

COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA EN LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA: RESULTADOS CON EL SCL-90-R

Javier Fernández-Montalvo¹, Iñaki Lorea², José J. López-Goñi²
y Natalia Landa³

¹Universidad Pública de Navarra; ²Fundación Proyecto Hombre (Navarra);

³Centro de Salud Mental de San Juan, Pamplona (España)

Resumen

En este artículo se lleva a cabo un análisis del perfil de consumo y de la comorbilidad psicopatológica en 60 pacientes cocainómanos que acuden en busca de tratamiento a un programa ambulatorio de Proyecto Hombre de Navarra. Para la evaluación de los pacientes se utilizan los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para la dependencia alcohólica, el EuropASI, para valorar la gravedad de la dependencia, y el SCL-90-R, como medida de la sintomatología asociada. Los resultados obtenidos muestran la presencia de numerosa sintomatología psicopatológica, con elevaciones significativas en la mayoría de las dimensiones del SCL-90-R, tanto en los hombres como en las mujeres de la muestra. La comparación con las muestras normativas refleja que los cocainómanos de la muestra presentan más síntomas psicopatológicos que la población normal, pero menos que la población psiquiátrica. Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para la investigación futura.

PALABRAS CLAVE: *Dependencia de cocaína, psicopatología, comorbilidad, evaluación, SCL-90-R.*

Abstract

In this paper an analysis of the consumption profile and of the psychopathological comorbidity in 60 outpatient treatment-seeking cocaine addicts from «Proyecto Hombre de Navarra» (*Project Mankind*) is carried out. For the assessment of the patients, the DSM-IV-TR diagnosis criteria for cocaine dependence, the EuropASI, in order to assess the severity of the dependence, and the SCL-90-R, as measure of the associated symptoms, were used. Results showed a high level of

Este estudio se ha financiado con un proyecto de investigación del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (código 2/2006).

Correspondencia: Javier Fernández Montalvo, Dpto. de Psicología y Pedagogía, Universidad Pública de Navarra, 31006 Pamplona (España). E-mail: fernandez.montalvo@unavarra.es

psychopathological symptoms, with significant scores in most of the dimensions of the SCL-90-R, the same for men as for women of the sample. Comparison with normative samples reflects that the cocaine addicts of the sample present more psychopathological symptoms than the normal population, but less than the psychiatric population. Lastly, implications of this study for further research and clinical practice are commented upon.

KEY WORDS: *Cocaine dependence, psychopathology, comorbidity, assessment, SCL-90-R.*

Introducción

En los últimos años se ha producido un aumento espectacular de la demanda de tratamiento por problemas relacionados con el consumo de cocaína. Según los últimos datos del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007), España, junto con los Países Bajos, lidera la clasificación de personas admitidas a tratamiento por dependencia de cocaína en Europa. De hecho, la cocaína es la droga que más demandas de tratamiento genera en nuestro país, con un 46,9% del total (y el 62,1% de las primeras admisiones) (Bobes, Sáiz, González y Bascarán, 2001; OEDT, 2007).

Estos datos son preocupantes y ponen de relieve la necesidad de conocer con la mayor precisión posible el perfil específico que presentan los pacientes cocainómanos que acuden a consulta. De esta forma se pueden llevar a cabo programas de intervención concretos para este tipo de pacientes. Sin embargo, el estudio de la adicción a la cocaína, si bien ha avanzado considerablemente en los últimos años, no ha corrido en paralelo con el aumento de la demanda de tratamiento. De hecho, son muchas las lagunas todavía existentes en el conocimiento de este tipo de pacientes, así como de las técnicas de intervención más adecuadas.

Por otra parte, cuando una persona es adicta a una sustancia, lo más habitual —hasta en un 50%-75% de los casos— es que presente otro trastorno adicional (Casas, 1994; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Lorea, 2005). Ello ha producido un interés creciente por el estudio de la comorbilidad entre los diferentes trastornos mentales. Este hecho se relaciona probablemente con la dificultad cada vez mayor de encontrar en consulta casos clínicos *puros*, aquejados de un solo trastorno psicopatológico y sin comorbilidad asociada. La comorbilidad entre trastornos empieza a ser más la regla que la excepción (Fernández-Montalvo, Landa y López-Goñi, 2005).

Por lo que se refiere específicamente a la adicción a la cocaína, los estudios llevados a cabo en los últimos años muestran una importante presencia de síntomas psicopatológicos asociados (Campbell y Stark, 1990; Kleinman *et al.*, 1990; López y Becoña, 2006a; Pedrero, Puerta, Segura y Martínez, 2004), así como de trastornos de personalidad (Fernández-Montalvo, Lorea, López-Goñi y Landa, 2003; López y Becoña, 2006b). Además, varios estudios han mostrado la influencia de la comorbilidad psicopatológica en la evolución posterior del tratamiento (p.ej., McKay *et al.*, 2002).

Al margen de los estudios generales llevados a cabo, con tasas de comorbilidad que superan el 70% (Halikas, Crosby, Pearson, Nugent y Carlson, 1994; Regier *et al.*, 1990; Rounsaville, Anton, Carroll, Budde, Prusoff y Gawin, 1991), desde una perspectiva más específica destaca fundamentalmente la presencia de síntomas y trastornos del estado de ánimo (Brown *et al.*, 1998; López y Becoña, 2007; McKay *et al.*, 2002) y de ansiedad (Egelko y Galanter, 1998; Halikas *et al.*, 1994). Asimismo, desde la perspectiva del policonsumo destaca principalmente el consumo simultáneo de alcohol, con tasas que oscilan, según los diferentes estudios, entre el 30% y el 90% de los cocainómanos (Halikas *et al.*, 1994; Rounsaville *et al.*, 1991; Plan Nacional sobre Drogas, 2003).

Por tanto, debido a la importante presencia de comorbilidad psicopatológica y a las escasas investigaciones llevadas a cabo en nuestro país, en este estudio se presenta un análisis del perfil de consumo y de las características psicopatológicas asociadas en una muestra de pacientes en tratamiento adictos a la cocaína. Asimismo, se comparan las puntuaciones de los cocainómanos estudiados con las obtenidas por los grupos normativos de la versión española del SCL-90-R (González de Rivera, 2002): un grupo normativo de población normal y otro grupo normativo de población psiquiátrica.

Método

Participantes

La muestra de este estudio está compuesta por 60 pacientes adictos a la cocaína, que acudieron en busca de ayuda terapéutica al programa de tratamiento ambulatorio para la adicción a sustancias estimulantes de Proyecto Hombre de Navarra, durante el período comprendido entre mayo de 2004 y mayo de 2007. De acuerdo con los criterios de admisión al estudio, los pacientes tenían que: a) cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) para la dependencia de la cocaína; b) tener una edad comprendida entre los 18 y 65 años; c) no ser diagnosticado de dependencia actual a otras sustancias (con la excepción de la nicotina), ni de trastornos del espectro esquizofrénico, según criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000); y d) dar su consentimiento informado para participar en el estudio.

Por lo que se refiere a las principales características sociodemográficas de la muestra seleccionada, la edad media era de 31,1 años (con un rango que oscilaba entre los 20 y los 46 años), 50 sujetos (83,3%) eran hombres y 10 (16,7%) mujeres. Desde una perspectiva laboral, la mayor parte de los sujetos de la muestra (el 81,6%) se encontraba en activo.

Un aspecto importante de la muestra es la alta presencia de antecedentes personales psiquiátricos. En concreto, el 36,7% (22 pacientes) había consultado anteriormente en distintos centros clínicos por trastornos mentales diferentes a la dependencia de cocaína. Asimismo, destacaban los antecedentes familiares de alco-

holismo (40%), de otros trastornos por dependencia de sustancias (25%) y de otros trastornos mentales (36,7%). En conjunto, el 58,3% de los sujetos de la muestra presentaba antecedentes familiares de algún trastorno mental.

Instrumentos de evaluación

VARIABLES DE CONSUMO DE COCAÍNA

Todos los pacientes de la muestra fueron evaluados mediante una *Entrevista Clínica* en la que se recogían, por una parte, las variables sociodemográficas y, por otra, los datos relativos al consumo de cocaína: la edad en que se consume cocaína por primera vez, el número de años con consumo de al menos un día a la semana, la dosis semanal de cocaína durante el mes anterior al inicio del tratamiento, la vía de administración de la cocaína y el número de tratamientos realizados anteriormente por el consumo de esta sustancia. Asimismo, en esta entrevista se aplicaban los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para la dependencia de cocaína.

Asimismo, en este estudio se utilizó el *EuropASI* (Kokkevi y Hartgers, 1995), versión europea del «Índice de gravedad de la adicción» (*Addiction Severity Index, ASI*; McLellan, Luborsky, O'Brein y Woody, 1980). Se trata de una entrevista clínica que valora la necesidad de tratamiento en 7 áreas diferentes: a) estado médico general, b) situación laboral y financiera; c) consumo de alcohol; d) consumo de otras drogas; e) problemas legales; f) relaciones familiares y sociales; y g) estado psicológico. El rango de las puntuaciones oscila de 0 (ausencia de problema) a 9 (problema extremo). A mayor puntuación, mayor gravedad de la adicción. En este estudio se ha utilizado la versión española de Bobes, González, Sáiz y Bousoño (1996).

VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS

El «Listado de 90 síntomas» (*Symptom Check-List, SCL-90-R*; Derogatis, 1992; versión española de González de Rivera, 2002) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: el Índice Global de Gravedad (GSI), que refleja la gravedad global de los síntomas presentados, el Índice de Malestar de Síntomas Positivos (PSDI), que indica la intensidad de los síntomas presentes, y el Total de Sintomatología Positiva (PST), que recoge el número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0.

Procedimiento

Una vez seleccionados los sujetos de la muestra de acuerdo con los criterios previamente indicados, la evaluación de todos los pacientes se llevó a cabo en el marco de la evaluación pretratamiento y constó de dos sesiones. En la primera se recogieron los datos relacionados con las características sociodemográficas y con el consumo de cocaína. En la segunda sesión se evaluó el cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para la dependencia de cocaína, así como la presencia de sintomatología psicopatológica con el SCL-90-R.

Resultados

Para determinar las características de la muestra y la sintomatología asociada se han utilizado análisis estadísticos de carácter descriptivo (porcentajes, medias y desviaciones típicas). Asimismo, la comparación entre los distintos grupos estudiados se ha llevado a cabo mediante la prueba *t* de Student, en el caso de los análisis paramétricos, y la U de Mann-Whitney, en el caso de los no paramétricos.

Características del consumo de cocaína

Por lo que se refiere al consumo de cocaína, la dosis media de consumo semanal es de 6,7 gramos, con un amplio rango que oscila entre los 0,5 y los 42 gramos a la semana (véase tabla 1). Además, durante el período inmediatamente anterior al inicio del tratamiento, el consumo había sido prácticamente diario, con una media de 20 días durante el mes anterior.

Por otra parte, la edad media del primer consumo de cocaína se sitúa en los 20,4 años, aunque se observa un amplio rango que abarca desde los 13 hasta los 35 años, lo que deriva en un total de 5,1 años como media de consumo regular.

Respecto a la vía de administración de la cocaína, destaca, en la mayor parte de los casos, el consumo esnifado. En concreto, el 88,3% de los sujetos utiliza esta vía como modo más habitual de consumo. Un 11,7% de los casos utiliza vías de administración de mayor gravedad, como la intravenosa o la fumada en forma de base libre.

Una característica reseñable de la muestra se relaciona con la existencia de intentos previos de tratamiento de la dependencia de cocaína. En concreto, el 31,7% de la muestra ya había llevado a cabo intentos previos de deshabituación, sin haberlo conseguido. No obstante, para la mayoría de la muestra (el 68,3% restante) era la primera vez que acudían a consulta para el tratamiento de su adicción.

Por lo que se refiere a la gravedad de la adicción, los resultados en el *EuropASI* reflejan, como era esperable, una puntuación elevada en la escala relacionada con el consumo de drogas, seguida de la familiar, psicopatológica, uso de alcohol, laboral, legal y médica. Cuando se comparan estos resultados en función del sexo, los hombres presentan un mayor nivel de problemas con el consumo de alcohol (por

Tabla 1
Características del consumo de cocaína

VARIABLES	TOTAL N=60	HOMBRES N=50	MUJERES N=10	U
	----- Media (DT)	----- Media (DT)	----- Media (DT)	
<i>Edad del primer consumo</i>	20,4 (4,4)	20,5 (4,5)	19,3 (3,6)	223,5
<i>Años de consumo regular</i>	5,1 (3,5)	4,8 (2,9)	6,5 (5,5)	231,5
<i>Días de consumo al mes</i>	19,9 (9,6)	19,4 (9,6)	22,3 (9,3)	205,5
<i>Gramos semanales</i>	6,7 (6,8)	6,8 (7,2)	5,8 (4,1)	247
<i>Tratamientos anteriores</i>	0,4 (0,6)	0,3 (0,6)	0,4 (0,5)	229
<i>EuropASI</i>				
Médica	1,6 (0,9)	1,6 (1,1)	1,7 (0,8)	223,5
Legal	1,7 (1,1)	1,8 (1,1)	1,2 (0,4)	159*
Alcohol	2,6 (1,6)	2,8 (1,6)	1,7 (0,9)	146,5*
Drogas	4,4 (1,1)	4,4 (1,1)	4,3 (1,1)	222
Laboral	1,9 (1,1)	1,9 (1,2)	2,1 (0,8)	217
Familiar	3,1 (1,4)	2,9 (1,4)	3,9 (1,3)	149,5*
Psicopatológico	2,7 (1,4)	2,6 (1,4)	3,3 (1,6)	186,5
VARIABLES	TOTAL N=60	HOMBRES N=50	MUJERES N=10	X ²
	----- N (%)	----- N (%)	----- N (%)	
<i>Vía de consumo</i>				
Esnifada	53 (88,3%)	45 (90%)	8 (80%)	1,5
Base libre	6 (10%)	4 (8%)	2 (20%)	
Intravenosa	1 (1,7%)	1 (2%)		

* p<0,05

ejemplo, haber realizado más tratamientos anteriores o percibir más problemas relacionados con su consumo reciente, como el ansia [*craving*] o las intoxicaciones frecuentes) y con la justicia (por ejemplo, tener juicios pendientes o haber realizado actividades ilegales recientemente), que las mujeres. Sin embargo, las mujeres presentan un mayor nivel de problemas sociofamiliares (por ejemplo, haber sido objetos de abusos o tener problemas serios en las relaciones).

Por último, desde la perspectiva de la polidependencia, destaca el consumo habitual de alcohol en el 81,6% de los casos (49 sujetos); aunque este consumo se puede considerar como abusivo (consumo de alcohol por encima del umbral establecido en el EuropAsi) en el 55% de la muestra (33 sujetos). Asimismo, en el 43% de los casos el consumo de alcohol se lleva a cabo de forma simultánea y sistemática durante los episodios de consumo de cocaína. Un resumen de todo ello, junto con el consumo de otras sustancias se presenta en la tabla 2.

Tabla 2
Características del consumo de otras sustancias

SUSTANCIA	N (%)	VARIABLES	MEDIA	DT	RANGO
<i>Alcohol</i>	49 (81,6%)	Edad de inicio	17,18	4,52	11-30
		Años de consumo regular	10,45	7,05	1-30
		Días de consumo último mes	9,14	11,12	0-30
<i>Cannabis</i>	34 (56,7%)	Edad de inicio	16,53	2,77	13-22
		Años de consumo regular	8,59	5,74	1-24
		Días de consumo último mes	13,32	13,87	0-30
<i>Anfetaminas</i>	29 (48,3%)	Edad de inicio	17,9	3,44	13-31
		Años de consumo regular	5,9	3,65	1-15
		Días de consumo último mes	0,07	0,25	0-1
<i>Psicofármacos</i>	9 (15%)	Edad de inicio	29,22	6,53	22-42
		Años de consumo regular	3,11	3,29	1-10
		Días de consumo último mes	17,89	12,77	0-30
<i>Opiáceos</i>	2 (3%)	Edad de inicio	20,5	3,53	18-23
		Años de consumo regular	1,5	0,7	1-2
		Días de consumo último mes	0	0	0

Características psicopatológicas

a) Resultados globales

Los resultados obtenidos en el SCL-90-R por la muestra de pacientes cocainómanos, y la comparación de las puntuaciones en función del sexo, se presentan en la tabla 3.

Tabla 3
Resultados en el SCL-90-R y comparación por sexo

ESCALAS	TOTAL N=60	HOMBRES N=50	MUJERES N=10	U
	----- Media (DT)	----- Media (DT)	----- Media (DT)	
<i>GSI</i>	0,75 (0,58)	0,77 (0,62)	0,63 (0,35)	236
<i>PST</i>	38,1 (19,19)	39,2 (19,93)	32,5 (14,57)	205
<i>PSDI</i>	1,63 (0,52)	1,63 (0,51)	1,65 (0,62)	242
<i>Somatización</i>	0,62 (0,64)	0,63 (0,68)	0,56 (0,43)	238
<i>Obsesión-compulsión</i>	0,94 (0,77)	0,99 (0,82)	0,69 (0,36)	207,5
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	0,78 (0,7)	0,81 (0,73)	0,59 (0,53)	204,5
<i>Depresión</i>	0,94 (0,74)	0,93 (0,77)	0,96 (0,74)	227,25
<i>Ansiedad</i>	0,68 (0,67)	0,73 (0,72)	0,48 (0,35)	221,5
<i>Hostilidad</i>	0,52 (0,59)	0,53 (0,62)	0,45 (0,43)	241,5
<i>Ansiedad fóbica</i>	0,5 (0,7)	0,49 (0,69)	0,53 (0,78)	229,5
<i>Ideación paranoide</i>	0,74 (0,66)	0,77 (0,68)	0,58 (0,53)	201,5
<i>Psicoticismo</i>	0,56 (0,65)	0,60 (0,69)	0,37 (0,32)	211,5

Como puede observarse, los resultados obtenidos con el SCL-90-R en el grupo clínico muestran una presencia importante de sintomatología psicopatológica asociada. En concreto, por lo que se refiere a los índices globales de gravedad, los adictos a la cocaína obtienen una puntuación media en el *Índice Global de Gravedad*

(GSI) de 0,75, puntuación que supera ampliamente la media correspondiente al percentil 50 en la población general no clínica (0,38 en los varones y 0,50 en las mujeres). Por lo que se refiere al *Índice Total de Síntomas positivos (PST)*, la puntuación obtenida es de 38,12, también superior a la puntuación correspondiente al percentil 50 de la población general (20 en varones y 27 en mujeres). Por último, el *Índice de Malestar de Síntomas Positivos (PSDI)* muestra una puntuación de 1,63, que resulta similar a la correspondiente al percentil 50 de la población general (1,56 en los varones y 1,83 en las mujeres).

Por lo que se refiere a las distintas dimensiones del SCL-90-R, destacan las puntuaciones obtenidas en las escalas de depresión y obsesión-compulsión, que obtienen los resultados más elevados, con una puntuación de 0,94. Les siguen las puntuaciones de sensibilidad interpersonal (0,78), ideación paranoide (0,74) y ansiedad (0,68). Los índices más bajos los obtienen las escalas de ansiedad (0,68), somatización (0,62), psicoticismo (0,56), hostilidad (0,52) y ansiedad fóbica (0,5).

Por último, la comparación de las puntuaciones obtenidas en el SCL-90-R entre el grupo de hombres y el grupo de mujeres no ha arrojado diferencias en ninguno de sus índices, por lo que puede decirse que en esta muestra no existen diferencias en cuanto a la sintomatología psicopatológica en función del sexo.

b) Comparación con las muestras normativas

Un aspecto relevante, desde la perspectiva de la comorbilidad, es conocer si la frecuencia observada de sintomatología asociada es específica de la adicción a la cocaína o, por el contrario, se relaciona con el hecho de ser pacientes clínicos. Por ello, se han comparado las puntuaciones de los cocainómanos en el SCL-90-R con las obtenidas por la muestra normativa de población general y con la muestra normativa de población psiquiátrica (grupo normativo formado por pacientes psiquiátricos ambulatorios y con diagnósticos ansiosos y depresivos, fundamentalmente) (tabla 4).

Los resultados señalan que el grupo clínico presenta mayores puntuaciones que la muestra normativa en todas las escalas del SCL-90-R, y que estas diferencias son estadísticamente significativas, salvo en las escalas de somatización y hostilidad, así como en el índice PSDI, en las cuales no se obtienen diferencias entre ambos grupos.

Por lo que se refiere a la comparación con la población psiquiátrica, los resultados muestran también la existencia de diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas del cuestionario. No obstante, en este caso es la muestra normativa psiquiátrica la que obtiene puntuaciones más altas en las escalas del SCL-90-R, en comparación con el grupo clínico de adictos a la cocaína.

Por tanto, con arreglo a estos resultados, los adictos a la cocaína de la muestra presentan más sintomatología psicopatológica que la población general, pero menos que la presentada por los pacientes clínicos en general.

Tabla 4

Comparación de la muestra clínica de cocainómanos con las muestras normativas del SCL-90-R

ESCALAS	MUESTRA CLÍNICA N=60 ----- Media (DT)	MUESTRA POBLACIÓN NORMAL N=530 ----- Media (DT)	<i>t</i>	MUESTRA POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA N=219 ----- Media (DT)	<i>t</i>
<i>GSI</i>	0,75 (0,58)	0,51 (0,36)	4,54***	1,49 (0,84)	6,41***
<i>PST</i>	38,1 (19,19)	25,3 (14,3)	6,33***	52,73 (20,03)	4,28***
<i>PSDI</i>	1,63 (0,52)	1,75 (0,48)	1,82	2,39 (0,69)	7,93***
<i>Somatización</i>	0,62 (0,64)	0,55 (0,55)	0,66	1,67 (1,03)	7,5***
<i>Obsesión-compulsión</i>	0,94 (0,77)	0,6 (0,51)	4,61***	1,42 (0,99)	3,48***
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	0,78 (0,7)	0,45 (0,44)	5,11***	1,89 (0,99)	8,13***
<i>Depresión</i>	0,94 (0,74)	0,72 (0,45)	2,82*	1,61 (1,03)	4,71***
<i>Ansiedad</i>	0,68 (0,67)	0,52 (0,49)	2,3*	1,64 (0,97)	7,21***
<i>Hostilidad</i>	0,52 (0,59)	0,45 (0,53)	0,96	1,18 (1,04)	4,71***
<i>Ansiedad fóbica</i>	0,5 (0,7)	0,25 (0,36)	4,51***	1,04 (1,05)	3,76***
<i>Ideación paranoide</i>	0,74 (0,66)	0,47 (0,5)	3,82***	1,33 (1,03)	4,2***
<i>Psicoticismo</i>	0,56 (0,65)	0,21 (0,3)	7,3***	1,03 (0,91)	3,75***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Discusión

En este estudio se ha llevado a cabo una descripción de las características de consumo y de la sintomatología psicopatológica asociada en una muestra de cocainómanos que acuden a tratamiento. Los resultados obtenidos muestran la presencia de un consumo importante de cocaína en los pacientes estudiados, con dosis muy elevadas de consumo —en algunos casos hasta 42 gramos semanales—, con el agravante de haber comenzado su consumo a una edad muy joven —en torno a los 20 años—. Estos resultados son coincidentes con los informes elaborados por los distintos organismos oficiales (OEDT, 2007) y reflejan la importancia que ha adquirido el consumo de cocaína en los últimos años.

Asimismo, los resultados obtenidos muestran que aproximadamente 8 de cada 10 cocainómanos estudiados consumen habitualmente alcohol, y la mitad de toda la muestra lo hace de forma abusiva. Este consumo simultáneo constituye una de

las características más habituales del consumo de cocaína en los últimos años, tal y como ha sido reflejado en distintos estudios (Calafat, Juan, Becoña, Fernández, Gil y Llopis, 2001; Halikas *et al.*, 1994; López y Becoña, 2006c; Pastor, Llopis y Baquero, 2003; Rounsaville *et al.*, 1991). Este aspecto es importante, puesto que la comorbilidad de la dependencia del alcohol y de la cocaína se ha asociado a peores niveles de funcionamiento global, a un inicio más precoz en el abuso de sustancias psicoactivas, a una mayor gravedad del abuso de drogas y a mayores índices de psicopatología concurrente (Flannery, Morgenstern, McKay, Wechsberg y Litten, 2004). Asimismo, no se debe olvidar que el consumo simultáneo de ambas sustancias provoca en el organismo la creación de un metabolito psicoactivo que se suma a la acción del alcohol y de la cocaína: el *cocaetileno* o *etilencocaína*. Se trata de un compuesto químico de acción activadora del sistema nervioso central. Tanto el consumo simultáneo de estas sustancias como el consumo de cocaína precedido de la ingesta de alcohol provocan un efecto de aumento de la tasa cardiaca que es mayor que el efecto de la suma de ambas (McCance-Katz, Kosten y Jatlow, 1998). Dado que el efecto de la cocaína es cardiotoxico, el efecto de su combinación con alcohol supone un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares (Pennings, Leccese y de Wolf, 2002).

Por otra parte, y probablemente derivado de las características de consumo señaladas en los párrafos anteriores, la muestra estudiada se caracteriza por la presencia de numerosa sintomatología psicopatológica asociada a la dependencia de la cocaína. Ello coincide también con los resultados de otros estudios similares (p.ej., López y Becoña, 2006a). Más en concreto, la mayoría de los sujetos de la muestra presentan varias escalas del SCL-90-R con puntuaciones elevadas. No obstante, a pesar de que existe importante psicopatología en comparación con la población normal, la intensidad de los síntomas es inferior a la que presenta el resto de la población psiquiátrica. Esta misma tendencia se ha encontrado también en los estudios que utilizan el SCL-90-R con otro tipo de adicciones.

Más en concreto, por lo que se refiere al perfil psicopatológico encontrado, destaca, como más prevalente, la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, junto con importantes dificultades en las relaciones interpersonales. Aunque este tipo de problemática resulta también muy frecuente entre la población general, las puntuaciones son superiores en el grupo de cocainómanos.

Entre las diferentes dimensiones del cuestionario destacan por su elevada puntuación las escalas de *depresión* y de *obsesión-compulsión*. La primera recoge síntomas propios de los estados depresivos. Es posible que estos síntomas puedan corresponderse con síntomas afectivos propios de la abstinencia de cocaína, dados los conocidos efectos perniciosos a largo plazo de esta sustancia sobre los sistemas que regulan el estado de ánimo (Satel, Kosten, Schuckit y Fishman, 1993; Volkow, 2001). Asimismo, este dato concuerda con otros estudios de comorbilidad que han encontrado una importante asociación entre la adicción a la cocaína y la depresión comórbida (Brown *et al.*, 1998; Halikas *et al.*, 1993; López y Becoña, 2007; McKay *et al.*, 2002). En estos casos, puede resultar adecuado controlar la evolución del estado de ánimo, dado que podría mejorar de manera natural con el logro de un

mayor tiempo de abstinencia de cocaína, o bien requerir de una intervención específica si el paso de unas semanas no conllevara dicha mejoría afectiva.

La elevación observada en la escala *obsesivo-compulsiva* merece una aclaración. Es probable que algunos de los ítems sean malinterpretados y reflejen, en realidad, síntomas de impulsividad relacionada con el ansia [*craving*], más que síntomas propiamente obsesivos. Es el caso de ítems relacionados con presentar «*pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente*» o «*impulsos a hacer cosas de manera repetida*». La comorbilidad entre la adicción a la cocaína y el trastorno obsesivo-compulsivo parece una hipótesis menos probable, ya que ambos trastornos difieren en aspectos como la conciencia del problema (alta en el TOC y baja en la adicción), la finalidad de la conducta (obtención de placer en la adicción y evitación de un daño imaginario en el TOC), o el papel del miedo en ambos trastornos (hipofobia en la adicción e hiperfobia en el TOC) (Tirapu, Lorea y Landa, 2003). En cualquier caso se trata de una mera hipótesis explicativa, ya que la presencia de puntuaciones altas en la escala referida a la *obsesión-compulsión* se ha observado también en otros estudios previos con el SCL-90-R (López y Becoña, 2006a).

La elevada frecuencia de sujetos afectados por síntomas de la escala de sensibilidad interpersonal del SCL-90-R concuerda con otros resultados que destacan la presencia de sujetos con fobia social en adictos a la cocaína (Egelko y Galanter, 1998; Myrick y Brady, 1997). Esta escala refleja síntomas propios de la personalidad evitativa y de la fobia social, como son la timidez y vergüenza excesiva, la hipersensibilidad a la crítica y la incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales. En estos casos, el consumo de cocaína podría significar un intento de manejo de los síntomas disfóricos, dada la dificultad de estos sujetos en la interacción social.

Los síntomas de las escalas de *ideación paranoide* y *psicoticismo*, que también obtienen una elevada frecuencia, reflejan, probablemente, la presencia de síntomas residuales de los cuadros paranoides inducidos por cocaína, de elevada prevalencia en esta población (Caballero y Alarcón, 2000). No se trataría tanto de presencia de algún trastorno comórbido del espectro esquizofrénico, ya que estos fueron excluidos del estudio. Por lo tanto, esta sintomatología tiene probablemente un carácter más drogoinducido que anterior a la adicción.

En cualquier caso, los resultados de este estudio muestran que los cocainómanos estudiados presentan una mayor sintomatología psicopatológica que la encontrada en la población general. Ello implica la necesidad de tener en cuenta la comorbilidad observada, tanto en la evaluación de la dependencia de la cocaína como en el desarrollo de programas específicos de intervención. No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la comorbilidad se ha evaluado con el SCL-90-R, que se ha mostrado útil para llevar a cabo una criba [*screening*] global, pero no es un instrumento de diagnóstico clínico. Por otra parte, el tamaño de la muestra de cocainómanos, aunque relevante desde un punto de vista clínico, es relativamente pequeño desde una perspectiva estadística. Por ello, se requiere un mayor número de estudios con el objetivo de poder identificar el perfil específico de comorbilidad en el alcoholismo.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. rev.)*. Washington, D.C. APA.
- Bobes, J., González, M.P., Saiz, P.A. y Bousño, M. (1996). Índice Europeo de la Gravedad de la Adicción: EuropASI (versión española). *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.
- Bobes, J., Sáiz, P.A., González, M.P. y Bascarán, M.T. (2001). Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 13 (suplemento 2), 23-36.
- Brown, R. A., Monti P. M., Myers M. G., Martin R. A., Rivinus T., Dubreuil M. E. y Rohsenow D. J. (1998). Depression among cocaine abusers in treatment: relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *American Journal of Psychiatry*, 155, 220-225.
- Caballero, L. y Alarcón, A. (2000) Cocaína y cocaínomanía en atención primaria. En L. Caballero (Ed.). *Drogas en Atención Primaria (II)*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E. y Llopis, J.J. (2001) Vida social de la cocaína. *Adicciones*, 13, 61-103.
- Campbell, B.K. y Stark, M.J. (1990). Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *International Journal of the Addictions*, 25, 1467-1474.
- Casas, M. (1994). *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona. Citrán.
- Derogatis, L.R. (1992). *The SCL-90-R*. Clinical Psychometric Research. Baltimore.
- Egelko, S. y Galanter, M. (1998). Impact of social anxiety in a «Therapeutic Community» oriented cocaine treatment clinic. *American Journal on Addictions*, 7, 136-141.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 1-12.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N. y López-Goñi, J.J. (2005). Prevalencia del juego patológico en el alcoholismo: un estudio exploratorio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 125-134.
- Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, J.J. y Landa, N. (2003). Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína: un estudio-piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 79-98.
- Flannery, B.A., Morgenstern, J., McKay, J., Wechsberg, W.M. y Litten, R.Z. (2004). Co-occurring alcohol and cocaine dependence: recent findings from clinical and field studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 976-981.
- González de Rivera, J.L. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Adaptación española. Madrid: TEA.
- Halikas, J. A., Crosby, R. D., Pearson, V. L., Nugent, S. M. y Carlson, G. A. (1994). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking cocaine abusers. *American Journal on Addictions*, 3, 25-35.
- Kleinman, P.H., Kang, S., Lipton, D.S., Woody, G.E., Kemp, J. y Millman, R.B. (1990). Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18, 29-43.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J. y Lorea, I. (2005). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio con el IPDE. *Psicología Conductual*, 13, 275-288.

- López, A. y Becoña, E. (2006a). Dependencia de la cocaína y psicopatología a través del SCL-90-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 13-20.
- López, A. y Becoña, E. (2006b). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 578-583.
- López, A. y Becoña, E. (2006c). El consumo de alcohol en personas con dependencia de la cocaína que están bajo tratamiento. *Psicología Conductual*, 14, 235-245.
- López, A. y Becoña, E. (2007). Depression and cocaine dependence. *Psychological Reports*, 100, 520-524.
- McCance-Katz, E.F., Kosten, T.R. y Jatlow, P. (1998). Concurrent use of cocaine and alcohol is more potent and potentially more toxic than use of either alone-a multiple-dose study. *Biological Psychiatry*, 44, 250-259.
- McKay, J.R., Pettinati, H.M. Morrison, R., Feeley, M., Mulvaney, F.D. y Gallop, R. (2002). Relation of depression diagnoses to 2-year outcomes in cocaine-dependent patients in a randomized continuing study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 225-235.
- McLellan A.T., Luborsky, L., O'Brein, C.P. y Woody, G.E. (1980). An improved evaluation instrument substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 168, 26-33.
- Myrick, H. y Brady, K.T. (1997). Social phobia in cocaine-dependent individuals. *American Journal on Addictions*, 6, 99-104.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2007). *Informe anual 2007: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Pastor, R., Llopis, J.J. y Baquero, A. (2003). Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Adicciones*, 15, 159-164.
- Pedrero, E.J., Puerta, C., Segura, I. y Martínez, S. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6, 175-191.
- Pennings, J.M., Leccese, A.P. y de Wolf, F.A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97, 773-783.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2003). *Informe N° 6*, Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y 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*, 264, 2511-2518.
- Rounsaville, B. J., Anton, S. F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A. y Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48, 43-51.
- Satel, S.L., Kosten, T.R., Schuckit, M.A. y Fishman, M.W. (1993). Should protracted withdrawal be included in DSM-IV? *American Journal of Psychiatry*, 150, 695-704.
- Tirapu, J., Lorea, I. y Landa, N. (2003). Conductas adictivas: de la neurobiología al evolucionismo. *Adicciones*, 15, 255-271.
- Volkow, N. (2001). Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1181-1183.