



Artículo original

Desórdenes y enfermedad psiquiátrica causada por el uso de alcohol en Colombia

Alcohol use disorders and psychiatric diseases in Colombia

Hernan G Rincon-Hoyos^{1,2}, Alejandro Castillo^{1,2}, Sergio I Prada³

¹Fundacion Hospital Valle del Lili, Cali, Colombia.

²Escuela de Medicina, Universidad ICESI, Cali, Colombia.

³Facultad Ciencias Administrativas y Económicas, Departamento de Economía, Universidad ICESI, Cali, Colombia.

Rincon-Hoyos HG, Castillo A, Prada SI. Alcohol use disorders and psychiatric diseases in Colombia. *Colomb Med (Cali)*. 2016; 47(1):31-37.

© 2016 Universidad del Valle. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acreditan.

Historia:

Recibido: 22 junio 2015

Revisado: 23 diciembre 2015

Aceptado: 25 enero 2016

Palabras clave:

Salud pública, alcoholismo, abuso de alcohol, trastornos relacionados con el alcohol, epidemiología, trastornos mentales, trastornos del estado de ánimo, Colombia

Keywords:

Public health, alcoholism, alcohol abuse, alcohol-related disorders, epidemiology, mental disorders, mood disorders, Colombia

Resumen

Antecedentes: Una comprensión precisa de la co-ocurrencia y la comorbilidad de los trastornos por consumo de alcohol (AUD) en Colombia es crucial para la salud pública.

Objetivo: Se realizó un análisis secundario, utilizando una base de datos gubernamental de población 2003/2004 para determinar las asociaciones de vida entre los trastornos por consumo de alcohol y otros trastornos mentales y adictivos en personas de edades comprendidas entre 18 a 65 años de Colombia.

Métodos: Varios análisis estadísticos se realizaron: pruebas de diferencia en la prevalencia de los trastornos mentales en función de si el individuo tenía un AUD; un análisis estratificado por sexo y análisis de regresión logística teniendo en cuenta las diferencias en las variables del estado de salud, demográficas, socioeconómicas, de comportamiento y de auto-reporte.

Resultados: las personas con AUD fueron el 9% de la población, de los cuales 88% eran varones y en promedio tenían 37 años. Estas personas tenían trabajo y eran fumadores activos; y tenían menos probabilidad de estar en casa o ser jubilados. La población con AUD tenía mayores posibilidades de cumplir con los criterios de todos los trastornos, excepto el trastorno depresivo menor, el trastorno de estrés post-traumático, la dependencia a la nicotina, y el trastorno oposicional desafiante.

Conclusión: Este estudio demuestra una alta prevalencia de trastornos mentales en la población adulta con trastornos por consumo de alcohol en Colombia. Los resultados destacan la importancia de la comorbilidad como un signo de gravedad de la enfermedad e impacto en la salud pública y apoyan la necesidad de formación de más profesionales y el desarrollo de intervenciones y servicios apropiados.

Abstract

Background: An accurate understanding of co-occurrence and comorbidity of alcohol use disorders (AUD) in Colombia is crucial for public health.

Objective: A secondary analysis was conducted, using a 2003/2004 government's population database to determine the lifetime associations between AUD and other mental and addictive disorders in people of Colombia aged 18-65 years.

Methods: Several statistical analysis were performed: testing prevalence difference in mental disorders by whether the individual had an AUD; a stratified analysis by gender and logistic regression analyses accounting for differences in demographic, socio-economic, behavioral and self-reported health status variables.

Results: People with AUD comprised 9% of the population, of which 88% were males and on average 37 years old. They were more likely to be males, be working, and be current smokers; and less likely to be at home or retired. The population with AUD had greater chance to comply with criteria for all disorders but minor depressive disorder, post-traumatic stress disorder, nicotine dependence, and oppositional defiant disorder.

Conclusion: This study demonstrates a high prevalence of mental disorders in the adult population with AUD in Colombia. The findings highlight the importance of comorbidity as a sign of disease severity and impact on public health and supports the need for training of more professionals and developing appropriate interventions and services.

Introducción

Los trastornos mentales y los trastornos por abuso de sustancias han sido descritos a nivel mundial como una de las causas primarias de años de vida perdidos por muerte prematura (YLLs). Por ello en un país como Colombia, quizás la única manera de mejorar la salud de la población sea convertir en prioridad la prevención y tratamiento de estos trastornos¹.

La Organización Mundial de la Salud (WHO) indica que aproximadamente un 48% de la población mundial mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas y el 16% de estos participan de un consumo episódico de esta sustancia². De toda la carga global de daño que se le atribuye al consumo de alcohol en las regiones en desarrollo a nivel mundial, la más alta esta en América Latina y el Caribe, donde el 9.7% de los años de vida potencialmente perdidos (DALYs) y el 4.5% de las muertes son atribuidas a complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol³. A nivel mundial se estima que 3.3 millones de muertes (5.9% de las muertes a nivel mundial en 2012) y 139 millones de DALYs fueron causados por el consumo de alcohol².

Tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo, se ha demostrado que el consumo de alcohol causa un daño significativo a la salud mental, física y social de personas y comunidades^{4,5}. De igual manera, se han encontrado efectos negativos entre el consumo de alcohol y el sistema de justicia penal y criminal, el sector laboral y el desarrollo socio-económico⁶.

Los países con ingresos altos tienen el mayor consumo de alcohol per cápita y la mayor prevalencia de consumo episódico intenso en bebedores. El alcohol es consumido por personas de todas las edades y grupos socio-económicos; y se sabe que usualmente inicia temprano en la adolescencia^{7,8}. Sin embargo, las personas con estatus socio-económico bajo parecen ser más vulnerables a los problemas y consecuencias del consumo de alcohol⁹.

Existe evidencia substancial para decir que el consumo excesivo de alcohol está relacionado con comportamientos riesgosos y con comorbilidad con varias enfermedades mentales. Lo cual puede variar por género^{10,11} e incluye violencia común¹², violencia intrafamiliar, accidentes de tráfico, lesiones de causa externa intencionales y no intencionales, al igual que comportamiento sexual de riesgo para VIH; todos ellos son problemas de salud pública relacionados con el consumo de elevado de alcohol^{13,14}.

El uso de sustancia psicoactivas suele suceder conjuntamente con el consumo de alcohol, lo cual incrementa la probabilidad de comportamientos de alto riesgo¹⁵. Adicionalmente, los trastornos de comportamiento, ansiedad, depresión, manía y otros trastornos psiquiátricos están frecuentemente asociados con el consumo excesivo de alcohol^{10,16}.

La Encuesta Epidemiológica Nacional Estadounidense sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC) ofrece información detallada sobre la comorbilidad de AUD con otros trastornos por consumo de sustancias y confirma los hallazgos descritos en estudios previos^{17,18}. En estos estudios, comparando con el grupo de personas solo con AUD, los trastornos por consumo de sustancias y comorbilidad fueron más frecuentes en hombres jóvenes, solteros y en aquellos de nivel socio-económicos bajo. De acuerdo con numerosos estudios, la complejidad clínica, los costos y las discapacidades relacionadas con los trastornos

por uso de alcohol, son potencializadas por la comorbilidad y la concurrencia de otros trastornos mentales¹⁷.

La información sobre la concurrencia y comorbilidad de los AUD en Colombia está limitada a algunos reportes que indican una alta prevalencia^{19,20}. El Gobierno de Colombia emitió el decreto 3039 de 2007, adoptando el Plan Nacional de Salud Pública, definiendo la salud mental como una de sus prioridades, y el control del alcohol y otras sustancias como una de las metas por cumplir⁸. La Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia (ENSM), llevada a cabo en el 2003-2004, reveló una alta prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad (19.3%), trastornos de ánimo (15.0%) y trastornos por consumo de sustancias (10.6%). De tener en cuenta, de aquellos con trastornos por consumo de sustancias, el 94.7% no utilizaron los servicios de salud^{21,22}. La última encuesta de consumo de drogas realizada en Colombia fue en el año 2013 y concluyó que existe un incremento en el consumo de sustancias respecto a estudios previos²³, demostrando así la necesidad de entender mejor la comorbilidad. La Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia realizada en el 2015 utilizó un enfoque distinto al utilizado en 2003, se excluyó la determinación de prevalencia de algunos trastornos como esquizofrenia, trastorno por estrés postraumático y AUD al igual que los trastornos de consumo de otras sustancias²⁴, por ende no va a permitir investigar de manera profunda la comorbilidad de AUD con otras enfermedades mentales. Con base en lo explicado, puede argumentarse que un entendimiento adecuado de la comorbilidad es crucial para la prevención y el desarrollo de tratamientos multimodales para personas que padecen dos o más trastornos mentales en diferentes escenarios clínicos en países desarrollados y no desarrollados²⁵.

Este estudio basado en población fue realizado para determinar la relación en la vida, entre los AUD y otros trastornos mentales y adictivos en mujeres y hombres en Colombia entre los 18 y 65 años, a través de un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2003-2004.

Materiales y Métodos

Este análisis secundario utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental del periodo 2003-2004 (Ministerio de Salud y Protección Social) para obtener información respecto de la concurrencia de desórdenes mentales y los AUD. Esta información fue recientemente publicada como archivos de uso público²⁶. La encuesta fue realizada en una población urbana de 5,526 hogares; 4,544 de estas fueron completadas por adultos con una tasa de respuesta del 87% basada en una muestra probabilística estratificada a nivel nacional de varias etapas. Los participantes de la encuesta son personas no institucionalizadas entre los 18 y 65 años de edad con residencia establecida en 5 distintas regiones del país.

La muestra que se encuentra a disposición del público está compuesta por 4,426 individuos. Una descripción detallada de procedimientos de muestra y otros detalles metodológicos de la encuesta están descritos previamente²¹. La encuesta utilizó una sub-muestra interna para reducir la carga sobre los entrevistados al dividirla en dos partes. La Parte 1 incluía una evaluación de diagnóstico básica (N= 4,426). La Parte 2, por otro lado, incluía información sobre correlaciones y trastornos de interés secundario. Todos los entrevistados respondieron la Parte 1.

Todos los encuestados de la Parte 1 que cumplieran con el criterio para cualquier trastorno y una sub-muestra de aproximadamente el 25% de los demás, fueron encuestados en la Parte 2 (N= 2,442).

La encuesta utilizó una versión computarizada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI; 15th versión registrada) que brinda diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV y el ICD-10. Los indicadores marcadores de trastornos para cada individuo no fueron publicados en los microdatos. Para identificar a los participantes con prevalencia de vida de cada trastorno, los autores siguieron las definiciones y criterios de la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

Para probar si existe diferencia en la prevalencia de vida de cada uno de los trastornos mentales según si el individuo era un consumidor de alcohol o no, se utilizó el test exacto de Fischer. Los AUD fueron definidos para aquellos que abusaban del alcohol o tenían algún tipo de dependencia, de acuerdo con el estudio original que seguía la literatura internacional. Adicionalmente, se realizó un análisis estratificado por género. Por último, para evaluar si las diferencias observadas en las estimaciones de prevalencia de vida de los diferentes trastornos desaparecían al controlar por características demográficas, socio-económicas, de comportamiento y variables auto-reportadas del estado de salud, se realizaron análisis de regresión logística. Todos los análisis fueron hechos en Stata® 13 usando los comandos especializados del software para encuestas. Las variables de diseño de la encuesta como las unidades de muestra primarias (UMP) y los ponderadores de la encuesta fueron utilizadas en todas las estimaciones.

Las variables demográficas incluidas en las regresiones logísticas fueron edad, sexo, y estado civil. La última fue codificada usando cuatro variables binarias independientes: casado, separado/divorciado, viudo y soltero. La variable "Soltero" fue la categoría de referencia. Considerando los efectos no-lineales que se pudieran presentar debido a la edad, esta variable fue incluida en niveles y también elevada al cuadrado.

Las variables socio-económicas incluidas en las regresiones logísticas fueron educación y ocupación laboral. El nivel de educación fue codificado como primaria, deserción de bachillerato, bachiller, y estudios de pregrado (incluye tanto los que terminaron y los que no); la deserción de primaria (incluyendo los que nunca atendieron) fue la categoría de referencia. El estatus laboral fue codificado utilizando cuatro variables binarias: está trabajando, está estudiando, ama de casa o retirado, y otros. La variable "Otros" fue la categoría de referencia.

Las variables de comportamiento incluidas en los análisis de regresión fueron obesidad y fumador. Obesidad/sobrepeso fue codificada como una variable dicótoma que toma el valor de 1 para individuos con un Índice de masa corporal (IMC) mayor de 25. Fumador fue codificado como una variable dicótoma. Finalmente se incluyó la variable estado de salud y se codificó como "Excelente/ Muy Buena", "Buena", y "Regular o Mala". "Excelente/ Muy Buena" fue la categoría de referencia.

Tabla 1. Características de los participantes en la encuesta según si el individuo tiene trastornos de consumo de alcohol

	AUD‡	No AUD‡	Valor-p
Características demográficas			
Edad (Años)	37.0 (1.062)	36.7 (0.299)	0.774
Hombre (%)	88.2 (0.019)	41.3 (0.012)	<0.001*
Estado civil			
Casado	30.7 (0.039)	33.5 (0.010)	0.484
Separado/divorciado	11.1 (0.023)	9.3 (0.005)	0.389
Viudo	1.9 (0.009)	3.6 (0.004)	0.192
Nunca se ha casado (Referencia)	56.3 (0.040)	53.6 (0.011)	0.514
Características socioeconómicas			
Educación			
Educación	11.6 (0.021)	13.4 (0.007)	0.446
Bachillerato incompleto	24.2 (0.030)	24.1 (0.010)	0.980
Bachiller	16.4 (0.025)	21.7 (0.010)	0.070
Profesional	30.6 (0.043)	24.9 (0.012)	0.183
Primaria incompleta (Referencia)	17.1 (0.027)	15.8 (0.007)	0.637
Estado ocupacional			
Trabaja	74.0 (0.038)	54.9 (0.012)	<0.001*
Estudia	4.8 (0.030)	7.4 (0.010)	0.497
Ama de casa o jubilados	9.9 (0.024)	26.9 (0.009)	<0.001*
Desempleados (Referencia)	11.3 (0.021)	10.8 (0.008)	0.798
Características de comportamiento			
Obeso	7.7 (0.017)	6.6 (0.005)	0.507
Fuma en la actualidad	28.4 (0.040)	13.1 (0.006)	<0.001*
Auto percepción de salud			
Excelente/Muy buena (Referencia)	28.0 (0.033)	34.8 (0.012)	0.065
Buena	41.3 (0.039)	41.1 (0.011)	0.960
Regular/Mala	30.7 (0.039)	24.1 (0.010)	0.076
N	325	4,101	

‡Porcentaje (error estándar)

*Significancia estadística ($p < 0.05$).

Resultados

La Tabla 1 muestra características socio-demográficas y comportamentales en ambas poblaciones. En particular, las personas con AUD correspondieron al 9% de la población, de la cual el 88% eran hombres con una edad promedio de 37 años. El estado civil que predominó fue soltero (56%), seguido de casado (31%). Más del 30% de estos tuvieron altos niveles de educación (estudios universitarios), y el 74% reportó su estatus laboral como "trabajando". La obesidad fue una característica para casi el 8% de

Tabla 2. Prevalencia de vida de trastornos mentales según si el individuo tiene trastornos de consumo de alcohol

	AUD‡	No AUD‡	Valor-p
Número de entrevistados	325	4,101	
Trastornos del estado de ánimo			
Trastorno depresivo mayor	17.0 (0.025)	10.2 (0.010)	0.004*
Trastorno depresivo menor	1.7 (0.008)	2.1 (0.003)	0.716*
Bipolar I	7.3 (0.031)	1.5 (0.003)	<0.001*
Trastornos relacionados con ansiedad			
Agorafobia	5.2 (0.017)	2.2 (0.003)	0.016*
Trastorno de estrés postraumático	2.0 (0.008)	1.3 (0.002)	0.346*
Trastorno por consumo de sustancias relacionadas			
Abuso de drogas	7.0 (0.016)	0.3 (<0.001)	<0.001*
Dependencia de drogas	5.2 (0.013)	0.2 (<0.001)	<0.001*
Dependencia a la nicotina	3.2 (0.014)	1.3(0.002)	0.053*
Otros trastornos			
Ansiedad por separación	13.6 (0.033)	5.6 (0.004)	<0.001*
Trastorno negativista desafiante	3.1 (0.014)	1.6 (0.003)	0.137*
Trastorno de conducta	5.4 (0.013)	1.0 (0.002)	<0.001*

AUD: Desórdenes por uso de alcohol

‡Porcentaje (Error estándar)

*Significancia estadística ($p < 0.05$). Para todas las variables se realizó la prueba exacta de Fischer

Tabla 3. Prevalencia de vida en hombres de trastornos mentales según si el individuo tiene trastornos de consumo de alcohol

	Hombres			Mujeres		
	AUD‡	No AUD‡	Valor-p	AUD‡	No AUD‡	Valor-p
Número de entrevistados	265	1,435		60	2,666	
Trastornos de estado de ánimo						
Trastorno depresivo mayor	14.4 (0.025)	5.7 (0.008)	<0.001*	37.10 (0.076)	13.40 (0.014)	<0.001*
Trastorno depresivo menor	1.9 (0.009)	1.6 (0.003)	0.710			
Bipolar I	7.7 (0.035)	1.2 (0.003)	<0.001*	4.12 (0.023)	1.69 (0.004)	0.143
Trastornos relacionados con la ansiedad						
Agorafobia	5.2 (0.019)	0.9 (0.002)	<0.001*	4.73 (0.028)	3.11 (0.004)	0.500
Trastorno de estrés postraumático	1.8 (0.008)	0.6 (0.002)	0.074	3.52 (0.028)	1.76 (0.003)	0.402
Trastornos por consumo de sustancias relacionadas						
Abuso de drogas	7.5 (0.177)	0.6 (0.002)	<0.001*	2.82 (0.020)	0.04 (<0.001)	<0.001*
Dependencia de drogas	5.9 (0.149)	0.2 (0.001)	<0.001*	0.27 (0.002)	0.17 (0.003)	0.689
Dependencia de nicotina	3.4 (0.016)	1.6 (0.003)	0.147	2.06 (0.150)	1.13 (0.002)	0.422
Otros trastornos						
Ansiedad por separación	13.1 (0.037)	3.8 (0.006)	<0.001*	17.53 (0.051)	6.76 (0.005)	0.002*
Trastorno negativista desafiante	2.8 (0.014)	2.2 (0.005)	0.696	5.86 (0.033)	1.16 (0.002)	0.003*
Trastorno de conducta	5.4 (0.013)	1.3 (0.003)	<0.001*	5.75 (0.027)	0.69 (0.001)	<0.001*

‡Porcentaje (Error estándar)

*Significancia estadística ($p < 0.05$). Para un % de variables la prueba exacta de Fischer es reportada

El Trastorno depresivo menor no fue incluido porque no había observaciones para las mujeres que tenían problemas de abuso/dependencia del alcohol

la población, y el 28% eran fumadores al momento de la encuesta. Por último, el 41% de las personas con AUD reportaron su estado de salud como bueno.

Al comparar estos resultados con la población no consumidora de alcohol, las personas con AUD tenían una probabilidad más alta de ser hombres, de estar trabajando, y de ser fumadores; se encontró una menor probabilidad de que estuvieran retirados o en oficios del hogar con un nivel estadístico de significancia del 5%. Para un nivel estadístico de significancia del 10%, estas personas tenían una probabilidad más baja de ser bachilleres, de que tuvieran un estado excelente/bueno de salud, y una probabilidad más alta de tener un estado de salud regular o malo.

La Tabla 2 muestra la prevalencia estimada de desórdenes mentales para el total de la población; la Tabla 3 para hombres y mujeres, y presenta pruebas estadísticas sobre las diferencias en prevalencia entre las personas que tenían y no tenían problemas de dependencia o abuso del alcohol. Para todas las personas y

Tabla 4. Razón ajustada de la probabilidad (odds ratio) de padecer un trastorno mental entre personas con y sin trastornos por consumo de alcohol.

	OR	Valor-p	IC 95%	
Trastornos del estado de ánimo				
Trastorno depresivo mayor	2.73	<0.001	1.74	4.29
Trastorno depresivo menor	0.89	0.835	0.31	2.55
Bipolar I	5.14	<0.001	2.33	11.36
Trastornos relacionados con la ansiedad				
Agorafobia	3.95	<0.001	1.97	7.91
Trastorno de estrés postraumático	2.02	0.153	0.77	5.27
Trastorno por consumo de sustancias relacionadas				
Abuso de drogas	12.74	<0.001	5.22	31.08
Dependencia de drogas	20.72	<0.001	9.60	44.75
Dependencia de nicotina	1.92	0.310	0.70	5.27
Otros trastornos				
Ansiedad por separación	3.33	<0.001	1.87	5.90
Trastorno negativista desafiante	1.48	0.443	0.54	4.01
Trastorno de conducta	3.56	<0.001	1.76	7.21

*valor- $p < 0.001$. Ajustado por: edad, género, educación, estado ocupacional, autopercepción del estado de salud, obesidad y fumador. Fumador fue eliminado en Nicotina y dependencia en las regresiones por colinealidad.

también para hombres, todos los desórdenes mentales estudiados fueron más prevalentes en el grupo con AUD con la excepción de los trastornos depresivos menores, trastorno de estrés postraumático, dependencia a la nicotina, y trastorno negativista desafiante. En el caso de las mujeres con AUD comparadas con las que no sufren de AUD, se encontró la existencia de una prevalencia mayor para: trastornos depresivos, abuso de sustancias, ansiedad por separación, trastorno negativista desafiante, y trastornos de conducta.

Los análisis de regresión están reportados en la Tabla 4. La tabla únicamente reporta el OR (odds ratio) para la población con AUD comparada con la población sin AUD; sin embargo, todas las regresiones incluyeron todas las variables descritas en la Tabla 1 como regresores independientes. En ese sentido, los resultados reportados son ORs después de ajustar por las diferencias en las variables demográficas, socio-económicas, comportamentales y estados de salud. Como se muestra en la Tabla 4, la población con AUD tenían mayor probabilidad de ser diagnosticados con todos los trastornos mentales menos los trastornos depresivos menores, trastorno de estrés postraumático, la dependencia a la nicotina, y el trastorno negativista desafiante.

Discusión

Este estudio representa el primer análisis de comorbilidad en una muestra poblacional en Colombia de los AUD con otros trastornos mentales. Nuestros resultados demuestran una prevalencia mayor de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) Tipo I, Agorafobia, Abuso de Sustancias, Dependencia de Sustancias, Ansiedad de Separación y Trastornos de Conducta en la población adulta de Colombia con AUD, con respecto a la población general, similar a lo que se ha descrito en otros estudios^{27,28}. Se ha reportado previamente que "La carga de morbilidad atribuible al uso de sustancias legales es claramente superior a la por uso de drogas ilegales y una gran parte de la morbilidad atribuida a las sustancias sería evitable si se implementaran intervenciones efectivas", lo que resalta la importancia de los hallazgos de este estudio en Colombia²⁹. Adicionalmente, el uso problemático del alcohol es frecuentemente sub diagnosticado y sub tratado; de

hecho, en Latinoamérica el consumo de alcohol es un 50% mayor que la media mundial y casi tres cuartas partes de las personas que abusan o dependen del alcohol nunca han recibido algún tipo de tratamiento^{30,31}. Adicionalmente el acceso a servicios de salud para trastornos mentales en Colombia es bajo (40%), lo cual sugiere una serie de barreras para la atención en salud de la población enferma^{22,24}.

La fuerte relación que se encontró entre los trastornos bipolares tipo I y los AUD ha sido reportada previamente. Y se ha relacionado con menor adherencia al tratamiento farmacológico, mayor presencia de síntomas mixtos, un mayor número de hospitalizaciones³², y consecuentemente con mayores costos directos e indirectos¹⁷; lo cual enfatiza la necesidad de identificar y tratar esta comorbilidad de manera temprana³³. En esta muestra de pacientes la comorbilidad con AUD y trastorno bipolar fue mayor en hombres y mayor en TAB tipo I, sin embargo, cuando las mujeres se compararon con mujeres sanas se encontró que la comorbilidad era más alta en mujeres⁷.

En nuestro estudio se encontró que el AUD y la depresión mayor en Colombia tienen una correlación tanto en hombres como mujeres. Así mismo, se encontró relación con trastornos de ansiedad y abuso de alcohol en la población masculina, particularmente en aquellos con agorafobia y ansiedad social. En esta comorbilidad la hipótesis reportada es que existe una retroalimentación positiva entre los dos trastornos^{34,35}. Los trastornos del estado de ánimo al igual que los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes alrededor del mundo y ha sido reportada consistentemente su comorbilidad con AUD. Se sabe adicionalmente que la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad se presenta de manera independiente de la intoxicación aguda y la abstinencia^{3,7,36}.

Dentro de la población colombiana se encontró previamente comorbilidad heterotípica (con otros trastornos mentales), así como comorbilidad homotípica (con otros trastornos de consumo de sustancias), incluyendo la dependencia a la nicotina³⁷. Análisis recientes han mostrado que la comorbilidad heterotípica y homotípica se distribuyen de manera distinta en hombres y mujeres. En nuestros hallazgos, las mujeres consumen menos alcohol y presentan una menor cantidad de problemas con el consumo de otras sustancias²⁰.

En un análisis factorial de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos, se encontraron tres tipos de comorbilidad que representaban el 70% de la población y el 43.6% de los casos severos estaban representados por comorbilidad de AUD²⁷. Otros estudios han indicado que la comorbilidad de AUD con trastornos de sustancias y trastornos externalizantes (como los trastornos de conducta), pueden tener una etiología subyacente a diferencia de la comorbilidad con trastornos internalizantes (como la depresión y trastornos de ansiedad) que parecen estar relacionados con factores etiológicos compartidos³⁸. Los trastornos disruptivos, como trastornos de conducta o el trastorno negativista desafiante, han sido reportados como las condiciones con mayor comorbilidad en adolescentes con AUD. De igual manera, estudios prospectivos indican que los trastornos de conducta predicen más fuertemente un futuro desarrollo de un AUD³⁹.

La percepción que se obtuvo a partir de este estudio sobre el estado de salud en la población con AUD resultó ser baja, sugiriendo

mayor riesgo para resultados adversos en salud de manera general⁴⁰ y contribuyó de manera importante al entendimiento y validación del impacto de la comorbilidad de los trastornos mentales en la salud física en las personas de la muestra. La comorbilidad de los trastornos mentales y trastornos de consumo de alcohol ha sido asociada con mayor discapacidad, síntomas severos, curso ominoso de las enfermedades y pobres resultados de los tratamientos^{17,38,41}. También se debe señalar que esta población reportó usar los servicios de salud más frecuentemente que la población general^{17,38}. Adicionalmente, se ha encontrado frecuentemente que la comorbilidad es un factor de riesgo para la salud y comportamientos de riesgo para el contagio del VIH^{42,43}.

Un consumo moderado de alcohol haría que se disminuyera la incidencia de déficits neurológicos y del desarrollo, accidentes de tránsito, delincuencia, trastornos psiquiátricos, hipertensión y VIH⁴⁴⁻⁴⁶. También mejoraría la probabilidad de un mejor desarrollo físico y mental y probablemente disminuiría la incidencia de trastornos psiquiátricos y de abuso de sustancias⁴⁷. El manejo apropiado del consumo temprano en la adolescencia podría impactar en el desarrollo cognitivo y socio-emocional, resultando en un mejor desempeño académico, autoestima, e interacciones sociales y familiares^{48,49}.

De manera consistente con otros estudios en personas con AUD y otros trastornos mentales, los resultados sugieren que los trastornos de consumo de sustancias están correlacionados con AUD en la población colombiana, y mucho más prevalentes que en la población general^{22,34}. Es llamativo que no se encontrara relación con el trastorno por estrés postraumático, como lo han reportado otros autores, lo que resulta en un tema para futuras investigaciones⁴⁸.

Los resultados destacan la importancia de la comorbilidad como una señal de la gravedad de la enfermedad y apoya la necesidad de formar profesionales de la salud en el tema y desarrollar nuevos tipos de intervención multimodal y servicios apropiados para este tipo de intervenciones^{50,51}.

Limitaciones

La Encuesta Nacional utilizada en este estudio proporcionó información de calidad para poder llevar a cabo los análisis secundarios, con la ventaja de permitir evaluar las comorbilidades en una manera costo-eficiente. No obstante, es necesario mencionar que el análisis secundario no era un objetivo de la encuesta original; lo que puede generar algún tipo de sesgo. Adicionalmente, el diseño de este estudio de carácter transversal no permitió inferir la causalidad de las relaciones entre AUD y otros trastornos mentales. Aunque la información original es del 2003, los autores no creen que la prevalencia de los trastornos estudiados hayan decrecido de manera importantes durante esos años, dado que ninguna intervención ha sido reportada, por el contrario, como se indica en la encuesta de abuso de sustancias, la prevalencia de AUD parece estar incrementando, lo que significa que los resultados no estarían sobreestimando los efectos²³.

Conclusion

Los resultados de este estudio sugieren que la concurrencia de AUD y otros trastornos mentales es prevalente entre las mujeres y hombres colombianos. Es prioritario optimizar los servicios de salud y desarrollar intervenciones en y para la comunidad que

lleve a confrontar esta problemática que aqueja la salud pública del país.

Agradecimientos:

Johnny Campiño proporcionó una excelente asistencia en investigación. Los análisis preliminares realizados antes del 2010, los cuales no condujeron a una publicación, fueron presentados en dos reuniones académicas y fueron respaldados por la Corporación de Lucha Contra el Sida de Cali, Colombia; y el Fogarty International Research Training Center de la Universidad de Miami bajo la tutoría de Gail Shor-Posner y John Lewis (NIH/Fogarty 043 TW00017).

Conflicto de interés

All authors do not have any possible conflicts of interest

Referencias

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, *et al* . Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013; 382(9904): 1575–86.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
3. Cranford JA, Nolen-Hoeksema S, Zucker RA. Alcohol involvement as a function of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2011; 117(2-3): 145–51.
4. Edwards G. Alcohol policy and the public good. *Addiction*. 1997; 92(1): S73–9.
5. Room RC-CB, Gureje O, Jernigan D, Maskela K, Marshall M, *et al* . Alcohol in a changing world. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
6. Parry CDH. Alcohol problems in developing countries: challenges for the new millennium. *Suchtmed*. 2000; 2(4): 216–20.
7. Di Florio A, Craddock N, van den Bree M Alcohol misuse in bipolar disorder. A systematic review and meta-analysis of comorbidity rates. *Eur Psychiatry*. 2014; 29(3): 117–24.
8. Ministerio de la Protección Social . Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Colombia (Resumen Ejecutivo) Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes, editor; 2009.
9. Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol and alcoholism*. 2012; 47(5): 597–605.
10. Ilomäki R, Södervall J, Ilomäki E, Hakko H, Räsänen P, STUDY-70 Workgroup. Drug-dependent boys are more depressed compared to girls: a comorbidity study of substance dependence and mental disorders. *European Addiction Research*. 2008; 14(3): 161–8.
11. Dyster-Aas J, Willebrand M, Wikehult B, Gerdin B, Ekselius L. Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity. *Trauma*. 2008; 64(5): 1349–56.

12. Pulay AJ, Dawson DA, Hasin DS, Goldstein RB, Ruan WJ, Pickering RP, *et al* . Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(1): 12–22.
13. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism . Alcohol and AIDS.A guide to research issues and opportunities. Bethesda: NIAAA; 2001.
14. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*. 2005; 18(4-5): 241–8.
15. D’Onofrio G, Becker B, Woolard RH. The impact of alcohol, tobacco, and other drug use and abuse in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 2006; 24(4): 925–67.
16. Gilder DA, Lau P, Gross A, Ehlers CL. A comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders in young adult Mexican Americans. *J Addict Dis*. 2007; 26(4): 31–40.
17. Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*. 2006; 101(1): 76–88.
18. Falk D, Yi HY, Hiller-Sturmhofel S. An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and drug use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC) Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2008; 31(2): 100–10.
19. Rincon HG, Granados M, Unutzer J, Gomez M, Duran R, Badiel M, *et al* . Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirium in the adult critical care unit. *Psychosomatics*. 2001; 42(5): 391–6.
20. Castillo A, Rincon-Hoyos HG, Lewis JE, Velez JD , Bersh S, Penedo F, *et al* . Psychosocial and clinical characteristics and psychiatric comorbidity among men and women with HIV/AIDS under medical treatment at a tertiary health care center in Cali, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008; 37(1): 29–39.
21. Gobierno de la Republica de Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003. Cali: Minprotección - Fundación FES Social; 2005.
22. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003 . *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004; 33(3): 41–62.
23. Minjusticia-Minsalud-UNODC-CICAD-OEA-INL, editor. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia; 2013. Gobierno de la Republica de Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.
24. Minsalud-Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo 1. Bogota: Javergraf; 2015.
25. Clark BJ, Moss M. Secondary prevention in the intensive care unit: does intensive care unit admission represent a “teachable moment?”. *Crit Care Med*. 2011; 39(6): 1500–6.
26. Gobierno Nacional de la República de Colombia. Temática Salud, Estudios e Investigaciones. Bogota: Minsalud; [2016 January 21]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Documentos.aspx>.

27. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 617–27.
28. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M, *et al* . Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*. 2008; 5(7): e141.
29. Rehm J, Taylor B, Room R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug Alcohol Rev*. 2006; 25(6): 503–13.
30. Kohn R, Levav I, de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, *et al* . Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 18(4-5): 229–40.
31. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. 2. Geneva: World Health Organization; 2001.
32. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, *et al* . Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(5): 543–52.
33. Le Strat Y, Gorwood P. Does lower response to alcohol explain the high comorbidity between bipolar disorder and alcohol dependence. *Med Hypotheses*. 2008; 71(1): 81–4.
34. 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(8): 807–16.
35. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Structural models of the comorbidity of internalizing disorders and substance use disorders in a longitudinal birth cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46(10): 933–42.
36. Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, Heimberg RG, Liu SM, Grant BF, *et al* . Social anxiety disorder and alcohol use disorder comorbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med*. 2010; 40(6): 977–88.
37. Falk DE, Yi HY, Hiller-Sturmhöfel S. An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Res Health*. 2006; 29(3): 162–71.
38. 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(7): 830–42.
39. Moss HB, Lynch KG. Comorbid disruptive behavior disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2001; 64(1): 75–83.
40. Ul-Haq Z, Mackay DF, Pell JP. Association between Self-Reported General and Mental Health and Adverse Outcomes: A Retrospective Cohort Study of 19 625 Scottish Adults. *PLoS One*. 2014; 9(4): e93857.
41. Compton III WM, Cottler LB, Jacobs JL, Ben-Abdallah A, Spitznagel EL. The Role of Psychiatric Disorders in Predicting Drug Dependence Treatment Outcomes. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(5): 890–5.
42. Knox T, Jerger L, Tang A. Alcohol, HIV/AIDS, and Liver Disease. In: Watson RR, Preedy VR, Zibadi S, editors. *Alcohol, Nutrition, and Health Consequences*. Nutrition and Health: Humana Press; 2013. pp. 287–303.
43. Hensing G. The health consequences of alcohol and drug abuse Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 11. *Scandinavian journal of public health*. 2012; 40(9) Suppl: 211–28.
44. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005; 365(9458): 519–30.
45. Lucas GM, Gebo KA, Chaisson RE, Moore RD. Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic. *Aids*. 2002; 16(5): 767–74.
46. Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Bruffaerts R, de Jonge P, Liu Z, *et al* . Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014; 36(2): 142–9.
47. Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis*. 2013; 201(12): 1007–20.
48. Najt P, Fusar-Poli P, Brambilla P. Co-occurring mental and substance abuse disorders: a review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Res*. 2011; 186(2): 159–64.
49. Zimmermann US, Blomeyer D, Laucht M, Mann KF. How gene-stress-behavior interactions can promote adolescent alcohol use: the roles of predrinking allostatic load and childhood behavior disorders. *Pharmacol Biochem Behav*. 2007; 86(2): 246–62.
50. Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *Am J Psychiatry*. 2013; 170(1): 23–30.
51. Díaz Heredia LP, Marziale MHP. El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Rev Latino-Amer Enfermagem*. 2010; 18: 573–81.