

**“Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos
psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la
patología dual”**

*Cocaine abuse or dependency and other psychiatric
disorders. Madrid study on dual pathology*

Francisco Arias^{a,*}, Nestor Szerman^b, Pablo Vega^c, Beatriz Mesias^c, Ignacio Basurte^b,
Consuelo Morant^d, Enriqueta Ochoa^e, Félix Poyo^f y Francisco Babin^g

Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2012



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual

Francisco Arias^{a,*}, Nestor Szerman^b, Pablo Vega^c, Beatriz Mesias^c, Ignacio Basurte^b,
Consuelo Morant^d, Enriqueta Ochoa^e, Félix Poyo^f y Francisco Babin^g

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Doce de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Psiquiatría, Hospital General Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Instituto de Adicciones, Madrid, España

^d Oficina Regional de Salud Mental, Madrid, España

^e Servicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^f Unidad de Alcoholología, Hospital Rodríguez Lafora, Madrid, España

^g Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, España

Recibido el 21 de agosto de 2012 ; received in revised form 13 de septiembre de 2012; aceptado el 14 de septiembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Abuso de cocaína;
Dependencia
de cocaína;
Diagnóstico dual;
Trastornos de
personalidad

Resumen

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el subgrupo de adictos (criterios de abuso o dependencia) a la cocaína procedentes del estudio Madrid sobre prevalencia de diagnóstico dual en varios dispositivos asistenciales.

Material y métodos: La muestra está constituida por 837 sujetos en tratamiento en la red de salud mental o en la red de drogas de la Comunidad de Madrid, de los cuáles 488 tenían un diagnóstico de abuso o dependencia de cocaína a lo largo de la vida y 222 tenían otros trastornos por uso de sustancias distintos de la cocaína. Se usó la entrevista *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI), para el diagnóstico de los trastornos mentales del eje I y el cuestionario *Personality Disorder Questionnaire* (PDQ), para la valoración de los trastornos de personalidad.

Resultados: Se consideró que un 73,4% de los adictos a la cocaína tenían un diagnóstico dual en el momento actual, destacando la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. El 49,6% de los adictos a la cocaína tenían un diagnóstico de trastorno de la personalidad. Un 94,9% de estos adictos a la cocaína tenían otros diagnósticos asociados de trastornos por uso de sustancias. El subgrupo de adictos a la cocaína no tenía mayor prevalencia de diagnóstico dual que el resto de los adictos. El subgrupo de adictos con abuso o dependencia de la cocaína tenían mayor prevalencia de trastorno antisocial de la personalidad, agorafobia y trastorno por estrés postraumático, que los adictos no consumidores de cocaína, y habían iniciado de forma más precoz el consumo de alcohol y *cannabis*.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: farias1012@gmail.com (F. Arias).

KEYWORDS

Cocaine abuse;
Cocaine dependence;
Dual diagnosis;
Personality disorder

Conclusiones: La presencia de diagnóstico dual no es más elevada en adictos a la cocaína en tratamiento, que en otros adictos, aunque han iniciado más precozmente otros consumos y se asocia más que el resto de adictos a ciertos trastornos mentales específicos.

© 2012 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology

Abstract

Objectives: The main objective of this study was to analyse the cocaine addict subgroup from the Madrid study of prevalence of dual disorders in community mental health and substance misuse services.

Material and methods: The sample consisted of 837 outpatients from Madrid, Spain. We compared 488 subjects who had a lifetime diagnosis of cocaine abuse or dependence, and 222 subjects who did not have a cocaine substance use disorder. We used the Mini International Neuropsychiatric Interview to evaluate axis I mental disorders, and the Personality Disorder Questionnaire to evaluate personality disorders.

Results: Almost three-quarters (73.4%) of cocaine addicts had a current dual disorder. Most prevalent were mood and anxiety disorders. Almost half (49.6%) had a personality disorder. Most of them (94.9%) had other substance use disorders. Cocaine addicts did not have higher prevalence rates of dual pathology than addicts with no cocaine abuse or dependence. Cocaine addicts were associated to a diagnosis of antisocial personality disorder, agoraphobia, and post-traumatic stress disorder, and they had an early age of onset of alcohol and *cannabis* use.

Conclusions: Dual pathology is no higher in cocaine addicts in treatment than in addicts who do not use cocaine, however cocaine addicts started other drugs earlier, and were associated with specific mental disorders.

© 2012 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El diagnóstico dual se define como la presencia de un trastorno por uso de sustancias (TUS) y un trastorno mental en un individuo, dentro de un periodo concreto¹. Dicha comorbilidad es habitual como señalan importantes estudios epidemiológicos en la población general^{2,3}, e igualmente en muestras clínicas⁴. La comorbilidad se asocia con un mayor uso de servicios sanitarios, fenotipos distintos, mayor gravedad del cuadro, mayor discapacidad funcional y peor curso evolutivo^{4,5}.

Disponemos de escasos datos de la prevalencia de diagnóstico dual en a población española y sobre la distribución de esta entre las 2 redes asistenciales principales en su asistencia, la red de drogas y la de salud mental. El conocimiento sobre la distribución del diagnóstico dual y las características de estos sujetos puede ayudar a optimizar los recursos sanitarios.

El consumo de cocaína se asocia con una amplia variedad de trastornos mentales. Múltiples estudios en la población general y clínica así lo señalan^{3,4,6-17}. Los trastornos mentales más prevalentes son los trastornos depresivos y de ansiedad, y los trastornos de la personalidad^{11,16,17}.

En el estudio piloto sobre el estudio de la prevalencia de diagnóstico dual realizado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), se observó una asociación de la dependencia del alcohol con la presencia de otros trastornos mentales del eje I y especialmente con los trastornos del estado de ánimo y de la dependencia de la cocaína con

los trastornos de la personalidad¹⁸. Dicho estudio piloto sirvió para diseñar un estudio de prevalencia de diagnóstico dual con una muestra más amplia. El objetivo principal fue cuantificar la prevalencia de los distintos tipos de afecciones incluidas dentro del complejo «diagnóstico dual» (trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias) en las 2 redes implicadas de la Comunidad de Madrid. El diseño y algunos resultados globales del estudio han sido previamente publicados¹⁹. En el presente trabajo presentamos los datos referentes a los pacientes con criterios de abuso o dependencia de la cocaína.

Material y métodos

Muestra

Los pacientes fueron seleccionados consecutivamente por sus propios terapeutas en los centros de tratamiento de drogas (CAID y CAD: Centros de atención a las drogodependencias de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid respectivamente) y en los centros de salud mental (CSM) de la Comunidad de Madrid. Por lo tanto, se podían incluir tanto pacientes que acudían por primera vez, como pacientes en revisión. Participaron 81 entrevistadores (psiquiatras, psicólogos o médicos generales con amplia experiencia en adicciones) de 64 centros de drogas de la Comunidad de Madrid y de 17 centros de salud mental. Todos los entrevistadores recibieron entrenamiento en la

administración de la entrevista estructurada. Los participantes firmaron un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Ética del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. El porcentaje de participación fue del 87,2%.

Métodos

Se elaboró un cuaderno de recogida de datos a partir de las aportaciones recogidas en el estudio piloto mencionado sobre las variables más informativas y de mayor interés clínico en el momento del análisis. Para establecer la presencia de los trastornos mentales se utilizó la entrevista estructurada *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI)²⁰ que permite diagnósticos según criterios DSM-IV y CIE-10 (Sheehan y Lecrubier, versión 5.0, Fernando L, Bobes J, Gubert J, Soto M, Soto O, 2000). Es una entrevista que permite explorar los principales trastornos psiquiátricos del eje I actuales y a lo largo de la vida. Para aquellos trastornos mentales que dicho instrumento no valora a lo largo de la vida, estos se exploraron mediante la entrevista clínica.

Para establecer el diagnóstico de los trastornos de la personalidad se utilizó la escala PDQ4+ (*Personality Disorder Questionnaire*) (adaptación Española de Calvo et al.²¹). Este instrumento combina la rapidez y comodidad de uso de un cuestionario autoadministrado con el control del efecto de la sintomatología de estado de una entrevista. Es un buen instrumento de cribaje a nivel clínico, se comporta como una buena herramienta diagnóstica siguiendo los criterios DSM-IV cuando se administra la escala de significación clínica.

Análisis estadístico

Se calcularon en todas las variables los parámetros descriptivos: media y desviación estándar en las cuantitativas que se ajusten a una distribución normal (prueba de Shapiro-Wilk) y en las que no se ajustan, la mediana y el rango intercuartílico. Las variables cualitativas se expresan mediante frecuencias relativas porcentuales. La comparación entre 2 grupos se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) o la prueba exacta de Fischer si procedía para las variables categóricas y mediante la prueba *t* de Student o la *U* de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. La variable principal se calcula en el intervalo de confianza para un 95% de seguridad. Las pruebas se consideran significativas si la $p < 0,05$. El análisis estadístico se genera mediante el programa SPSS® v.17.

Resultados

Se incluyeron 837 pacientes: 208 (24,9%) procedían de CSM y 629 (75,1%) de CAID y CAD. Del total de 837 pacientes evaluados, 710 tenían algún diagnóstico de TUS a lo largo de la vida (incluyendo el alcohol y excluyendo el tabaco). Había 127 sujetos (26,5%) sin TUS. Respecto al trastorno por uso de cocaína, 488 pacientes tenían un diagnóstico a lo largo de la vida (abuso o dependencia), de los cuáles 365 presentaban abuso o dependencia de cocaína actual.

Había 25 sujetos con diagnóstico de abuso o dependencia de cocaína a lo largo de la vida sin otros TUS asociados. La **tabla 1** recoge las características sociodemográficas de los pacientes con trastorno por uso de la cocaína a lo largo de la vida.

Prevalencia de trastornos duales en los adictos con trastorno por uso de cocaína

La **tabla 2** refleja la distribución de los trastornos mentales comórbidos a lo largo de la vida. Se consideró que existía diagnóstico dual si existía la presencia de un diagnóstico de trastorno mental actual establecido por la MINI o un diagnóstico de trastorno de personalidad mediante el cuestionario PDQ. Un 73,4% de los adictos (criterios de abuso o dependencia) tenían un diagnóstico dual. La **tabla 3** indica la distribución de los trastornos de personalidad en los pacientes con abuso o dependencia de cocaína a lo largo de la vida. La **tabla 4** refleja los diagnósticos actuales de trastornos del eje I por medio de la entrevista MINI en los sujetos con abuso o dependencia de cocaína actual.

Comparación entre los sujetos adictos con trastorno por uso de cocaína y el resto de los sujetos adictos

Se comparó el subgrupo de adictos a la cocaína ($n=488$; 68,7%) con el resto de adictos sin abuso o dependencia de cocaína ($n=222$; 31,3%). De los 488 adictos a la cocaína, la mayoría (463; 94,9%) tenían otros TUS concomitantes y 25 (5,1%) solo tenían el diagnóstico de trastorno por uso de cocaína. De los TUS asociados a la cocaína, los más prevalentes fueron: alcohol, 366 (75,0%); *cannabis*, 276 (56,6%) y opiáceos, 175 (35,9%). La edad media de inicio en el consumo de cocaína fue de 21,0 años (DE = 6,5). Había diferencias en la edad de inicio en los otros consumos entre el subgrupo de la cocaína y el resto de adictos. Los adictos a la cocaína habían iniciado antes el consumo de alcohol (15,5 años; DE = 4,1 vs. 18,1 años; DE = 8,2; $p < 0,001$) y de *cannabis* (15,8 años; DE = 3,9 vs. 17,6 años, DE = 5,5; $p = 0,006$).

Respecto a las características sociodemográficas, los adictos a la cocaína eran más jóvenes, con predominio de varones, mayor prevalencia de solteros, menor nivel de estudios y peor situación laboral y mayor presencia de serología positiva para la hepatitis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (**tabla 1**).

El subgrupo de adictos a la cocaína no tenía una mayor frecuencia de diagnósticos duales que el resto de los adictos. Respecto a los diagnósticos del eje I, la principal diferencia se manifestó en la relación entre la cocaína y el trastorno por estrés postraumático, y una tendencia no significativa respecto a la agorafobia (**tabla 2**).

Las principales diferencias se manifestaron en los diagnósticos de trastornos de la personalidad (**tabla 3**). El trastorno antisocial fue más prevalente en los adictos a la cocaína, mientras que los trastornos esquizoide y obsesivo de la personalidad eran más prevalentes en el resto de adictos.

Tabla 1 Características de los pacientes con trastorno por uso de cocaína a lo largo de la vida (n = 488) frente a los adictos sin abuso o dependencia de cocaína (n = 222)

	TUS con cocaína	TUS sin cocaína	p
Edad (años)	35,8 (DE: 7,6)	40,4 (DE: 11,1)	0,001
Varón	421 (86,4%)	157 (71,0%)	0,001
Soltero	297 (62,4%)	109 (49,5%)	0,004
Casado	111 (23,3%)	64 (29,1%)	
Estudios primarios	244 (50,5%)	89 (40,3%)	0,006
Estudios secundarios	182 (37,7%)	90 (40,7%)	
Estudios universitarios	44 (9,1%)	39 (17,6%)	
Activo laboralmente	222 (45,7%)	110 (49,5%)	0,001
Convivencia con familia origen	229 (47,1%)	78 (35,3%)	0,001
Convivencia con familia propia	131 (27,0%)	78 (35,3%)	
Procedencia			0,001
Salud mental	18 (3,7%)	67 (30,2%)	
Centros de drogodependencias	470 (96,3%)	155 (69,8%)	
Patología médica	179 (36,8%)	81 (36,8%)	NS
Hepatitis	132 (27,0%)	39 (17,6%)	0,006
VIH	60 (12,3%)	16 (7,2%)	0,04

DE: desviación estándar; NS: no significativo; TUS: trastorno por uso de sustancias; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Comparación entre los sujetos con trastorno por uso de cocaína solo y los adictos de cocaína con otros diagnósticos por uso de sustancias comórbidos

Las principales diferencias entre los adictos exclusivamente a la cocaína (n=25) y los poliadictos con trastorno

por uso de cocaína incluido (n=463) se produjeron en las características sociodemográficas. En el subgrupo de poliadictos había predominio de solteros, en convivencia con la familia de origen y menor predominio de activos laboralmente. Además, había una tendencia no significativa a un inicio más precoz en el consumo de cocaína.

Tabla 2 Trastornos mentales (eje I) a lo largo de la vida en los sujetos con trastorno por uso de cocaína a lo largo de la vida (n = 488) frente a los adictos sin abuso o dependencia de cocaína (n = 222)

	TUS con cocaína		TUS sin cocaína		p
	N	%	N	%	
Presencia de diagnóstico dual ^a	358	73,4	167	75,2	NS
Presencia de un trastorno del eje I actual (sin T. personalidad)	300	61,5	147	66,2	NS
Diagnóstico de un trastorno mental pasado	173	35,7	100	45,5	0,01
Diagnósticos psiquiátricos a lo largo de la vida					
Episodio depresivo mayor	114	23,4	68	30,6	0,04
Trastorno distímico	98	20,1	51	23,0	NS
Riesgo de suicidio (valorado con la MINI)	158	32,4	66	29,7	NS
Trastorno bipolar	121	24,8	44	19,8	NS
Trastorno de angustia	115	23,6	57	25,7	NS
Agorafobia	58	11,9	17	7,7	0,1
Fobia social	48	9,8	21	9,5	NS
Trastorno obsesivo compulsivo	45	9,2	16	7,2	NS
Trastorno por estrés postraumático	32	6,6	4	1,8	0,007
Trastornos psicóticos	51	10,5	25	11,3	NS
Bulimia	7	1,4	4	1,8	NS
Trastorno de ansiedad generalizada	100	20,5	52	23,4	NS
Número de diagnósticos de trastornos mentales	1,4 (DE: 1,7)	1,4 (DE: 1,5)	NS		

DE: desviación estándar; MINI: *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*; PDQ: *Personality Disorder Questionnaire*; NS: no significativo; TUS: trastorno por uso de sustancias.

^a Se consideró que existía diagnóstico dual si había presencia de un diagnóstico de trastorno mental actual establecido por la MINI y/o un diagnóstico de trastorno de la personalidad mediante el cuestionario PDQ.

Tabla 3 Trastornos de la personalidad en los pacientes con trastorno por uso de cocaína a lo largo de la vida (n = 488) frente a los adictos sin abuso o dependencia de cocaína (n = 222)

	TUS con cocaína		TUS sin cocaína		p
	N	%	N	%	
Presencia de Trastornos de personalidad	242	49,6	113	50,9	NS
T. paranoide	92	18,9	34	15,3	NS
T. esquizoide	26	5,3	22	9,9	0,02
T. esquizotípico	41	8,4	26	11,7	NS
T. antisocial	83	17,0	18	8,1	0,002
T. límite	96	19,7	39	17,6	NS
T. histriónico	32	6,6	9	4,1	NS
T. narcisista	35	7,2	11	5,0	NS
T. por evitación	90	18,4	41	18,5	NS
T. dependiente	41	8,4	18	8,1	NS
T. obsesivo	77	15,8	51	23,0	0,02
T. pasivo-agresivo	49	10,0	22	9,9	NS
T. depresivo	85	17,4	59	26,6	0,005
Número de diagnósticos de trastornos de personalidad	1,5 (DE: 2,2)	1,6 (DE: 2,2)	NS		

DE: desviación estándar; NS: no significativo; T: trastorno; TUS: trastorno por uso de sustancias.

No había diferencias respecto a la prevalencia de diagnóstico dual en ambos subgrupos. El diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial y agorafobia fueron significativamente más prevalentes en el subgrupo de poliadictos.

Comparación entre los sujetos con trastorno por uso de la cocaína solo y los adictos a cocaína duales (con diagnósticos psiquiátricos comórbidos)

Como hemos señalado había 358 adictos a cocaína con un diagnóstico dual, mientras que 130 adictos a la cocaína no tenían diagnóstico psiquiátrico concomitante. Los adictos duales tenían menor predominio de los varones (93,8 vs. 83,8%; p=0,004) y en menor porcentaje eran activos

laboralmente (51,5 vs. 43,5%; p=0,03). El subgrupo dual tenía mayor número de TUS comórbidos (2,9; DE=1,2 vs. 3,2; DE=1,2; U de Mann-Whitney p=0,02) y una tendencia no significativa a una edad más precoz en el inicio del consumo de cocaína (21,9 años, DE=6,4 vs. 20,6 años; DE=6,5; p=0,07).

Comparación de los trastornos mentales comórbidos entre los sujetos con trastorno por uso de cocaína actual y los adictos no consumidores de cocaína

Al comparar los diagnósticos de los trastornos mentales del eje I entre los sujetos con diagnóstico de abuso o

Tabla 4 Trastornos mentales actuales del eje I en sujetos con abuso o dependencia actual de cocaína (n=365) frente a los adictos sin antecedentes de abuso o dependencia de cocaína (n = 224)

	Abuso o dependencia de cocaína actual		Adictos sin abuso o dependencia de cocaína a lo largo de la vida		p
	N	%	N	%	
Trastorno mental actual (MINI)	228	62,5	148	66,1	NS
Episodio depresivo mayor	79	21,6	59	26,3	NS
Distimia	58	15,9	40	17,9	NS
Riesgo suicidio	119	32,6	63	28,1	NS
Trastorno bipolar	91	24,9	44	19,6	NS
Trastorno por angustia	77	21,1	51	22,8	NS
Agorafobia	47	12,9	17	7,6	0,05
Fobia social	37	10,1	20	8,9	NS
Trastorno obsesivo-compulsivo	22	6,0	15	6,7	NS
Trastorno por estrés postraumático	21	5,8	3	1,3	0,01
Psicosis	27	7,4	22	9,8	NS
Bulimia	6	1,6	1	0,4	NS
Trastorno por ansiedad generalizada	70	19,2	49	21,9	NS

MINI: *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*; NS: no significativo.

dependencia de cocaína actual ($n = 365$) con aquellos adictos que nunca lo fueron a la cocaína ($n = 224$), las principales diferencias se encontraron igualmente en la agorafobia y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) (tabla 4).

Discusión

Para nuestro conocimiento los datos del presente estudio ofrecen información sobre la comorbilidad psiquiátrica en una de las muestras de adictos a cocaína en tratamiento más numerosa en nuestro país. Estos datos presentan la limitación habitual de estos estudios de muestras clínicas, que consiste en que la presencia de policonsumos es la norma habitual. La presencia de múltiples diagnósticos de TUS se presentan de forma habitual en los adictos que buscan tratamiento^{16,21}.

Prevalencia de diagnóstico dual en adictos a cocaína en tratamiento

Alrededor de 3 de cada 4 adictos a cocaína de esta muestra tenía un trastorno mental actual, incluyendo los trastornos de la personalidad. En el estudio piloto realizado por nosotros¹⁸, en función de la información obtenida de la historia clínica, se observaba que casi la mitad de los adictos a cocaína tenían un diagnóstico dual. Cuando se mejora la metodología mediante el uso de una entrevista estructurada, observamos que los adictos a la cocaína en tratamiento presentan en su mayoría algún diagnóstico en el eje I mediante la entrevista MINI y/o un diagnóstico de trastorno de la personalidad. La elevada comorbilidad en adictos a la cocaína en tratamiento coincide con otros estudios^{3,8,9,13,14,17}.

Los trastornos más prevalentes fueron los distintos trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, de forma coincidente con otros estudios^{9,11,13,16,17}. Igualmente, el riesgo de suicidio evaluado mediante la entrevista MINI se presentó en un tercio de los adictos. La mitad de los pacientes tenían algún diagnóstico de trastorno de la personalidad, cifra equivalente a la aportada por otros estudios^{3,4}, siendo los más prevalentes los trastornos paranoide, antisocial, límite, depresivo y evitativo. El cuestionario autoadministrado puede sobredimensionar el diagnóstico de estos trastornos, sin embargo, se producía una comprobación posterior del entrevistador mediante la escala de significación clínica que puede corregir dicha sobrevaloración. En el estudio *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC), los TUS se asociaron fundamentalmente con los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y los trastornos de la personalidad^{6,7,22,23} e igualmente en el estudio ECA se observaba esta asociación con la dependencia de la cocaína³. Esta comorbilidad se ha destacado igualmente en otros estudios^{8,17}. Posiblemente en muestras no clínicas la prevalencia de diagnóstico dual es menor, aunque igualmente elevada, así en nuestro medio, mediante una entrevista estructurada se ha señalado un 42,5% de diagnósticos duales entre adictos a la cocaína, destacando los trastornos del estado de ánimo, en un 26,6%, y de la ansiedad en un 13% de la muestra¹¹.

Comparación entre los adictos con trastornos por uso de cocaína y los adictos no consumidores de cocaína

Entre los adictos a la cocaína, la mayoría tenían otros TUS asociados, por lo que estos datos no son extrapolables a los adictos exclusivos de la cocaína. En adictos en tratamiento esta concomitancia de consumos es lo habitual y favorece la búsqueda de tratamiento^{16,24}. Para estudiar las posibles diferencias respecto a la psicopatología atribuibles a la cocaína, comparamos los adictos consumidores de cocaína con el resto de adictos.

En el subgrupo de adictos a la cocaína había diferencias sociodemográficas destacadas respecto al resto de adictos. Eran sujetos más jóvenes, con predominio de solteros, mas bajo nivel educativo y peor situación laboral. Además, presentaba una mayor prevalencia de serología positiva para la hepatitis y para el VIH. Esto señala un subgrupo de adictos con peores consecuencias sociales y médicas.

Además, este subgrupo había iniciado antes el consumo de otras drogas como el alcohol y el *cannabis* que el resto de los adictos, apoyando igualmente un subgrupo de adictos de mayor gravedad.

Sin embargo, a pesar de la elevada prevalencia de diagnóstico dual en los adictos a cocaína, esta no fue superior al resto de los adictos. En el estudio ECA se observó que la dependencia de la cocaína era de la más asociada a la presencia de los trastornos mentales³, sin embargo, estudios posteriores observan que otras dependencias como la del alcohol o *cannabis*, aunque habitualmente como hemos señalado en patrón de policonsumo, pueden asociarse de forma más intensa a la presencia de diagnóstico dual^{4,8,9}, y que la presencia de varios diagnósticos de TUS se asocia más con el diagnóstico dual, que el consumo de una droga sola^{16,25}, sobre todo la combinación de alcohol con alguna droga ilegal¹⁵. Igualmente, se ha señalado que el riesgo suicida es mayor en dependientes del alcohol que de la cocaína²⁶.

Aunque todos los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad fueron muy prevalentes, con cifras coincidentes con otros estudios en adictos a cocaína^{3,13,16,17}, los diagnósticos más específicamente asociados a la cocaína fueron el TEPT y la agorafobia. En el estudio NESARC, la agorafobia fue el trastorno de ansiedad más asociado a los TUS⁷ y el TEPT igualmente es un diagnóstico íntimamente asociado a los sujetos con TUS en tratamiento, constituyendo un subgrupo de mayor gravedad^{9,13,27-29}. Por el contrario, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se ha descrito más asociado a la presencia de varios diagnósticos de TUS y dependencia del alcohol que a la dependencia de drogas ilegales⁸, habiéndose señalado una asociación de la depresión con el consumo de alcohol en los adictos a cocaína³⁰. Igualmente, los autores previamente señalados observaron que las fobias se asociaban a la presencia de varios diagnósticos por TUS⁸. Los mecanismos que justifiquen estas diferencias diagnósticas en el eje I entre distintas sustancias no están establecidos y la presencia, como hemos señalado, de varios diagnósticos concomitantes por TUS dificulta la interpretación de estas relaciones. Profundizar en estas relaciones pueden aclararnos los mecanismos etiopatogénicos que subyacen entre la frecuente comorbilidad entre TUS y mentales.

Respecto a los trastornos de la personalidad, el más asociado al subgrupo de adictos a cocaína fue el trastorno antisocial, posiblemente este trastorno se asocia a un patrón de múltiples dependencias de drogas ilegales⁶, de esta forma no observamos este diagnóstico en el pequeño subgrupo de adictos a cocaína solo. Este trastorno de la personalidad suele ser de los más prevalentes en los adictos a las drogas ilegales y el más asociado a la presencia de un TUS^{3,6,9,17,31-33}, sobre todo con varios diagnósticos de TUS concomitantes^{8,24}. Sin embargo, no había diferencias entre ambos subgrupos en la prevalencia de trastornos de la personalidad. Otros autores incluso han señalado una mayor prevalencia de trastornos de la personalidad en los servicios de asistencia a los adictos al alcohol, que en centros de asistencia a otras drogas³⁴.

En nuestro estudio piloto¹⁸ observamos igualmente que la presencia de los trastornos del estado de ánimo se asociaba más a la dependencia del alcohol, y de esta forma esta asociación se ha referido en otros trabajos como en el *National Comorbidity Survey* (NCS)³⁵. Por el contrario, en dicho estudio piloto la dependencia de cocaína se encontraba más asociada con el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Así, en el estudio ECA, la dependencia de cocaína es la que mayor asociación presentaba con el trastorno antisocial de la personalidad³, e igualmente, en el estudio NESARC los trastornos de la personalidad presentaban una estrecha asociación con los TUS en general⁶.

Comparación entre los sujetos con trastorno por uso de la cocaína solo y los adictos de cocaína duales (con diagnósticos psiquiátricos comórbidos)

Al comparar el subgrupo de adictos a la cocaína sin diagnóstico dual y los duales, se observa que los no duales tienen mayor predominio de varones y mejor situación laboral. Los duales presentaban una tendencia a un inicio más precoz en el consumo de cocaína y tenían mayor número de diagnósticos concomitantes de TUS. Como hemos señalado previamente, otros autores ya han señalado que con mayor número de TUS presentan más síntomas psiquiátricos²⁵ y mayor riesgo de trastornos mentales comórbidos^{8,24}. Esto indica que los pacientes duales constituyen un subgrupo de mayor gravedad.

Limitaciones del estudio

El diagnóstico de TUS se realizó por medio de entrevista clínica, no se incluyó en el protocolo el análisis toxicológico o el uso de otras fuentes de información, sin embargo, la mayoría de los pacientes eran conocidos en los centros de atención a drogodependientes, donde se realizan habitualmente urinoanálisis y son conocedores de sus patrones de consumo. Es posible la implicación de investigadores más motivados en el estudio del diagnóstico dual que pudieran sobrediagnosticar el problema, sin embargo, se han usado instrumentos estandarizados, hubo un entrenamiento previo y han participado un alto número de investigadores.

De esta forma consideramos que el alto número de investigadores y de centros participantes es una fortaleza del estudio, dado que los datos pueden ser extrapolables a los sujetos en tratamiento en la red de salud mental y de drogas

de la Comunidad de Madrid. El uso de una entrevista estructurada y el tamaño muestral obtenido son otras fortalezas del presente estudio.

Responsabilidades éticas

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

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

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

Financiación

Este trabajo fue financiado por la Obra Social Caja Madrid, el Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. El proyecto fue promovido por la SEPD.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a todos los investigadores de los CAD, CAID y CSM.

Bibliografía

1. Volkow ND. Addiction and co-occurring mental disorders. Director's perspective. *NIDA Notes*. 2007;21:2.
2. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:313-21.
3. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264:2511-8.
4. Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry*. 2003;183:304-13.
5. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend*. 2002;68:299-307.

6. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:361–8.
7. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:807–16.
8. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1023–31.
9. Chen KW, Banducci AN, Guller L, Macatee RJ, Lavelle A, Daughters SB, et al. An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug Alcohol Depend*. 2011;118:92–9.
10. Watkins KE, Hunter SB, Wenzel SL, Tu W, Paddock SM, Griffin A, et al. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004;30:749–64.
11. Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Itinere investigators. Incidence of psychopathology in a cohort of young heroin and/or cocaine users. *J Subst Abuse Treat*. 2011;41:55–63.
12. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:90–100.
13. Lubman DI, Allen NB, Rogers N, Cementon E, Bonomo Y. The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *J Affect Disord*. 2007;103:105–12.
14. Chan YF, Dennis ML, Funk RR. Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34:14–24.
15. Kandel DB, Huang FY, Davies M. Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug Alcohol Depend*. 2001;64:233–41.
16. Thomasius R, Sack PM, Petersen KU. DSM-IV Axis-I comorbidity among illicit drug users seeking treatment for substance use disorders: results from the Multi-centre Study of Psychiatric Comorbidity in Drug Addicts (MUPCDA). *Ment Health Subst Use*. 2010;3:182–92.
17. Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff BA, Gawin F. Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:43–51.
18. Szerman N, Arias F, Vega P, Babín F, Mesias B, Basurte I, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*. 2011;23:249–56.
19. Szerman N, López-Castromán J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesias B, et al. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Mis*. 2011;48:1–7.
20. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl. 20:522–33.
21. Calvo N, Caseras X, Gutiérrez F, Torrubia R. Spanish version of the personality diagnostic questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:7–13.
22. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:830–42.
23. Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2005;80:105–16.
24. Preti E, Prunas A, Ravera F, Madeddu F. Polydrug abuse and personality disorders in a sample of substance-abusing inpatients. *Ment Health Subst Use*. 2011;4:256–66.
25. Castel S, Rush B, Urbanoski K, Toneatto T. Overlap of clusters of psychiatric symptoms among clients of a comprehensive addiction treatment service. *Psychol Addict Behav*. 2006;20:28–35.
26. Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol*. 2000;151:781–9.
27. Cacciola JC, Koppenhaver JM, Alterman AI, McKaya JR. Post-traumatic stress disorder and other psychopathology in substance abusing patients. *Drug Alcohol Depend*. 2009;101:27–33.
28. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L, Trauma PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Am J Psychiatry*. 2006;163:652–8.
29. Coffey SF, Saladin ME, Drobos DJ, Brady KT, Dansky BS, Kilpatrick DG. Trauma and substance cue reactivity in individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and cocaine or alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2002;65:115–27.
30. Brown RA, Monti PM, Myers MG, Martin RA, Rivinus T, Dubreuil M, et al. Depression among cocaine abusers in treatment: relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *Am J Psychiatry*. 1998;155:220–5.
31. Bauer LO. Antisocial personality disorder and cocaine dependence: their effects on behavioral and electroencephalographic measures of time estimation. *Drug Alcohol Depend*. 2001;63:87–95.
32. Goldstein RB, Compton WM, Pulay AJ, Ruan WJ, Pickering RP, Stinson FS, et al. Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2007;90:145–58.
33. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:566–76.
34. Bowden-Jones O, Iqbal MZ, Tyrer P, Seivewright N, Cooper S, Judd A, et al., COSMIC study team. Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction*. 2004;99:1306–14.
35. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617–27.