

**Cómo citar este artículo:**

Barroso-Fontanals ME, Serra-Bauzá NJ, Herrero-Díaz A, Ramos-Labrada E. Trastorno por consumo de alcohol y depresión como patología dual. Informe de caso. MedEst. [Internet]. 2026 [citado acceso fecha]; 6:e520. Disponible en:

<https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/520>

Palabras Clave: Episodio depresivo mayor, Informe de caso, Intento de suicidio, Trastorno por consumo de alcohol.

Keywords: Major depressive episode, Case report, Suicide attempt, Alcohol use disorder.

Autor para correspondencia:
mbarrosof9@gmail.com

Recibido: 25/01/2026

Aceptado: 01/05/2026

Publicado: 08/05/2026

Editor(es) a cargo:
Yonathan Estrada Rodríguez

Traductor:
MSc. Maritza Núñez Arévalo

Maquetador:
Rey Adrián Fraguera González

Trastorno por consumo de alcohol y depresión como patología dual. Informe de caso

Alcohol use disorder and depression as dual pathology. Case report

Miguel Enrique Barroso Fontanals ^{1*} , Noel de Jesús Serra Bauzá ¹ 

Adriel Herrero Díaz ² , Endris Ramos Labrada ¹ 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No. 2. Santiago de Cuba, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La comorbilidad entre trastorno por consumo de alcohol y depresión —patología dual— conlleva un riesgo suicida elevado y un pronóstico adverso. Este caso es singular por su inicio temprano tras un duelo traumático y por la presentación simultánea de dependencia grave, depresión mayor e intento autolítico. Aporta una estrategia terapéutica dual que combina desintoxicación, farmacoterapia y psicoterapia centrada en el duelo, de escasa descripción en nuestro medio. **Objetivo:** Describir el abordaje diagnóstico-terapéutico de un caso de patología dual (trastorno por consumo de alcohol grave y episodio depresivo mayor) con riesgo suicida. **Presentación del caso:** Paciente masculino con consumo diario de 750 mL de ron, anhedonia, culpa, insomnio e ideación suicida activa, más un intento de suicidio 15 días antes mediante alcohol y diazepam. Las principales preocupaciones del paciente eran la incapacidad para controlar la ingesta y la sensación de vacío. Los hallazgos relevantes incluyeron puntuaciones AUDIT 28/40, Hamilton para depresión grave e Ideación Suicida de Beck de alto riesgo. Los diagnósticos principales fueron trastorno por consumo de alcohol grave, episodio depresivo mayor severo sin síntomas psicóticos y duelo complicado. Las intervenciones consistieron en hospitalización involuntaria, sertralina 50 mg/día, naltrexona 50 mg/día y terapia cognitivo-conductual. A los tres meses el paciente mantenía abstinencia, reducción significativa de síntomas depresivos y reinserción laboral. **Conclusiones:** La patología dual con riesgo suicida exige un manejo concurrente y prolongado. Una intervención centrada en el procesamiento del duelo traumático, con soporte familiar y comunitario, ofrece la mejor probabilidad de recuperación y prevención de recaídas.

ABSTRACT

Introduction: The comorbidity of alcohol use disorder and depression—dual pathology—carries a high suicidal risk and poor prognosis. This case is unique due to its early onset after traumatic grief and the simultaneous presentation of severe dependence, major depression, and a suicide attempt. It contributes a dual therapeutic strategy combining detoxification, pharmacotherapy, and grief-focused psychotherapy, rarely described in our setting. **Objective:** To describe the diagnostic-therapeutic approach to a case of dual pathology (severe alcohol use disorder and major depressive episode) with suicidal risk. **Case Presentation:** A 27-year-old male patient with daily consumption of 750 mL of rum, anhedonia, guilt, insomnia, and active suicidal ideation, plus a suicide attempt 15 days earlier with alcohol and diazepam. The main patient concerns were inability to control drinking and a feeling of emptiness. Relevant findings included AUDIT 28/40, Hamilton scale indicating severe depression, and Beck Suicidal Ideation scale showing high risk. Main diagnoses were severe alcohol use disorder, severe major depressive episode without psychotic symptoms, and complicated grief. Interventions comprised involuntary hospitalization, sertraline 50 mg/day, naltrexone 50 mg/day, and cognitive-behavioral therapy. At three months the patient remained abstinent, with significant reduction of depressive symptoms and return to work. **Conclusions:** Dual pathology with suicidal risk requires concurrent and long-term management. An intervention centered on processing traumatic grief, with family and community support, offers the best chance for recovery and relapse prevention.

INTRODUCCIÓN

La patología dual —coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno mental— representa uno de los mayores desafíos clínicos en psiquiatría. La combinación de dependencia alcohólica y depresión mayor incrementa la resistencia al tratamiento, la cronicidad y, sobre todo, el riesgo de suicidio. ^(1,2) Hasta el 70 % de los pacientes alcohólicos presenta síntomas depresivos comórbidos y cerca del 69 % exhibe algún grado de riesgo suicida. ⁽³⁾

El presente caso se considera relevante para su comunicación por tres razones: a) inicio abrupto del consumo a una edad inferior a la media nacional, ligado exclusivamente a un duelo traumático no resuelto; b) presentación simultánea de los tres ejes de gravedad —dependencia grave, depresión mayor e intento autolítico— desde la primera evaluación; y c) aplicación de un modelo terapéutico integrado que aborda de forma concurrente la desintoxicación, la psicofarmacología y una psicoterapia cognitivo-conductual centrada en el duelo. Este enfoque está escasamente documentado en la literatura cubana y aporta evidencia sobre la efectividad de las intervenciones duales tempranas en pacientes jóvenes con duelo complicado. ^(4,5,6)

El objetivo de este informe es describir el abordaje diagnóstico-terapéutico de un caso de patología dual (trastorno por consumo de alcohol grave y episodio depresivo mayor) con riesgo suicida.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 27 años, mestizo, soltero, residente en zona urbana con su madre, técnico medio en Informática, con licencia médica por trastorno de ansiedad en el momento de la consulta y antecedentes patológicos personales de apendicectomía a los 18 años. En los antecedentes familiares destaca el padre —fallecido por cirrosis hepática en el contexto de consumo problemático de alcohol— y la madre —viva con hipertensión arterial esencial—. No se documentan antecedentes psiquiátricos en familiares de primer grado.

El examen del estado mental revela ánimo autodescrito como "vacío y desesperanzado", con ideación suicida activa y pasiva, planificación parcial —acceso a métodos—, sin intención inmediata identificada. La introspección es parcial: el paciente reconoce el alcohol como problema, pero expresa incapacidad para el control del consumo sin intervención terapéutica. No se identifican alteraciones adicionales en el examen físico completo.

El paciente es remitido al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico-Quirúrgico Juan Bruno Zayas Alfonso por su médico de familia. El cuadro se inicia hace 18 meses, posterior al fallecimiento traumático de su pareja en accidente de tránsito. Según información de la acompañante, el paciente inició consumo progresivo de alcohol como estrategia de afrontamiento emocional y facilitación del sueño.

En los últimos seis meses, el patrón evolucionó a consumo diario de aproximadamente 750 mL de ron cada 24-48 horas, con desarrollo de tolerancia —necesidad de incrementar la dosis para lograr el efecto deseado— y síndrome de abstinencia —temblor fino, diaforesis, ansiedad— ante la reducción de la ingesta. Concurrentemente, el paciente presenta anhedonia, fatiga persistente, sentimientos de culpa e inutilidad, e insomnio de conciliación.

En las cuatro semanas previas a la consulta, refiere ideación suicida activa con deseos de "desaparecer". La gravedad del cuadro se evidenció 15 días antes de la evaluación, cuando ejecutó un intento de suicidio mediante ingestión de alcohol en cantidad tóxica combinada con diazepam 10 mg —obtenido de prescripción médica previa—, requiriendo atención en servicio de urgencias sin necesidad de unidad de cuidados intensivos.

Evaluación diagnóstica:

Se realizaron estudios de laboratorio (hematología completa, perfil bioquímico hepático y renal, ionograma) e imagenología de tórax, todos con resultados dentro de parámetros normales. Se aplica el test AUDIT (Test de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol) ⁽⁷⁾ con un puntaje de 28/40 lo que indica dependencia probable, y las escalas de Hamilton para la Depresión ⁽⁸⁾ y de Ideación Suicida de Beck ⁽⁹⁾, que indican depresión grave y riesgo suicida alto, respectivamente.

Los diagnósticos establecidos según criterios del DSM-5-TR y CIE-11 fueron 1) trastorno por consumo de alcohol grave (F10.20), 2) episodio depresivo mayor severo sin síntomas psicóticos (F32.2) y 3) duelo complicado (Z63.4).

Otros diagnósticos considerados fueron el trastorno de estrés postraumático (descartado porque la sintomatología intrusiva no cumplía criterios completos) y el trastorno de personalidad límite (descartado por ausencia de patrón persistente de inestabilidad interpersonal e impulsividad previo al duelo).

Intervención terapéutica:

La conducta inmediata, ante el riesgo suicida agudo y la dependencia grave, es la hospitalización involuntaria en la unidad especializada para desintoxicación médica supervisada, estabilización psiquiátrica y psicoterapia. Se estableció además conducta farmacológica de seguimiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (sertralina 50 mg en tableta) y aversivos (naltrexona 50 mg en tabletas) para la depresión y el trastorno por consumo de alcohol, respectivamente.

En cuanto a la psicoterapia, se indicó terapia cognitivo-conductual individual centrada en el procesamiento del duelo, dos sesiones semanales durante la hospitalización, con continuación ambulatoria, además de sesiones grupales de prevención de recaídas. Además, se hizo intervención familiar con psicoeducación sobre patología dual y manejo de crisis, realizada antes del alta.

Seguimiento y resultados:

El paciente completó 15 días de hospitalización. Al alta mantenía abstinencia completa, ánimo eutímico, negaba ideación suicida y mostraba introspección plena. A los tres meses continuaba abstinentemente (confirmado por autorreporte y control familiar), asistía regularmente a consulta de psiquiatría y psicoterapia grupal. Se reincorporó a su actividad laboral. Los efectos adversos del tratamiento fueron leves (náuseas iniciales con sertralina que cedieron en 10 días, somnolencia transitoria). No se registraron eventos adversos graves ni reingresos. La adherencia se evaluó mediante el registro de asistencia y el reporte familiar, con un cumplimiento completo.

Consentimiento informado: Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de este caso, garantizando la confidencialidad de sus datos personales mediante la eliminación de los identificadores.

DISCUSIÓN

La patología dual conlleva un pronóstico más sombrío que cada trastorno por separado, especialmente cuando se añade el antecedente de un intento de suicidio ⁽¹⁰⁾. En el presente caso, la conjunción de dependencia alcohólica grave, depresión mayor y riesgo suicida alto configuró una emergencia clínica que demandó una intervención integral y simultánea.

El empleo de este enfoque dual simultáneo mostró importantes fortalezas: evitó la descompensación que puede ocurrir al tratar solo la adicción (lo que podría exacerbar la depresión) o solo la esfera afectiva (lo que podría precipitar una recaída en el consumo).

Además, la utilización de instrumentos validados (AUDIT, Hamilton, Beck) y la inclusión de psicoterapia permitieron objetivar la gravedad y monitorizar la evolución desde la fase aguda. Este estudio no escapa de limitaciones: se trata de un solo caso, lo que impide generalizar los resultados, y el seguimiento se limita a tres meses, cuando se requiere observación a largo plazo para valorar la consolidación de la abstinencia y la resolución completa del duelo.

Desde la perspectiva fisiopatológica, el modelo de automedicación explica cómo el paciente recurrió al alcohol para modular el dolor emocional del duelo, generando un círculo vicioso en el que la sustancia agravaba progresivamente los síntomas depresivos y la desesperanza. Los datos de González de Armas et al.,⁽¹¹⁾ y Zizzi et al.,⁽¹²⁾ muestran que el 70 % de los pacientes con dependencia alcohólica presenta depresión comórbida, cifra que coincide con este caso. No obstante, la singularidad radica en la edad de inicio (27 años, muy por debajo del pico de 41-50 años) y en el desencadenante traumático nítido, lo que obligó a situar el duelo complicado como un foco terapéutico prioritario.

En relación con la eficacia del abordaje integrado, la evidencia científica respalda la estrategia terapéutica implementada. El tratamiento basado en abstinencia mejora prospectivamente los síntomas psicológicos⁽¹²⁾, mientras que el modelo integrado —que combina farmacoterapia y psicoterapia desde la fase de estabilización— demuestra superioridad sobre los enfoques secuenciales. Komischke-Konnerup et al.⁽¹³⁾ documentan la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales focalizadas en el duelo para reducir síntomas depresivos y prevenir recaídas en pacientes con pérdidas traumáticas. En su metaanálisis, la combinación de técnicas de exposición y reestructuración cognitiva logró mejorías significativas, lo cual respalda la estrategia aquí descrita.

Asimismo, Bighelli et al.,⁽¹⁴⁾ y Bernal García et al.,⁽¹⁵⁾ encontraron que los pacientes alcohólicos en abstinencia mostraban menores niveles de desesperanza e impulsividad que los consumidores activos, lo que coincide con el curso favorable observado tras la desintoxicación en este paciente.

Este informe de caso presenta varias limitaciones metodológicas. En primer lugar, su diseño de caso único impide la generalización de los resultados a otros pacientes con patología dual, ya que carece de grupo control y no permite establecer relaciones causales definitivas entre las intervenciones y la evolución observada. En segundo lugar, el seguimiento se limitó a tres meses, un período insuficiente para evaluar la consolidación de la abstinencia, la posible aparición de recaídas tardías o la resolución completa del duelo complicado. En

tercer lugar, la evaluación de la adherencia al tratamiento se basó en el autorreporte del paciente y en el control familiar, sin medidas objetivas, lo que pudo sobreestimar el cumplimiento terapéutico. En cuarto lugar, la falta de cegamiento en la aplicación de las escalas y en la intervención psicoterapéutica introduce un posible sesgo de evaluación.

Finalmente, al tratarse de un caso procedente de un único centro hospitalario, los resultados pueden no ser extrapolables a otros contextos. A pesar de estas limitaciones, el presente informe aporta una descripción detallada y éticamente rigurosa de un caso complejo, que puede servir como base para futuros estudios.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra que la tríada formada por trastorno por consumo de alcohol grave, depresión mayor y riesgo suicida exige un manejo integrado y simultáneo. El abordaje combinado de desintoxicación, farmacoterapia dual (sertralina y naltrexona) y psicoterapia cognitivo-conductual enfocada en el duelo permitió estabilizar al paciente, eliminar la ideación suicida y mantener la abstinencia a corto plazo. La principal lección es que el duelo complicado debe ser considerado un objetivo terapéutico central en estos pacientes, y que la coordinación entre los niveles hospitalario y comunitario resulta indispensable para la prevención de recaídas y la recuperación funcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barroso Fontanals ME, Pacios Dorado JL, Sánchez Blanco LA. Crisis de salud mental: un problema médico vigente. Rev. estud. HolCien. [Internet]. 2024 [citado 21/01/2026];5(2). Disponible en: <https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/382>
2. Organización Panamericana de la Salud - PAHO. Depresión. OPS/OMS. [Internet]. 2025 [citado 21/01/2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
3. Organización Mundial de la Salud. Trastorno depresivo. OMS. [Internet] 2025 [citado 21/01/2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. National Institute on Alcohol, Abuse and Alcoholism. Comprensión del trastorno por consumo de alcohol. Alcohol's Effects on Health – NIH. [Internet] 2024 [citado 21/01/2026]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/comprehension-del-trastorno-por-consumo-de-alcohol>

5. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 Criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*. [Internet] 2024 [citado 21/01/2026]; 170(8):834-851. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3767415/>
6. National Institute on Alcohol, Abuse and Alcoholism. Trastorno por consumo de alcohol: una comparación entre el DSM-IV y el DSM-5. *Alcohol's Effects on Health – NIH*. [Internet] 2021 [citado 21/01/2026]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/trastorno-por-consumo-de-alcohol-una-comparacion-entre-el-dsm-iv-y-el-dsm-5>
7. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>
8. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. [Internet] 1960 [citado 21/01/2026];23:56-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14399272/>
9. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. [Internet] 1979 [citado 21/01/2026];47(2):343-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/469082/>
10. Alayón R. El consumo de sustancias, un factor de riesgo de la conducta suicida. *Prevención del suicidio – SOM*. [Internet] 2024 [citado 21/01/2026]. Disponible en: <https://prevencionsuicidio.som360.org/es/articulo/consumo-sustancias-factor-riesgo-conducta-suicida>
11. González de Armas CE, González Roger M, Guerra Guerra MM, Capote Bueno MI. Depresión y riesgo suicida en pacientes alcohólicos ingresados en el Servicio de Adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Rev. Hosp. Psiq. Hab*. [Internet]. 2025 [citado 21/01/2026];17(3):e181. Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/181>
12. Zizzi A, Berri IM, Berri A, Occhipinti M, Escelsior A, Guglielmo R, et al. Psychological dimensions in alcohol use disorder: comparing active drinkers and abstinent patients. *Front. Psychiatry*. [Internet] 2024 [citado 21/01/2026]; 15. Disponible en:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1420508/full>

13. Komischke-Konnerup KB, Zachariae R, Boelen PA, Mareello MM, O'Connor M. Grief-focused cognitive behavioral therapies for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. [Internet] 2024 [citado 21/01/2026];92(4):236-248. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38573714/>

14. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. [Internet] 2021 [citado 21/01/2026];8(11):969-980. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34653393/>

15. Bernal García P, Muñoz Algar MJ. Estudio de la conducta suicida en mujeres con TCA en una unidad de deshabitación alcohólica. Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental (Interpsiquis) – XVI Edición. [Internet] 2015 [citado 21/01/2026]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/estudio-de-la-conducta-suicida-en-mujeres-con-tca-en-una-unidad-de-deshabitacion-alcoholica>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

MEBF: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Redacción, revisión y edición, Redacción del borrador original.

NJSB: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Redacción, revisión y edición, Redacción del borrador original.

AHD: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Validación, Redacción, revisión y edición, Redacción del borrador original.

ERL: Conceptualización, Investigación, Metodología, Validación, Redacción, revisión y edición, Redacción del borrador original.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial en la redacción de este manuscrito.