

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en
pacientes del Hospital II-2 Tarapoto.**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTOR:

Ingrid Stefany Jorge Salas

ASESOR:

Mg. Roberto Alejandro Rosales García

Trujillo – Perú

2017

MIEMBROS DEL JURADO

DRA. MARIELA ALVA MIRANDA

PRESIDENTE

DRA. ERICKA DÍAZ LEÓN

SECRETARIO

DRA. ANA RAMIREZ ESPINOLA

VOCAL

ASESOR DE TESIS

Mg. ROBERTO ALEJANDRO ROSALES GARCÍA

Médico Psiquiatra

Docente contratado de la Cátedra de Psiquiatría en Universidad Privada Antenor

Orrego

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a amarlo cada día más. A mi madre, por ser la persona que me ha acompañado durante todo este trayecto, por ser mi ejemplo de vida y quien con sus sabios consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional. A mi padre, que ha sabido formarme con buenos valores y sentimientos y que a pesar de la distancia y de su trabajo sacrificado me brindó su apoyo incondicional. A mis hermanos, quienes siempre han estado junto a mí brindándome su apoyo emocional y sin ellos mi vida no estaría completa. A mis amigas, por estar siempre a mi lado y con quienes he compartido momentos inolvidables.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a DIOS, por ser mi fortaleza siempre y haberme permitido lograr una de mis metas en la vida.

A Mis Padres y Hermanos, por ser mi motor y motivo para seguir adelante.

A mis Maestros y miembros de jurado, por los conocimientos compartidos, por su orientación, paciencia y motivación.

A todas aquellas personas que de una u otra forma me brindaron su apoyo durante toda esta etapa.

“Que nadie nunca corte tus alas, tú eres quien decide lo alto que quieres volar”

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, retrospectivo, casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 147 pacientes adultos evaluados por consultorios externos; los cuales fueron divididos en 2 grupos: con trastorno por abusos de sustancias y sin él; se calculó el odds ratio y la prueba chi cuadrado.

Resultados: No se apreciaron diferencias significativas respecto a las variables edad, género ni procedencia entre pacientes con trastorno por abusos de sustancias y sin él. La frecuencia de depresión en pacientes con trastorno por abuso de sustancias fue 35%. La frecuencia de depresión en pacientes sin trastorno por abuso de sustancias fue 16%. Existe asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión con un odds ratio de 2.72, el cual fue significativo ($p < 0.05$).

Conclusiones: Existe asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto.

Palabras Clave: Asociación, trastorno por abuso de sustancias, depresión.

ABSTRACT

Objective: To determine if there is an association between substance abuse disorder and depression in patients from the II-2 Tarapoto Hospital.

Material and Methods: An analytical, retrospective, cases and controls; study was carried out. The study population consisted of 147 adult patients evaluated by external clinics; Which were divided into 2 groups: with substance abuse disorder and without it; The odds ratio and chi-square test were calculated.

Results: There were no significant differences regarding the variables age, gender or origin between patients with and without substance abuse disorder. The frequency of depression in patients with substance abuse disorder was 35%. The frequency of depression in patients without substance abuse disorder was 16%. There is an association between substance abuse disorder and depression with an odds ratio of 2.72, which was significant ($p < 0.05$).

Conclusions: There is an association between substance abuse disorder and depression in patients at Hospital II-2 Tarapoto.

Keywords: Association, substance abuse disorder, depression.

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES	
INTRODUCCION.....	2
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS.....	18
DISCUSION.....	25
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	30
ANEXOS.....	36

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico:

La depresión, trastorno mental de mayor prevalencia a nivel mundial, suscita diversas formas de conceptualización, sin embargo se define generalmente en base a su sintomatología; corresponde a un estado de tristeza perdurable que puede llegar hasta el desgano de vivir; se acompaña de sufrimiento moral y la disminución del “aliento vital”, es decir, las ganas de vivir. Dicha disminución se expresa por una apatía, anhedonia, poco interés por actividades donde existan relaciones sociales y por todo centro de interés habitual, profesional o de tiempo libre^{1,2,3}.

Los síntomas depresivos en la población general se han incrementado. Se estima que la depresión en la actualidad está entre las 5 causas de discapacidad en el mundo y será la primera o segunda en los próximos 10 años. El 8.8% de la población ha presentado por lo menos un cuadro de depresión en la vida, sin embargo a pesar de que existan tratamientos la demanda de atención es baja^{4,5,6}.

Estos síntomas ocasionan un bajo rendimiento en las actividades del individuo, tanto en las escolares, como en las de diversión, en las de casa y en el trabajo; afectando directamente sus relaciones interpersonales y su perspectiva de vida. La persona con depresión siente incapacidad, indignidad, disminución de la autoestima, con una sensación de culpabilidad, de fracaso y una visión pesimista de su futuro^{7,8,9}.

La Organización Mundial de la Salud afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo, lo que pone a este trastorno anímico y mental en un lugar bastante preocupante, más si se

considera que las consecuencias de sufrirla se hacen palpables no solo en la vida personal y profesional, sino que también, en algunos casos, puede terminar en tragedias mayores si se le permite prosperar; e incluso esta misma entidad señala que se produce un suicidio por depresión cada 40 segundos^{10,11,12}.

La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, sin embargo, puede ser también consecuencia del consumo estableciéndose así una relación en ambos sentidos, convirtiéndola en uno de los mayores problemas de salud pública en las sociedades actuales^{13,14,15}.

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno que ha cobrado relevancia en las últimas décadas, debido al impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, así como al costo económico y social que ocasiona a la población^{16,17}.

De acuerdo con lo reportado por la literatura científica, los jóvenes y los adultos jóvenes son los más afectados por el uso de drogas, pues se ha identificado que las generaciones actuales se encuentran más expuestas a ellas^{18,19}.

En el grupo de estas sustancias se cuentan las siguientes: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas)^{20,21}.

Los trastornos por uso de sustancias representan un grave problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud calcula que 3,3 millones de personas mueren cada año debido al consumo nocivo de alcohol y, en general

representan 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones. El consumo de alcohol está asociado a trastornos mentales y conductuales, además de enfermedades no transmisibles, traumatismos, tuberculosis y VIH/Sida ^{22,23}.

Las sustancias más usadas por los adolescentes son el alcohol y la nicotina, seguidas de la marihuana. En los últimos años se ha observado un aumento en el consumo de cocaína en este grupo de población, seguida de las drogas de diseño, estimulantes anfetaminas y tranquilizantes. Los inhalantes ocupan el primer lugar en los medios marginales. Otras sustancias que han experimentado un periódico aumento en esta población son los opiáceos y esteroides ^{24,25}.

Como estrategias diagnósticas se han diseñado múltiples instrumentos; uno de ellos es la escala CRAFFT, la cual es una herramienta clínica que consta de 6 preguntas; a cada pregunta le corresponde una respuesta afirmativa o negativa; se asigna un punto por cada respuesta afirmativa. Un puntaje de corte mayor de 2 demostró la más alta sensibilidad y especificidad (0,80 y de 0,86 respectivamente) ²⁶.

La comorbilidad de la depresión y consumo de tóxicos se relaciona con síntomas más severos, episodios de alteración del humor más frecuentes, más intentos suicidas, mayor comorbilidad de enfermedades físicas, bajo funcionamiento y menor satisfacción de vida ^{27,28}.

Los pacientes que presentan esta comorbilidad son hospitalizados con mayor frecuencia, tienen un inicio más temprano de la enfermedad y presentan un mayor número de episodios depresivos o mixtos. Además, estas condiciones podrían retrasar la recuperación del episodio maniaco o depresivo en el paciente y se relacionan con un incremento en los costos y en el uso de los servicios de salud ^{29,30}.

El tratamiento sugerido para este tipo de pacientes va dirigido a la formación de un equipo multidisciplinario. El abuso de sustancias en el paciente con depresión es una condición crónica, que puede presentarse a manera de crisis, por lo cual el rol de la familia y el apoyo social es fundamental en el mantenimiento de un pronóstico adecuado^{31,32}.

1.2. Antecedentes:

Moral M, et al (España, 2012); desarrollaron un estudio con la finalidad de filiar y caracterizar la depresión asociada al consumo de drogas, determinando la epidemiología de la misma comparando datos propios con otros procedentes de una revisión bibliográfica ajustada. También se pretendía examinar la utilidad de dos de las escalas más utilizadas para la depresión comparando los resultados de las escalas de Hamilton y Beck para la depresión entre los grupos control y diana. La prevalencia de depresión entre la población adicta es alta y tiende a seguir aumentando. A lo largo de los últimos 3 años la media de adictos con depresión se sitúa en torno al 18% (14% varones y 26% mujeres)³³.

Martínez P, et al (México, 2012); analizó la relación entre el consumo de estas sustancias y algunos factores de riesgo, tales como depresión y estrés en el ámbito laboral de un grupo de profesionales de la salud. Se utilizó una muestra de 192 médicos residentes de ambos sexos, entre 24 y 37 años de edad, a quienes se les aplicó un instrumento estructurado que mide consumo de alcohol y drogas, depresión y estrés; en cuanto al consumo de alcohol se reportan índices elevados (65%); los patrones de consumo de alcohol indicaron que 41.2 de los consumidores son bebedores frecuentes, 37.6% bebedores moderados y 12.9 bebedores leves y que el total de consumidores de alcohol (n=149), en

cuanto al análisis estadístico en las escalas de estrés y depresión reportaron que los índices de sujetos con alto nivel de estrés, se encuentra con el 14% de los sujetos estudiados y en la escala de la depresión se identificaron 47.5% de los sujetos con signos depresivos³⁴.

Rodríguez D, et al (Colombia, 2013); desarrollaron una investigación con la finalidad de determinar la posible relación entre depresión y consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes de nivel básico secundario de una institución educativa. Se realizó un estudio descriptivo-correlacional. Se trabajó con una muestra compuesta por 88 estudiantes seleccionados intencionalmente, de los cuales 44 eran niños y 44 niñas. Se les aplicó el cuestionario CDS para depresión y el DUSI -R abreviado para determinar el consumo de sustancias psicoactivas. De los resultados obtenidos, se estableció que hay una correlación significativa entre las dos variables reflejando similitudes con otras investigaciones³⁵.

Gutiérrez M, et al (México, 2015); desarrollaron un estudio con la finalidad de mostrar la importancia del diagnóstico oportuno de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y depresión con el abuso de sustancias; se aplicaron 193 encuestas, que incluían el itinerario de depresión de Beck y ASRS-18 para TDAH en el adulto. Se encontró que el 84.93% de los pacientes resultaron positivos para TDAH, depresión o ambos, el 46% habían sido influidos por un consumidor de sustancias y el 56.16% fueron víctimas de abuso físico, emocional o sexual; concluyendo que el diagnóstico oportuno de depresión puede llegar a disminuir en al menos un 50% la incidencia de las adicciones, así como el riesgo y la prevalencia de las recaídas³⁶.

Coelho C, et al (Brasil, 2014); desarrollaron un estudio con la finalidad de precisar la asociación entre depresión y abusos de sustancias, por medio de un estudio retrospectivo analítico en el que se incluyeron a 3007 pacientes; observando que la frecuencia de abuso de sustancias fue de 36% en el grupo de pacientes con depresión mientras que solo fue de 14% en el grupo de pacientes sin depresión; diferencia que resultó significativa ($p < 0.05$)³⁷.

1.3. Justificación:

El trastorno por abuso de sustancias es una patología que se caracteriza por presentar una gran variedad de asociaciones con comorbilidades psiquiátricas, habiéndose descrito en estos pacientes independientemente de la sustancia sobre la cual se genera dependencia, mayor frecuencia de estados de ansiedad y depresión, recientemente se ha documentado que los pacientes expuestos a depresión presentan mayor proclividad a rasgos de dependencia, considerando que la historia natural de esta enfermedad se presenta de manera crónica y episódica y habiendo observado que la asociación con el trastorno de abuso de sustancias es dependiente de estos rasgos, se propone valorar esta asociación en nuestro medio; con la finalidad de intervenir de manera estratégica en los pacientes con depresión para de esta manera minimizar la sintomatología y disminuir la prevalencia de abuso de sustancias, hábito que podría coadyuvar a un mayor deterioro funcional, disminuyendo la calidad de vida de estos pacientes e incrementando la ideación suicida y el riesgo de mortalidad; al no haber identificado estudios similares en nuestro entorno sanitario es que se plantea realizar la presente investigación.

1.4. Planteamiento del problema

¿Existe asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto?

1.5 Hipótesis

Nula (H₀):

No existe asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto.

Alternativa (H_a):

Existe asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto.

1.6. Objetivos

General:

Determinar si existe asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto.

Específicos:

-Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con trastorno por abuso de sustancias y sin ella.

-Comparar la frecuencia de depresión entre pacientes con trastorno por abuso de sustancias y sin ella.

-Comparar las características sociodemográficas entre pacientes con trastorno por abuso de sustancias y sin ella.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Población

Población Universo

Pacientes atendidos en Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017.

Población de Estudio

Pacientes atendidos en Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión según los cuales se distribuyeron en 2 grupos.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

Casos:

- Pacientes con diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias, entre 15 a 40 años, de ambos sexos, en quienes se pueda precisar las variables en estudio y que acepten participar.

Controles:

- Familiares o acompañantes sanos, con edades entre 15 a 40 años, de ambos sexos, en quienes se pueda precisar las variables en estudio y que acepten participar.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con retardo mental, autismo, con enfermedad neurológica crónica discapacitante y pacientes con invalidez física.

2.2. Muestra

Unidad de Análisis:

Estuvo constituido por cada uno de los pacientes atendidos en Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Unidad de Muestreo:

Estuvo constituido por la historia clínica de cada uno de los pacientes atendidos en Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017 y que cumplieron los criterios de selección correspondientes.

Tamaño muestral

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para 2 grupos de estudio³⁸:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de casos expuestos al factor de riesgo.

p_2 = Proporción de controles expuestos al factor de riesgo

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.36$ (Ref 33)

$P_2 = 0.14$ (Ref 37)

R: 2

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 49$$

CASOS : (Pacientes con abuso de sustancias) = 49 pacientes

CONTROLES : (Pacientes sin abuso de sustancias) = 98 pacientes.

2.3. Diseño del estudio:

Tipo de estudio:

Analítico, retrospectivo, casos y controles.

Diseño Específico:

		G1	O ₁
P	NR		
		G2	O ₁

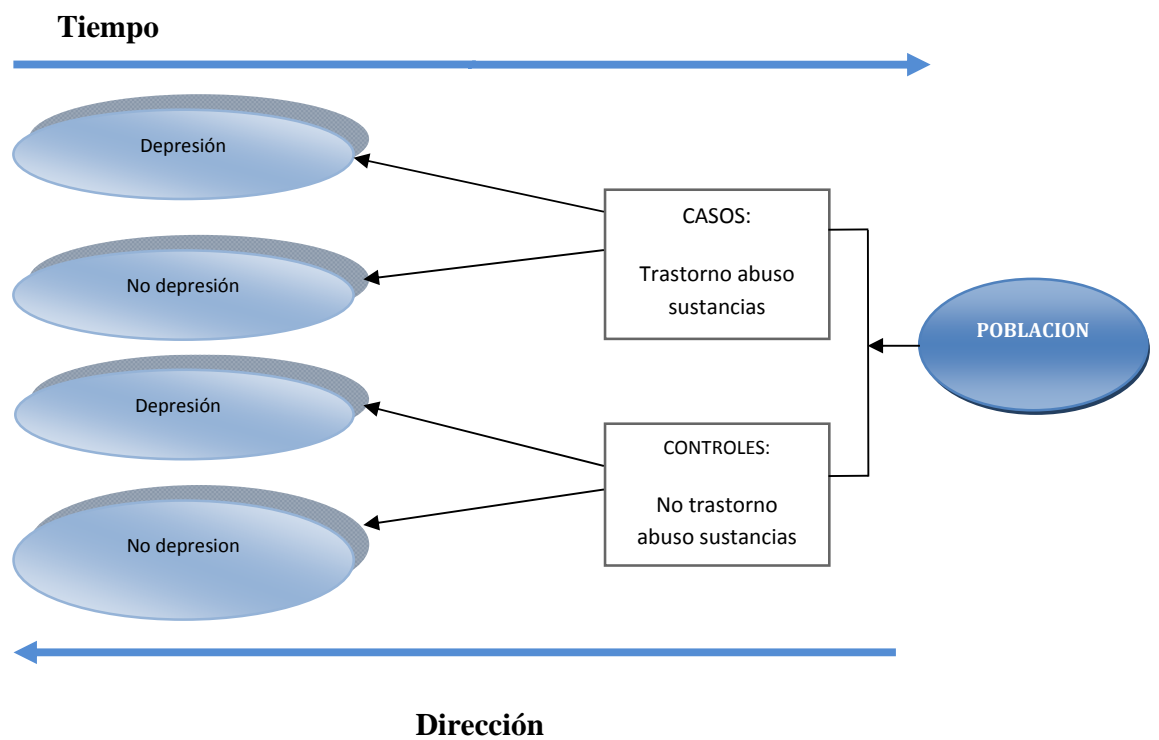
P: Población

NR: No randomización

G1: Pacientes con trastorno por abuso de sustancias

G2: Pacientes sin trastorno por abuso de sustancias

O₁: Depresión



2.4. Operacionalización de variables:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
DEPENDIENTE: Abuso de sustancias	Cualitativa	Nominal	Valoración clínica	Si - No
INDEPENDIENTE: Depresión	Cualitativa	Nominal	Escala Hamilton	Si >7 No ≤ 7
INTERVINIENTE Edad Sexo Grado de instrucción	Cuantitativa Cualitativa Cualitativa	 Nominal Ordinal	Documento de identidad Documento de identidad Ficha de recolección	Años Masculino - Femenino Analfabeta Primaria Secundaria Superior

2.5. Definiciones operacionales:

- **Abuso de sustancias psicoactivas:** Corresponde al consumo de toda sustancia psicotrópica, con alto potencial de producir conducta abusiva y/o dependencia (psíquica/física, con perfil similar a morfina, cocaína, marihuana, etc.). Para fines del presente estudio se tomó en cuenta la valoración clínica realizada por el médico psiquiatra tratante registrada en el expediente clínico, según código CIE 10 correspondería al F10.1 y F10.2 respectivamente³⁶.
- **Depresión:** Trastorno del estado de ánimo que se evidenció a través de la aplicación de La Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 1) la cual ha sido validada y diseñada con el propósito de conocer el grado de depresión en cuanto a su intensidad; para fines de la presente investigación se consideró depresión cuando el puntaje de la mencionada escala sea mayor a 7.

2.6 Proceso de captación de información:

Ingresaron al estudio los pacientes atendidos en Consultorios Externos del Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017 y que cumplieron con los criterios de selección; se solicitó la autorización al director del Hospital para luego proceder a:

- Identificar al grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias en Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital y al grupo de pacientes sin diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias los cuales correspondieron a familiares o acompañantes de los pacientes.

- Entrevistar a los usuarios, aplicando el instrumento correspondiente (Anexo 1); para definir la presencia de trastorno depresivo; por muestreo por conveniencia.
- Calcular el puntaje del cuestionario y registrarlo en la hoja de recolección de datos correspondiente (Anexo 2) para definir la presencia o ausencia de las variables en estudio.
- Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio.
- Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.7 Análisis e interpretación de la información:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos y procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística Analítica

Se hizo uso de la prueba estadística chi cuadrado para las variables cualitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas entre las variables en estudio; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Se obtuvo el OR de depresión como factor de riesgo para trastorno por abuso de sustancias; si éste fue mayor de 1 se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

		Trastorno por abuso de sustancias	
		SI	NO
Depresión	Si	a	b
	No	c	d

ODSS RATIO: $a \times d / c \times b$

2.8. Aspectos éticos:

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital II-2 Tarapoto y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de casos y controles en donde se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se aplicó el consentimiento informado y se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)³⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)⁴⁰.

III. RESULTADOS

Tabla N° 01. Características de los pacientes incluidos estudio en el Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017:

Características sociodemográficas	Abuso de sustancias (n=49)	No abuso de sustancias (n=98)	Significancia
Edad : - Promedio - D. estandar	39.2 13.5	37.9 12.8.	T student: 1.22 p>0.05
Género : - Masculino - Femenino	27(55%) 22(45%)	58(59%) 40(41%)	Chi cuadrado: 1.52 p>0.05
Procedencia: - Urbano - Rural	42(86%) 7(14%)	95(96%) 3 (4%)	Chi cuadrado: 2.32 p>0.05

FUENTE: HOSPITAL II - TARAPOTO–Fichas de recolección: 2017.

Tabla N° 2: Frecuencia de depresión en pacientes con trastorno por abuso de sustancias en el Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017:

Abuso de sustancias	Depresión		Total
	Si	No	
Si	17 (35%)	32 (65%)	49 (100%)

FUENTE: HOSPITAL II - TARAPOTO–Fichas de recolección: 2017.

La frecuencia de depresión en pacientes con trastorno por abuso de sustancias fue de $17/49= 35\%$.

Gráfico N° 1: Frecuencia de depresión en pacientes con trastorno por abuso de sustancias en el Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017:

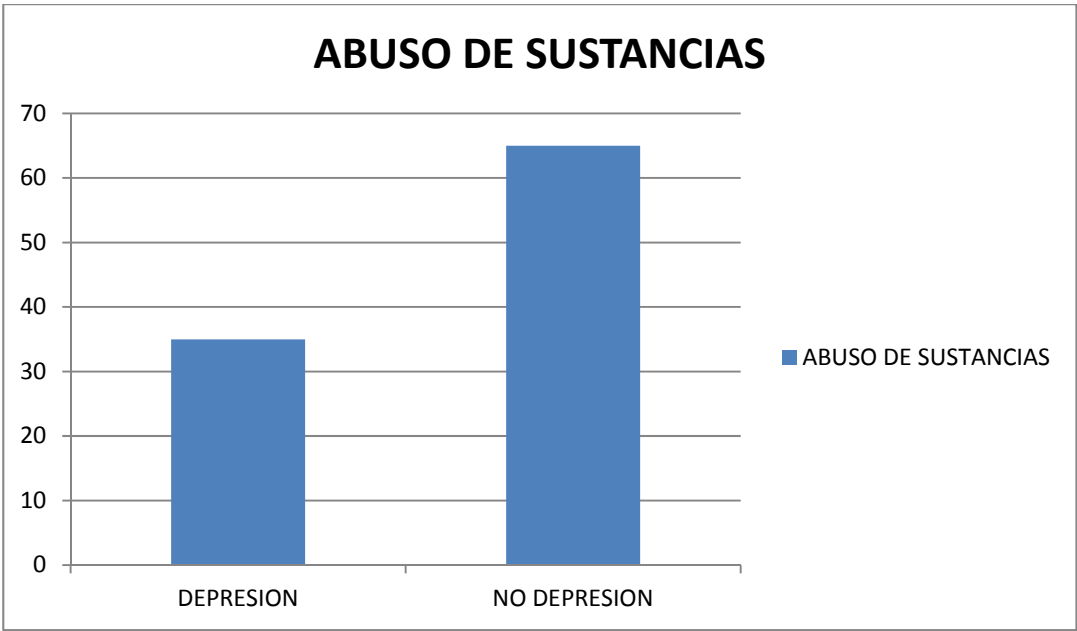


Tabla N° 3: Frecuencia de depresión en pacientes sin trastorno por abuso de sustancias en el Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017:

Abuso de sustancias	Depresión		Total
	Si	No	
Si	16 (16%)	82 (84%)	98 (100%)

FUENTE: HOSPITAL II - TARAPOTO–Fichas de recolección: 2017.

La frecuencia de depresión en pacientes sin trastorno por abuso de sustancias fue de $16/98= 16\%$.

Gráfico N° 2: Frecuencia de depresión en pacientes sin trastorno por abuso de sustancias en el Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017:

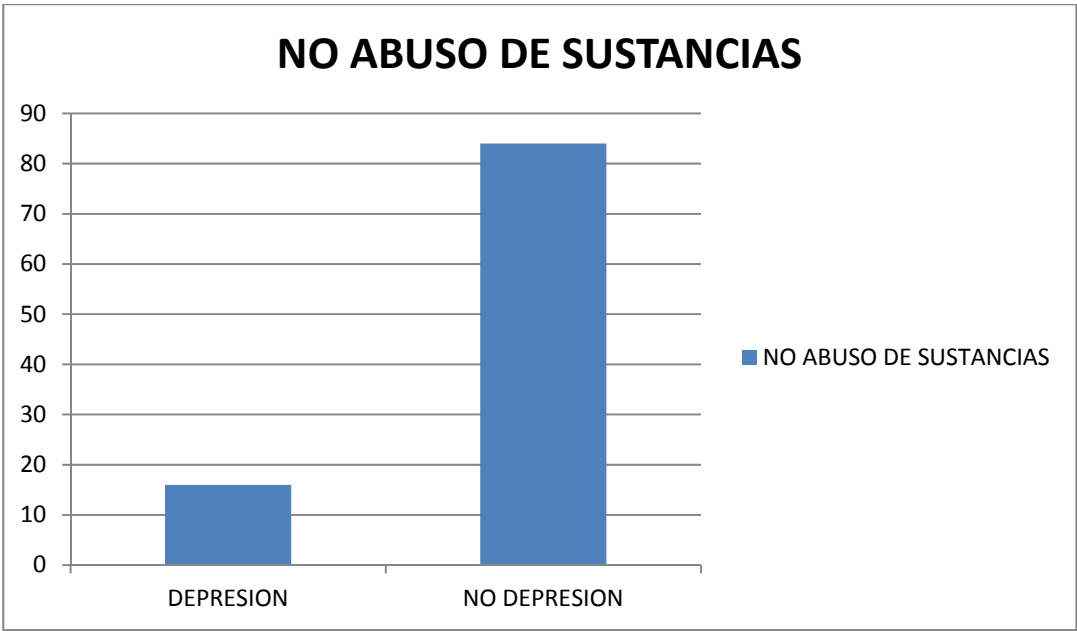


Tabla N° 4: Asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017:

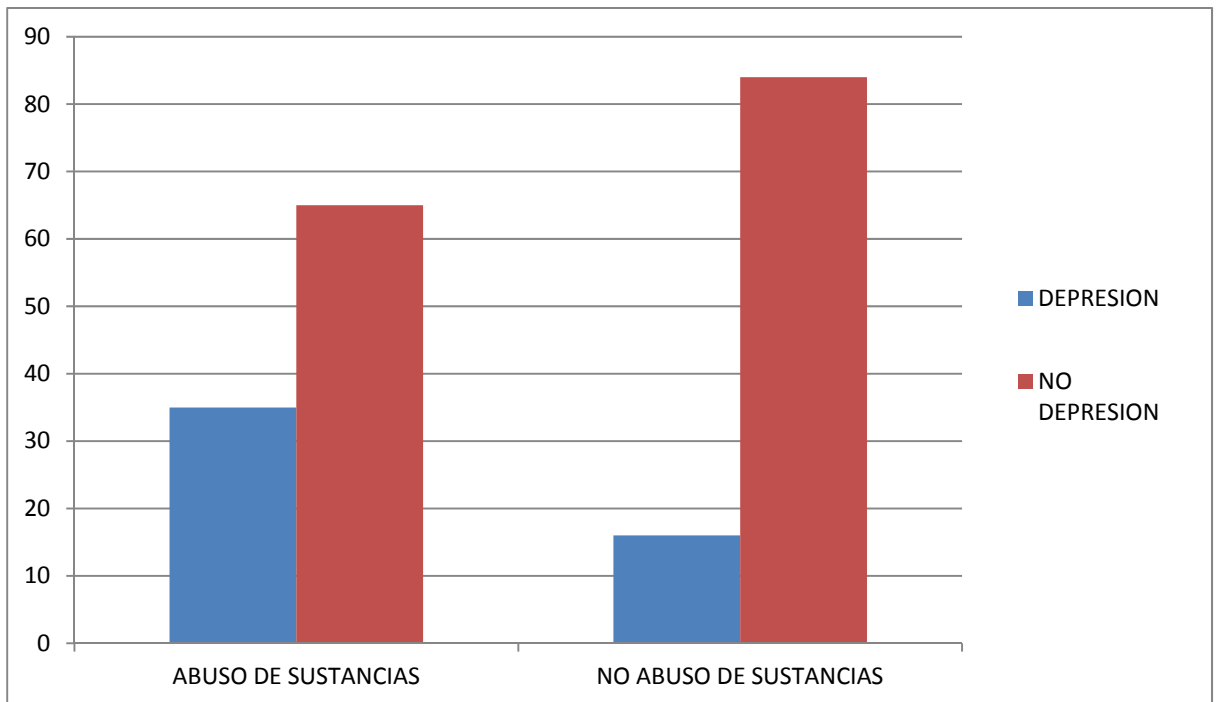
Depresión	Abuso de sustancias		Total
	Si	No	
Si	17 (35%)	16 (16%)	33
No	32 (65%)	82 (83%)	114
Total	49 (100%)	98 (100%)	147

FUENTE: HOSPITAL II - TARAPOTO–Fichas de recolección: 2017.

- Chi Cuadrado: 5.7
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 2.72
- Intervalo de confianza al 95%: (1.38; 5.24)

En el análisis se observa que la depresión se asocia a trastorno por abuso de sustancias a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que existe asociación entre las variables de interés.

Gráfico N° 3: Asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo Enero – Febrero 2017:



La frecuencia de depresión en el grupo con abuso de sustancias fue de 35% mientras que en el grupo sin abuso de sustancias fue 16%.

IV. DISCUSIÓN

La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, sin embargo, puede ser también consecuencia del consumo estableciéndose así una relación en ambos sentidos, convirtiéndola en uno de los mayores problemas de salud pública en las sociedades actuales^{13,14,15}. El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno que ha cobrado relevancia en las últimas décadas, debido al impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, así como al costo económico y social que ocasiona a la población^{16,17}. La comorbilidad de la depresión y consumo de tóxicos se relaciona con síntomas más severos, episodios de alteración del humor más frecuentes, más intentos suicidas, mayor comorbilidad de enfermedades físicas, bajo funcionamiento y menor satisfacción de vida^{27,28}.

En la Tabla N° 1 se contrasta la distribución de los pacientes entre ambos grupos de estudio según las variables intervinientes edad, género y procedencia; sin verificar diferencias significativas respecto a estas características entre los pacientes con trastorno por abusos de sustancias y sin él; esta tendencia denota uniformidad en la muestra, lo que representa un contexto apropiado para efectuar comparaciones y minimizar la posibilidad de sesgos. Estos hallazgos son coincidentes con los descritos por Rodríguez D, et al³⁵ en Colombia en el 2013; González A, et al³⁷ en México en el 2015 y Moral M, et al³³¹ en España en el 2012 quienes tampoco registran diferencia respecto a edad y género entre los pacientes con o sin trastorno por abuso de sustancias.

En la Tabla N° 2 se realizó la valoración de las frecuencias de depresión, en primer término en el grupo con trastorno por abuso de sustancias; encontrando que de los 49 pacientes de este grupo, el 35% presentaron esta patología del estado de ánimo. En la Tabla N° 3 por otra parte se verifica la frecuencia de depresión, en el grupo de pacientes con y sin trastorno por abuso de sustancias, encontrando que en este grupo únicamente una frecuencia de 16% presentó trastorno depresivo.

En relación a los referentes bibliográficos previos se puede mencionar a Rodríguez D, et al en Colombia, en el 2013 quienes determinaron la posible relación entre depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de nivel secundario, en 88 estudiantes se estableció que hay una correlación significativa entre las dos variables reflejando similitudes con otras investigaciones ($p < 0.05$)³⁵.

Cabe mencionar las tendencias descritas por Coelho C, et al en Brasil, en el 2014 quienes desarrollaron un estudio con la finalidad de precisar la asociación entre depresión y abusos de sustancias, por medio de un estudio retrospectivo analítico en el que se incluyeron a 3007 pacientes; observando que la frecuencia de abuso de sustancias fue de 36% en el grupo de pacientes con depresión mientras que solo fue de 14% en el grupo de pacientes sin depresión; diferencia que resulto significativa ($p < 0.05$)³⁷.

En la Tabla N° 4 precisamos el grado de asociación que implica la presencia de depresión para la coexistencia con trastorno por abuso de sustancias; el cual se expresa como un odds ratio de 2.72; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la

población al tener gran significancia estadística ($p < 0.01$); lo cual nos permite concluir que existe asociación entre las variables en estudio a nivel muestral y poblacional.

Cabe hacer referencia las conclusiones a las que llegó Moral M, et al en España en el 2012 quienes caracterizaron la depresión asociada al consumo de drogas determinando la epidemiología de la misma observando que la prevalencia de depresión entre la población adicta es alta y tiende a seguir aumentando. A lo largo de los últimos 3 años la media de adictos con depresión se sitúa en torno al 18% (14% varones y 26% mujeres)³³.

Por otro lado tenemos el estudio de Martínez P, et al en México en el 2012 quienes precisaron la relación entre el consumo de estas sustancias y depresión en 192 médicos en cuanto al consumo de alcohol se reportan índices elevados (65%); los patrones de consumo fueron: 41.2% de los consumidores son bebedores frecuentes, 37.6% bebedores moderados y 12.9% bebedores leves y en la escala de la depresión se identificaron 47.5% de prevalencia³⁴.

Finalmente es de resaltar lo encontrado por Gutiérrez M, et al en México en el 2015 quienes mostraron la importancia del diagnóstico oportuno de depresión en el abuso de sustancias; en 193 encuestas, que incluían el itinerario de depresión de Beck y ASRS-18 para TDAH en el adulto; se encontró que el 84.93% de los pacientes resultaron positivos para depresión observando que el diagnóstico oportuno de depresión puede llegar a disminuir en al menos un 50% la incidencia de las adicciones³⁶.

V. CONCLUSIONES

- 1.-No se apreciaron diferencias significativas respecto a las variables edad, género ni procedencia entre pacientes con trastorno por abusos de sustancias y sin él.
- 2.-La frecuencia de depresión en pacientes con trastorno por abuso de sustancias fue de 35%.
- 3.-La frecuencia de depresión en pacientes sin trastorno por abuso de sustancias fue de 16%.
- 4.-Existe asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión con un odds ratio de 2.72 el cual fue significativo ($p < 0.05$).

VI. RECOMENDACIONES

1. Es conveniente llevar a cabo estudios con mayor tamaño muestral, multicéntricos y prospectivos, para verificar con mayor significancia la asociación entre trastorno depresivo y trastorno por abuso de sustancias.
2. Es necesario explorar nuevas comorbilidades relacionadas con el trastorno por abuso de sustancias, con la finalidad de identificar nuevos potenciales objetivos terapéuticos con miras a reducir la frecuencia de este trastorno en nuestra población.
3. Ensayos de intervención que impliquen la aplicación de estrategias terapéuticas resolutivas del trastorno depresivo debieran ser llevados a cabo, a fin de documentar el impacto de la misma respecto a la reducción en la prevalencia e incidencia de trastorno por abuso de sustancias.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Ardal G, Lund A, Hammar A. Health-related quality of life in recurrent major depressive disorder -a 10-year follow-up study. *Nord J Psychiatry* 2013;67(5):339-343.
2. Mikolajczyk RT, Bredehorst M, Khelaifat N, Maier C, Maxwell AE. Correlates of depressive symptoms among Latino and Non-Latino White adolescents: findings from the 2003 California Health Interview Survey. *BMC Public Health* 2012;7:21.
3. Kopec MT, Randel J, Naz B, Bartoces M, Monsur J, Neale AV, *et al.* Using the Guidelines for Adolescent Preventive Services to estimate adolescent depressive symptoms in school-based health centers. *Fam Med* 2013;42(3):193-201.
4. González-Forteza C, Solís-Torres C, Jiménez-Tapia A, Hernández-Fernández I, González-González A, Juárez-García F, *et al.* Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2013;34(1):53-59.
5. Reyes-Morales H, Gómez-Dantés H, Torres-Arreola LP, Tomé-Sandoval P, Galván-Flores G, González-Unzaga MA, *et al.* Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. *Rev Panam Salud Publica* 2012;25(4):328-336.

6. Veytia-López M, González-Arratia LNI, Andrade-Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental* 2012;35(1):37-43.
7. Franic S, Middeldorp CM, Dolan CV, Ligthart L, Boomsma DI. Childhood and adolescent anxiety and depression: beyond heritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;49(8):820-829.
8. Andrade P, Betancourt D, Vallejo A, Celis BS, Rojas RM. Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental* 2012;35(1):29-36.
9. Arellanez- JL, Díaz DB, Wagner F, Pérez-Islas V. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental* 2012;27(3):54-64.
10. Bach JM, Louw D. Depression and exposure to violence among Venda and Northern Sotho adolescents in South Africa. *Afr J Psychiatry* 2013;13(1):25-35.
11. Veytia M. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental* 2012; 35(1): 37-43.
12. Schuster RM, Mermelstein R, Wakschlag L. Gender-specific relationships between depressive symptoms, marijuana use, parental communication and risky sexual behavior in adolescence. *J Youth Adolesc* 2013;42(8):1194-1209.

13. Estévez-López E, Ochoa GM, Herrero-Olaizola J. El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental* 2012;28(4):81-89.
14. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex* 2013;55:74-80.
15. Meririnne E, Kiviruusu O, Karlsson L, Pelkonen M, Ruutu T, Tuisku V, *et al.* Brief report: excessive alcohol use negatively affects the course of adolescent depression: one year naturalistic follow-up study. *J Adolesc* 2012;33:221-226.
16. Rojas G, Gaete J, Guajardo V, Martínez V, Barroihet S, Meneses J, *et al.* Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Rev Med Chile* 2012;140:184-191.
17. Lopes G. MUse of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Revista brasileira de psiquiatria* 2013; 35:S51-S61.
18. Zavaleta A, Tapia L, Chávez V. El problema de las drogas en el Perú, 2014.2016; 1(1):3-6.
19. Santos E. Trastornos mentales por dependencia de drogas en pacientes varones hospitalizados en el departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo enero 2010 diciembre 2014. Tesis. 2016; 1 (1):
20. Comision Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de

Lima Metropolitana y el Callao – 2013. Lima: DEVIDA – Observatorio Peruano de Drogas, 2014.

21. Potapchik E, Popovich L. Social cost of substance abuse in Russia. Value in Health Regional Issues 2014; 4: 1-5.
22. Roussin A, Doazan O, Géniaux H, Halberer C. Evaluation of Abuse and Dependence in Addiction Monitoring Systems: Tramadol as an example. *Thérapie* 2015; 70(2): 213-221.
23. Rodríguez F, Bringas C. Relationship between psychoactive substance use and family maltreatment: a prison population analysis. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 2013; 29(2): 360-367.
24. Iglesias E. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* 2014; (110): 58-61.
25. Morant C, Ochoa E, Poyo F. Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas Esp Psiquiatr*, 2013; 41(2): 122-9.
26. Van Zaane J, van den Brink W, Draisma S, Smit JH, Nolen WA. The effect of moderate and excessive alcohol use on the course and outcome of patients with bipolar disorders: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry*, 2013; 71:885 - 893.
27. Van Zaane, J., van den Berg, B., Draisma, S., Nolen W.A., van den Brink, W. Screening for bipolar disorders in patients with alcohol or substance use

- disorders: Performance of the Mood Disorder Questionnaire. *Drug Alcohol Depend*, 2012; 124: 235 – 241.
28. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet* 2016; 387: 1561–72.
29. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2013, 68: 241–51.
30. Carrà G, Bartoli F, Crocamo C, Brady KT, Clerici M. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014; 167: 125–35.
31. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2013; 67: 931–38.
32. Farren CK, Hill KP, Weiss RD. Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 14: 659–66.
33. Moral M. Depresión y adicción. *Psiquiatria. Com* 2012; 15; 6-9.
34. Martínez P. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM*, 2012; 48(5): 191-7.
35. Rodríguez D. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia: Avances de la disciplina* 2013; 7(1): 45.

36. Gutiérrez M. Correlación entre depresión, hiperactividad y déficit de atención y el abuso de sustancias. *Medicina e Investigación* 2015;3(2):123--128
37. Coelho C. Depressive symptoms and alcohol correlates among Brazilians aged 14 years and older: a cross-sectional study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 2014; 9(1): 29.
38. Kleinbaum DG. *Statistics in the health sciences: Survival analysis*. New York: Springer-Verlag publishers; 2012.p78.
39. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2013.
40. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Escala de Depresión de Hamilton

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligeros retrasos en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

Items	Criterios operativos de valoración
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijoes ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Depresión clínica: puntaje mayor a 7.

ANEXO N°02

Asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto.

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Procedencia: _____

1.2. Edad: _____ años

1.3. Sexo: _____

1.4. Grado de instrucción: _____

II. VARIABLE DEPENDIENTE:

Abuso de sustancias psicoactivas: Si () No ()

Tipo de sustancia: _____

III. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Depresión: Si () No ()

Puntaje de la Escala de Depresión de Hamilton: _____

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado paciente:

Con la finalidad de investigar la asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto.; se está realizando un estudio del cual estamos invitando a usted a participar en forma voluntaria.

FINALIDAD DEL ESTUDIO: Determinar la asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto.

PROCEDIMIENTOS: Se le realizará una entrevista para recabar información sobre datos personales.

POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS: No existen riesgos para su salud.

CONFIDENCIALIDAD: Los datos que Usted nos proporcione son confidenciales, solo lo saben usted y el entrevistador.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO: En todo momento tiene el derecho de desistir de participar en este estudio, dado que es VOLUNTARIO.

Yo.....acepto voluntariamente formar parte de este estudio, habiendo leído todo el texto anterior y estando conforme, recibiendo una copia de este consentimiento.

Fecha:

Firma del paciente

Firma del investigador