



## Artículo original

# Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia



Guillermo A. Castaño Pérez\* y Gloria Maria Sierra Hincapié

Grupo de Salud Mental, Universidad CES, Medellín, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 4 de marzo de 2015

Aceptado el 17 de agosto de 2015

On-line el 1 de octubre de 2015

#### Palabras clave:

Trastorno dual

Prevalencias

Población general

Itagüí (Colombia)

### R E S U M E N

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de trastorno dual (concomitancia de un trastorno por uso de sustancias y un trastorno mental) en la población general de una pequeña ciudad del departamento de Antioquia en Colombia, mediante el análisis secundario de datos del estudio en salud mental realizado en esta población en el año 2011.

**Métodos:** Se aplicó a una muestra de 415 sujetos la entrevista *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, versión CAPI de la Organización Mundial de la Salud, y el análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v.21.

**Resultados:** Las prevalencias de vida y trastorno dual, considerando como tal el diagnóstico de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias distintas del tabaco, fue del 7,2%. Las sustancias con mayores prevalencias de consumo en la vida para los sujetos con trastorno dual resultaron ser el alcohol (96,7%), la marihuana (80,0%), la cocaína y derivados (33,3%), la heroína (23,3%) y los tranquilizantes no recetados (13,3%); se encontró asociación estadística entre consumo de drogas y trastorno dual. La depresión mayor (40%), el trastorno negativista desafiante (36,7%), el estrés postraumático (33,3%), la fobia específica y el déficit de atención (26,7%) son los trastornos más prevalentes en los sujetos con trastorno dual de esta muestra. Consumir alcohol o drogas y cumplir criterios diagnósticos de trastorno dual presentan una asociación estadística significativa para el consumo de drogas como marihuana, cocaína, heroína y medicamentos sin prescripción médica ( $p < 0,001$ ), todas con razones de disparidad (RD)  $> 1,00$ , muy altas cuando la droga consumida es la heroína (RD = 38,754) o los medicamentos no recetados (RD = 29,462). Tener antecedentes familiares de enfermedad y consumo de drogas presenta una alta asociación estadística con el trastorno dual, que es aún mayor con los antecedentes de enfermedad mental ( $p < 0,001$ ; RD = 3,677).

**Conclusiones:** El estudio da cuenta de la prevalencia de sujetos con trastorno dual en una población colombiana. El alcohol, la marihuana, la cocaína y derivados y la heroína son las sustancias mayormente consumidas por estos pacientes, y los trastornos mentales más prevalentes son la depresión, el TOD y el estrés postraumático. Estos hallazgos motivarán a

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gacastano@ces.edu.co (G.A. Castaño Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.005>

0034-7450/© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

los clínicos a buscar de manera más activa la presencia de trastorno dual para orientar más adecuadamente los planes de tratamiento.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Dual Pathology in General Population of Itagüí, Colombia

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Dual diagnosis  
Prevalence  
General population  
Itagüí (Colombia)

**Objectives:** To study the prevalence of dual diagnosis (presence of a substance use disorder and an associated mental disorder) in the general population of a small town in the department of Antioquia in Colombia, through secondary analysis of survey data on Mental Health held in this city in 2011.

**Methods:** With a sample of 415 subjects, the interview Composite International Diagnostic Interview (CIDI), WHO CAPI version, was used and statistical analysis was performed using SPSS v.21.

**Results:** The prevalence of dual diagnosis, considering that the presence of a diagnosis of mental disorder and a disorder snuff use of different substances was 7.2%. Substances with higher prevalence of use in life for individuals with dual diagnosis were alcohol (96.7%), marijuana (80.0%), cocaine and derivatives (33.3%), heroin (23.3%) and finally no prescription tranquilizers (13.3%), finding statistical association between drug use and dual diagnosis. Major depression (40%), oppositional defiant disorder (36.7%), posttraumatic stress (33.3%), specific phobia and attention deficit (26.7%) are the most prevalent disorders in individuals with dual diagnosis of this sample. Alcohol or drugs consumption and fulfilling diagnostic criteria for dual diagnosis have a significant statistical association for consumption of drugs like marijuana, cocaine, heroin and prescription medications ( $P < 0.001$ ), all with disparity ratios of  $>1.00$ , very high when the drug is heroin consumed ( $RD = 38.754$ ) or non-prescription medications ( $RD = 29.462$ ). A family history of disease and drug use has a high statistical association with dual diagnosis, with a higher association with a history of mental illness ( $P < .001$ ;  $RD = 3.677$ ).

**Conclusions:** The study reports on the prevalence of subjects with dual diagnosis in a Colombian population. Alcohol, marijuana, cocaine and heroin are derivatives and substances mostly consumed by these patients and the most prevalent mental disorders are depression, TOD and posttraumatic stress. These findings motivate clinicians to more actively seek the presence of dual diagnosis, directing a more appropriately treatment plans.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El uso de sustancias está fuertemente asociado con la morbilidad psiquiátrica<sup>1</sup>. El trastorno dual (TD) hace referencia a la concomitancia en un mismo sujeto de un trastorno mental y un trastorno adictivo<sup>2</sup>.

La adicción a cualquier tipo de sustancia está íntimamente vinculada a los trastornos mentales. Cada vez resulta más frecuente encontrar en la clínica trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas. Sin duda la psicopatología es un factor de riesgo de padecer un trastorno adictivo, y a la inversa, los pacientes adictos están en riesgo de cursar con enfermedades mentales, además con peor evolución y peor pronóstico<sup>3</sup>.

Se ha demostrado que la psicopatología, ya sea primaria o secundaria al uso de sustancias, tiene mayor prevalencia cuando se compara con la población general. Se estima que

aproximadamente la mitad de los drogodependientes actuales presentarán una enfermedad mental en el próximo decenio, al mismo tiempo que el 50% de los pacientes con enfermedades mentales abusarán de sustancias<sup>4</sup>. Lo cierto es que el consumo de tóxicos eleva la aparición de todo tipo de enfermedades psiquiátricas. Así, el 47% de los pacientes con esquizofrenia, el 60,7% de los pacientes con trastorno bipolar tipo I y el 83,6% de los que presentan trastorno antisocial de la personalidad sufren trastornos por uso de sustancias (alcohol y otras drogas)<sup>5</sup>.

Los datos sobre las estimaciones de prevalencia y de las respuestas al tratamiento, así como de la mayor gravedad y los problemas asociados de sujetos con TD, provienen en su mayoría de estudios realizados en pacientes en tratamiento por trastornos por uso de drogas o en personas con enfermedad mental, por lo que presentan gran variabilidad en los resultados en función del tipo de muestra analizada o el tipo de recurso estudiado<sup>6</sup>.

Diversos estudios epidemiológicos, llevados a cabo principalmente en Estados Unidos, indican que esta comorbilidad es muy alta, y es mayor en pacientes en tratamiento<sup>7</sup>.

Estudios epidemiológicos sobre la prevalencia del TD en población general, como el *National Comorbidity Survey Replication* (NCSR)<sup>8,9</sup>, obtienen datos de prevalencia que oscilan entre el 47,7 y el 83,6% de comorbilidad de trastornos por uso de sustancias (TUS) con trastornos de personalidad.

Se estima que un tercio de las personas diagnosticadas de trastorno mental van a sufrir en algún momento de su evolución clínica también un TUS psicoactivas, ya sea uso nocivo o dependencia, que duplica la probabilidad de ocurrencia que se observa en la población sin diagnóstico de trastorno mental<sup>5</sup>.

En sentido inverso, la población drogodependiente también registra mayores prevalencias de otras enfermedades psiquiátricas. Los resultados obtenidos en la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC)<sup>10</sup> indican que entre los alcohólicos la probabilidad de haber sufrido otra enfermedad psiquiátrica en los últimos 12 meses llega a triplicarse; por su parte, en la población adicta a otras drogas este riesgo puede ser hasta 7 veces superior que el observado en la población general. De otro lado, el estudio CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*), realizado específicamente en pacientes psicóticos, señala que el 60% de los pacientes tenían un TUS y el 37% describía un consumo activo<sup>11</sup>.

El TD se asocia generalmente con peor pronóstico y peor evolución tanto del TUS como del otro trastorno mental comórbido<sup>12</sup>. Los pacientes con TD presentan desde la perspectiva clínica y social mayor gravedad y constituyen un reto terapéutico no solo a título individual, sino también para los sistemas de salud. Estas personas con comorbilidad adictiva y otras enfermedades mentales acuden más a los servicios de urgencias y requieren más hospitalizaciones psiquiátricas<sup>13</sup>, muestran más conductas de riesgo e infecciones relacionadas como la infección por el VIH y el virus de la hepatitis C<sup>14</sup>, mayores tasas de desempleo y marginación<sup>6,7</sup> y más conductas violentas y criminales<sup>15</sup> que los que solo tienen diagnóstico de drogodependencias o de otro trastorno psiquiátrico. Es decir, se trata de individuos graves desde la perspectiva psicopatológica, médica y social.

La concurrencia de trastorno adictivo y otra enfermedad psiquiátrica es uno de los desafíos actuales no solo desde la perspectiva de la investigación de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a tal coexistencia, con lo que implica de profundización y mejora del conocimiento de la enfermedad mental en general, sino también en el desarrollo de estrategias terapéuticas adecuadas en recursos asistenciales adaptados y por profesionales entrenados convenientemente. Todo un reto para los planificadores de políticas sanitarias y los profesionales de la salud mental que debe empezar por reconocer que este existe y por detectar el problema.

El objetivo de este trabajo es estudiar la prevalencia de TD en la población general de la ciudad de Itagüí, perteneciente al Área Metropolitana de la ciudad de Medellín (Colombia), analizando secundariamente la base de datos del estudio realizado en 2011, que buscaba dar cuenta de la salud mental de esta población y la presencia de trastornos mentales y TUS mediante la entrevista CIDI de la OMS.

## Materiales y métodos

Estudio descriptivo analítico a partir de datos de la encuesta de salud mental CIDI de la OMS realizado en población general de la ciudad de Itagüí (Colombia).

### Población y muestra

El estudio de salud mental de donde se toman los datos se basó en un diseño probabilístico multietápico, cuya población objetivo era la población general no institucionalizada, con un hogar fijo, de entre 13 y 65 años de edad; la encuesta se llevó a cabo en una muestra probabilística de 896 sujetos adolescentes y adultos calculada sobre 189.882 personas de diferentes estratos socioeconómicos, y que incluyó la totalidad de las viviendas ubicadas en el área urbana del municipio. El instrumento utilizado fue el CIDI versión CAPI, que consta de dos partes: la primera identifica a los sujetos en riesgo de sufrir cualquier trastorno mental y la segunda estima las prevalencias de 21 trastornos mentales específicos del eje I, incluido el consumo de drogas. La primera etapa en el estudio primario fue aplicada a 896 sujetos seleccionados por el diseño muestral; de estos, 255 dieron positivo para trastorno mental y 641, negativo. Del subgrupo negativo, se seleccionó aleatoriamente al 25% (160 sujetos), y se conformó el grupo al que se aplicó la segunda etapa del CIDI-OMS para confirmar la presencia de trastorno mental, un total de 415 sujetos. Los datos aquí presentados se calculan sobre esta muestra.

Acorde con la legislación colombiana vigente para investigación en salud, el estudio representaba un mínimo riesgo para los participantes. De acuerdo con la Declaración de Helsinki, los sujetos participaron voluntariamente y se garantizó el anonimato de las respuestas.

### Instrumento

Para recolectar la información del estudio, se usó el instrumento CIDI, que es una entrevista altamente estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y diseñada para que la apliquen entrevistadores legos debidamente entrenados para tal fin; dicha entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del CIE-10 y el DSM-IV. Además de la información generada sobre los diagnósticos incluidos en el estudio, se incluyeron las variables de carácter sociodemográfico y los datos referentes a la edad al inicio del consumo de las sustancias incluidas, así como la edad a la cual los entrevistados cumplieron los criterios diagnósticos de los trastornos mentales estudiados.

La entrevista CIDI se adaptó y se validó para Colombia en el primer estudio nacional de salud mental, realizado en 2003<sup>16</sup>.

### Procesamiento y análisis

Inicialmente se aplicó el análisis univariable, y se calcularon las prevalencias de vida para las principales variables sociodemográficas.

Las asociaciones se estimaron aplicando las razones de disparidad (RD) con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Se consideró caso para los análisis a los sujetos de la muestra que cumplieran criterios de abuso o dependencia de alcohol y drogas y de trastorno mental según criterios del DSM-IV, de acuerdo con la encuesta CIDI.

Los trastornos mentales incluidos fueron: trastornos del estado del ánimo (depresión mayor, distimia, trastorno bipolar I y II); trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad por separación, ansiedad generalizada, estrés postraumático, fobia específica, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo); trastornos del impulso (trastorno negativista desafiante, trastorno de la conducta, déficit de atención).

Aprovechando que se contaba con variables como la edad de iniciación al consumo de las sustancias y la edad en que se consideró la aceptación de cumplirse los criterios diagnósticos de los trastornos mentales estudiados según el DSM-IV, se llevó a cabo el análisis para evaluar la antecedencia de cada uno de los trastornos incluidos en el modelo de comorbilidad en estudio con el fin de explorar: a) si el uso, el abuso o la dependencia de sustancias puede llevar al otro trastorno psiquiátrico; b) si el trastorno psiquiátrico puede llevar al uso, abuso o dependencia de sustancias, o c) si el uso, abuso o dependencia de sustancias y el otro trastorno psiquiátrico estudiado son causados por la exposición a otros factores de riesgo comunes, tales como la vulnerabilidad genética (antecedentes familiares de enfermedad mental o de consumo de drogas) o áreas del cerebro afectadas tanto por el abuso de las sustancias como por trastornos mentales específicos.

A partir de los datos de la encuesta, se recogieron de manera protocolizada variables sociodemográficas, historia de consumo de drogas y antecedentes familiares de trastornos mentales y por uso de sustancias. Se consideró que había un diagnóstico de TD cuando el sujeto, según la entrevista CIDI, tenía diagnósticos de trastorno mental y de trastorno por uso de sustancias.

Se calcularon en todas las variables los parámetros descriptivos: media  $\pm$  desviación estándar en las cuantitativas que se ajustaran a una distribución normal (test de Shapiro-Wilk) y en las que no se ajustan, la mediana [intervalo intercuartílico]. Las variables cualitativas se expresan mediante frecuencias relativas porcentuales. La comparación entre dos grupos se realizó mediante la prueba de la  $\chi^2$  o la prueba exacta de Fisher si procedía para las variables. La variable principal se calculó con su IC95% de seguridad. Se consideró significativas las diferencias si  $p < 0,05$ . En la comparación entre diagnósticos de trastorno mental y TUS y pacientes duales y no duales, se calcularon las odds ratio (OR) no ajustadas y sus IC95% para las comparaciones que resultaron estadísticamente significativas. El análisis estadístico se generó mediante el programa SPSS v.21.

## Resultados

### Prevalencia de consumo de drogas

El comportamiento del consumo de drogas en este estudio (N = 415) presenta una prevalencia de vida (PV) para el alcohol del 85,4% y del último año (PA) del 37,1%. Entre las drogas ilegales, el mayor consumo es el de marihuana (PV, 27,7%; PA,

8,2%), seguido del de cocaína y derivados (PV, 6,3%; PA, 1,7%), heroína (PV, 2,2%; PA, 0,8%) y tranquilizantes sin prescripción médica (PA, 2,2%; PA, 0,3%).

### Prevalencias de trastorno por uso de sustancias

Los TUS más frecuentes en la población general de Itagüí son el abuso de alcohol (PV, 6,6%; PA, 1,8%; prevalencia del último mes (PM), 0,5%) y el abuso de drogas (PV, 7,4%; PA, 3,1%; PM, 0,3%). En cuanto al trastorno de dependencia, el alcohol presenta PV, 3,3%; PA, 0,7%, y PM, 0,3%; a las drogas PV, 1,7%; PA, 1,3% y PM, 0,4%. Sumando el alcohol y las drogas ilícitas, el TUS alcanza las siguientes prevalencias: PV, 11,6%; PA, 4,8% y PM, 0,9%.

### Prevalencia de trastorno mental

Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes en la población general de Itagüí, con una PV del 14,3%, una PA del 8,3% y una PM del 3,6%. De estos, el estrés postraumático y la fobia específica son los más prevalentes. Les siguen los trastornos de inicio en infancia, niñez y adolescencia, con una PV del 10,9% y una PA del 2,5%, y los trastornos afectivos, con PV del 10,4%, PA del 3,6% y PM del 1,6%. Entre los trastornos de la niñez, la infancia y la adolescencia, los de más prevalencia son el trastorno oposicionista desafiante (PV, 7,7%; PA, 2,7%) y el trastorno por déficit de atención (PVm 4,5%; PA, 0,8%).

La depresión (PV, 8,3%; PA, 3,6%; PM, 1,1%) y el trastorno bipolar (PV, 2,0%; PA, 0,9%; PM, 0,5%) son los trastornos más frecuentes entre los trastornos afectivos (tabla 1).

### Prevalencia de vida del TD

Del total de personas a las que se aplicó el instrumento CIDI-OMS (n = 415), 179 (43,1%) cumplían criterios de trastorno mental y 48 (11,6%), de TUS; 30 sujetos (7,2%) tenían los dos trastornos, es decir, TD.

### Variables sociodemográficas de los sujetos con TD

Del total de sujetos con TD en la población general del municipio de Itagüí (Antioquia) (n = 30), el 70% son varones, con mayor prevalencia entre los 13 y los 44 años (66,6%), y llama la atención la prevalencia de TD del 20% en el grupo de edad de 13-18 años, en su mayoría con nivel educativo de estudios de secundaria y técnica-tecnológico (86,7%) y estado civil soltero (56,7%).

### Edad al inicio en el consumo de drogas de los sujetos con TD

La edad al inicio en el consumo de alcohol de los sujetos con TD de esta muestra tiene una distribución normal (media, 13,17  $\pm$  3,28 años); la edad al inicio del consumo de otras drogas no presenta una distribución normal (mediana, 15 [3] años).

Para la marihuana, la mediana fue 15 [3] años; para la cocaína, la edad promedio fue 17,9  $\pm$  6,4 años y para heroína junto con otras drogas, 15  $\pm$  3,6 años.

**Tabla 1 – Prevalencia de trastornos mentales en la población general del municipio de Itagüí (Colombia), 2011 (n = 896)**

Trastornos	Prevalencia, %		
	Vida	Año	Mes
Trastorno de pánico	0,2	0,2	0,1
Ansiedad generalizada	0,5	0,8	1,8
Fobia social	2,4	2,0	0,4
Fobia específica	7,1	4,8	1,8
Agorafobia	0,4	0,3	0
Estrés postraumático	10,0	2,4	0,8
Ansiedad por separación	2,3	1,2	0,6
Obsesivo compulsivo	2,3	2,3	0
Cualquier trastorno de ansiedad	14,3	8,8	3,6
Depresión mayor	8,3	2,7	1,1
Distimia	0,2	0,1	0,1
Trastorno bipolar I, II y sub	2,0	0,9	0,5
Cualquier trastorno afectivo	10,4	3,6	1,6
Trastorno negativista desafiante	7,7	2,0	—
Trastorno de conducta	2,3	1,3	—
Déficit de atención e hiperactividad	4,5	0,8	—
Cualquier trastorno de inicio en infancia, niñez y adolescencia	10,9	2,5	—

#### Antecedentes familiares de consumo de drogas en sujetos con TD

De los 30 pacientes con TD, 11 (36,7%) tenían un familiar con antecedentes de consumo de drogas diferentes del alcohol.

#### Antecedentes familiares de enfermedad mental en sujetos con TD

Catorce sujetos, el 46,7% de las personas con TD (n = 30), tenían antecedentes familiares de enfermedad mental.

#### Edad de inicio del trastorno mental en los sujetos con TD

La edad de inicio del trastorno mental de los sujetos con TD de esta muestra no tiene una distribución normal, por lo cual la mediana fue de 10 [9,25] años.

#### Drogas consumidas por sujetos con TD

Entre los sujetos con TD (n = 30), la droga más consumida es el alcohol (96,7%) y le siguen la marihuana (80,0%), la cocaína y sus derivados (33,3%), la heroína (23,3%) y los tranquilizantes no recetados (13,3%). Por las frecuencias encontradas, se da cuenta de que los sujetos consumen varias drogas.

**Tabla 2 – Tipo de trastorno mental a lo largo de la vida de los sujetos con trastorno dual**

Trastorno de pánico	1 (3,3)
Ansiedad generalizada	3 (10,0)
Fobia específica	8 (26,7)
Fobia social	5 (16,7)
Agorafobia	1 (3,3)
Estrés postraumático	10 (33,3)
Ansiedad por separación	2 (6,7)
Obsesivo compulsivo	1 (3,3)
Depresión mayor	12 (40,0)
Distimia	0
Trastorno bipolar I, II y sub	5 (16,7)
Déficit de atención	8 (26,7)
Trastorno de conducta	7 (23,3)
Negativista desafiante	11 (36,7)

Los valores expresan n (%).

**Tabla 3 – Prevalencias de trastornos por uso de sustancias, en pacientes con trastorno dual**

Prevalencia de vida	n (%)
Abuso de alcohol	9 (30,0)
Dependencia de alcohol	12 (40,0)
Abuso de drogas	11 (36,7)
Dependencia de drogas	7 (23,3)

#### Tipo de trastorno mental en sujetos con TD

La depresión mayor (40%), el trastorno negativista desafiante (36,7%), el estrés postraumático (33,3%), la fobia específica (26,7%) y el déficit de atención (26,7%) son los trastornos más prevalentes en los sujetos con TD de esta muestra. Les siguen en orden el trastorno de conducta (23,3%), el trastorno bipolar y la fobia social con igual presencia (16,7%), la ansiedad generalizada (10,0%), la ansiedad por separación (6,7%), la agorafobia y el trastorno obsesivo compulsivo (3,3%) (tabla 2).

#### Trastornos por uso de sustancias en pacientes con TD

De los 30 pacientes con TD, el 30% tenía diagnóstico de abuso de alcohol según criterios del DSM-IV y el 40%, de dependencia. En relación con otras drogas diferentes del alcohol, el 36,7% tenía diagnóstico de abuso y el 23,3%, de dependencia (tabla 3).

#### Consumo de alcohol-drogas y TD

Consumir drogas y cumplir criterios diagnósticos de TD presentan una asociación estadística significativa con el consumo de drogas como marihuana, cocaína, heroína y medicamentos sin prescripción médica ( $p < 0,001$ ), todas con  $RD > 1,00$ . Las más altas se dan cuando la droga consumida es la heroína ( $RD = 38,754$ ) o los medicamentos no recetados ( $RD = 29,462$ ). Para el consumo de alcohol la asociación no fue estadísticamente significativa ( $p = 0,072$ ) (tabla 4).

**Tabla 4 – Consumo de alcohol-drogas y trastorno dual en población general. Municipio de Itagüí, Antioquia (Colombia)**

Consumo de drogas en la vida	TD en la vida		RD (IC95%)	p
	Sí	No		
<i>Consumo de alcohol</i>				
Sí	8,2%	91,8%	5,248 (0,701-39,275)	0,072
No	1,7%	98,3%		
<i>Consumo de marihuana</i>				
Sí	22,2%	77,8%	14,333 (5,674-36,209)	< 0,001
No	2,0%	98,0%		
<i>Consumo de cocaína y derivados</i>				
Sí	40,0%	60,0%	12,333 (4,925-30,886)	< 0,001
No	5,1%	94,9%		
<i>Consumo de heroína</i>				
Sí	70,0%	30,0%	38,754 (9,401-159,761)	< 0,001
No	5,7%	94,3%		
<i>Consumo de medicamentos no recetados</i>				
Sí	66,7%	33,3%	29,462 (5,154-168,397)	< 0,001
No	6,4%	93,6%		

RD: razón de disparidades; TD: trastorno dual.

#### Temporalidad del inicio en el consumo frente a la aparición del trastorno mental

En 10 (33,3%) de los 30 sujetos con TD, primero se dio el consumo de drogas. En 3 (10%), el consumo de drogas coincidió con la aparición del trastorno mental y en 17 sujetos (56,7%), el trastorno mental apareció antes y el consumo de drogas fue después (tabla 5).

#### Antecedentes familiares de consumo de drogas y TD

Tener antecedentes familiares de enfermedad y de consumo de drogas presenta una alta asociación estadística con la TD, que es mayor con los antecedentes de enfermedad mental (tabla 6).

**Tabla 5 – Secuencialidad entre el consumo de drogas y la aparición del trastorno mental**

Primero fue el consumo de la sustancia	10 (33,3%)	p = 0,001
Igual	3 (10,0%)	
Primero fue el trastorno mental	17 (56,7%)	

**Tabla 6 – Antecedentes familiares de consumo de drogas y trastorno dual en la población general del municipio de Itagüí, Antioquia (Colombia)**

	TD en la vida		RD (IC95%)	p
	Sí	No		
<i>Antecedentes familiares de consumo de drogas</i>				
Sí	15,3%	84,7%	3,009 (1,363-6,639)	0,005
No	5,7%	94,3%		
<i>Antecedentes familiares de enfermedad mental</i>				
Sí	15,9%	84,1%	3,677 (1,718-7,869)	< 0,001
No	4,9%	85,1%		

#### Discusión

Las prevalencias de TD en distintas poblaciones reportadas en la literatura oscilan entre el 15 y el 80%<sup>17</sup>. Nuestro estudio reporta prevalencias del 7,2% en población general. Los amplios intervalos encontrados se deben a distintos factores, entre los que destacan<sup>3</sup>: a) la heterogeneidad de las muestras en las que se han llevado a cabo los estudios: población general, personas que acuden pidiendo tratamiento, consumidores reclutados fuera de los servicios asistenciales; b) el lugar donde son atendidos: centros de la red de drogodependencias, recursos asistenciales de la red de salud mental, centros penitenciarios, etc.; c) factores relacionados con la sustancia de abuso, tanto por sus efectos farmacológicos en el sistema nervioso central (sedantes, estimulantes, psicodélicos) como por su situación legal, su disponibilidad y su accesibilidad (cuánto más accesible sea una sustancia, más posibilidades hay de que personas sin antecedentes psiquiátricos y con estilos de vida normalizados la consuman); d) factores intercurrentes como, por ejemplo, la presencia de infección por el VIH, que a su vez también se asocia a psicopatología, y e) las dificultades diagnósticas.

Los estudios sobre TD en Latinoamérica son escasos. Koldovsky<sup>18</sup> describe, en una serie de casos de pacientes con trastornos de la personalidad, un 19% de comorbilidad con TUS. En México, un estudio descriptivo encontró correlación entre las conductas antisociales y el consumo de sustancias adictivas, sin ser estas correlaciones muy fuertes; sin embargo, se encontró también que el grado de correlación entre consumo de drogas y conductas antisociales de tipo violento tenía una asociación fuerte entre los adolescentes mayores<sup>19</sup>. En Colombia, un estudio basado en un análisis secundario de datos del estudio Nacional de Salud Mental en población general, con sujetos de 18-65 años, utilizó la entrevista CIDI de la OMS, y encontró que el trastorno bipolar I, la manía y el trastorno de pánico, con una proporción  $\geq 75,0\%$ , y la depresión mayor, con un 51,1%, antecedente de

forma estadísticamente significativa a la presentación del trastorno por abuso de sustancias. Encontraron también que el trastorno por dependencia de sustancias es antecedido por el trastorno de conducta, el déficit de atención y la fobia específica en el 100%, con IC95% por encima de 1 y alta precisión. Anotan en su estudio, además, que el uso de drogas antecede al trastorno bipolar I, la manía, el trastorno de pánico y la depresión mayor en proporciones > 51,1% y que los trastornos por abuso y dependencia de sustancias se presentan en el 100% como antecedente del trastorno de ansiedad generalizada. Nuestro trabajo difiere de estos resultados en la medida en que la aparición del trastorno mental antecede al consumo de drogas<sup>20</sup>.

Con respecto a las variables sociodemográficas, es de anotar que también dependiendo de la población objeto de estudio (población general, usuarios de servicios de tratamiento de drogodependencias, pacientes de unidades mentales, etc.), la literatura reporta distintas prevalencias por sexo. Nuestro estudio en población general reportó mayor prevalencia de TD en los varones (70%). Estudios clásicos como el ECA registraron una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica del 44% entre los varones y del 65% entre las mujeres drogodependientes y la NCS ofreció resultados similares, aunque algo más elevados, con un 57% de los varones y un 72% de las mujeres con TD entre los adictos a sustancias. En España, un estudio realizado mayoritariamente en población atendida en unidades de drogodependencias observó que el 47,5% de las mujeres presentaban TD, mientras que solo el 30,3% de los varones ( $p = 0,001$ )<sup>21</sup>.

En cuanto a los grupos etarios y TD, este puede darse en cualquier etapa de la vida, y está relacionado con la presencia de los trastornos mentales más frecuentes en cada edad y con el consumo de drogas, que es más prevalente en la adolescencia y la etapa de adulto joven. El uso de sustancias psicoactivas está fuertemente asociado con la morbilidad psiquiátrica, tanto en niños como en adolescentes y adultos<sup>1,22</sup>. El 55% de los adultos con TUS tuvieron diagnóstico psiquiátrico antes de los 15 años<sup>23</sup>, y en la adolescencia se ha detectado comorbilidad de trastorno disocial y consumo de sustancias<sup>24</sup>.

Destacan en nuestro estudio las franjas de edad entre 13 y 29 años, por ser estas las edades en las que más se presenta el consumo de drogas y las que pueden suscitar peor pronóstico por la temprana edad en que se presenta el TD<sup>25</sup>, en la que se encuentra el 43,3% de los sujetos de este trabajo, seguidos de los mayores de 45 años (33,3%) y los de 30-44 (23,3%). Con respecto a la presencia de TD en adolescentes, los estudios son escasos. Armstrong et al<sup>26</sup> han encontrado en sus estudios que aproximadamente un 60% de los adolescentes que consumen sustancias tienen alguna condición psiquiátrica comórbida, datos posiblemente producto de muestras de jóvenes que consultan en centros de tratamiento por adicciones, aunque también hay otros reportes en esta misma población mucho más bajos, como es el caso del trabajo realizado por Díaz et al<sup>27</sup>, quienes encontraron tasas de TUS en adolescentes que iniciaban tratamiento en un servicio de salud mental ambulatorio situadas en el 13,9% (excluyendo el tabaco), aunque ascendían al 24,6% si se añadía a los adolescentes que, aun no cumpliendo estrictamente los criterios del DSM-IV necesarios para diagnosticar un TUS, tenían un patrón de uso de sustancias de alto riesgo.

En esta misma línea, algunos autores<sup>28,29</sup> han incluido entre los factores de riesgo de TD ser varón y joven, estar en un entorno en el que hay consumo de drogas o haber tenido en la familia algún antecedente de abuso de sustancias, bajo nivel socioeconómico, tener algún trastorno de la personalidad asociado y una adaptación premórbida con poco éxito. Es de anotar también que, dependiendo del trastorno mental presente en el TD, las características sociodemográficas de la población objeto de estudio cambian. Es el caso de los principales factores sociodemográficos de riesgo de que los sujetos con trastorno bipolar padezcan un TD son el sexo masculino, la edad joven y el bajo nivel educativo<sup>30</sup>. Lo encontrado en nuestro estudio, sin especificar muy bien el tipo de trastorno mental asociado, contrasta con estos hallazgos, excepto en la escolaridad, que en nuestro caso corresponde a niveles educativos medios.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de drogas y TD, existe bastante literatura que respalda que una edad de inicio más precoz en el consumo de ciertas drogas favorece la aparición de ciertos trastornos mentales, por ejemplo entre el consumo de cannabis y la psicosis<sup>31</sup>. De cualquier forma, esto podría ser válido para los trastornos mentales secundarios al consumo. En nuestro estudio, la media de edad al inicio en el consumo de drogas fue 13,17 años.

Tener antecedentes familiares de consumo de drogas y de enfermedad mental favorece la ocurrencia de TD. Barea et al<sup>32</sup> han señalado a los antecedentes familiares de consumo de sustancias y el consumo propio como predictores de trastorno de la personalidad. Hay probada evidencia sobre la heredabilidad de los trastornos mentales, con una prevalencia entre el 40 y el 80% dependiendo de la enfermedad<sup>33</sup>. La transmisión genética de la vulnerabilidad a las adicciones está bien documentada por los datos epidemiológicos, que ofrecen cifras de entre el 40 y el 60% de riesgo con alcohol, cocaína y opiáceos<sup>34</sup>. Nuestro estudio encontró una alta asociación estadística con tener antecedentes familiares de enfermedad y de consumo de drogas con la TD, que es mayor con los antecedentes de enfermedad mental.

La presencia de policonsumos es habitual en las muestras donde se estudia TD y eso dificulta establecer relaciones específicas entre trastornos mentales y adictivos<sup>35</sup>. Al igual que en nuestro estudio, el alcohol y la marihuana son las drogas reportadas como de mayor consumo por pacientes con diagnóstico de TD. Otros autores<sup>21,36</sup> encontraron en sus trabajos que el alcohol y, en algunos, el cannabis se asocian más con la comorbilidad psiquiátrica que la dependencia de cocaína o heroína. Sin embargo, no todos los trabajos coinciden en los mismos datos. Regier ha señalado que la dependencia de cocaína presentaba mayores cifras de comorbilidad<sup>5</sup>.

En nuestro trabajo también observamos una tendencia al policonsumo de drogas y presencia de TD, como lo han señalado otros autores<sup>37</sup>, pero no pudimos establecer una relación de causalidad, si el policonsumo favorece la presencia de trastornos mentales o estos son un factor de riesgo de implicarse en el consumo de más sustancias.

Con respecto al tipo de trastornos mentales presentes en pacientes con TD, la literatura refiere como los más frecuentes los trastornos de personalidad, los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y las fobias<sup>38</sup>. Nuestro trabajo no incluyó los trastornos del eje II. Entre los



trastornos del eje I, la depresión mayor, los trastornos de ansiedad (estrés postraumático y fobias) y los trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia (trastorno negativista desafiante y trastorno por déficit de atención) fueron los más prevalentes.

La depresión mayor alcanzó en nuestro estudio prevalencias del 40%. Un estudio realizado por la Sociedad Española de TD estimó que el 28,7% de los pacientes con TD presentaban criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor<sup>39</sup>. En el ECA, el 32% de los pacientes que sufrían un trastorno afectivo tenían trastornos relacionados con el consumo de sustancias<sup>8</sup>.

Con respecto a los trastornos de ansiedad (TA), los grandes estudios epidemiológicos muestran una elevada asociación entre los distintos TA y los TUS<sup>40</sup>. Así, por ejemplo, el ECA puso de manifiesto que casi el 24% de los pacientes con TA padecen un TUS comórbido a lo largo de su vida (el 17,9% con diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y el 11,9% con diagnóstico de abuso o dependencia de otras drogas). De otro lado, a partir de los datos obtenidos del NCS, se considera que 1 de cada 3 pacientes que cumplen criterios diagnósticos de algún TA en el DSM sufrirá un trastorno relacionado con el consumo de sustancias<sup>41</sup>.

La prevalencia del diagnóstico dual en población afectada por el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es elevada. En el NCS, un 30-50% de los varones y un 25-30% de las mujeres que habían sufrido TEPT a lo largo de la vida cumplían criterios de TD asociado a consumo de sustancias. En nuestro estudio la prevalencia de este trastorno entre los sujetos con TD alcanzó el 33,3%. El consumo de drogas puede favorecer la exposición a situaciones estresantes y aumentar la vulnerabilidad a sufrir TEPT tras una situación traumática y este puede favorecer el consumo de drogas como alivio para ciertos síntomas, aunque empeore el curso posterior del trastorno<sup>42</sup>.

Las fobias dentro de los TA también aparecieron con prevalencias importantes (fobia específica, 26,7%; fobia social, 16,7%; agorafobia, 3,3%; ansiedad generalizada, 10%), un poco por debajo de lo hallado por Terra et al<sup>43</sup> en un estudio llevado a cabo entre 300 pacientes hospitalizados por alcoholismo en Brasil, quien encontró fobia específica (30,6%), fobia social (24,7%), TAG (19,3%), trastorno obsesivo compulsivo (5%), TEPT (4,6%) y TP con agorafobia (2%). Otro autor<sup>8</sup> reportó prevalencias de fobia social a lo largo de la vida del 13,9% en población dependiente de cocaína.

Por otra parte, el estudio realizado por la Sociedad Española de TD en la Comunidad de Madrid también puso de manifiesto elevadas prevalencias de TA entre los pacientes con consumo de sustancias (cualquier droga): el 25% presentaba trastorno de ansiedad generalizada; el 15%, agorafobia; el 13%, fobia social; el 9%, TOC y el 6%, TEPT<sup>39</sup>. Es de anotar que el consumo de drogas se ha considerado que puede servir de automedicación para pacientes fóbicos, fundamentalmente alcohol o cannabis<sup>44</sup>. Las prevalencias de estos trastornos en nuestro estudio están por debajo de lo hallado por esos autores, excepto el TEPT, que alcanzó prevalencias del 33,3%, y la fobia social, que reportó el 16,7%, lo que se puede explicar por la violencia que ha afectado a esta ciudad del país, asociada al narcotráfico y las bandas criminales.

En relación con el trastorno por déficit de atención, múltiples estudios indican que los TUS son mucho más frecuentes en pacientes con trastorno por déficit de atención que en

población general<sup>45</sup>. En general, la mayoría de los trabajos coinciden en señalar que entre el 15 y el 25% de los adultos con abuso o dependencia de alcohol u otras drogas presentan un trastorno por déficit de atención comórbido<sup>46</sup>, cifras muy superiores a las observadas en sujetos de la misma edad de población general. De igual modo, se ha estimado que la prevalencia de TUS en pacientes con trastorno por déficit de atención es, aproximadamente, el doble que en población general<sup>47</sup>. Nuestro estudio reportó el 26,7%, cifra un poco más alta que las de esos trabajos.

Este trabajo no indagó por trastornos psicóticos. Sin embargo, es de anotar que al menos el 50% de los pacientes esquizofrénicos que acuden a un servicio de psiquiatría buscando tratamiento cumplen criterios de trastornos relacionados con el consumo de sustancias<sup>48</sup>, y los pacientes con psicosis tienen un riesgo de consumir drogas 5 veces mayor.

Sobre la discusión sobre qué fue primero, si el consumo de drogas o el trastorno mental, algunos trabajos indican que cada uno de los trastornos puede contribuir al desarrollo del otro. Mientras en algunos estudios prospectivos una pequeña proporción de los trastornos psiquiátricos parece atribuible al uso abusivo de sustancias, en otros, y en proporción importante, el TUS parece ser consecuencia de diferentes trastornos psicopatológicos<sup>49</sup>. En nuestro estudio, en el 56,7% de los sujetos primero se dio el trastorno mental, dato que puede reforzar una de las teorías de la causalidad del TD más estudiada, la automedicación, que intenta explicar el consumo de drogas de sujetos con trastornos mentales que las usan para compensar el malestar que les causa el trastorno primario<sup>50</sup>.

En cuanto a si el TD se asocia más frecuentemente a abuso de alcohol o drogas o a una dependencia, estudios del año 2005 originados en el NESARC muestran que la OR entre trastorno psiquiátrico y por uso de drogas fue más alta para dependencia que para abuso<sup>51</sup>. Otros autores reportan también en heroínómanos mayor TD en dependientes<sup>5,10,51</sup> y afirman que las formas más graves del TUS (la dependencia) son las más asociadas con la presencia de TD, datos que coinciden parcialmente con los de nuestro estudio, en el que la mayor asociación se da con la dependencia del alcohol, en cambio para las drogas se presenta con el abuso.

---

## Conclusiones

Este estudio presenta datos relevantes sobre la magnitud del problema del TD en nuestro medio, las características de estos pacientes, la heterogeneidad de los diagnósticos incluidos en dicho concepto y las relaciones entre ciertos TUS y los trastornos mentales. Evidenciar la presencia de esta comorbilidad ayudará a los clínicos a buscar más activamente esta asociación y, por lo tanto, contribuirá a formular un adecuado plan de tratamiento, orientando la planificación de los recursos sanitarios para atender a este tipo de población, que sin duda plantea retos importantes por la misma complejidad que requiere que el paciente reciba una atención global e integrada en ambos ejes de su cuadro dual por un mismo equipo de tratamiento, lo que contribuirá a disminuir los costos a los sistemas sanitarios, porque está probado que los pacientes con TD tienen más probabilidades de requerir hospitalizaciones a lo largo del curso evolutivo de la enfermedad<sup>52</sup>, con lo que se



aliviara el sufrimiento de muchos pacientes que se enfrentan al fenómeno de la puerta giratoria, saliendo y entrando en los sistemas de salud, sin ver resuelto su problema.

### Limitaciones del estudio

Ambos diagnósticos, TUS y trastorno mental, se realizaron por medio de entrevista clínica estructurada CIDI-OMS, lo que en principio da mayor confiabilidad al estudio. Sin embargo, no se incluyó en el protocolo el análisis toxicológico o el uso de otras fuentes de información para determinar consumo de drogas. Tampoco establecimos distinciones entre diagnósticos primarios o secundarios, inducidos por drogas o no, pues esto habría requerido instrumentos diagnósticos más complejos y mucho más tiempo para la valoración, además de las dudas sobre la fiabilidad diagnóstica y las implicaciones pronosticas de estas distinciones.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

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

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

### Financiación

El estudio de salud mental del que se extrajeron los datos para este trabajo fue financiado por la Secretaría de Salud del Municipio de Itagüí, Antioquia, Colombia.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

A la Dra. Yolanda Torres de Galvis, directora del proyecto de investigación sobre salud mental en población general del Municipio de Itagüí, Antioquia, Colombia, por haber permitido usar la base de datos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2002;14:195-219.

2. National Institute on Drug Abuse. Addiction and Co-Occurring Mental Disorders [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2007/02/addiction-co-occurring-mental-disorders>.
3. Torrens M. TD: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*. 2008;20:315-20.
4. Blanco P, Sirvent C, Villa Moral M, Linares M, Rivas C. Psicopatología y género en adicciones. *Interpsiquis*. 2010.
5. 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.
6. Watkins KE, Hunter SB, Wenzel SL, Tu W, Paddock SM, Griffin A, et al. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004;30:749-64.
7. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, et al. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addict Abingdon Engl*. 2010;105:1117-28.
8. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-60.
9. Kessler RC, Merikangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13:60-8.
10. 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.
11. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Canive JM, et al. Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194:164-72.
12. Baker KD, Lubman DI, Cosgrave EM, Killackey EJ, Yuen HP, Hides L, et al. Impact of co-occurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41:896-902.
13. Martín-Santos R, Fonseca F, Domingo-Salvany A, Ginés JM, Ímaz ML, Navinés R, et al. Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *Eur J Psychiatry*. 2006;20:147-56.
14. Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health*. 2001;91:31-7.
15. Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, MacDonald T. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1994;182:704-8.
16. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, República de Colombia; 2003.
17. Flynn PM, Brown BS. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34:36-47.
18. Koldobsky N. Trastornos de personalidad y trastornos del uso de sustancias. *Intersalud*. 2010.
19. Ochoa Alvarez E. Relación entre la conducta antisocial y el consumo de sustancias adictivas en adolescentes de educación media y media superior en Navojoa, Sonora, México. *Intersalud*. 2010.
20. Torres de Galvis Y, Posada Villa J, Bareño Silva J, Berbesí Fernández DY. Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población Colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:14-35.
21. Gual A. Dual diagnosis in Spain. *Drug Alcohol Rev*. 2007;26:65-71.

22. Bray JH, Adams GJ, Getz JG, Baer PE. Developmental, family, and ethnic influences on adolescent alcohol usage: a growth curve approach. *J Fam Psychol.* 2001;15:301-14.
23. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:709-17.
24. Modestin J, Matutat B, Würmle O. Antecedents of opioid dependence and personality disorder: attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;251:42-7.
25. Matalí Costa JL, Pardo Gallego M, Trenchs Sainz de la Maza V, Serrano Troncoso E, Gabaldon Fraile S, Luaces Cubells C. Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico *An Pediatr.* 2009;70:386-90.
26. Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70:1224-39.
27. Díaz R, Goti J, García M, Gual A, Serrano L, González L, et al. Patterns of substance use in adolescents attending a mental health department. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20:279-89.
28. Jimeno Bulnes N. Drogas y enfermedad mental: un estudio sobre las esquizofrenias y psicosis tóxicas. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1996.
29. Rubio G. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
30. Sonne SC, Brady KT. Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22:609-27, ix.
31. Dragt S, Nieman DH, Schultze-Lutter F, Van der Meer F, Becker H, De Haan L, et al. Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125:45-53.
32. Barea J, Benito A, Real M, Mateu C, Martín E, López N, et al. Estudio sobre aspectos etiológicos de la TD. *Adicciones.* 2010;22:15-24.
33. Stoudemire A. Comprehensive textbook of psychiatry, IV. *JAMA.* 1986;255:1356.
34. Bevilacqua L, Goldman D. Genes and addictions. *Clin Pharmacol Ther.* 2009;85:359-61.
35. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry.* 2004;56:730-7.
36. Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry.* 2003;183:304-13.
37. Agrawal A, Lynskey MT, Madden PAF, Bucholz KK, Heath AC. A latent class analysis of illicit drug abuse/dependence: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction.* 2007;102:94-104.
38. Compton WM, Thomas YF, Conway KP, Colliver JD. Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am J Psychiatry.* 2005;162:1494-502.
39. Szerman Bolotner N, Arias Horcajadas F, Vega Astudillo P, Babín Vich F, Mesías Pérez B, Basurte Villamor I, et al. Pilot study on the prevalence of dual pathology in community mental health and substance misuse services in Madrid. *Adicciones.* 2011;23:249-55.
40. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav.* 1998;23:893-907.
41. Dixon L, McNary S, Lehman AF. Remission of substance use disorder among psychiatric inpatients with mental illness. *Am J Psychiatry.* 1998;155:239-43.
42. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord.* 2011;25:456-65.
43. Terra MB, Barros HMT, Stein AT, Figueira I, Jorge MR, Palermo LH, et al. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. *Compr Psychiatry.* 2006;47:463-7.
44. Robinson J, Sareen J, Cox BJ, Bolton JM. Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders: a longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68:800-7.
45. Faraone SV, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spencer T, Biederman J. Substance use among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Am J Addict.* 2007;16 Suppl 1:24-32, quiz 33-4.
46. Carpentier PJ, Van Gogh MT, Knapen LJM, Buitelaar JK, De Jong CA. Influence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on opioid dependence severity and psychiatric comorbidity in chronic methadone-maintained patients. *Eur Addict Res.* 2011;17:10-20.
47. Lambert NM, Hartsough CS. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *J Learn Disabil.* 1998;31:533-44.
48. Shaner A, Khalsa ME, Roberts L, Wilkins J, Anglin D, Hsieh SC. Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry.* 1993;150:758-62.
49. Frisher M. Substance misuse and psychiatric illness: prospective observational study using the general practice research database. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59:847-50.
50. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry.* 1985;142:1259-64.
51. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:566-76.
52. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2001;3:181-8.