

Artículos

Artículos

Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados

Yolanda Torres de Galvis¹

José Posada Villa²

José Bareño Silva³

Dedsy Yajaira Berbesí Fernández⁴

Resumen

Introducción: Poco se conoce sobre la prevalencia de los trastornos por abuso y dependencia de sustancias y su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en Colombia. *Objetivos:* Calcular la prevalencia anual y de vida para uso y trastornos por abuso o dependencia de sustancias y su comorbilidad con trastornos del ánimo, ansiedad e impulsividad. *Método:* Analítico, a partir de la información de la Encuesta Nacional de Hogares, que para el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos aplicó el CIDI-WHO a 3.896 adultos de 18 a 54 años de edad no institucionalizados y residentes en el área urbana. *Resultados:* La prevalencia anual para trastorno por uso de sustancias en los 12 meses anteriores fue de 0,7% y para alguna vez en la vida de 2,4%. En el grupo de trastornos de ansiedad, el estrés postraumático presentó la mayor fuerza de asociación. Entre los trastornos del estado del ánimo, el trastorno afectivo bipolar (TAB) I presentó la asociación más alta. Entre los trastornos del impulso, la asociación más fuerte se encontró con el trastorno de la conducta. *Conclusión:* Este estudio sugiere que existe una fuerte asociación entre los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, como el síndrome de estrés postraumático, el TAB I y trastornos de la conducta. Estos resultados tienen gran importancia clínica y de salud pública.

Palabras clave: comorbilidad, estudios transversales, oportunidad relativa, trastornos relacionados con sustancias.

¹ MSP. Dra. HC. Jefe del Grupo de investigación en Salud Mental Universidad CES. Medellín, Colombia.

² Médico psiquiatría. Grupo de investigación en Salud Mental Universidad CES. Ministerio de Protección Social. Medellín, Colombia.

³ Médico, magíster en epidemiología. Grupo de investigación en Salud Mental Universidad CES. Medellín, Colombia.

⁴ Magíster en epidemiología. Grupo de investigación en Salud Mental Universidad CES. Medellín, Colombia.

Title: Substance Use Disorders in Colombia: Prevalence and Comorbidity with other Mental Disorders

Abstract

Introduction: Little is known about the prevalence of drug use, abuse and dependence and its comorbidity with *DSM-IV* mental disorders in the general population in Colombia. *Objective:* To estimate the lifetime and 12-month prevalence of comorbidities such as anxiety, mood, impulse control, and substance disorders in the Colombia National Comorbidity Survey. *Method:* Nationally representative face-to-face household survey conducted using a fully structured diagnostic interview, the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative version of the Composite International Diagnostic Interview with 3,896 respondents 18 to 54 years old. *Results:* the lifetime and 12-month prevalence of substance use disorders were 0.7% and 2.4%, respectively. An important contribution of this study is the assessment of the associations between substance use disorders and other psychiatric disorders studied. In the anxiety disorders group, post-traumatic stress had the strongest association with substance use disorders. Among mood disorders, bipolar I disorder had the highest association. Among the disorders of impulse, the strongest association found was with conduct disorder. *Conclusion:* There is a strong association between substance use disorders and other psychiatric disorders such as post-traumatic stress disorder, bipolar I disorder, and conduct disorder. These results have great clinical and public health relevance.

Key words: Comorbidity, cross-sectional studies, odds ratio, substance-related disorders.

Introducción

En el informe sobre drogas de 2009 Naciones Unidas estimó entre 172 millones y 250 millones el número de consumidores de drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. Estas elevadas cifras incluyen a muchos consumidores ocasionales, que, tal vez, las han probado sólo una vez. La misma fuente informó el número de personas consumidoras “problemáticas”: entre 18 y 38 millones, para el grupo de edad entre los 15 y los 64 años (1); dicho grupo, el de mayor consumo de drogas, representa importantes consecuencias para la salud pública; además, se debe considerar que estas personas, con trastornos por abuso o dependencia de sustancias, se beneficiarían del tratamiento.

En Colombia se han llevado a cabo importantes estudios sobre la epidemiología del consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, con el fin de estimar, entre otros elementos, la magnitud del consumo y el comportamiento de los trastornos por abuso y dependencia. En el último Estudio Nacional de Salud Mental del Ministerio de la Protección Social, que hace parte del WMH-CIDI (Estudio Mundial sobre Salud Mental-CIDI, de la OMS), el cual se llevó a cabo entre la población urbana de 18 a

65 años, se informó que el 94,0% de los entrevistados ha consumido bebidas alcohólicas; el 48,1%, cigarrillo; el 12,7%, medicamentos no formulados; el 10,8%, marihuana; y el 4,0%, cocaína (2). Entre estas personas que informan consumo también se presentan quienes llenan los criterios para trastorno por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

Muchos de los que son afectados por estos trastornos también presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (3-5), lo cual aumenta la severidad del problema para el individuo, la familia y la sociedad (6). El abuso de sustancias complica casi todos los aspectos del cuidado de una persona que sufre de un trastorno psiquiátrico. Su diagnóstico se dificulta porque toma tiempo descubrir los efectos interactivos del abuso de sustancias y el trastorno psiquiátrico. Lo habitual de las hospitalizaciones (efecto de “puerta giratoria”) y el riesgo de otras consecuencias médicas y psicosociales, incluyendo el suicidio, hacen más difícil el tratamiento, y pueden constituir un gran reto para el clínico y el sistema de salud (7,8).

Cuando el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas reúnen los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) (9) se consideran trastornos psiquiátricos. La dependencia de las

drogas, según la define el DSM-IV, es sinónimo del término “adicción”, término que se utiliza comúnmente. Los criterios para el abuso de sustancias dependen de las consecuencias perjudiciales del uso repetido, pero no incluyen el uso compulsivo, la tolerancia ni la abstinencia.

Según Alfredo Saavedra, en su revisión sobre el tema (10), existen datos sobre comorbilidad desde los albores de la civilización, cuando Hipócrates, uno de los representantes más famosos de la medicina, decía: “[...] el vino en iguales cantidades de agua aleja las ansiedades y los terrores [...]”. Posteriormente Westphal (1871) refería que “[...] una vaso de cerveza o vino permite al paciente pasar con tranquilidad por la localidad temida [...]”.

No obstante ejemplos como los citados, es sólo recientemente cuando se ha dado especial importancia a los estudios sobre comorbilidad y sus efectos; entre ellos, el abuso y la dependencia de las sustancias psicoactivas, y otros trastornos psiquiátricos. Se entiende por comorbilidad (también conocida como “morbilidad asociada” o “diagnóstico dual”) el término utilizado para describir la presencia de dos o más trastornos o enfermedades que se presentan en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que la inte-

racción entre las dos enfermedades afecta el curso y el pronóstico de ambas, y puede empeorar su evolución (11).

Muchas personas que abusan con regularidad de las drogas también son diagnosticadas con otros trastornos psiquiátricos, y viceversa (6,12). La alta prevalencia de esta comorbilidad se ha documentado en múltiples encuestas nacionales de población desde la década de 1980 (11). Los datos muestran que las personas con diagnóstico de estado de ánimo (3,12-14) o los trastornos de ansiedad son dos veces más propensos a padecer también un trastorno por consumo de drogas (abuso o dependencia), comparadas con la población general (11,15). Lo mismo se informa para las personas diagnosticadas con personalidad antisocial o trastorno de la conducta (16).

Para aquellas personas que luchan tanto con un trastorno psiquiátrico como con un trastorno por abuso de sustancias la situación adquiere proporciones graves. A menudo los servicios de salud mental no están preparados para atender a los pacientes que sufren de ambos problemas. La mayor parte del tiempo sólo se identifica un trastorno, pero si se llegaran a reconocer ambos la persona tiene que ir y venir entre los servicios de atención a la salud mental y los de abuso de sustancias, o las propias instituciones les pueden negar el tratamiento (17).

Aunque una variedad de enfermedades se presentan comúnmente en forma de comorbilidad con el abuso y la adicción a sustancias —por ejemplo, el VIH, la hepatitis C y las enfermedades cardiovasculares— (18), el presente artículo se centra sólo en la comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias (sin incluir tabaco ni alcohol) y otros trastornos psiquiátricos.

Las razones más relevantes al considerar la importancia de identificar la comorbilidad se pueden resumir en los siguientes aspectos: su conocimiento mejora el diagnóstico, y permite determinar y orientar las necesidades terapéuticas y potenciar su eficacia, así como definir el curso y el pronóstico variado, pues se reconoce que esta aumenta la morbilidad y la mortalidad, así como las conductas suicida y homicida. Igualmente, desde la atención de salud la comorbilidad se asocia a una mayor necesidad de hospitalización, mayor tiempo de estancia e incremento de costos (10).

El modelo de comorbilidad propuesto por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) acepta que los trastornos por abuso o dependencia de sustancias suelen ocurrir concurrentemente con otros trastornos psiquiátricos, pero esto no quiere decir que uno sea la causa del otro, aun cuando uno de ellos anteceda al segundo; puede dificultarse establecer la asociación de causalidad, e incluso, la direccionalidad (es

decir, cuál de los dos trastornos ocurrió primero). Sin embargo, los hallazgos de investigaciones sugieren las siguientes posibilidades para que se presenten en forma de comorbilidad (11):

El abuso de sustancias puede provocar los síntomas del otro trastorno psiquiátrico. Por ejemplo, el hecho de que algunos usuarios de marihuana presentan mayor riesgo de psicosis sugiere esta posibilidad (19,20).

Los trastornos mentales pueden conducir al abuso de drogas (15,21); posiblemente, como una forma de “automedicarse”. Los pacientes que sufren de ansiedad (22) o depresión pueden abusar del alcohol, del cigarrillo o de otras drogas para aliviar temporalmente sus síntomas. La presencia del trastorno psiquiátrico primario incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias, como en el caso de ciertos trastornos de ansiedad en los cuales el consumo de alcohol y de otras drogas puede ser usado para controlar el pánico.

La presentación de la comorbilidad entre los trastornos también puede ser causada por factores de riesgo comunes:

- Superposición de vulnerabilidades genéticas: factores genéticos comunes capaces de hacer que una persona sea susceptible tanto a la adicción como

a otros trastornos mentales, o que tenga mayor riesgo para un segundo trastorno una vez aparezca el primero (23).

- Superposición de factores desencadenantes en el entorno. El estrés, el trauma (tal como el abuso físico o sexual) y la exposición temprana a las drogas son factores comunes que pueden conducir a la adicción y a otras enfermedades mentales (24).
- Participación de regiones similares del cerebro: los sistemas del cerebro que responden a la gratificación y al estrés, por ejemplo, se pueden ver afectados por las drogas y pueden mostrar anomalías en los pacientes que tienen ciertos trastornos mentales (11,14).

Los trastornos por consumo de drogas y otros trastornos psiquiátricos son trastornos del desarrollo, lo cual significa que a menudo empiezan en la adolescencia, o, incluso, a una edad más temprana, periodos cuando el cerebro experimenta cambios radicales en su desarrollo. La exposición temprana a las drogas puede cambiar al cerebro de tal manera que el riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos sea más alto (25); además, los síntomas tempranos de un trastorno psiquiátrico pueden ser indicadores de un mayor riesgo para que más adelante se presente un trastorno por dependencia.

También, por otra parte, puede aceptarse que la asociación entre el trastorno por uso de sustancias y la enfermedad asociada no tiene relación alguna y coexisten de manera paralela. Ocurren simultáneamente, pero no comparten relación etiológica alguna.

Métodos

Propósito

El propósito del estudio fue responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la periodicidad y la distribución de la prevalencia durante el último año de vida, del uso, de sustancias, de trastornos por abuso y de dependencia de sustancias en adultos de 18 a 54 años?
- ¿Cuál es el comportamiento de la antecedencia entre los trastornos por abuso y dependencia y los demás trastornos psiquiátricos estudiados al aplicar el análisis según edad de aparición?
- ¿Cómo se comporta la comorbilidad entre el uso de sustancias psicoactivas, los trastornos por abuso y dependencia y los demás trastornos psiquiátricos estudiados al aplicar el análisis bivariado?

Tipo de estudio

A partir de los datos recolectados para el Estudio Nacional de Colombia (2), el cual hace parte del WMH-CIDI (26), la investigación aplicó el diseño metodológico de los estudios analíticos.

Población y muestra

El estudio Nacional de Salud Mental se basó en un diseño probabilístico, multietápico, cuya población objetivo fue la población general no institucionalizada, que tiene un hogar fijo, entre los 18 y 65 años; la encuesta se llevó a cabo en una muestra probabilística de 4.593 adultos, provenientes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos, concentrados en 420 manzanas de 60 municipios distribuidos en 25 de los departamentos del país. Teniendo en cuenta que los trastornos por abuso y dependencia de sustancias presentaron una prevalencia cercana a cero en el grupo <54 años, en el presente estudio se tomó la muestra de adultos de 18 a 54 años de edad, y quedó un total de 3.896.

Instrumento

Para recolectar la información del Estudio Nacional se usó el instrumento CIDI (Composite International Diagnostic Interview), el

cual 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 del DSM-IV. Además de la información generada sobre los diagnósticos incluidos en el estudio, se incluyeron las variables de carácter socio-demográfico y los datos referentes a la edad de inicio del consumo de las sustancias incluidas, así como la edad a la cual los entrevistados cumplieron los criterios para el diagnóstico de los trastornos estudiados.

Procesamiento y análisis

Inicialmente se aplicó el análisis univariado, y se calcularon las prevalencias anuales y de vida según las principales variables socio-demográficas.

Las asociaciones se estimaron aplicando las razones de disparidad (RD), a intervalos con el 95% de confianza (IC). Se consideraron como caso para los análisis: al adulto consumidor de las sustancias estudiadas y al que llenó los criterios del DSM-IV para el trastorno por abuso o dependencia. El análisis de la comorbilidad se realizó aplicando los mismos criterios en relación con la presencia

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

Aprovechando la valiosa oportunidad de contar con variables tan importantes como la edad de iniciación del consumo de las sustancias y la edad en que se consideró la aceptación del cumplimiento de 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 bajo estudio, con el fin de explorar: 1) si el uso, el abuso o la dependencia de sustancias puede llevar al otro trastorno psiquiátrico; 2) si el trastorno psiquiátrico puede llevar al uso, abuso o dependencia de sustancias; o 3) 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, factores ambientales como exposición a eventos estresantes, o áreas del cerebro afectadas tanto por el abuso de las sustancias como por trastornos mentales específicos.

Dada la importancia que tiene la antecedencia de los factores causales en los modelos de causalidad, con el fin de aportar al conocimiento sobre el tema de la comorbilidad, la precedencia o consecuencia entre los trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad, afectivos y del impulso) y el uso de sustancias, y los trastornos por abuso y dependencia, se generó una nueva

variable para evaluar la diferencia en tiempo entre la edad de inicio del uso o de aparición de los trastornos por abuso o dependencia de sustancias ilícitas y la edad de inicio de los demás trastornos psiquiátricos estudiados. Como resultado de esta nueva variable, llamada *diferencia en edad de aparición de los trastornos*, se establecieron claramente tres alternativas (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencia entre la edad de aparición del uso, abuso o dependencia de sustancias y la de trastornos psiquiátricos

Trastorno psiquiátrico (edad de aparición)		Sustancias ilícitas (edad de aparición)	Resultado	Condición (aparición)	Definición de las opciones de antecedencia
Inicio en la vida del otro Trastorno	Menos (-)	Inicio en la vida del uso, T. abuso y T. dependencia	> 0	Primero el T. por sustancias	1. Antecede el uso, abuso y dependencia de sustancias psico-activas.
			< 0	Primero el otro T. psiquiátrico	2. Antecedente el otro Trastorno psiquiátrico
			= 0	Simultaneidad	3. No se presenta diferencia

Como complemento del paso anterior para el análisis de la comorbilidad se estimó la asociación entre los trastornos calculando las razones de disparidad (RD) con sus intervalos con un 95% de confianza; se consideró estadísticamente significativo el comportamiento de la distribución de la RD con el 95% de confianza <1 para los límites inferior y superior.

Resultados

En la Tabla 2 se puede observar el comportamiento de las prevalencias

anual y de vida, (prevalencia de uso, prevalencia de abuso de sustancias, y prevalencia de dependencia a sustancias), según las variables socio-demo-gráficas: pertenecer al sexo masculino se comporta como factor de riesgo; para todos los indicadores estudiados para el abuso de sustancias la prevalencia anual presenta una razón de cuatro hombres por cada mujer, y para la prevalencia de vida la razón llega a 13 hombres por cada mujer.

En relación con las cohortes por edad para todos los indicadores de

prevalencia, la cohorte de 18 a 29 años se comporta como la de más alto riesgo, pero llama la atención el comportamiento de la cohorte de 45 a 54 años, en la cual la prevalencia para el uso durante el último año es mayor que la de la cohorte anterior.

Según el comportamiento del estado civil para los indicadores anuales, la más alta prevalencia se presentó para los solteros, y sólo para ellos se encontraron casos de dependencia en este periodo. Los indicadores de prevalencia de vida para uso de sustancias presentaron el primer lugar para los divorciados, con el

14,6%, seguidos por los solteros, con el 13,5%. Ni los casados, ni los separados ni los divorciados presentaron abuso ni dependencia de sustancias para el indicador de prevalencia anual.

El nivel educativo evalúa indirectamente el estrato económico; entre los que no informaron educación formal no se encontraron casos de prevalencia anual. Para la prevalencia de vida de uso de sustancias, a mayor nivel educativo se incrementa la prevalencia, pero para el caso de los trastornos por abuso y dependencia el comportamiento no presenta una tendencia clara.

Tabla 2. *Prevalencia de vida y anual para uso, abuso y dependencia de sustancias, según características socio-demográficas en adultos colombianos*

Características	Uso de sustancias	Abuso de sustancias	Dependencia de sustancias	Uso de sustancias	Abuso de sustancias	Dependencia de sustancias
	Prevalencia anual			Prevalencia de vida		
Sexo						
Hombre	5,4 %	1,0 %	0,4 %	22,2 %	4,1 %	1,7 %
Mujer	1,7 %	0,2 %	0,1 %	5,3 %	0,3 %	0,1 %
Edad						
18 - 29	4,6 %	0,7 %	0,3 %	13,4 %	2,0 %	1,0 %
30 - 44	2,2 %	0,5 %	0,3 %	10,5 %	1,7 %	0,8 %
45 - 54	2,3 %	0,1 %	-	12,1 %	1,4 %	0,1 %
Estado civil						
Soltero(a)	4,3 %	0,9 %	0,4 %	13,5 %	2,3 %	1,2 %
Casado(a)	1,5 %	-	-	9,7 %	0,7 %	0,2 %
Separado(a)	2,7 %	-	-	11,5 %	2,2 %	0,3 %
Divorciado(a)	2,1 %	-	-	14,6 %	2,1 %	-
Viudo(a)	1,9 %	1,0 %	-	6,7 %	1,9 %	-

(Continúa)

(Continuación)

Características	Uso de sustancias	Abuso de sustancias	Dependencia de sustancias	Uso de sustancias	Abuso de sustancias	Dependencia de sustancias
	Prevalencia anual			Prevalencia de vida		
Nivel educativo						
Ninguno	-	-	-	2,1 %	1,1 %	-
Primaria	2,6 %	0,3 %	0,2 %	10,9 %	1,4%	0,5 %
Secundaria	3,3 %	0,8 %	0,3 %	12,2 %	2,3 %	1,1 %
Otros estudios	3,6 %	0,1 %	0,1 %	13,3 %	1,1 %	0,4 %
Total	3,1%	0,5%	0,2%	11,9%	1,7%	0,7%

Como ya se informó, uno de los aportes del estudio fue el análisis de antecedencia para los trastornos evaluados en el modelo de comorbilidad. En la Tabla 3 se presenta la antecedencia de otros trastornos psiquiátricos en relación con el uso, el abuso y la dependencia de sustancias; se informa el comportamiento de la proporción en la que anteceden a cada trastorno y sus intervalos, con 95% de confianza. Al analizar el comportamiento de los trastornos que anteceden al uso de sustancias psicoactivas se encontró que el trastorno por déficit de atención y la fobia específica, con un 100,0% y un 95,0%, respectivamente, ocupan los primeros lugares, seguidos por el de ansiedad por separación y el trastorno de conducta, con un 85,7% y un 76,6%, respectivamente.

Como antecedentes para el trastorno por abuso de sustancias se

encontraron en los primeros lugares el trastorno por déficit de atención, la fobia específica, los trastornos bipolar II, y el negativista desafiantes, con un 100,0%; los trastornos de conducta, con 92,3%; y el de ansiedad por separación, con un 80,0%.

Para el trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas aparecen en los primeros lugares de antecedencia: los trastornos de la conducta, por déficit de atención y la fobia específica, con un 100,0%; el trastorno negativista desafiantes, con un 90,0%; y el de ansiedad por separación, con un 66,7%.

La depresión mayor y el trastorno de pánico sólo se presentaron como antecedentes para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Tabla 3. Comportamiento de la antecedencia de otros trastornos psiquiátricos seleccionados y su comorbilidad con el uso, y los trastornos por abuso y dependencia de sustancias

Trastorno antecedente	Trastorno consecuente	Proporción	Intervalos 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Déficit de atención	Uso de sustancias	100,0 %	66,4	100,0
Fobia específica		95,4 %	87,1	99,0
Ansiedad por separación		85,7 %	57,2	98,2
Trastorno de conducta		76,7 %	57,7	90,1
Negativista desafiante		70,0 %	50,6	85,3
Fobia social		61,5 %	44,6	76,6
Distimia		53,8 %	25,1	80,8
Déficit de atención	Abuso de sustancias	100,0 %	47,8	100,0
Fobia específica		100,0 %	79,4	100,0
Bipolar II		100,0 %	69,2	100,0
Negativista desafiante		100,0 %	73,5	100,0
Trastorno de conducta		92,3 %	64,0	99,8
Ansiedad por separación		80,0 %	28,4	99,5
Fobia social		77,8 %	40,0	97,2
Distimia		75,0 %	19,4	99,4
Depresión mayor		57,1 %	34,0	78,2
Trastorno de pánico		57,1 %	18,4	90,1
Trastorno de conducta	Dependencia de sustancias	100,0 %	66,4	100,0
Déficit de atención		100,0 %	47,8	100,0
Fobia específica		100,0 %	69,2	100,0
Negativista desafiante		90,0 %	55,5	99,7
Ansiedad por separación		66,7 %	9,4	99,2
Depresión mayor		61,5 %	31,6	86,1
Trastorno de pánico		60,0 %	14,7	94,7

En la Tabla 4 se observa el resultado de usar las sustancias estudiadas como antecedente para el trastorno bipolar I, la manía, y el trastorno de

pánico, con una proporción mayor o igual al 75,0%, y para la depresión mayor, con un 51,1%.

Los trastornos por abuso y dependencia de sustancias se presentan en el 100% como antecedentes para el trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 4. Comportamiento de la antecedencia del uso de sustancias, el trastorno de abuso y el de dependencia de sustancias, y su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos seleccionados

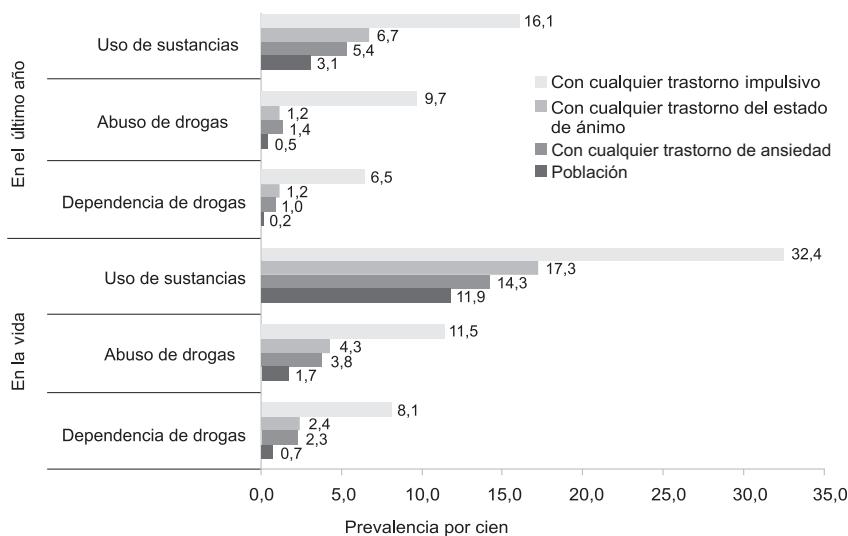
Proporción de personas con uso, abuso o dependencia de sustancias como antecedente de otro trastorno psiquiátrico				
Trastorno antecedente	Trastorno consecuente	Porcentaje	Intervalos 95%	
			Limite inferior	Limite superior
Uso de sustancias	Bipolar I	76,9 %	46,2	95
	Manía	76,9 %	46,2	95
	Trastorno de pánico	75,0 %	42,8	94,5
	Depresión mayor	51,1 %	40,3	61,8
Abuso de sustancias	Ansiedad generalizada	100,0%	69,2	100
Dependencia de sustancias		100,0%	69,2	100

En la Figura 1 se observa el comportamiento de la prevalencia por uso y trastornos debidos al abuso o la dependencia de sustancias. Tomando como grupo de comparación el total de la población estudiada, se puede observar el comportamiento de la *prevalencia anual* para el uso de sustancias: ésta fue del 3,1% en la población general, y se incrementa al 5,4% en el subgrupo de las personas que presentan cualquier trastorno de ansiedad, se duplica en relación con la encontrada en la población general en el subgrupo de aquellos con trastornos del ánimo y llega al 16,1% en las personas con cualquier trastorno impulsivo; es

dicho, por cada persona que consume las sustancias estudiadas en la población general se presentan más de 5 entre las que llenan los criterios para trastornos del impulso. El comportamiento para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias es similar al descrito anteriormente.

Al informar los resultados respecto a la prevalencia en cualquier momento de la vida, se encuentran resultados acordes con los anteriores, pero es importante observar que los indicadores llegan a ser el doble de los presentados para la prevalencia anual.

Figura 1. Prevalencia de vida y en el último año por 100 para uso, abuso y dependencia de sustancias según presencia de cualquier trastorno de ansiedad, del estado del ánimo o impulsivo



En la Tabla 5 se presentan los resultados de la estimación de las RD con un 95% de confianza, para evaluar la fuerza de la asociación entre el uso de sustancias, los trastornos por abuso y dependencia y su comportamiento comórbido con los demás trastornos estudiados. Al analizar de forma individual en el grupo de los trastornos de ansiedad, el estrés postraumático presentó la mayor fuerza de asociación; a partir de los resultados por uso de sustancias la RD se va incrementando, pues pasa de 1,6 a 10,7 y 24,2, respectivamente, para los que presentan uso, trastorno por abuso o dependencia.

La fuerza de asociación para el trastorno de pánico se incrementa: pasa de una RD de 3,0 para el uso de sustancias a 6,2 para abuso, y 14,6

para el trastorno de dependencia de sustancias. Como grupo para los trastornos de ansiedad, las RD y sus intervalos con un 95% de confianza presentan asociación al incremento, al pasar de 2,0 a 4,0 y 8,5 para uso, abuso y dependencia, respectivamente.

Entre los trastornos del estado de ánimo, el trastorno bipolar I presentó la asociación más alta, RD >1 e IC por encima de 1, para los tres indicadores de problemas por uso, abuso o dependencia. Como grupo, la presencia de cualquier trastorno del ánimo presentó asociación estadísticamente significativa (IC 95% >1) para uso de sustancias psicoactivas, con una RD de 2,4 IC 95% (1,4-4,1), y para trastorno de dependencia, con una RD de 7,3 IC 95% (1,8-29,2).

Para los trastornos del impulso, en concordancia con lo informado por otros investigadores, la asociación más fuerte se encontró con el trastorno de la conducta.

Tabla 5. Razones de disparidad con el IC95% entre trastornos por uso, abuso y dependencia de sustancias y otros trastornos psiquiátricos seleccionados (prevalencia anual)

	Uso de sustancias			Abuso de sustancias			Dependencia de sustancias		
	RD	Li	Ls	RD	Li	Ls	RD	Li	Ls
Trastornos de ansiedad									
Trastorno de pánico	3,0	0,9	10,1	6,5	0,8	49,9	14,6	1,8	120,0
Agorafobia	2,6	1,0	6,5	3,3	0,4	24,8	7,4	0,9	59,6
Fobia social	2,5	1,2	5,1	3,6	0,8	15,9	3,8	0,5	30,8
Estrés postraumático	1,6	0,2	11,7	10,7	1,4	84,2	24,2	2,9	202,3
Fobia específica	1,6	0,9	2,8	2,7	0,9	8,1	5,0	1,3	20,1
Ansiedad por separación	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ansiedad generalizada	3,0	0,9	10,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cualquier trastorno por ansiedad	2,0	1,3	3,0	4,0	1,6	10,1	8,5	2,3	31,7
Trastornos del estado de ánimo									
Bipolar I	6,3	1,8	22,1	28,4	6,1	133,1	28,5	3,4	240,1
Manía	2,4	0,3	18,4	16,5	2,1	132,9	0,0	0,0	0,0
Distimia	3,6	1,3	10,4	5,6	0,7	43,1	0,0	0,0	0,0
Depresión mayor	2,4	1,4	4,1	2,9	0,8	9,9	7,7	1,9	30,9
Bipolar II	3,5	0,4	27,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,4	1,4	4,1	2,7	0,8	9,4	7,3	1,8	29,26
Trastornos impulsivos									
Trastorno de conducta	13,6	3,5	53,1	103,6	24,6	437,0	138,5	24,9	771,9
Negativista desafiante	7,3	2,1	25,9	32,4	6,9	153,9	32,3	3,8	274,1
Déficit de atención	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cualquier trastorno impulsivo	6,2	2,3	16,3	25,8	7,1	93,4	38,0	7,6	190,8

En la Figura 2 se puede observar el exceso de riesgo=RD-1 para la

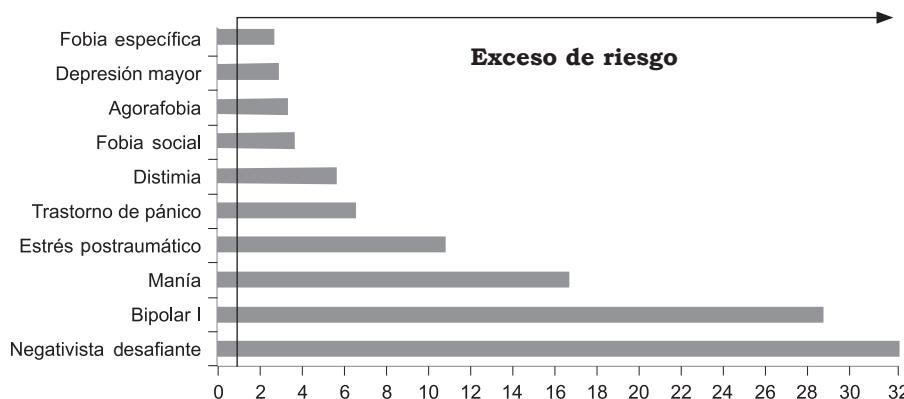
comorbilidad estudiada entre los trastornos por abuso de sustancias

y los demás trastornos psiquiátricos; sobresale el resultado para el trastorno negativista desafiantes y el trastorno bipolar I: estos dos primeros trastornos, con un exceso de riesgo de 31 y de 27,4 respectivamente, seguidos por un exceso de riesgo <10 para los trastornos de manía y déficit de atención. En

general, para todos se presentó exceso de riesgo.

A pesar de que el trastorno de conducta tuvo la más alta asociación $RD=102,6$, el resultado del exceso de riesgo no se representó gráficamente, pues genera dificultad visual.

Figura 2. Exceso de riesgo para comorbilidad para trastorno psiquiátrico y abuso de sustancias (prevalencia anual)

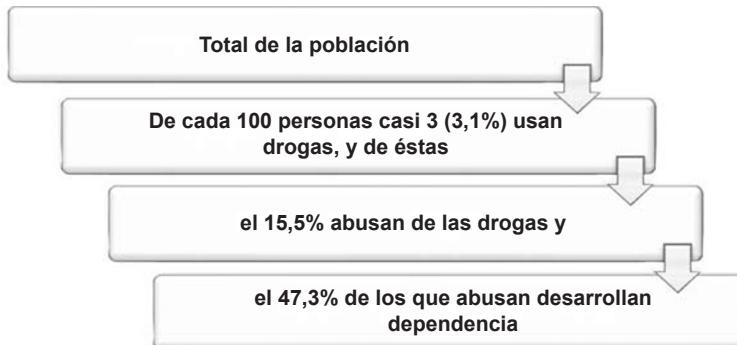


Finalmente, el resultado de la estimación del número de casos que se presentan para cada uno de los trastornos estudiados durante el año en el grupo de 18 a 54 años es el siguiente: 437.340 personas usan una o más de las sustancias estudiadas (marihuana, cocaína, medicamentos no formulados, heroína); 114.832 de ellas presentan trastorno por abuso de drogas, y 54.399, trastorno de dependencia de sustancias.

Como resultado del estudio, en las figuras 3 y 4 se observa la evolución

en la severidad del problema de salud pública que representa el uso de sustancias psicoactivas para los dos indicadores: el de prevalencia anual como uso reciente y el de prevalencia de vida. A partir de la población de estudio se encuentra que de cada 100 personas estudiadas la probabilidad de consumo de cualquiera de las sustancias o el policonsumo es del 3,1%, pero entre las que inician el consumo el 14,7% llega a presentar el trastorno por abuso de sustancias, y de cada 100 de quienes lo presentan el 6,3% llena los criterios de dependencia.

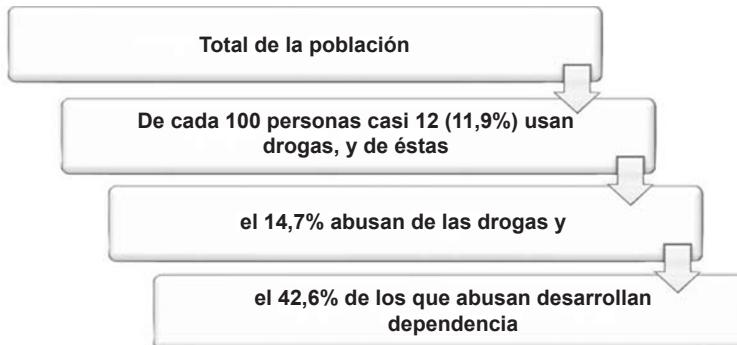
Figura 3. Evolución de la severidad del uso, abuso, dependencia de drogas en la población colombiana a partir de los resultados de la prevalencia anual



En la Figura 4 se presenta la evolución a partir de los indicadores en cualquier momento de la vida, iniciando con la población en riesgo, a medida que se va avanzando en la severidad: de cada 100 personas en riesgo 12 utilizan o han utiliza-

do cualquiera (una o más) de las sustancias estudiadas; de éstas, el 14,7% presenta abuso de sustancias, y de cada 100 de las que presentan trastorno de abuso, el 42,6% llenan los criterios del DSM-IV para dependencia de drogas.

Figura 4. Evolución de la severidad en el uso, abuso, dependencia de drogas en la población colombiana a partir de la prevalencia de vida



Discusión

Según el presente estudio, el 0,7% de las personas entre los 18 y los 54 años cumplieron los criterios para el diagnóstico de trastorno por

uso de sustancias en los 12 meses anteriores (0,5%, abuso; 0,2%, dependencia), mientras que el 2,4% desarrollaron trastornos por uso de sustancias alguna vez en la vida (1,7%, abuso; 0,7%, dependencia).

Estos resultados presentan prevalencias inferiores a las informadas por otros investigadores (12,27-28). Los trastornos por uso de sustancias se asocian a un alto grado de severidad y discapacidad, lo que repercute en diferentes aspectos de la vida del individuo y convierte a dichos trastornos en un grave problema de salud pública para nuestro país.

Las prevalencias encontradas para uso y dependencia fueron significativamente más altas para los hombres que para las mujeres, hallazgo consistente con otros estudios (12,28,29). La prevalencia anual se presenta asociada inversamente a la edad; ni para el uso ni para el trastorno por abuso ni el de dependencia se presentaron casos en la cohorte de edad de 45 a 54 años, hallazgo que concuerda con lo informado por Compton *et al.* (12). Para la prevalencia de vida se conserva la misma tendencia.

Un importante aporte del estudio fue que permitió evaluar la antecedencia entre los trastornos por uso, abuso y dependencia de sustancias y los otros trastornos psiquiátricos estudiados. El trastorno bipolar I, la manía y el trastorno de pánico, con una proporción mayor o igual a 75,0%, y la depresión mayor, con un 51,1%, anteceden de forma estadísticamente significativa la presentación del trastorno por abuso de sustancias.

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. El uso de cualquiera de las sustancias estudiadas antecede al trastorno bipolar I, al de manía, al trastorno de pánico y a la depresión mayor, en proporciones por encima del 51,1%. Los trastornos por abuso y dependencia de sustancias se presentan en el 100% como antecedente para el trastorno de ansiedad generalizada.

Al comparar el uso de sustancias en la población estudiada se encontró una prevalencia del 3,1%, que se incrementa al 5,4% en las personas con cualquier trastorno de ansiedad, y se duplica en relación con la encontrada para la población general en aquellos con trastornos del ánimo, y llega al 16,1% en el grupo de las personas con cualquier trastorno impulsivo; o sea, por cada persona que consume las sustancias estudiadas en la población general se presentan más de cinco entre las que llenan los criterios para trastornos del impulso. El comportamiento para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias es similar al descrito anteriormente, y concuerda con lo informado en otras investigaciones (3,4,13,19,21,30-32).

Al analizar de forma individual en el grupo de los trastornos de

ansiedad, el estrés postraumático presentó la mayor fuerza de asociación, a partir de los resultados por uso de sustancias; la RD se va incrementando, pues pasa de 1,6 a 10,7 y 24,2, respectivamente, para los que presentan trastorno por abuso o dependencia, resultado concordante con lo informado por otros investigadores (33-36).

El trastorno por déficit de atención ha sido informado por varios investigadores y se presenta con comorbilidad para el uso de sustancias o los trastornos por abuso o dependencia (19,30). En el presente estudio no se encontró asociación a la prevalencia anual, pero sí aparece cuando se hace el análisis con la prevalencia de vida, lo cual puede explicarse por el hecho de que es un trastorno de presentación en los primeros grupos de edad. Como grupo para los trastornos de ansiedad, las RD y sus intervalos con 95% de confianza presentan asociación a una clara tendencia hacia el incremento, al pasar de 2,0, a 4,0 y a 8,5 para uso, abuso y dependencia, respectivamente, hallazgo similar al informado anteriormente por otros investigadores (16,32,37).

Entre los resultados para los trastornos del estado del ánimo llama la atención el comportamiento del trastorno bipolar I, el cual presentó la asociación más alta, RD >1 e IC por encima de 1, para los tres indicadores de problemas por uso,

abuso o dependencia. Como grupo, la presencia de cualquier trastorno del ánimo presentó asociación estadísticamente significante (IC95% >1) para uso de sustancias, con una RD de 2,4 e IC 95% (1,4-4,1), y para trastorno de dependencia, con una RD de 7,3 IC 95% (1,8-29,2). Otros investigadores han informado resultados concordantes sobre la asociación como comorbilidad; en especial, a depresión mayor (3,13,15,32,38-42).

Para los trastornos del impulso, en concordancia con lo informado por otros estudiosos, la asociación más fuerte se encontró con el trastorno de la conducta.

Al estimar el exceso de riesgo para los trastornos por uso de sustancias se presentaron en los primeros lugares el trastorno de la conducta, seguido del negativista desafiante, el trastorno bipolar I y el estrés postraumático.

La evolución a partir de los indicadores de uso en cualquier momento de la vida muestra claramente cómo va avanzando la severidad: 12 de cada 100 personas en riesgo utilizan cualquiera (una o más) de las sustancias estudiadas, y de estas el 14,7% presenta abuso de sustancias; y de cada 100 de las que presentan este trastorno, el 42,6% llenan los criterios del DSM-IV para dependencia de drogas.

Recomendaciones

Se propone determinar la contribución independiente de cada uno de los trastornos psiquiátricos en relación con el uso de sustancias y con los trastornos por abuso y dependencia, y con base en los resultados se podrán desarrollar instrumentos de tamizaje que permitan su aplicación en clínica.

Dados los resultados para los trastornos de conducta y la importancia de este hallazgo, consistentemente con lo informado en otros estudios, se acepta la necesidad de llevar a cabo el análisis multivariado utilizando el modelo de regresión logística, para determinar la contribución independiente de cada uno de los trastornos psiquiátricos a los trastornos del impulso, con el fin de controlar el análisis por otras covariables de interés (por ejemplo: variables sociodemográficas y psicosociales, tales como la edad y el antecedente de maltrato en la infancia, respectivamente), y contribuir así con un modelo para explicar su asociación a los trastornos por uso de sustancias.

Finalmente se recomienda tener en cuenta estos importantes hallazgos, dada la utilidad que representan para la orientación y el posible resultado del tratamiento de los pacientes que presentan comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos.

Otra recomendación es continuar el análisis de la comorbilidad desde la perspectiva de género, el cual se presentará en un próximo artículo.

Agradecimientos

El Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia fue llevado a cabo en conjunto con la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI), de la OMS. Agradecemos al personal del WMH por su asistencia.

En Colombia, el estudio se llevó a cabo gracias a la financiación del Ministerio de la Protección Social (MPS) y de la Fundación Saldarriaga Concha, y con la participación, para el análisis y la presentación de los resultados, del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad CES.

Los autores agradecen a Gloria María Sierra su importante colaboración en el manejo y procesamiento de la información.

Referencias

1. World Drug Report 2009. [Internet] 2009 [citado: 20 mayo 2010]; Disponible en: <http://www.cdc.gov/Features/SubstanceAbuse/>.
2. Posada-Villa J, Gómez L, Gómez L. Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia, 2003. Cali: Ministerio de la Protección Social; 2005.
3. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(11):1039-44.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Comorbidity-drug

- use and mental disorders. [Internet] 2010 [citado: 20 mayo 2010]; Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36329EN.html>.
5. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry*. 2001;179(5):432-7.
 6. Torres de Galvis Y. Consumo de sustancias psicoactivas: Prevalencia y factores asociados. Resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia 2003. Hallazgos para la prevención. Medellín: L. Marín Vieco; 2003.
 7. Montoya ID. Perspectivas sobre la comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias y trastornos psiquiátricos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007;36(3):388-9.
 8. Montoya A, Corrales SC, Segura Cardona ÁM. Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria municipio de Guatapé, Antioquia. *Investigaciones Andina*. 2008;16:44-56.
 9. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
 10. Saavedra CA. Comorbilidad en dependencia a sustancias. *Psicoactiva*. 2001;2004;19:63-103.
 11. National Institute on Drug Abuse. Comorbidity: addition and other mental illnesses. Research report series 2009.
 12. 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(5):566-76.
 13. Quello SB, Brady KT, Sonne SC. Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Sci Pract Perspect*. 2005;3(1):13-21.
 14. Weich L, Pienaar W. Occurrence of comorbid substance use disorders among acute psychiatric inpatients at Stikland Hospital in the Western Cape, South Africa. *Afr J Psychiatry*. 2009;12(3):213-7.
 15. Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J. Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction*. 2008;103(12):2045-53.
 16. Deas D. Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(7):18-23.
 17. Bipolarweb. Patología dual: Abuso de sustancias y enfermedad mental. . [Internet] 2009 [citado: 20 mayo 2010]; Disponible en: <http://www.bipolarweb.com/Articulos/Patologiadual.htm>.
 18. First MB. Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology*. 2005;38(4):206-10.
 19. Arias AJ, Gelernter J, Chan G, Weiss RD, Brady KT, Farrer L, et al. Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addict Behav*. 2008;33(9):1199-207.
 20. Corcoran CM, Kimhy D, Stanford A, Khan S, Walsh J, Thompson J, et al. Temporal association of cannabis use with symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res*. 2008;106(2-3):286-93.
 21. Glantz MD, Anthony JC, Berglund PA, Degenhardt L, Dierker L, Kalaydjian A, et al. Mental disorders as risk factors for later substance dependence: estimates of optimal prevention and treatment benefits. *Psychol Med*. 2009;39(8):1365-77.
 22. Guisado JA, Vaz FJ, Fernández-Gil MÁ, Peral PD, López-Ibor JJ. Comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias. *Psiquiatria.com* 2000;4(4). [Internet] 2009 [citado: 20 mayo 2010]; Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/drogas/2939/>

23. Marmorstein NR, Iacono WG, McGue M. Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. *Psychol Med*. 2009;39(1):149-55.
24. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Dierker L, Glantz M, Jin R, et al. Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. *Addiction*. 2009;104(8):1346-55.
25. Pereira T. Neurobiología de la adicción. *Rev Psiquiatr Urug*. 2008;73(1):9-24.
26. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH). Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO). Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93-121.
27. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(2):247-57.
28. 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.
29. 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.
30. Bukstein O. Substance abuse in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Medscape J Med*. 2008;10(1):24.
31. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol*. 2008;43(3):300-4.
32. Shantna K, Chaudhury S, Verma AN, Singh AR. Comorbid psychiatric disorders in substance dependence patients: A control study. *Ind Psych Journal*. 2009;18(2):84-7.
33. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(3):289-94.
34. Ferigolo M, Stein AT, Fuchs FD, Barros HM. Influence of depression and early adverse experiences on illicit drug dependence: a case-control study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(2):106-13.
35. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 2001;158(8):1184-90.
36. Volkow ND. Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*. 2001;158(8):1181-3.
37. de Graaf R, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WA, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(4):620-9.
38. Currie S, Patten SB, Williams J, Wang J, Beck C, El-Guebaly N, et al. Comorbidity of major depression with substance use disorders. *Can J Psychiatry*. 2005;50(10):660-7.
39. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(1):14-8.
40. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychol Med*. 2008;38(3):365-74.
41. Leventhal AM, Francione Witt C, Zimmerman M. Associations between depression subtypes and substan-

- ce use disorders. *Psychiatry Res.* 2008;161(1):43-50.
42. Conner KR, Pinquart M, Holbrook AP. Meta-analysis of depression and substance use and impairment among cocaine users. *Drug Alcohol Depend.* 2008;98(1-2):13-23.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 26 de mayo del 2010

Aceptado para publicación: 5 de julio del 2010

Correspondencia
Yolanda Torres de Galvis
Grupo Investigación en Salud Mental
Facultad de Medicina
Universidad CES
Calle 10A No. 22-04
Medellín, Colombia
ytorres@ces.edu.co