

Comorbilidad psiquiátrica en una muestra de pacientes con dependencia de cocaína atendidos ambulatoriamente en la red drogas de la Comunidad de Madrid

Psychiatric comorbidity in a sample of cocaine-dependent outpatients seen in the Community of Madrid drug addiction care network

ISABEL MARTÍNEZ-GRAS*; FRANCISCO FERRE NAVARRETE**; JESÚS PASCUAL ARRIAZU**; JOSÉ PEÑAS PASCUAL****; MARIANO DE ICETA RUIZ DE GAUNA***; DAVID FRAGUAS HERRÁEZ***; GABRIEL RUBIO VALLADOLID* AND GIPA.

* 12 de Octubre University Hospital. Madrid, Spain.**Gregorio Marañón University Hospital. Madrid, Spain.***Infanta Sofia Hospital. Madrid, Spain.****Drug Addicts Care Center. Usera (Madrid), Spain.

The GIPA investigators include: Del Álamo C [Infanta Cristina University. Parla (Madrid), Spain], Alcaraz P [Drug Addicts Care Center. Parla (Madrid),Spain], Aranda Martínez C [Drug Addicts Care Center. Arganda(Madrid), Spain], Artolazábal J [Integral Care Center for Drug Addicts. San Fernando de Henares (Madrid), Spain], Correas J [Henares Hospital. Coslada (Madrid), Spain], Llaveró R [Integral Care Center for Drug Addicts. Coslada (Madrid), Spain], Montes JM [Sureste Hospital. Arganda (Madrid), Spain], Morante del Peral J [Integral Care Center for Drug Addicts. Tetuan (Madrid),Spain], Palomares Martín A [Integral Care Center for Drug Addicts. Vallecas (Madrid),Spain].

Resumen

El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia actual de trastornos psiquiátricos en pacientes dependientes de cocaína atendidos en los diferentes centros de tratamiento en la Comunidad de Madrid. Se trata de un estudio multicéntrico prospectivo realizado con una muestra de 197 sujetos con dependencia de cocaína. El instrumento de evaluación utilizado fue la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV) (Entrevista de Investigación Psiquiátrica para Trastornos Mentales y Sustancias). La prevalencia actual de comorbilidad psiquiátrica encontrada fue del 64.0%. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes no relacionados con el consumo fueron el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (34,5%) y los trastornos depresivos (13,7%). El trastorno por uso de sustancias más frecuente fue la dependencia del alcohol (28.4%). Los pacientes dependientes de cocaína que presentaron un trastorno depresivo y los que presentaron dependencia del alcohol mostraron un perfil clínico de mayor gravedad y un mayor grado de psicopatología medido a través de diferentes instrumentos de evaluación en relación con los pacientes que sólo presentaban dependencia de la cocaína. Estos datos sugieren que la presencia de comorbilidad psiquiátrica podría constituir un factor de riesgo asociado a la gravedad de la dependencia de la cocaína. La heterogeneidad clínica encontrada recomienda la búsqueda de tratamientos individualizados que se ajusten de manera más específica a las necesidades de esta población.

Palabras clave: Cocaína, Trastornos Relacionados con Sustancias, Dependencia del Alcohol, Trastornos Depresivos, PRISM.

Abstract

The objective of this study was to estimate the current prevalence of psychiatric disorders in cocaine-dependent patients who attend different treatment centres in the Community of Madrid. A prospective multicentre study was used, and a total of 197 cocaine-dependent subjects were assessed. The assessment instrument used for diagnosis was the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV). The main findings of this study were a high prevalence of psychiatric comorbidity in cocaine-dependent patients seeking treatment (64.0%). The most common Non Substance Use Disorders found were attention-deficit/hyperactivity Disorders (34.5%) and depressive disorders (13.7%). The most common Substance Use Disorder was alcohol dependence (28.4%). Cocaine-dependent patients who had a depressive disorder and were alcohol dependent presented a more severe clinical profile and a higher degree of psychopathology, measured using different assessment tools, than the patients who were only cocaine dependent. These data suggest that the presence of psychiatric comorbidity could constitute a risk factor associated with the severity of cocaine dependence. The clinical heterogeneity found also indicates the need to search for individualised treatments that more specifically fit the needs of this population.

Keywords: Cocaine, Substance-Related Disorders, Alcohol Dependence, Depressive Disorder, PRISM.

Recibido: Abril 2014; *Aceptado:* Julio 2015

Enviar correspondencia a:

Dra. Isabel Martínez-Gras. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Avda Córdoba s/n, Madrid 28041. E-mail: isabelmgrav@gmail.com

La dependencia de la cocaína es un trastorno con un curso crónico y recaídas frecuentes (McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000). Las consecuencias de este trastorno se asocian a un número significativo de problemas médicos, psicológicos y sociales, incluyendo la propagación de enfermedades infecciosas (i.e., SIDA, hepatitis y tuberculosis) y conduce al individuo y a la sociedad a incurrir en costes elevados de atención médica y legal, por lo que se ha convertido en un problema importante de salud pública.

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2014), España es uno de los países europeos con mayor prevalencia de consumo de cocaína entre la población general. La cocaína es la segunda sustancia psicoactiva ilegal más consumida en España. Estudios epidemiológicos estiman que un 2.2% de la población española entre 15-65 años utilizó cocaína una vez en el último año (Observatorio Español de Drogas, 2011).

Por otro lado, en España, hay pocos datos sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los consumidores de cocaína. La información de las muestras clínicas y no clínicas (Herrero, Domingo-Salvany, Torrens y Brugal, 2008; Herrero, Domingo-Salvany, Brugal y Torrens, 2011; Tortajada et al., 2012) estima que entre el 42.0 y el 65.0% de los consumidores de cocaína tienen un trastorno psiquiátrico concurrente.

El consumo de cocaína se asocia con una amplia variedad de trastornos mentales y psicológicos. Los más habituales son el abuso de sustancias (Arias et al., 2013; Carroll y Rounsaville, 1992; Falck, Wang, Siegal y Carlson, 2004; Herrero et al., 2008; Kleinman et al., 1990; Malow, West, Corrigan, Pena y Lott, 1992; Regier et al., 1990; Rounsaville et al., 1991; Falck et al., 2004), los trastornos del humor y de la ansiedad (Falck et al., 2004; Herrero et al., 2011; Rounsaville et al., 1991) y los relacionados con la impulsividad (Kjome et al., 2010; LoBue et al., 2014; Moeller et al., 2001; Vonmoos et al., 2013) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad [TDAH] (Levin, Evans, y Kleber, 1998; Levin et al., 2004; Vergara-Moragues et al., 2011).

El resultado del tratamiento para la dependencia de cocaína no es especialmente bueno. La alta tasa de fracaso en el tratamiento ambulatorio de personas adictas a la cocaína es muy frecuente y tiene un impacto muy negativo en sus familias, en la sociedad y en los propios pacientes (Ahmadi et al., 2009; Poling, Kosten, y Sofuoglu, 2007). Entre las diferentes variables que se han asociado al resultado del tratamiento para la dependencia de cocaína, hay una notable presencia de trastornos psiquiátricos asociados, tales como alcoholismo, trastornos impulsivos y trastornos del humor (Agosti, Nunes, Stewart, y Quitkin, 1991; Ahmadi, Kampman y Dackis, 2006; Ahmadi et al., 2009; Alterman et al., 2000; Carroll, Rounsaville y Bryant, 1993; Heil, Badger y Higgins, 2001; Levin et al., 2004; Moeller et al., 2001; Poling et al., 2007; Siqueland et al., 2002) pero se desconoce la influencia

que estas variables pueden tener sobre el pronóstico de estos pacientes. Un aspecto que ha recibido poca atención en este campo de estudio es la influencia de la presencia de un trastorno comórbido en el resultado del tratamiento para este tipo de pacientes. Pensamos que profundizar en estos aspectos podría ser útil para el diseño de estrategias para fomentar la adherencia al tratamiento y mejorar el manejo de estos pacientes.

El objetivo de este estudio fue evaluar la comorbilidad psiquiátrica y psicológica en pacientes dependientes de cocaína en un estudio de seguimiento prospectivo realizado en pacientes que asisten a diferentes centros de tratamiento en la Comunidad de Madrid. Los sujetos incluidos en esta muestra fueron reclutados como parte de un estudio multicéntrico prospectivo, con el fin de investigar la influencia de las variables clínicas en el pronóstico de los pacientes dependientes de cocaína durante el curso de un año. Este estudio forma parte de un proyecto general más amplio llevado a cabo por el grupo de investigación "GIPA" (Grupo de Investigación de Psiquiatría de la Adicción) para determinar el peso de las variables clínicas en el pronóstico de pacientes dependientes de cocaína durante un año. Para llevar a cabo este proyecto, se emplearon instrumentos de evaluación diseñados para pacientes con doble diagnóstico (la entrevista PRISM; Torrens, Serrano, Astals, Perez-Dominguez y Martin-Santos, 2004) junto con otras evaluaciones psicológicas destinadas a determinar la severidad de los síntomas afectivos (Hamilton Rating Scale for Depression), la impulsividad (Barratt Impulsiveness Scale) y otras escalas para la medición de la severidad de la dependencia de la cocaína y el abuso de otras sustancias (el Índice de Severidad de Adicción, entre otros).

Métodos

Participantes

Durante el período de estudio, 625 pacientes ambulatorios que requerían tratamiento para la dependencia de cocaína entre enero de 2009 y septiembre de 2009 fueron atendidos en los siete centros de la red de atención a la drogadicción de la Comunidad de Madrid. De estos, 206 fueron excluidos por ser pacientes antiguos en recaída o porque la gravedad de la dependencia aconsejaba su remisión a una unidad hospitalaria. Un total de 57 pacientes fueron excluidos por ser principalmente dependientes de opiáceos. Después de completar el tratamiento de desintoxicación, se explicó el propósito del estudio a los pacientes y 155 sujetos rehusaron participar. La razón principal para no aceptar fue que no querían quedarse el tiempo adicional necesario para completar las evaluaciones incluidas en la investigación. Diez pacientes no fueron excluidos por no asistir a la entrevista en la que habrían tenido que firmar el consentimiento informado. El tamaño de muestra se calculó considerando que el 20-30% de los incluidos en el estudio abandonarían.

La población consistió en 197 personas con diagnóstico de dependencia de la cocaína y que asistieron a uno de los siete centros en el estudio, es decir, los centros de la red de atención a la drogadicción de la Comunidad de Madrid (Ayuntamiento de Madrid y la Agencia Antidroga). Los centros fueron seleccionados para representar a la red pública general de tratamiento de drogas en Madrid (dos centros estaban en las afueras de la Comunidad y el resto en la zona central de la ciudad de Madrid).

Los criterios de inclusión principales para participar en el estudio fueron: (a) diagnóstico de dependencia de la cocaína durante los últimos 12 meses según los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales- texto revisado* [DSM-IV-RT]; (b) tener por lo menos 18 años de edad (edad entre 18 y 65); (c) haber completado un proceso de desintoxicación de cocaína; (d) saber leer y escribir; y (d) haber firmado el formulario de consentimiento informado. Como criterio de exclusión se consideró la presencia de enfermedades médicas o neuropsiquiátricas que conlleven deterioro neuropsicológico (traumatismo craneal o cociente intelectual (CI) < 80)).

Procedimiento

Los pacientes acudieron voluntariamente a uno de los centros públicos donde el estudio se llevó a cabo, buscando tratamiento para su adicción a las drogas. El sistema de evaluación utilizado en estos centros fue similar. La desintoxicación se realizó de forma ambulatoria y duró entre 10- 15 días, durante los cuales se llevaron a cabo pruebas de detección de drogas en la orina dos veces por semana. Se determinó que el paciente estaba desintoxicado cuando presentaba tres pruebas de orina consecutivas libres de drogas (10 días). Luego, se citó al paciente para explicarle el estudio y, una vez que firmaba el consentimiento (10 días más tarde), los investigadores le citaban para completar el protocolo de estudio (7 días más tarde). Posteriormente, se realizó el examen clínico (psicológico, psicopatológico y psiquiátrico) y los pacientes fueron incluidos en el programa de tratamiento en cada uno de los centros de drogas incluidos en el proyecto. Los comités de ética de los diferentes hospitales aprobaron el protocolo del estudio.

Evaluaciones

Datos sociodemográficos. Se recogieron las siguientes variables como parte del protocolo del estudio: sexo, edad, estado civil actual, situación socioeconómica, años de educación, situación laboral, situación legal, historia de uso de drogas (edad cuando comenzó a usar la cocaína, edad cuando empezó a usarla regularmente o a diario, uso acumulado en el último mes), tratamiento previo y situación con respecto a enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis, el VIH y la hepatitis viral.

Diagnóstico. Para diagnosticar los trastornos mentales, se utilizó una entrevista clínica estructurada para pacien-

tes con comorbilidad psiquiátrica (Entrevista Psiquiatría de Investigación para Sustancias y Trastornos Mentales y la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV; PRISM) versión española (Torrens et al., 2004). El PRISM fue administrado en cada centro por un psiquiatra entrenado, que evaluó los datos demográficos del paciente y los trastornos "actuales" (últimos 12 meses) del Eje I del DSM-IV (uso de sustancias y trastornos psiquiátricos, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos psicóticos y alimentarios) y dos trastornos del Eje II: los trastornos de personalidad límite y antisocial. La entrevista PRISM ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en cuanto a la fiabilidad test-retest (Hasin et al., 2006), fiabilidad inter-evaluadores (Morgello et al., 2006) y validez (Torrens et al., 2004) para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos entre los usuarios de sustancias. Antes de comenzar el estudio, se realizó un proyecto piloto para mejorar el acuerdo entre los investigadores (concordancia del 75% para el diagnóstico de los trastornos afectivos y psicóticos). Los diagnósticos se realizaron considerando el diagnóstico actual (criterios en los últimos 12 meses). Se asumió que los trastornos de la personalidad eran característicos tanto del funcionamiento adulto actual como del pasado.

Ante la sospecha de un diagnóstico de TDAH adulto, se utilizó la escala de autoinforme de TDAH adultos (ASRS-V1.1; Kessler et al., 2005a). Para realizarse el diagnóstico de TDAH adulto, el participante debería cumplir los siguientes criterios: (1) todos los criterios DSM-IV-RT para el TDAH (i.e., presentar al menos 6 de los 9 síntomas de inatención o hiperactividad/impulsividad en grado clínicamente significativo) siendo adulto, sin ninguna remisión desde la infancia; (2) todos los criterios DSM-IV-RT para el TDAH de la infancia (en retrospectiva); y (3) no tener ningún otro trastorno psiquiátrico que explicara mejor la sintomatología de TDAH.

Evaluación de las áreas psicosociales. La Hamilton Depression Rating Scale (HDRS [Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton]) se utilizó para medir la severidad de los síntomas depresivos. Es un test administrado por el entrevistador, diseñado para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y los cambios en pacientes deprimidos (Ramos-Brieva y Cordero-Villafañila, 1988). La impulsividad se midió utilizando la Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11 [Escala de Impulsividad de Barratt]), que es una medida de autoinforme multidimensional de la impulsividad que consta de 30 ítems y las subescalas cognitivas, motores y de no-planificación (Patton, Stanford y Barratt, 1995). Utilizando la versión española del BIS-11, se encontró un buen coeficiente alfa para la escala total (0.75) y la estructura factorial confirmaba el modelo de 3 factores de impulsividad de Barratt (Oquendo et al., 2001). La severidad de los patrones de dependencia de la cocaína y las circunstancias de su consumo en los 12 meses previos a la entrevista se evaluaron con la versión española de la Severity of Dependence Scale (SDS [Escala de Grave-

dad de la Dependencia]; González-Saiz y Salvador- Carulla, 1998). La SDS es una escala de 5 ítems que miden los componentes más psicológicos de la dependencia. Más concretamente, evalúa la percepción del sujeto del deterioro de su control sobre el consumo de drogas, así como su preocupación y ansiedad para obtener la droga. Los ítems se evalúan en una escala tipo Likert, con puntuaciones entre 0 y 3. La puntuación total del SDS oscila entre 0 y 15 y una mayor puntuación indica un mayor nivel de dependencia de la droga en cuestión. La gravedad de los síntomas de abstinencia al dejar el consumo de cocaína se midió con la Cocaine Selective Severity Assessment (CSSA [Evaluación Selectiva de la Severidad de la Cocaína]; Kampman et al., 1998). La CSSA es un instrumento de 18 ítems, administrado por el entrevistador, que mide los signos y síntomas más frecuentemente asociados con la cesación precipitada del uso de la cocaína. Cada ítem del CSSA se evalúa en una escala que oscila entre 0-7, obteniendo una puntuación total sumando todos los ítems individuales. La CSSA parece ser una medida válida de los síntomas de abstinencia de la cocaína. Los ítems que reciben la puntuación más alta en la CSSA son consistentes con los criterios del síndrome de abstinencia de la cocaína identificados en el DSMIV-TR. Para evaluar la gravedad de la adicción se utilizó el Addiction Severity Index [Índice de Severidad de la Adicción]; Bobes et al., 2007). Es una entrevista semiestructurada, diseñada para abordar siete áreas potenciales problemáticas en pacientes con abuso de sustancias: estado médico, empleo y apoyo, uso de drogas, consumo de alcohol, situación jurídica, condición familiar/social y estado psiquiátrico. Por último, la impresión general de la gravedad clínica, así como la evaluación global de funcionamiento se evaluaron con la Clinical Global Impression Scale (CGI [Escala de la Impresión Clínica Global]; Rockville, 1976) y la Global Assessment of Functioning Scale (GAF [Escala de Evaluación Global del Funcionamiento]; American Psychiatric Association, 2000), respectivamente. La CGI es una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad de los síntomas. La GAF es una escala basada en el Eje V del sistema multiaxial diagnóstico del DSM-IV-RT que determina, con una puntuación de 0 a 100, la capacidad de adaptación y funcionamiento de un individuo.

Análisis Estadístico

Se calcularon los estadísticos descriptivos simples utilizando frecuencias y porcentajes para los datos categóricos y la media y las desviaciones típicas para los datos continuos. Las comparaciones se realizaron utilizando la prueba chi-cuadrado y las pruebas exactas de Fisher para las variables categóricas y la prueba *t* y el análisis de varianza (ANOVA) para las variables continuas. Se utilizó un modelo de regresión logística para evaluar la influencia de otras variables sobre la morbilidad psiquiátrica. Para determinar las variables asociadas a la presencia de comorbilidad, se realizó

un análisis de regresión logística por pasos hacia atrás, con la presencia de comorbilidad psiquiátrica como la variable dependiente. En un segundo y tercer análisis de regresión, se determinaron las variables que podrían predecir la presencia de dependencia del alcohol o de un trastorno afectivo, empleando la dependencia del alcohol y los trastornos depresivos, respectivamente, como variables dependientes. El estadístico de Hosmer-Lemeshow se utilizó para evaluar la bondad de ajuste del modelo de regresión logística. Para todos los análisis se utilizó el SPSS (versión 20.0).

Resultados

De los 197 sujetos, el 85.8% eran hombres y el 14.2% eran mujeres. La edad media fue de 35.2 (SD = 6.0). La media de años de educación eran 15,0 años (SD = 1,2). Aproximadamente el 66.5% estaban trabajando. Un 57.4% estaban solteros/as, 26.4% estaban casados/as o vivían en pareja y un 29.6% estaban separados/as, divorciados/as o viudos/as. El 76.6% no tenía antecedentes penales, el 15.7% estuvo detenido en una comisaría de policía y el 7.6% había pasado una noche o más tiempo en la cárcel o prisión (Tabla 1). La edad media de los hombres fue mayor que la de las mujeres ($p = 0.023$), predominando los casados ($p = 0.000$) y con empleo ($p = 0.0043$). Las mujeres presentaban menos años de educación ($p = 0.016$) y mas antecedentes de haber estado en prisión ($p = 0.0001$) (Tabla 1)".

La edad media del inicio del consumo de cocaína fue de 21.6 años (SD = 5.4) y la edad media del consumo regular (uso diario) fue de 25.6 años (SD = 6.9). Los sujetos mostraron un consumo promedio acumulativo de cocaína en el último mes de 3.0 gr (SD = 1.3). Controlando el sexo, no encontramos diferencias estadísticas.

En general, el 49.7% de la muestra había recibido algún tratamiento psiquiátrico o psicológico relacionado con el consumo de drogas (32.0% tratamiento ambulatorio, 6.1% en centros de día y 5.1% en las comunidades terapéuticas). Se encontraron diferencias según el género entre los sujetos que recibían tratamiento y aquellos que no. Con respecto a las enfermedades infecciosas, el 63.0% de la muestra tenía algún tipo de marcador de hepatitis vírica. El 79.0% de la muestra fueron seropositivos, mientras que solo un 3.0% presentaron infección por VIH.

Como se muestra en la Tabla 2, el 64.0% de los sujetos presentó comorbilidad con algún trastorno psiquiátrico. El 36.5% no cumplió criterios de trastornos psiquiátricos DSM-IV, exceptuando la dependencia de la cocaína. Cerca del 40.6% sólo presentó un trastorno psiquiátrico comórbido y cerca del 22.8% presentó uno o más trastornos psiquiátricos comórbidos. Con respecto al tipo de trastorno, el 50.8% presentaban un diagnóstico del Eje I distinto de la dependencia a la cocaína, el 3.0% sólo presentaba un diagnóstico del Eje II y el 9.6% presentaba diagnósticos tanto del Eje I como del Eje II (Tabla 2).

Tabla 1. *Variables Socio-Demográficas y Patrones de Uso de Drogas en la Muestra General*

	TOTAL N = 197	Hombres N = 169 (85.8)	Mujeres N = 28 (14.2)	χ^2/f	Significación ♂ vs. ♀
Edad [media (DT)]	35.2 (6.0)	35.6 (6.0)	32.7 (5.8)	0.121	0.023*
Estado civil actual					
Soltero/a	113 (57.4)	94 (55.6)	19 (67.9)	18.113	0.000***
Casado/a-vive en pareja	52 (26.4)	49 (29.0)	3 (10.7)		
Divorciado/a-Separado/a	26 (13.2)	24 (14.2)	2 (7.1)		
Viudo/a	6 (3.0)	2 (1.2)	4 (14.3)		
Nivel socioeconómico					
Bajo	73 (37.1)	59 (34.9)	14 (50.0)	4.408	0.110
Medio	106 (53.8)	96 (56.8)	10 (35.7)		
Alto	8 (9.1)	14 (8.3)	4 (14.3)		
Años de educación [media (DT)]	15.0 (1.3)	15.2 (1.3)	14.5 (1.3)	1.532	0.016*
Trabajo					
Empleado/a	131 (66.5)	108 (63.9)	23 (82.1)	3.586	0.043*
Desempleado/a	66 (33.5)	6 (36.1)	5 (17.9)		
Antecedentes penales					
Sin antecedentes penales	151 (76.6)	133 (78.7)	18 (64.3)	14.141	0.001**
Comisaría de policía	31 (15.7)	28 (16.6)	3 (10.7)		
Cárcel	15 (7.6)	8 (4.7)	7 (25.0)		
Edad de inicio en el consumo de cocaína (años) [media (DT)]	21.6 (5.4)	21.4 (5.7)	19.9 (3.4)	7.023	0.059
Edad de uso regular de cocaína (años) [media (DT)]	25.6 (6.9)	25.5 (6.7)	25.9 (8.1)	0.369	0.799
Cantidad acumulada de cocaína (gr) durante el mes pasado [media (DT)]	3.0 (1.3)	2.9 (1.22)	3.0 (1.5)	4.565	0.784
Tratamiento previo					
Sí	98 (49.7)	83 (49.1)	15 (53.6)	0.191	0.688
No	99 (50.3)	86 (50.9)	13 (46.4)		

Nota. * p < 0.05; ** p < 0.005; *** p < 0.001. N= Número de sujetos.

Trastornos del Eje I

En cuanto a los trastornos por uso de sustancias (TUSs) distintos de la dependencia a la cocaína, el 28.4% fueron diagnosticados como dependientes del alcohol. En relación a los trastornos no relacionados con el uso de sustancias (NTUSs), el 13.7% cumplieron los criterios para un trastorno depresivo actual, el 3.6% para un trastorno bipolar actual, el 4.1% para trastornos psicóticos actuales y el 34.5% para un TDAH actual (Tabla 2).

Trastornos del Eje II

El 12.7% de sujetos cumplieron los criterios para un trastorno de personalidad (trastorno de personalidad límite o antisocial, ver Tabla 2).

Género

No hubo diferencias significativas en la comorbilidad psiquiátrica debido al género. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en la dependencia del alcohol, que

Tabla 2. *Diagnósticos Psiquiátricos Actuales en la Muestra General Clasificada por Género*

	TOTAL N (%) 197 (100.0)	Hombres N (%) 169 (85.8)	Mujeres N (%) 28 (14.2)	χ^2 /f value	Significancia ♂ vs. ♀
Comorbilidad	126 (64.0)	105 (62.1)	20 (16.0)	0.896	0.402
Número de trastornos					
Ningún trastorno (excepto la dependencia de cocaína)	72 (36.5)	62 (39.0)	8 (28.6)		
1 trastorno	80 (40.6)	68 (40.2)	14 (50.0)	1.024	0.599
> 1 trastorno	45 (22.8)	39 (23.1)	6 (21.4)		
Eje I distinto de la dependencia de cocaína	100 (50.8)	89 (52.7)	11 (39.2)	1.720	0.223
Eje II	6 (3.0)	0 (0.0)	6 (21.4)	37.352	0.000
Eje I y Eje II distinto de la dependencia de cocaína	19 (9.6)	16 (9.5)	3 (10.7)	0.043	0.738
Eje I					
Trastornos por uso de sustancias					
Alcohol	56 (28.4)	53 (31.4)	3 (10.7)	5.033	0.024
Dependencia de otras sustancias	2 (1.0)	2 (1.2)	0 (0.0)	0.335	1.000
Trastornos no relacionados con el uso de sustancias					
Trastornos depresivos	27 (13.7)	22 (15.6)	5 (17.8)	0.476	0.552
Trastorno bipolar	7 (3.6)	5 (2.9)	2 (7.1)	1.227	0.260
Trastornos psicóticos	8 (4.1)	5 (2.9)	3 (10.7)	3.709	0.088
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	68 (34.5)	59 (34.9)	9 (32.1)	0.081	0.833
Eje II					
Trastornos de personalidad	25 (12.7)	16 (9.5)	9 (32.1)	11.147	0.003

Nota. N= Número de sujetos.

Tabla 3. *Regresión Logística. Primer análisis de regresión con la presencia de comorbilidad como variable dependiente. Segundo análisis de regresión con la presencia de dependencia del alcohol como variable dependiente. Tercer análisis de regresión utilizando la presencia de los trastornos depresivos como variable dependiente.*

Variable	Coefficiente	ES	Wald	valor-p	OR	IC 95%
Comorbilidad						
Edad de inicio en el consumo de cocaína (años)	0.09	0.03	7.34	0.007	1.10	1.03-1.18
Cantidad acumulada de cocaína (gr) durante el mes pasado	0.57	0.17	10.98	0.001	1.75	1.25-2.44
Dependencia del alcohol						
Hombre	1.24	0.64	3.70	0.054	3.48	0.98-12.39
Trastornos depresivos						
Tratamiento previo	2.04	0.65	9.65	0.002	7.733	2.12-28.09

Note. ES = Error estándar; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza.

fue más frecuente entre los hombres ($p = 0.024$) y en los trastornos de la personalidad, que fueron más frecuentes en las mujeres ($p = 0.003$) (Tabla 2).

Factores asociados con la comorbilidad psiquiátrica

Como se muestra en la Tabla 2, los trastornos comórbidos más frecuentes en nuestra muestra fueron los del Eje I: el TDAH, la dependencia del alcohol y los trastornos depresivos. Dado que un criterio para el diagnóstico de TDAH y los trastornos de personalidad requiere que el inicio de estas condiciones ocurriese durante la niñez o la adolescencia y que nuestro estudio se centró en la presencia de los trastornos comórbidos actuales, al analizar las variables relacionadas

con la presencia de comorbilidad y aquellas relacionadas con el curso clínico, se excluyeron aquellos trastornos del análisis.

En el análisis de regresión logística, se encontró que entre las variables demográficas y las variables dependientes del uso de sustancias, la edad del inicio en el uso de la cocaína y el consumo acumulativo de cocaína en el último mes, respectivamente, fueron algunas de las variables retenidas en el modelo y que presentaron un valor estadísticamente significativo de la *odds ratio* (OR), por lo que estas variables aumentarían la probabilidad de desarrollar la comorbilidad psiquiátrica (Figura 3). Con el fin de analizar qué variables podrían predecir la presencia de dependencia del alcohol, sólo los hombres (vs. las mujeres) presentaron un valor esta-

Tabla 4. Variables relacionadas con el Curso Clínico

	Sólo dependencia cocaína N = 72 (64.9)		Dependencia cocaína y trastorno depresivo N = 11 (9.9)			Sólo dependencia cocaína N = 72 (64.9)		Dependencia cocaína y alcohol N = 28 (25.2)		
	M	DT	M	DT	valor-p	M	DT	M	DT	valor-p
ASI médica	0.4	0.9	0.7	1.6	0.196	0.4	0.9	1.0	1.8	0.050
ASI empleo	0.7	1.5	0.2	0.4	0.714	0.7	1.5	2.0	3.3	0.007
ASI alcohol	0.8	1.7	0.7	1.6	0.259	0.8	1.7	1.5	2.3	0.040
ASI drogas	1.8	2.5	5.1	2.7	0.045	1.8	2.5	3.0	3.4	0.021
ASI legal	0.2	0.7	1.3	2.8	0.004	0.2	0.7	0.9	1.2	0.015
ASI familia	1.1	1.8	3.5	1.1	0.041	1.1	1.8	1.7	2.3	0.154
ASI psiquiátrica	1.1	2.3	2.8	0.6	0.043	1.1	2.3	2.4	2.9	0.005
SDS	7.3	4.1	10.5	1.4	0.039	7.3	4.1	8.2	4.6	0.190
CSSA	9.2	8.6	11.8	10.2	0.435	9.2	8.6	13.9	9.4	0.025
HDRS	3.4	2.8	8.0	2.1	0.000	3.4	2.8	4.5	3.8	0.036
CGI	2.4	1.2	2.9	1.7	0.928	2.4	1.2	2.3	1.8	0.135
GAF	59.3	36.8	57.3	34.6	0.830	59.3	36.8	49.4	35.4	0.087
BIS - atencional	12.1	3.5	14.1	4.2	0.035	12.1	3.5	12.7	3.5	0.603
BIS - motor	10.7	7.1	12.0	5.8	0.465	10.7	7.1	14.0	5.9	0.006
BIS - no-planificación	18.2	4.5	20.5	2.6	0.025	18.2	4.5	17.4	5.6	0.192
BIS - total	41.0	12.4	42.8	11.4	0.578	41.0	12.4	43.4	12.9	0.262

Nota. M = Media; DT = desviación típica; ASI = índice de severidad de adicción; SDS= Severity of Dependence Scale; CSSA= Cocaine Selective Severity Assessment; HDRS= Hamilton Rating Scale for Depression; CGI= Clinical Global Impression Scale; GAF= Global Assessment of Functioning Scale; BIS= Barratt Impulsiveness Scale.

dísticamente significativo de la OR, por lo que los hombres presentaron una mayor probabilidad de desarrollar dependencia del alcohol (Tabla 3).

En un tercer análisis de regresión se encontró que el hecho de haber recibido tratamiento previo predecía la presencia de un trastorno depresivo comórbido (Tabla 3).

Variables relacionadas con el curso clínico

Como se muestra en la Tabla 4, los pacientes dependientes de la cocaína que también presentaron un trastorno depresivo comórbido obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en las escalas de drogas, situación legal, familiar y psiquiátrica del ASI y en las puntuaciones de depresión medidas a través del HRSD que los pacientes sólo dependiente de la cocaína. Además, estos sujetos obtuvieron puntuaciones más altas en la SDS y puntuaciones significativamente más altas en las subescalas de atención y de no-planificación de la BIS.

Por otro lado, los pacientes con dependencia de la cocaína y del alcohol obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en las escalas médica, empleo, alcohol, drogas, legal y psiquiátrico del ASI y en las subescalas de la CSSA en comparación con aquellos pacientes que sólo fueron dependientes de la cocaína. Con respecto a la HDRS, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los pacientes que sólo fueron dependientes de la cocaína. Por

el contrario, las puntuaciones GAF fueron significativamente más bajas que las de los pacientes sólo dependientes de la cocaína. Por último, en cuanto a las puntuaciones de la BIS, este grupo de pacientes obtuvo puntuaciones más altas en la subescala motora de la BIS (Tabla 4).

Discusión

Este estudio examinó los diagnósticos psiquiátricos actuales en una muestra clínica de sujetos dependientes de la cocaína que demandaban tratamiento, evaluados mediante el PRISM. Los principales hallazgos de este estudio fueron: en primer lugar, una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes dependientes de la cocaína, que fueron reclutadas en diferentes centros de tratamiento en la Comunidad de Madrid (64.0%). En segundo lugar, los NTUSs más comunes encontrados fueron el TDAH (34.5%) y los trastornos depresivos (13.7%) y el TUS más común fue la dependencia del alcohol (28.4%). En tercer lugar, los pacientes dependientes de la cocaína con trastornos depresivos presentaron un perfil de mayor severidad, así como un mayor nivel de impulsividad, que los pacientes que sólo fueron dependientes de la cocaína. En cuarto lugar, los pacientes dependientes de la cocaína y del alcohol presentaron un perfil más severo, así como un mayor grado de impulsividad, que los pacientes sólo dependientes de la cocaína.

Como hemos indicado anteriormente, la discusión se centrará en los resultados de aquellos trastornos que no necesariamente empezaron en la niñez o la adolescencia para ser diagnosticados, como es el caso de los trastornos de la personalidad y el TDAH. En nuestra muestra de consumidores de cocaína, las tasas de comorbilidad con otros trastornos mentales, especialmente el alcoholismo y los trastornos afectivos, eran muy altos. Este dato sugiere que estos trastornos podrían ser considerados factores de riesgo que influirían en el desarrollo o en la severidad del abuso de cocaína.

Nuestros resultados mostraron una alta prevalencia actual de diagnósticos psiquiátricos (64.0%), aunque estas cifras fueron inferiores a las encontradas por otros autores, quienes calcularon tasas de prevalencia entre el 73.5 y el 75.0% (Alonso y Lepine, 2007; Andrews, Slade y Issakidis, 2002; Arias et al., 2013; Carroll y Rounsaville, 1992; Chan, Dennis y Funk, 2008; Falck et al., 2004; Grant et al., 2004; Herrero et al., 2008; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005b; Levin, Evans y Kleber, 1998; Rounsaville et al., 1991; Tortajada et al., 2012; Vergara-Moragues et al., 2012; Ziedonis, Rayford, Bryant y Rounsaville, 1994). Estas diferencias podrían ser el resultado de las variaciones en las variaciones en la metodología de estudio utilizada en la población analizada, incluyendo las herramientas diagnósticas, los criterios de inclusión y otras variables, como los efectos de cohorte.

Encontramos que el 13.7% de los pacientes dependientes de la cocaína presentaban un trastorno depresivo. Los datos disponibles en relación a los trastornos del estado de ánimo comórbidos estiman cifras entre el 14.0 y el 61.0%, superiores a los encontrados en nuestro estudio (Araos et al., 2014; Brown et al., 1998; Falck et al., 2004; Herrero et al., 2008; López y Becona, 2007; McKay et al., 2002; Weiss, Griffin y Mirin, 1992; Ziedonis et al., 1994). En los estudios que muestran mayores tasas de prevalencia de trastornos depresivos, un factor relevante lo constituye el momento en que se realiza la evaluación diagnóstica. Mientras que nosotros hicimos la evaluación entre 7-10 días después del ingreso, algunos estudios previos realizaron el diagnóstico poco después de que los pacientes hubieran comenzado el tratamiento, maximizando así los efectos de confusión de la intoxicación/abstinencia. La alta prevalencia de consumo de cocaína en pacientes con un trastorno depresivo no es fácil de explicar. Por un lado, apoyaría la idea de que los abusadores de cocaína que presentan un trastorno afectivo podrían ser farmacológicamente más sensibles a los efectos de la cocaína (Sofuoglu, Brown, Babb y Hatsukami, 2001). Alternativamente, podría ser que estos pacientes utilizaran la cocaína como una forma de automedicación de su depresión (Khantjian, 1985) o que ambos trastornos comparten factores de riesgo comunes (Kessler, 2004). Dada la complejidad de esta relación, el tratamiento debería ser individualizado en cada caso, determinando la relevancia de cada trastorno independientemente. En el análisis de regresión,

la única variable que aumenta la probabilidad de padecer un trastorno afectivo la de tener antecedentes de haber recibido tratamiento previo. Estos datos son consistentes con la observación clínica de que los pacientes dependientes de la cocaína con un trastorno depresivo presentan una mayor necesidad de consumir cocaína y que hay una mayor probabilidad de que abandonen el tratamiento que los consumidores de cocaína que no presentan un trastorno depresivo asociado (Brown et al., 1998). Además, algunos estudios han demostrado que los pacientes dependientes de la cocaína que presentan un trastorno afectivo son más conscientes de la necesidad de tratamiento por abuso de drogas que aquellos que no presentan depresión (Falck, Wang, Carlson, Eddy y Siegal, 2002). Por otro lado, los pacientes dependientes de la cocaína con un trastorno afectivo asociado diferían de los pacientes únicamente dependientes de cocaína en que obtuvieron puntuaciones más altas en las escalas ASI de drogas, situación legal, familiar y psiquiátrica, más severidad de la dependencia, más psicopatología, un estado general más severo y mayor impulsividad atencional y no planificada. Estos datos son consistentes con los datos reportados por otros autores (Falck et al., 2002; McKay et al., 2002). Dado que las características clínicas asociadas con la depresión comórbida podrían interactuar con el tratamiento, es importante conocer los perfiles clínicos de diagnóstico único y de diagnóstico dual de los usuarios de cocaína para determinar si los abusadores de la cocaína con depresión clínica podrían beneficiarse de tratamientos dirigidos a los síntomas depresivos.

Con respecto a la impulsividad, se ha afirmado que el trastorno depresivo unipolar se asocia con una mayor impulsividad durante los episodios depresivos (Corruble, Benyamina, Bayle, Falissard y Hardy, 2003). La impulsividad también parece estar asociada con la susceptibilidad para el abuso de sustancias y con los efectos conductuales de las drogas de abuso (Jentsch y Taylor, 1999; Moeller et al., 2002). Los pacientes con abuso de sustancias presentan puntuaciones elevadas en las medidas conductuales y de impulsividad (Allen, Moeller, Rhoades y Cherek, 1997; Moeller et al., 2002). La administración aguda de alcohol (Dougherty, Bjork, Bennett y Moeller, 1999) o de cocaína (Casella et al., 1994; Fillmore, Rush y Hays, 2002) incrementa las puntuaciones de las medidas conductuales de laboratorio de la impulsividad. Teniendo en cuenta estos datos, es posible hipotetizar que los sujetos dependientes de la cocaína con un trastorno depresivo presentan un mayor nivel de impulsividad que los pacientes dependientes de cocaína que no lo presentan.

Con respecto a la dependencia del alcohol, el 28.4% de la muestra presentaba un trastorno por dependencia del alcohol. La dependencia del alcohol es más frecuente entre la población dependiente de la cocaína. En la población general, el 84.0% de los individuos con abuso de cocaína a lo largo de la vida también ha presentado un trastorno por uso de alcohol (Helzer y Pryzbeck, 1988). Los resultados del es-

tudio Epidemiological Catchment Area (Área de Captación Epidemiológica) indican un mayor grado de asociación entre la dependencia del alcohol y de la cocaína que entre la dependencia por el alcohol y cualquier otro tipo de drogodependencia (Helzer y Pryzbeck, 1988). Tanto los estudios de pacientes dependientes de la cocaína que buscan tratamiento como los que no, sugieren que el 60.0% o más de estos individuos también cumplen los criterios para un diagnóstico de dependencia del alcohol a lo largo de la vida (Carroll et al., 1993; Heil et al., 2001; Higgins, Budney, Bickel, Foerg y Badger, 1994). Los resultados del presente estudio demuestran que los pacientes con dependencia del alcohol y de la cocaína presentaban un mayor y más complejo conjunto de problemas que los pacientes que solo presentaban una dependencia de la cocaína. Se encontró que estos pacientes presentaron una mayor severidad de problemas médicos, de desempleo, alcohol, drogas, legales y psiquiátricos, síntomas de abstinencia más graves, más sintomatología depresiva y un estado general más grave (Tabla 4). En este sentido, nuestros resultados coinciden con el perfil descrito por otros autores que indican que los individuos con dependencia simultánea de la cocaína y del alcohol muestran mayor deterioro conductual, psicológico y psiquiátrico que los individuos con sólo uno de los trastornos (Brady, Sonne, Randall, Adinoff y Malcolm, 1995; Carroll et al., 1993; Cunningham, Corrigan, Malow y Smason, 1993; Hedden, Malcolm y Latimer, 2009; Heil et al., 2001). Este patrón de consumo de ambas sustancias, podría ser el resultado de un conjunto de factores, que incluirían hechos como el de consumo de alcohol para “bajar” de una borrachera o para manejar el deseo de consumir cocaína (Magura y Rosenblum, 2000).

La relación entre el abuso de sustancias y la impulsividad es un tema de investigación relevante que se ha investigado en los últimos años. Varios estudios han mostrado tasas elevadas entre abuso de sustancias y trastornos relacionados con la impulsividad (Dawe y Loxton, 2004a; Petry, Stinson y Grant, 2005). Estos resultados apoyarían la hipótesis de que la personalidad disfuncional los rasgos disfuncionales de la personalidad podrían aumentar la vulnerabilidad a los trastornos por consumo de alcohol y de cocaína (Bjork, Homer, Grant y Danube, 2004; Dawe, Gullo y Loxton, 2004b). En este sentido, nuestros datos apoyarían la relación entre la impulsividad y la dependencia del alcohol mostrada en otros estudios (Dawe et al., 2004b; Rubio et al., 2008). Estos resultados subrayan la importancia de la implementación de tratamientos individualizados para los pacientes que presentan una dependencia de la cocaína para aproximarse a las múltiples necesidades de esta heterogénea población, incluyendo el importante subgrupo de pacientes que también presentan una dependencia del alcohol.

La prevalencia de los trastornos psicóticos encontrada en el estudio fue baja (4.1%), inferior a las cifras encontradas en otros estudios: 6.9% en las muestras de pacientes que no buscaban tratamiento (Herrero et al., 2008), 12.0% en

pacientes hospitalizados en cualquier tipo de servicio de un Hospital General (Sopeña et al., 2008), 15.5% en pacientes ambulatorios que buscaban tratamiento (Araos et al., 2014) y hasta un 100% en los estudios experimentales de usuarios que cumplieron con los criterios de dependencia de sustancias (Kalayasiri et al., 2006). Esta baja prevalencia no ha permitido realizar el examen de los factores de riesgo asociados con los trastornos psicóticos inducidos por sustancias. Es posible que los pacientes con trastornos psicóticos no fueran incluidos en nuestra muestra, ya que nos limitamos a centros de tratamiento de abuso de sustancias. Los pacientes con diagnóstico dual con psicosis se encuentran más frecuentemente en los servicios de urgencias y de salud mental que en los servicios de tratamiento de abuso de sustancias (Martín-Santos et al., 2006).

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, nuestro estudio incluye pacientes ambulatorios dependientes de la cocaína y por lo tanto, pueden no ser representativos de la población general de pacientes dependientes de la cocaína. Las muestras de pacientes en tratamiento tienden a presentar sesgos de una mayor severidad y cronicidad de la enfermedad y de una mayor comorbilidad (Cohen y Cohen, 1984). Otro problema es que las muestras de consumidores de cocaína pueden estar sujetas a efectos rápidos de cohorte, ya que los cambios en el precio de la cocaína, la disponibilidad y las actitudes sociales alteran su penetración en diferentes grupos demográficos. En segundo lugar, nuestro estudio pone de relieve la prevalencia actual, mientras que otros estudios han considerado la prevalencia a lo largo de la vida (Arias et al., 2013; Carroll y Rounsaville, 1992; Falck et al., 2004; Herrero et al., 2008; Herrero et al., 2011; Tortajada et al., 2012; Vergara-Moragues et al., 2012). En tercer lugar, la mayoría de variables del estudio fueron de auto-informe, lo que podría constituir un sesgo de recuerdo. Sin embargo, algunos estudios anteriores han demostrado que el asegurar la confidencialidad y el anonimato de los datos (como se hizo en este estudio) maximiza la exactitud de la respuesta de los sujetos. De esta manera, la información obtenida de los consumidores de la sustancia tiende a ser fiable y válida (Del Boca y Darkes, 2003).

A pesar de estas limitaciones, el estudio presenta una serie de puntos fuertes en comparación con otros estudios de este tipo. Por ejemplo, todos los participantes fueron examinados utilizando los mismos criterios diagnósticos (DS-MIV-TR) y el instrumento de evaluación (PRISM) fue administrado por profesionales capacitados. Además, el estudio se realizó en la misma zona urbana, desde enero de 2009 a septiembre de 2009, cuando no hubo cambios con respecto a la disponibilidad y accesibilidad al tratamiento, en la disponibilidad y accesibilidad a drogas legales e ilegales y no hubo ningún cambio en la tasa de otros acontecimientos relevantes, tales como infección por VIH o hepatitis C. Por último, antes de poder generalizar nuestros resultados, este estudio debería de ser replicado en otras regiones o

países' para determinar si estos resultados varían según el área geográfica.

En resumen, podemos concluir que este estudio ha demostrado una elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en los consumidores de cocaína que buscan tratamiento. Estos datos sugieren que la presencia de comorbilidad psiquiátrica podría constituir un factor de riesgo asociado a la severidad de la dependencia a la cocaína. La heterogeneidad clínica encontrada también indica la necesidad de buscar tratamientos individualizados que se ajusten más específicamente a las necesidades de esta población.

Reconocimientos

Este proyecto ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia Antidroga de Madrid. Nos gustaría agradecer a los investigadores de GIPA por su contribución a esta investigación.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no presentan conflicto de intereses.

Referencias

Agosti, V., Nunes, E., Stewart, J. W., & Quitkin, F. M. (1991). Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic: a preliminary report. *The International Journal of the Addictions*, *26*, 327-334.

Ahmadi, J., Kampman, K. M., Oslin, D. M., Pettinati, H. M., Dackis, C., & Sparkman, T. (2009). Predictors of treatment outcome in outpatient cocaine and alcohol dependence treatment. *The American Journal on Addictions*, *18*, 81-86. doi: 10.1080/10550490802545174.

Allen, T. J., Moeller, F. G., Rhoades, H. M., & Cherek, D. R. (1997). Subjects with a history of drug dependence are more aggressive than subjects with no drug use history. *Drug and Alcohol Dependence*, *46*, 95-103.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Fourth Edition, Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Alonso, J., & Lepine, J. P. (2007). Overview of Key Data From the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 3-9.

Alterman, A. I., McKay, J. R., Mulvaney, F. D., Cnaan, A., Cacciola, J. S., Tourian, K. A., . . . Merikle, E. P. (2000). Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug and Alcohol Dependence*, *59*, 215-221.

Araos, P., Vergara-Moragues, E., Pedraz, M., Pavón, F. J., Campos Cloute, R., Calado, M., . . . Rodríguez de Fonseca, F. (2014). Psychopathological comorbidity in cocaine users in outpatient treatment. *Adicciones*, *26*, 15-26.

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., . . . Babin, F. (2013). Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *6*, 121-128. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.09.002.

Bjork, J. M., Hommer, D. W., Grant, S. J., & Danube, C. (2004). Impulsivity in abstinent alcohol-dependent patients: relation to control subjects and type 1-/type 2-like traits. *Alcohol*, *34*, 133-150.

Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, T., Carballo, J. L., Díaz, E. M., Flórez, G., . . . Sáiz, P. A. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Retrieved from: <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/publica/pdf/ValoracionGravedadAdiccion.pdf>.

Brady, K. T., Sonne, S., Randall, C. L., Adinoff, B., & Malcolm, R. (1995). Features of cocaine dependence with concurrent alcohol abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, *39*, 69-71.

Brown, R. A., Monti, P. M., Myers, M. G., Martin, R. A., Rivinus, T., Dubreuil, M. E., & Rohsenow, D. J. (1998). Depression among cocaine abusers in treatment: relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *The American Journal of Psychiatry*, *155*, 220-225.

Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (1992). Contrast of treatment-seeking and untreated cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 464-471.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Bryant, K. J. (1993). Alcoholism in treatment-seeking cocaine abusers: clinical and prognostic significance. *Journal of Studies on Alcohol*, *54*, 199-208.

Cascella, N. G., Nagoshi, C. T., Muntaner, C., Walter, D., Haertzen, C. A., & Kumor, K. M. (1994). Impulsiveness and subjective effects of intravenous cocaine administration in the laboratory. *Journal of Substance Abuse*, *6*, 355-366.

Chan, Y. F., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *34*, 14-24. doi: 10.1016/j.jsat.2006.12.031.

Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 1178-1182.

Corruble, E., Benyamina, A., Bayle, F., Falissard, B., & Hardy, P. (2003). Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *27*, 829-833. doi: 10.1016/s0278-5846(03)00115-5.

Cunningham, S. C., Corrigan, S. A., Malow, R. M., & Smaison, I. H. (1993). Psychopathology in inpatients dependent on cocaine or alcohol and cocaine. *Psychology of Addictive Behaviors*, *7*, 246-250.

Dawe, S., Gullo, M. J., & Loxton, N. J. (2004b). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity:

- implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29, 1389-1405. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.06.004.
- Dawe, S., & Loxton, N. J. (2004a). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 28, 343-351. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.03.007.
- Del Boca, F. K., & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*, 98 (Supl. 2), 1-12.
- Dougherty, D. M., Bjork, J. M., Bennett, R. H., & Moeller, F. G. (1999). The effects of a cumulative alcohol dosing procedure on laboratory aggression in women and men. *Journal Studies on Alcohol*, 60, 322-329.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *European Drug Report: Trends and developments*. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2014>.
- Falck, R. S., Wang, J., Carlson, R. G., Eddy, M., & Siegal, H. A. (2002). The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaine smokers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 281-288.
- Falck, R. S., Wang, J., Siegal, H. A., & Carlson, R. G. (2004). The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 503-507.
- Fillmore, M. T., Rush, C. R., & Hays, L. (2002). Acute effects of oral cocaine on inhibitory control of behavior in humans. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 157-167.
- González-Saiz, F., & Salvador-Carulla, L. (1998). Reliability and validity study of the Severity of Dependence Scale (SDS). *Adicciones*, 10, 223-232.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., . . . Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816. doi: 10.1001/archpsyc.61.8.807.
- Hasin, D., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K., & Waxman, R. (2006). Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 689-696. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.689.
- Hedden, S. L., Malcolm, R. J., & Latimer, W. W. (2009). Differences between adult non-drug users versus alcohol, cocaine and concurrent alcohol and cocaine problem users. *Addictive Behaviors*, 34, 323-326. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.11.001.
- Heil, S. H., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2001). Alcohol dependence among cocaine-dependent outpatients: demographics, drug use, treatment outcome and other characteristics. *Journal Studies on Alcohol*, 62, 14-22.
- Helzer, J. E., & Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal Studies on Alcohol*, 49, 219-224.
- Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., & Brugal, M. T. (2008). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*, 103, 284-293. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02076.x.
- Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., & Torrens, M. (2011). Incidence of psychopathology in a cohort of young heroin and/or cocaine users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 55-63. doi: 10.1016/j.jsat.2011.01.013.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., & Badger, G. J. (1994). Alcohol dependence and simultaneous cocaine and alcohol use in cocaine-dependent patients. *Journal of Addictive Diseases*, 13, 177-189.
- Jentsch, J. D., & Taylor, J. R. (1999). Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behavior by reward-related stimuli. *Psychopharmacology (Berl)*, 146, 373-390.
- Kalayasiri, R., Sughondhabiro, A., Gueorguieva, R., Coric, V., Lynch, W. J., Morgan, P. T., . . . Malison, R. T. (2006). Self-reported paranoia during laboratory "binge" cocaine self-administration in humans. *Pharmacology Biochemistry Behavior*, 83, 249-256. doi: 10.1016/j.pbb.2006.02.005.
- Kampman, K. M., Volpicelli, J. R., McGinnis, D. E., Alterman, A. I., Weinrieb, R. M., D'Angelo, L., & Epperson, L. E. (1998). Reliability and validity of the Cocaine Selective Severity Assessment. *Addictive Behaviors*, 23, 449-461.
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56, 730-737. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.06.034.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., . . . Walters, E. E. (2005a). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Kjome, K.L., Lane, S.D., Schmitz, J.M., Green, C., Ma, L., Prasla, I., Swann, A.C., & Moeller, F.G. (2010). Relationship between impulsivity and decision making in cocaine dependence. *Psychiatry Research*, 178, 299-304. doi: 10.1016/j.psychres.2009.11.024.
- Kleinman, P. H., Miller, A. B., Millman, R. B., Woody, G. E., Todd, T., Kemp, J., & Lipton, D. S. (1990). Psychopa-

- thology among cocaine abusers entering treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 442-447.
- Levin, F. R., Evans, S. M., & Kleber, H. D. (1998). Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 15-25.
- Levin, F. R., Evans, S. M., Vosburg, S. K., Horton, T., Brooks, D., & Ng, J. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Addictive Behaviors*, 29, 1875-1882. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.03.04.
- LoBue, C., Cullum, C.M., Braud, J., Walker, R., Winhusen, T., Suderajan, P., & Adinoff, B. (2014). Optimal neurocognitive, personality and behavioral measures for assessing impulsivity in cocaine dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40, 455-462.
- López, A., & Becoña, E. (2007). Depression and cocaine dependence. *Psychological Reports*, 100, 520-524.
- Magura, S., & Rosenblum, A. (2000). Modulating effect of alcohol use on cocaine use. *Addictive Behaviors*, 25, 117-122.
- Malow, R. M., West, J. A., Corrigan, S. A., Pena, J. M., & Lott, W. C. (1992). Cocaine and speedball users: differences in psychopathology. *The Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 287-291.
- Martín-Santos, R., Fonseca, F., , Domingo-Salvany, A., Ginés, J. M., Ímaz, M. L., . . . Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 20, 147-156. doi: 10.4321 / s0213-61632006000300002
- McKay, J. R., Pettinati, H. M., Morrison, R., Feeley, M., Mulvaney, F. D., & Gallop, R. (2002). Relation of depression diagnoses to 2-year outcomes in cocaine-dependent patients in a randomized continuing care study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 225-235.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 284, 1689-1695.
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Oderinde, V., Mathias, C. W., Harper, R. A., & Swann, A. C. (2002). Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 105-111.
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C., & Grabowski, J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 193-198.
- Morgello, S., Holzer, C. E., 3rd, Ryan, E., Young, C., Nasser, M., Castellon, S. A., . . . Singer, E. J. (2006). Interrater reliability of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders in an HIV-infected cohort: experience of the National NeuroAIDS Tissue Consortium. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 131-138.
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaption of the Barratt impulsiveness scale (BIS). *The European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564-574.
- Poling, J., Kosten, T. R., & Sofuoglu, M. (2007). Treatment outcome predictors for cocaine dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 191-206. doi: 10.1080/00952990701199416.
- Ramos-Brieva, J. A., & Cordero-Villafafila, A. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatric Research*, 22, 21-28.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 264, 2511-2518.
- Rockville, M. (1976). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. In G. W. (Ed.): US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- Rounsaville, B. J., Anton, S. F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A., & Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48, 43-51.
- Rubio, G., Manzanares, J., Jimenez, M., Rodriguez-Jimenez, R., Martinez, I., Iribarren, M. M., . . . Palomo, T. (2008). Use of cocaine by heavy drinkers increases vulnerability to developing alcohol dependence: a 4-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 563-570.
- Siqueland, L., Crits-Christoph, P., Gallop, R., Barber, J. P., Griffin, M. L., Thase, M. E., . . . Gladis, M. (2002). Retention in psychosocial treatment of cocaine dependence: predictors and impact on outcome. *The American Journal on Addictions*, 11, 24-40.
- Sofuoglu, M., Brown, S., Babb, D. A., & Hatsukami, D. K. (2001). Depressive symptoms modulate the subjective and physiological response to cocaine in humans. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 131-137.
- Sopeña, B., Rivera, A., Rodriguez-Dominguez, M., Rodriguez-Rodriguez, M., Argibay, A., Maure, B., . . . Martinez-Vazquez, C. (2008). [Complications related with

- cocaine abuse that required hospital admission]. *Revista Clínica Española*, 208, 12-17.
- Spanish Drug Observatory of the Government Delegation for the National Plan on Drugs. (2009). Household Survey Alcohol and Drugs in Spain (EDADES). Madrid: Ministry Health Social and Equality, Spain Services. Retrieved from http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES_2011.pdf.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Perez-Dominguez, G., & Martin-Santos, R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237.
- Tortajada, S., Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Molist, G., Barrio, G., de la Fuente, L., & Brugal, M. T. (2012). Psychiatric morbidity among cocaine and heroin users in the community. *Adicciones*, 24, 201-210.
- Vergara-Moragues, E., Gonzalez-Saiz, F., Lozano, O. M., Betanzos Espinosa, P., Fernandez Calderon, F., Bilbao-Acebos, I., . . . Verdejo Garcia, A. (2012). Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: substance-induced versus independent disorders. *Psychiatry Research*, 200, 734-741. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.043.
- Vergara-Moragues, E., Gonzalez-Saiz, F., Lozano Rojas, O., Bilbao Acedos, I., Fernandez Calderon, F., Betanzos Espinosa, P., . . . Perez Garcia, M. (2011). Diagnosing adult attention deficit/hyperactivity disorder in patients with cocaine dependence: discriminant validity of Barkley executive dysfunction symptoms. *European Addiction Research*, 17, 279-284. doi: 10.1159/000329725.
- Vonmoos, M., Hulka, L.M., Prella, K.H., Jenni, D., Schulz, C., Baumgartner, M.R., Quednow, B.B.(2013). Differences in self-reported and behavioral measures of impulsivity in recreational and dependent cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 61-70. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.05.032.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., & Mirin, S. M. (1992). Drug abuse as self-medication for depression: an empirical study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18, 121-129.
- Ziedonis, D. M., Rayford, B. S., Bryant, K. J., & Rounsaville, B. J. (1994). Psychiatric comorbidity in white and African-American cocaine addicts seeking substance abuse treatment. *Hospital Community Psychiatry*, 45, 43-49.