 y uso de sustancias que requieren intervención intensiva (ASSIST 3.0 > 26). De tal forma que los pacientes con síntomas depresivos graves tenían un riesgo de consumo de alcohol de 27 veces, comparado con aquellos que no tenían los síntomas depresivos (RP 27,30; IC del 95%, 2,37-314,16; p = 0,01); 15 veces con marihuana (RP 15,00; IC del 95%, 3,46-64,96; p = 0,001) y 10 veces con cocaína (RP 10,65; IC del 95%, 2,23-51,10; p = 0,01).

Se comparó la proporción de pacientes que requieren intervención para el consumo de sustancias cuando no tienen síntomas depresivos y cuando los síntomas son graves (PHQ-9 ≥ 20). Se encontró que se requiere en mayor proporción tratamiento para la dependencia a sustancias cuando los síntomas depresivos son graves (tabla 4).

Relación temporal de los síntomas depresivos y el consumo de sustancias

En cuanto al inicio de los síntomas, se encontró que las mujeres, primero iniciaron los síntomas depresivos

(95,0% vs. 5,0%) y los hombres el uso de sustancias (61,0% vs. 39,0%).

Se exploraron posibles asociaciones entre variables socio-demográficas y aquellos pacientes con presencia simultánea de síntomas depresivos graves y uso de sustancias. Se encontró asociación con educación inferior a la básica secundaria (RP 1,84; IC del 95%, 1,15-2,95; p = 0,01).

Discusión

Este estudio exploró la comorbilidad de síntomas depresivos de importancia clínica y el uso de sustancias en pacientes hospitalizados por enfermedades médicas no psiquiátricas. Dentro de los hallazgos más importantes se encontró que el alcohol es la sustancia lícita más consumida seguida de la marihuana, los hipnosedantes y la cocaína.

Además, se identificó una asociación significativa entre los síntomas depresivos graves y un uso problemático de alcohol, marihuana y cocaína.

Lo singular de estos resultados es que provienen de pacientes hospitalizados por condiciones clínicas no psiquiátricas, lo que se ha denominado «pacientes médicamente enfermos», en quienes se buscó la presencia de patología dual, específicamente síntomas depresivos de importancia clínica y uso de 11 sustancias. La patología dual ha sido descrita como un factor de riesgo para un peor pronóstico de las enfermedades médicas de base^{29,30}.

Los hallazgos de este estudio se correlacionan con los encontrados en el estudio de la OMS y el Observatorio de Drogas³¹. El Primer Estudio de Salud Mental Medellín 2011-2012³² encontró una prevalencia para depresión en los últimos 30 días del 1,2% (1,6% para mujeres y 0,6% para hombres), con una prevalencia de vida del 9,9% (5,6% hombres y 12,4% mujeres). Estas prevalencias permiten concluir, al compararlas con las obtenidas en nuestro estudio, que uno de cada 4 pacientes presenta síntomas depresivos de importancia clínica, en tanto que en la población general de Medellín la depresión ocurre en una de cada 10 personas.

La importancia de hablar de patología dual en población hospitalaria con enfermedades no psiquiátricas hace referencia al aumento del riesgo y la necesidad de intervención de salud mental que tienen estos pacientes y que con mucha frecuencia pasa desapercibida a los equipos sanitarios.

La evidencia disponible muestra, que los trastornos por uso de sustancias son más prevalentes en personas con graves trastornos mentales³³. Un metaanálisis reciente reportó que las personas con trastorno por uso de alcohol tenían un riesgo de 3,1 veces de presentar depresión comparadas con las personas que no tenían el trastorno³⁴. En nuestro estudio se encontró una elevada comorbilidad entre alcohol y síntomas depresivos, con asociación significativa.

El estudio de Salud Mental Medellín³² encontró que la dependencia al alcohol en los últimos 12 meses fue del 4,09% en hombres y del 0,82% en mujeres, en tanto que nuestro estudio encontró que el 8,1% de los pacientes hospitalizados por condiciones no psiquiátricas requieren intervención para el uso de alcohol, lo cual da una idea de la magnitud del problema en estos pacientes³⁵, lo que puede generar importantes consecuencias para la salud física debido a que el alcohol ha sido asociado con más de 200 condiciones de salud identificadas en el CIE-10³⁵ y que el 5,9% de las muertes a nivel global y el 5,1% de la discapacidad global por enfermedad o el traumatismo en el 2012 fueron atribuibles al consumo de alcohol, que generó 139 millones de *disability-adjusted life years (DALYS)*³⁶.

La relación entre consumo de cigarrillo y depresión muestra que si bien el 59% de los pacientes con trastorno depresivo mayor y el 60% de aquellos con distimia son fumadores a lo largo de la vida³⁷; los fumadores con depresión fuman en mayor cantidad y tienen mayor riesgo de presentar morbimortalidad que los no deprimidos³⁸. Este estudio no encontró asociación entre síntomas depresivos y uso de cigarrillo, si bien uno de cada 4 pacientes con uso de cigarrillo requiere intervención clínica.

El consumo de cocaína y marihuana en Colombia viene en aumento³⁹, lo cual puede relacionarse con la mayor disponibilidad de drogas ilícitas en la comunidad⁴⁰; sin embargo, es posible que la alta comorbilidad entre síntomas depresivos y consumo diario de marihuana y la cocaína puedan ayudar a explicar el mayor consumo.

Dentro de las sustancias denominadas ilícitas, la marihuana no solo es la de mayor consumo por personas con trastornos depresivos⁴¹, sino que además un gran estudio realizado por Lev-Ran et al.⁴², el cual incluyó a 43.070 personas mayores de 18 años, encontró que las personas con algún trastorno mental en los últimos 12 meses representaban el 72% de todos los usuarios de marihuana.

El consumo de cocaína ha sido asociado con importante riesgo neurológico y cardiovascular⁴³. Se ha estimado que aproximadamente el 30% de las personas con trastorno depresivo mayor tienen trastorno por uso de cocaína a lo largo de la vida y que el 35% de los abusadores de cocaína tienen trastorno depresivo a lo largo de la vida⁴⁴, lo cual podría en parte ser explicado porque comparten una vulnerabilidad genética similar⁴⁵. En un estudio más reciente, López y Becoña⁴⁶ encontraron, en 115 usuarios con dependencia a la cocaína, una prevalencia de depresión del 24,3%. Estas prevalencias descritas son menores a la encontrada en nuestro estudio, si bien no son poblaciones comparables.

Según el estudio de Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual, las características más comunes en estos pacientes son: género masculino, bajo nivel socioeconómico⁴⁷, jóvenes, solteros, menor nivel educativo y mala situación laboral⁴⁸. Estos factores se observan en nuestro estudio, donde 3 de cada 4 pacientes pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, la mitad se encuentran desempleados y las mayores frecuencias de consumo de sustancias las presentan los hombres.

Finalmente, los hallazgos de este estudio deben ser tomados bajo la consideración de las siguientes limitaciones. Primero, al realizarse un estudio descriptivo transversal, no es posible establecer relaciones de causalidad. Segundo, los trastornos depresivos y por abuso de sustancias se evaluaron por medio de escalas estructuradas y no por evaluación directa de psiquiatra, que es considerado el patrón de oro para estos diagnósticos. Tercero, las respuestas de los pacientes pueden estar influidas por sesgos de memoria, lo cual podría verse reflejado en prevalencias menores a las reales. Cuarto, es posible que los participantes no brindaran información confiable respecto a temas sensibles como los tratados en esta encuesta, si bien los entrevistadores fueron entrenados para comportarse de forma empática, sin juzgar y garantizando anonimato y privacidad frente a la información brindada; pese a las anteriores limitaciones, la presente investigación aporta una valiosa información acerca de la comorbilidad síntomas depresivos y uso de sustancias en pacientes hospitalizados por condiciones médicas no psiquiátricas. Quinto, no se tomó información para determinar si el paciente se encontraba recibiendo atención médica para los síntomas depresivos y el uso de sustancias. Y sexto, la escala empleada para tamizar depresión, la PHQ-9, incluye síntomas somáticos, lo cual en pacientes médicamente enfermos puede ser un factor de sesgo; no obstante, el rendimiento de esta escala comparada con la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), frecuentemente empleada en estudios de depresión en pacientes con enfermedades no psiquiátricas, ha mostrado ser similar⁴⁸.

Conclusiones

Este estudio encontró una alta comorbilidad entre síntomas depresivos clínicamente importantes y el uso de sustancias en pacientes hospitalizados por condiciones médicas no psiquiátricas. Se requiere capacitar a los equipos sanitarios para identificar y tratar apropiadamente la patología dual en escenarios clínicos no psiquiátricos. Se necesitan además nuevos estudios que aporten mayor información frente a este importante tema de salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Szerman N, Martínez-Raga J, Peris LM, Roncero C, Basurte I, Vega P, et al. Rethinking dual disorders/pathology. *Addict Disord Their Treat*. 2013;12:1-10.

2. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*. 1996;66:17-31.
3. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 2004;56:730-7.
4. Vega WA, Canino G, Cao Z, Alegria M. Prevalence and correlates of dual diagnoses in U.S. Latinos. *Drug Alcohol Depend*. 2009;100(1-2):32-8.
5. Emmelkamp PMG, Vedel E. Evidence-based Treatment for alcohol and drug abuse: A practitioner's guide to theory, methods, and practice. Abingdon: Routledge; 2006.
6. Melich MT. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones Rev Socidrogalcohol*. 2008;20:315-9.
7. Rubio G. ¿Qué es la patología dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. [Consultado 5 Mar 2017]. *Rev Esp Sanid Penit* [Internet]. 2012;2(3.). Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/187>.
8. Zuo L, Gelernter J, Kranzler HR, Stein MB, Zhang H, Wei F, et al. ADH1A variation predisposes to personality traits and substance dependence. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet*. 2010;153B:376-86.
9. Chambers RA, Sentir AM, Conroy SK, Truitt WA, Shekhar A. Cortical-striatal integration of cocaine history and prefrontal dysfunction in animal modeling of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 2010;67:788-92.
10. Comtois KA, Tisdall WA, Holdcraft LC, Simpson T. Dual diagnosis: impact of family history. *Am J Addict*. 2005;14:291-9.
11. Pedersen K, Waal H, Kringlen E. Patients with non-affective psychosis are at increased risk for heroin use disorders. *Eur Addict Res*. 2012;18:124-9.
12. Sareen J, Chartier M, Kjernisted KD, Stein MB. Comorbidity of phobic disorders with alcoholism in a Canadian community sample. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2001;46:733-40.
13. Zimmermann P, Wittchen HU, Höfler M, Pfister H, Kessler RC, Lieb R. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychol Med*. 2003;33:1211-22.
14. Allebeck P, Adamsson C, Engström A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of cases treated in Stockholm County. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;88:21-4.
15. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: Systematic review. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. 2005;19:187-94.
16. Prodromou M, Kyritsi E, Samartzis L. Dual diagnosis affects prognosis in patients with drug dependence in integrative care setting. *Health Sci J*. 2014;8:216-28.
17. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leaf PJ, Orvaschel H, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in 3 communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:959-67.
18. 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.
19. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1992;14:237-47.
20. Thombs BD, Benedetti A, Kloda LA, Levis B, Azar M, Riehm KE, et al. Diagnostic accuracy of the Depression subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) for detecting major depression: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *BMJ Open*. 2016;6:e011913.
21. Rackley S, Bostwick JM. Depression in medically ill patients. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35:231-47.
22. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalence of mental disorders and use of services: Preliminary results from the National Study of Mental Health. Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004;33:241-62.
23. Flórez G, Francisco J. Farmacodependencia y abuso de sustancias: ¿un problema de salud pública colombiano olvidado, mal enfocado, distorsionado o convertido en una vendetta política? *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38:379-86.
24. Chahua M, Sordo L, Molist G, Domingo-Salvany A, Brugal MT, de la Fuente L, et al. Depresión en jóvenes usuarios regulares de cocaína reclutados en la comunidad. *Gac Sanit*. 2014;28:155-9.
25. Merikangas KR, Gelernter CS. Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatr Clin North Am*. 1990;13:613-32.
26. 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;61:807-16.
27. Baader MT, Molina JL, Venezian BS, Rojas CC, Fariás SR, Fierro-Freixeneta C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2012;50:10-22.
28. World Health Organization. OMS-ASSIST V3.0 [Internet]. 2015 [consultado 7 Mayo 2017]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/4401>.
29. Traub SJ, Hoffman RS, Nelson LS. Body Packing —The internal concealment of illicit drugs. *N Engl J Med*. 2003;349:2519-20.
30. Levenson JL. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric care of the medically ill. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.; 2011.
31. Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia. Reporte de drogas de Colombia 2016. [Internet]. 2.ª ed. Bogotá, Colombia; 2016 [consultado 7 Mayo 2017]. 200 p. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/ODC0100322016_reporte_drogas_colombia_2016.pdf.
32. Torres de Galvis Y, Posada Villa J. Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012 The Who World Mental Health Survey Consortium. Medellín: Universidad CES; Secretaría de Salud de Medellín. 2012.
33. Rosenthal RN, Nunes EV, Le Fauve CE. Implications of epidemiological data for identifying persons with substance use and other mental disorders. *Am J Addict*. 2012;21:97-103.
34. Gorka SM, Hedeker D, Piasecki TM, Mermelstein R. Impact of alcohol use motives and internalizing symptoms on mood changes in response to drinking: An ecological momentary assessment investigation. *Drug Alcohol Depend*. 2017;173:31-8.
35. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva: World Health Organization; 2011.
36. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
37. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000;284:2606-10.
38. Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, et al. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *J Psychiatr Res*. 2014;48:102-10.
39. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45:2-8.

40. Liang W, Lenton S, Allsop S, Chikritzhs T. Does availability of illicit drugs mediate the association between mental illness and substance use? *Subst Use Misuse*. 2011;46:1304-8.
41. Aspis I, Feingold D, Weiser M, Rehm J, Shoval G, Lev-Ran S. Cannabis use and mental health-related quality of life among individuals with depressive disorders. *Psychiatry Res*. 2015;230:341-9.
42. Lev-Ran S, Le Foll B, McKenzie K, George TP, Rehm J. Cannabis use and cannabis use disorders among individuals with mental illness. *Compr Psychiatry*. 2013;54:589-98.
43. Lanas F, Potthoff S, Mercadal E, Santibáñez C, Lanas A, Standen D. Riesgo individual y poblacional en infarto agudo del miocardio: Estudio INTERHEART Chile. *Rev Médica Chile*. 2008;136:555-60.
44. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264:2511-8.
45. Yang B-Z, Han S, Kranzler HR, Farrer LA, Gelernter J. A genomewide linkage scan of cocaine dependence and major depressive episode in two populations. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36:2422-30.
46. López A, Becoña E. Depression and cocaine dependence. *Psychol Rep*. 2007;100:520-4.
47. Phillips P, Johnson S. How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature reviews. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36:269-76.
48. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2013;25:118-27.