

## Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión

ANA LÓPEZ DURÁN Y ELISARDO BECOÑA IGLESIAS

Universidad de Santiago de Compostela.

Enviar correspondencia a:

Ana López Durán. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.  
Campus Universitario Sur. 15782. Santiago de Compostela. E-mail: aldurán@usc.es

Recibido: 5 de diciembre de 2005.

Aceptado: 27 de febrero de 2006.

### RESUMEN

El análisis de la relación entre consumo de cocaína y características psicopatológicas es un tema relevante en estos momentos. El consumo de cocaína y las demandas de tratamiento por problemas con su consumo han aumentado en los últimos años. Determinadas características psicopatológicas pueden interferir en el desarrollo del tratamiento por problemas con el consumo de esta sustancia. El objetivo de este artículo es revisar las investigaciones más importantes, publicadas a nivel internacional y en nuestro país, que analizan la relación entre consumo de cocaína y características psicopatológicas. La revisión de los 41 estudios seleccionados nos lleva a concluir que el consumo de cocaína sea abuso o dependencia, como analizan unos u otros estudios, se asocia en un gran número de casos con tener otros trastornos asociados como dependencia del alcohol, trastornos de personalidad (especialmente el límite, paranoide, antisocial, histriónico, narcisista y pasivo-agresivo), depresión y ansiedad, entre los más importantes. Finalmente, se apuntan distintas limitaciones que existen en los estudios hasta ahora realizados y qué líneas principales se deben seguir en el futuro en este tipo de estudios.

**Palabras clave:** cocaína, psicopatología, revisión, depresión, trastornos de personalidad, ansiedad, alcoholismo.

### ABSTRACT

Analysis of the relationship between cocaine consumption and psychopathological characteristics is a relevant topic at the present time. Cocaine use and the demand for treatment arising from problems associated with cocaine use have increased in the last few years. Certain psychopathological characteristics can interfere with the development of treatment related to cocaine abuse or dependence. The objective of this paper was to review the most relevant research, published at a national and international level, which analysed the relationship between cocaine use and psychopathological characteristics. A review of 41 selected studies leads us to conclude that cocaine use (abuse or dependence), as analysed in the studies, is associated in a large number of cases with several disorders such as alcohol dependence, personality disorders (especially borderline, paranoid, antisocial, histrionic, narcissist and passive-aggressive disorders), depression and anxiety are among the most important. Finally, we expose several limitations in the studies carried out and provide the principal lines that should be followed in the future in this type of studies.

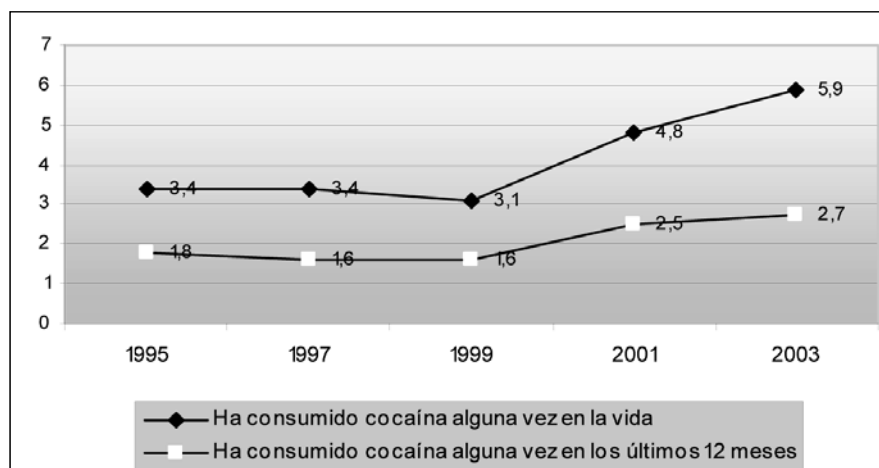
**Key words:** cocaine, psychopathology, review, depression, personality disorder, anxiety, alcoholism.

### INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína en nuestra sociedad está aumentando en los últimos años. En la encuesta domiciliaria del Plan Nacional sobre Drogas realizada en población española en el año 2003, el 5.9% de las personas entre 15 y 64 años han consumido cocaína alguna vez en su vida y el 2.7% la han consumido en el último año (ver figura 1). Cuando comparamos estos porcentajes con los obtenidos en años previos, observamos que hay un continuo crecimiento en el consumo de cocaína desde el año 1999 (PNSD, 2004). Este crecimiento también se aprecia en las demandas de

tratamiento en los centros de drogodependencias: en el año 1991 había 943 personas en tratamiento por problemas con el consumo de cocaína y en 2001 el número era de 9.367 (PNSD, 2003), un 1000% más.

Por otro lado, cada vez está cobrando más interés la evaluación de las características psicopatológicas que tienen las personas que demandan tratamiento en los centros de drogodependencias, por la repercusión que puede tener en el tratamiento del problema con el consumo de drogas. First y Gladis (1996), Ochoa (2000), Rosenthal y Westreich (1999), San (2004), Swendsen y Merikangas (2000) y Ziedonis



**Figura 1. Prevalencias de consumo de cocaína alguna vez en la vida y en los 12 meses previos en la encuesta en población española entre 15 y 64 años (%), 1995-2003. (PNSD,2004)**

(1992) apuntan distintas razones para estudiar la relación entre consumo de cocaína y problemas psicopatológicos. En primer lugar, por la alta prevalencia de problemas psicopatológicos entre los consumidores de cocaína. En el estudio *Epidemiological Catchment Area del National Institute of Mental Health (ECA)* realizado por Regier *et al.* (1990), señalaron que un 76.1% de los sujetos con abuso o dependencia de la cocaína tienen un trastorno mental y el 84.8% presenta abuso o dependencia del alcohol (ver tabla 1). Y, en segundo lugar, porque la comorbilidad implica condiciones más crónicas, mayor resistencia al tratamiento y experimentan un deterioro psicosocial más severo.

Al hablar de la relación entre el consumo de cocaína y otros trastornos psiquiátricos, podemos establecer una clasificación en función de su orden de aparición (ver tabla 2). Un primer tipo señala que el consumo de cocaína es anterior a la aparición del trastorno psiquiátrico. En este grupo encontramos los trastornos psiquiátricos que son causados por los efectos tóxicos de la sustancia, el síndrome de abstinencia o la intoxicación que produce. Son los denominados trastornos inducidos por el consumo de cocaína y una vez abandonado el consumo de cocaína y superado el síndrome de abstinencia dicho trastorno desaparecerá. First y Gladis (1996) y Zimberg (1996) también señalan la posibilidad de que el consumo continuado de determinadas sustancias produzca un deterioro en el sistema nervioso central que va a permanecer mucho tiempo después de finalizado el consumo de la sustancia y que provoca un síndrome psiquiátrico.

Un segundo tipo, es que exista un trastorno psiquiátrico previo y posteriormente aparezca el consumo de cocaína. En este caso el objetivo principal de la intervención es el trastorno psiquiátrico previo,

aunque se deben tener presentes ambos trastornos tanto en la evaluación como en el tratamiento. First y Gladis (1996) señalan tres explicaciones de la relación entre trastorno psiquiátrico primario y un consumo de sustancias secundario: la sustancia se utiliza para disminuir el malestar que provocan los síntomas del trastorno psiquiátrico (hipótesis de la automedicación); el consumo se utiliza como mecanismo de afrontamiento ante las consecuencias negativas derivadas del trastorno psiquiátrico; o los síntomas psiquiátricos (como la baja autoestima dentro de los trastornos del estado de ánimo) son un factor de riesgo para desarrollar un trastorno por consumo de sustancias. Y una tercera asociación, es que ambos trastornos son independientes y no se relacionan en su inicio aunque en su curso pueden interactuar y potenciarse entre ambos (Zimberg, 1996). El individuo tiene un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico, pero puede haber periodos en los que hay consumo de sustancias pero no síntomas psiquiátricos, y periodos en los que hay sintomatología psiquiátrica pero no aparece el consumo de sustancias. Otra posibilidad es que el trastorno psiquiátrico (ej., depresión o ansiedad) aparezca en un contexto de consumo de cocaína derivado de las consecuencias que tiene dicho consumo en la vida del individuo (pérdida de trabajo, problemas familiares.....). Así, el abandono del mismo implicará mejoras en estas áreas aunque puede ser necesaria algún tipo de intervención para la normalización de las mismas. Por lo tanto se convertirá en un trastorno psiquiátrico independiente.

Desde hace unos años se vienen realizando, a nivel internacional y en menor medida en nuestro país, estudios con consumidores de cocaína en los que se analiza si estas personas presentan o no determinados problemas psicopatológicos, pero son todavía escasos

**Tabla 1. Asociación entre trastorno mental y consumo de drogas según el estudio ECA**

	<b>Cocaína</b>	<b>Heroína</b>	<b>Alcohol</b>	<b>Cannabis</b>
<b>Algún trastorno mental</b>	76.1%	65.2%	36.6%	50.1%
<b>Esquizofrenia</b>	16.7%	11.4%	3.8%	6%
<b>Trastornos afectivos</b>	34.7%	30.8%	13.4%	23.7%
<b>Trastornos de ansiedad</b>	33.3%	31.6%	19.4%	27.5%
<b>Trastorno de personalidad antisocial</b>	42.7%	36.7%	14.3%	14.7%
<b>Abuso o dependencia del alcohol</b>	84.8%	65.9%	-	45.2%

Fuente: Regier *et al.* (1990)

**Tabla 2. Trastornos primarios y secundarios**

Dependencia de cocaína primario y trastorno psiquiátrico secundario	Trastornos inducidos por la cocaína que desaparecen tras finalizar la intoxicación o la abstinencia
	Alteraciones permanentes por el deterioro del sistema nervioso central
Trastorno psiquiátrico primario y dependencia de la cocaína secundario	Automedicación: el consumo de cocaína es una "medicación" de los síntomas del trastorno psiquiátrico.
	Afrontamiento: la cocaína se utiliza para afrontar determinados problemas asociados al trastorno psiquiátrico. Ej. mejorar las relaciones interpersonales en una fobia social
	Factor de riesgo: tener un trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para consumir cocaína.
Trastornos independientes	El trastorno psiquiátrico aparece por las consecuencias negativas derivadas del consumo de cocaína pero que persiste tras finalizar la intoxicación o la abstinencia.
	La aparición de ambos trastornos no tiene relación.

los estudios que además analizan cómo es la asociación entre consumo de cocaína y psicopatología (Gunnarsdóttir *et al.*, 2000; Roseblum, Fallon, Magura, Handelsman, Foote y Bernstein, 1999; Weiss, Mirin, Michael y Sollogub, 1986). Por lo tanto, la mayor parte de los estudios son descriptivos ya que no establecen hipótesis sobre las causas de dicha asociación.

El objetivo del presente estudio es realizar una revisión de los estudios más importantes que se han publicado en los últimos 20 años sobre la asociación entre psicopatología y trastornos por consumo de cocaína.

## MÉTODO

Revisión de las revistas que están en las bases de datos de *Medline* y *Psycoinfo*, y todos aquellos publicados en revistas de adicciones españolas. El periodo revisado es desde el año 1985 hasta el año 2004, ambos incluidos. Las palabras claves utilizadas han sido "cocaine", "psychopathology", "comorbidity" y "assessment". De cada uno de los estudios se recogen varios aspectos: objetivos, características de la muestra (tamaño, número de hombres y mujeres, existencia de diagnóstico de dependencia o abuso, tipo de sustancia consumida, vía principal de consu-

mo), instrumentos de evaluación, principales resultados, criterios de inclusión y exclusión al seleccionar la muestra, y si se exige un periodo de abstinencia previo a la realización de la evaluación.

La selección de los estudios se realiza en función de la relevancia de los mismos en cuanto a características y tamaño de la muestra e instrumentos de evaluación que utilizan. Los estudios analizados tienen en común que la muestra está formada por consumidores de cocaína a los que se evalúa uno o más problemas psicopatológicos (fundamentalmente depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y problemas con el consumo de alcohol).

## RESULTADOS

De todos los artículos revisados se seleccionaron 41 estudios por su relevancia en el análisis de la relación entre consumo de cocaína y psicopatología. A continuación describimos cada uno de estos estudios ordenados en función del año de su publicación. De forma más abreviada pueden consultar las características principales de los estudios seleccionados en la tabla 3.

Weiss *et al.* (1986) realizaron un estudio cuyo objetivo era definir el perfil clínico de los abusadores de cocaína, concretamente sus características diagnósticas en comparación con consumidores de otras sustancias. También intentaron comprobar si hay un subgrupo que utiliza la cocaína para automedicar un trastorno afectivo previo (hipótesis de la automedicación). La muestra que utilizaron era de 30 sujetos (63.3% son hombres) con diagnóstico de abuso de cocaína y mayores de 21 años, que habían sido admitidos a tratamiento hospitalario. La duración de dicho tratamiento era de aproximadamente cuatro semanas. Los diagnósticos, en base a los criterios del DSM-III, los hacen, tras tres semanas de hospitalización y por lo tanto de abstinencia, dos psiquiatras de forma independiente. Si coinciden se establece el diagnóstico. Los instrumentos utilizados son los siguientes: entrevista clínica estructurada basada en los criterios del DSM-III para hacer los diagnósticos de los ejes I y II; el BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961); SCL-90 (Derogatis, Lipman y Covi, 1973); y *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) (Hamilton, 1960). Los resultados señalaron que el 63.3% de los sujetos tienen en el eje I otro trastorno distinto al de consumo de sustancias, siendo el 53.3% de éstos, trastornos afectivos (20% de trastorno de depresión mayor, 16.7% de trastorno ciclotímico, 6.7% de trastorno bipolar y 10% de depresión atípica). El 90% tiene algún trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes los trastornos límite (26.7%), narcisista

(23.3%) e histriónico (16.7%). La prevalencia del trastorno antisocial en este estudio es muy baja (sólo un sujeto) cuando la comparamos con otros estudios. La explicación que dan estos autores a los altos porcentajes de otros estudios, es que cada vez son más los consumidores de cocaína que antes eran consumidores de heroína.

El 70% de la muestra señala uso actual de otras drogas y el 36.7% cumple los criterios de abuso o dependencia de alcohol, en el pasado o actual. Identifican tres subgrupos de abusadores de cocaína: los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o depresión mayor que usan la cocaína inicialmente como automedicación de los síntomas desagradables, pero terminan abusando; los que tiene ciclotimia o trastorno bipolar y que usan la cocaína para aumentar las sensaciones eufóricas de la fase maníaca o como resultado de la falta de control que se produce durante esa fase; y pacientes con trastorno de personalidad límite o narcisista. Por lo tanto, estos autores plantearon que en función del trastorno psiquiátrico que presentan se establece una asociación diferente con el consumo de cocaína. Entre las limitaciones del estudio está la pequeña muestra que utilizan.

Gawin y Kleber (1986) realizaron un estudio para diferenciar entre los síntomas persistentes (asociados a un trastorno psiquiátrico) y los síntomas asociados a los "binges" de cocaína, y por lo tanto también a la abstinencia a la misma. La muestra está formada por 30 sujetos que demandan tratamiento por abuso de cocaína de tipo ambulatorio. Un 73% son hombres, y un 43% utilizan la vía intravenosa, un 37% la intranasal y un 20% la fumada. Como criterios de inclusión señalan: presencia de criterios de abuso de cocaína; consumo semanal, con un consumo total en los tres meses previos de 14 gramos o un gasto de 1400 dólares; la cocaína es la primera droga de abuso y no hay un consumo regular (más de dos veces al mes) de otras sustancias, salvo alcohol y marihuana.

Para establecer el diagnóstico de trastorno psiquiátrico independiente, utilizaron los siguientes parámetros: si los síntomas continúan tras diez días sin consumir cocaína y hay datos de la existencia de tales síntomas durante periodos prolongados de abstinencia (más de siete días). Los instrumentos utilizados son la *National Institute of Mental Health's Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981) para hacer los diagnósticos psiquiátricos y la HDRS, para analizar los síntomas neurovegetativos de la depresión. Los resultados muestran que cerca de la mitad de la muestra presenta trastornos psiquiátricos independientes. La prevalencia de estos trastornos del eje I es superior que en la población general. Respecto a la presencia de depresión los datos son similares a los de los consumidores de heroína, pero la presencia del trastorno

**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<b>Weiss et al. (1986). Psychopathology in chronic cocaine abusers</b>	Definir el perfil clínico de los abusadores crónicos de cocaína, en particular de sus características diagnósticas, comparando con consumidores de otras sustancias. Concretamente, valorar si hay un subgrupo que usa la cocaína para "automedicar" su trastorno afectivo.	30 sujetos con diagnóstico de abuso de la cocaína, admitidos a tratamiento hospitalario. Un 63.3% son hombres. Permanecen en el hospital aproximadamente 4 semanas.	SCL90 BDI HRSD Los diagnósticos de los ejes I y II se hicieron a través de entrevistas clínicas estructuradas con los criterios del DSM-III	-Tiempo medio de uso drogas es menor que en otros consumidores. -Significativas las tasas de sintomatología depresiva en la admisión tanto en cocaína como otras sustancias, y también son similares en cuanto a su mejoría durante la estancia. -70% uso actual de otras drogas y 36.7% de presente o pasado abuso o dependencia del alcohol. -Eje I: el 63.3% tiene otro diagnóstico distinto al uso de sustancias; el 53.3% de estos son trastornos afectivos. -Eje II: el 90% tiene trastornos de personalidad; los más frecuentes son el límite y el narcisista. El antisocial es más bajo que entre consumidores de otras drogas. - Señalan tres subgrupos: pacientes con TDAH o depresión mayor que usan la cocaína inicialmente como automedicación pero después terminan abusando; con ciclotimia o bipolar que usan la cocaína para aumentar las sensaciones eufóricas de la fase maniaca o como resultado de la falta de control; pacientes con trastorno límite o narcisista.	Criterios de selección de la muestra: - mayor de 21 años - criterio de abuso de cocaína - la evaluación se realiza tras 3 semanas de hospitalización, y el diagnóstico diferente al de abuso de sustancias se realiza sólo si lo presentan tras tres semanas de abstinencia.
<b>Gawin y Kleber (1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers.</b>	Diferenciar entre síntomas persistentes y los que están relacionados con los <i>binges</i> de cocaína y por lo tanto con la abstinencia	30 de sujetos con diagnóstico de abuso de cocaína. Un 73% son hombres; el 43% usa la vía intravenosa, un 37% la vía intranasal; y un 20% la fumada. Son sujetos que demandan tratamiento por cocaína de tipo ambulatorio.	DIS HAM- D	- Sobre la mitad de la muestra cumple los criterios de trastornos en el eje I. -La presencia de trastornos en el eje I es mayor que en población general, en cuanto a depresión es similar que en heroína, pero el trastorno bipolar/ciclotimia es superior en cocaína. - Aunque consumen menos cocaína los sujetos con estos trastornos presentan un nivel de deterioro similar que los que consumen más cantidad. Además solicitan antes el inicio del tratamiento. - En sujetos con TDAH: consumo de cocaína es secundario.	Criterios de inclusión: - Abuso de cocaína - Consumo semanal, con un consumo total en los 3 meses previos de 14 gramos o 1.400 \$. - La cocaína es la primera droga de abuso y no hay un consumo regular (más de 2 veces al mes) de otra sustancia salvo alcohol y marihuana.
<b>Weiss et al. (1988). Psychopathology in cocaine abusers.</b>	Comparar con un estudio previo de 1982: la prevalencia de los trastornos afectivos en abusadores, y los cambios en las características clínicas y demográficas de los que demandan tratamiento.	Son 149 sujetos con diagnóstico de abuso de cocaína, de una muestra total de 442 admisiones en una unidad de tratamiento de sustancias de un hospital, por consumo de distintas drogas. 74% son hombres. La evaluación se hace al inicio y tras las 4 semanas de tratamiento y con abstinencia demostrada.	HRSD BDI SCL-90	- Hay un menor porcentaje de trastornos afectivos, cuando se compara con el grupo de opiáceos, que en la muestra de 1980. - Tras dos semanas de tratamiento los síntomas depresión disminuyen más que en otras sustancias. - Destaca la prevalencia de ciclotimia en los sujetos con abuso de cocaína (11.4%).	Criterios de exclusión utilizados: - Dar positivo por consumo de sustancias en los controles de orina

**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<b>Rose et al. (1989). Comparison of the characteristics and functioning of cocaine treatment and cocaine research subjects.</b>	Compara el funcionamiento y características de abusadores de cocaína voluntarios para una investigación y abusadores en programas de tratamiento ambulatorio.	33 sujetos con abuso de cocaína a tratamiento y 25 sujetos con abuso de cocaína voluntarios para la investigación. El total de la muestra son hombres. En ambos casos la muestra se selecciona por demanda de admisión.	SCL-90 ASI <i>Shipley Institute for Living Scale</i> , para evaluar el funcionamiento intelectual.	Se diferencian ambos grupos en las características demográficas y la adaptación a normas sociales. Los voluntarios es más probable que se involucren en conductas criminales y de riesgo; mientras que los del grupo de tratamiento es más probable que fueran arrestados por conducir intoxicados. También puntúan más en ansiedad y en hostilidad en el SCL-90.	Criterios de exclusión: - Síntomas psicopatológicos graves que incapaciten para la participación en el estudio.
<b>Malow et al. (1989). Personality disorders classification and symptoms in cocaine and opioid addicts.</b>	Evaluar los trastornos de personalidad en dependientes de la cocaína y en dependientes de la heroína.	117 sujetos, 74 con dependencia de cocaína y 43 con dependencia de opiáceos, que demandan tratamiento hospitalario por consumo de drogas. Se evalúan 14 días después de la admisión.	SCID	- En el total de la muestra hay un 31% de prevalencia del trastorno antisocial y límite. - Los de dependencia de cocaína tienen menos trastornos de personalidad y menor distrés subjetivo: lo explican porque es una droga de mayor popularidad y accesibilidad, es más apreciada por los buscadores de sensaciones debido a su uso recreativo; además tienen a la entrada a tratamiento mejores redes sociales y menos problemas relacionados con el consumo de drogas.	Criterios de exclusión: - Alteración cerebral o psicosis - Mantenimiento con metadona o medicación psicotrópica - CI < 80 - Historia no confirmada de dependencia de cocaína o heroína.
<b>Kleinman et al. (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering treatment.</b>	Evaluar diferentes indicadores psicopatológicos en el momento de entrada a tratamiento.	76 sujetos con diagnóstico de abuso de cocaína ( <i>crack</i> o cocaína) que demandan tratamiento entre junio y noviembre en un centro ambulatorio. El 89% son hombres.	BDI SCL-90 ASI SCID-OP SCID-II	- Un 58% tiene algún trastorno de personalidad. - Un 47% tiene algún tipo de trastorno depresivo en la vida. - La puntuación en el BDI es mayor que en los heroínómanos. - La puntuación en el SCL-90 es superior a la población normal. - Los sujetos con trastornos depresivos tienen una edad de inicio en el uso de marihuana, tabaco y cocaína más temprana.	Hay más presencia de trastornos antisociales que en otros estudios, quizás por incluir a consumidores de <i>crack</i> ; así el perfil de los trastornos de personalidad es más similar al de los heroínómanos.
<b>Campbell y Stark (1990). Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse.</b>	Comparar las diferencias en las características de personalidad entre grupos de abusadores de distintas sustancias.	100 sujetos de los que 34 son abusadores de cocaína. Un 65% son hombres. Demandan tratamiento ambulatorio y son clasificados en función de su primera droga de abuso.	MCMII SCL-90	- Hay un alto porcentaje de síntomas psicopatológicos entre los abusadores que acuden a tratamiento, por lo que hay mayores dificultades en el tratamiento. - No hay un perfil determinado de personalidad según sustancia principal de abuso, salvo en el caso de anfetaminas.	



**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<p><b>Calsyn y Saxon (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the MCMI.</b></p>	<p>- Identificar subtipos en función del eje I y el eje II. - Comparar los adictos a la cocaína y la heroína en esos subtipos. - Identificar la covariabilidad del eje I entre los subtipos de tras del eje II severos y moderados.</p>	<p>100 sujetos, 73 con dependencia de opiáceos y 37 con dependencia de cocaína; a tratamiento ambulatorio en un hospital de veteranos (son todos hombres)</p>	<p>MCMI</p>	<p>- Corroborar trabajos previos que señalan una alta prevalencia de psicopatología en adictos a opiáceos y a cocaína. Hay un 90% con trastornos en el eje II entre los de opiáceos y un 97% entre los de cocaína. - Síntomas psicóticos: heroína 11% y cocaína 8%; alteraciones afectivas: 41% vs. 58% ; trastornos de personalidad severos: 23% vs. 19% ; patrones de personalidad narcisista/antisocial: 36% vs. 28%, evitativo/negativista: 20% vs. 42% , y dependiente: 19% vs. 11%.</p>	<p>Criterios de exclusión: - Presentar muestras de intoxicación o síntomas agudos de abstinencia (no señalan la exigencia de abstinencia)  Recogen estudios que evalúan la presencia de trastornos psiquiátricos entre consumidores de sustancias.</p>
<p><b>Denier et al. (1991). Psychosocial and Psychopathology differences in hospitalized male and female cocaine abusers: a retrospective chart review.</b></p>	<p>Evaluar retrospectivamente los datos de hombres y mujeres que han estado hospitalizados por problemas con la cocaína</p>	<p>100 pacientes, 50 hombres y 50 mujeres, hospitalizados por abuso o dependencia de cocaína, edad media de 20 años, y señalan la cocaína como droga de elección. La evaluación se realiza con una media de 8.6 días tras la admisión (desviación típica de 6.22)</p>	<p>MMPI</p>	<p>- Ambos grupos muestran altas tasas de policonsumo, los hombres más en la actualidad. - Las mujeres tienen mayores elevaciones en el MMPI, es más probable que están desempleadas, tengan trastornos psiquiátricos y problema familiares derivados del consumo de sustancias, señalan que es por factores culturales y sociales, porque presentan más conductas desviadas, experimentan más problemas y peor ajuste. - Demandan un tratamiento diferencial en función de estas diferencias.</p>	
<p><b>Rounsaville et al. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers.</b></p>	<p>- Comparar una muestra de abusadores de cocaína con adictos a opiáceos. - Evaluar la importancia de los agonistas de la cocaína, y/o los efectos de la abstinencia en el diagnóstico de depresión. - La relación entre el curso del abuso de cocaína y el inicio de otros trastornos psiquiátricos.</p>	<p>298 sujetos con diagnóstico de abuso de la cocaína que demandan tratamiento (149 ambulatorio y 149 hospitalario)</p>	<p>SADS-L</p>	<p>- Hay un 55.7% de prevalencia actual, y un 73.5% alguna vez en la vida, de otro trastorno psiquiátrico. - Mayor frecuencia de: trastornos afectivos, de ansiedad, personalidad antisocial y TDAH. - Los trastornos afectivos y el alcoholismo son posteriores al abuso de cocaína; TDAH, ansiedad y personalidad antisocial son previos al abuso.</p>	<p>Criterios de exclusión: - Dependencia de la heroína previa al abuso de cocaína ; pero no excluyen el abuso de otras sustancias porque señalan que es normal abusar de otras sustancias antes de la cocaína, por la hipótesis de "puerta de entrada". - Señalan un mínimo de 5 días de abstinencia para hacer la evaluación.</p>

**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<b>Donat et al. (1992). MCMII differences between alcoholics and cocaine abusers: effect of age, sex and race.</b>	Evaluar el efecto de las variables sexo, edad y raza en la puntuación del MCMII, comparando muestras de alcoholicos, cocainómanos, y dependencia tanto de alcohol como de cocaína.	330 pacientes, 244 hombres y 86 mujeres; admitidos a tratamiento hospitalario por dependencia del alcohol, dependencia de cocaína o dependencia de alcohol y cocaína. Se hace la evaluación tan pronto como están estables.	MCMII	- Las diferencias en el MCMII están más en función del sexo, edad y raza que por la sustancia consumida.	Criterios de exclusión: - Tener medicación psicotrópica.
<b>Carroll et al. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers</b>	Evaluar a partir de un estudio longitudinal de un año, si la presencia de psicopatología y la severidad de la dependencia predicen los resultados de tratamiento en abusadores.	298 sujetos (66% hombres) con abuso de la cocaína que demandan tratamiento. De estos 298, 94 fueron nuevamente evaluados al año de inicio del tratamiento.	ASI SADS-L	Un tercio de la muestra (N=94) refiere abstinencia de la cocaína durante los 12 meses, pero la existencia de abstinencia no está relacionada con mejorías en todas las áreas de funcionamiento. La retención en el tratamiento está asociada con pobre funcionamiento psicológico en la evaluación previa y existencia de tratamientos previos. Hay tres variables predictoras de resultados: la severidad en el uso de drogas, la severidad de los síntomas psicopatológicos y la presencia de alcoholismo.	No indican el tiempo de abstinencia en el consumo de sustancias necesario para realizar la evaluación.
<b>Carroll, Rounsaville, et al. (1993). Alcoholism in treatment-seeking cocaine abusers: clinical and prognostic significance.</b>	- Evaluar tasas de alcoholismo en los demandantes de tratamiento por cocaína y si se diferencian de los que no demandan. Conocer las diferencias entre abusadores cocaína alcoholicos, y no alcoholicos. Conocer si el orden entre el inicio del consumo de cocaína y dpcia. del alcohol afecta a la severidad o el resultado del abuso de cocaína. Cómo afecta el alcohol al abuso de cocaína.	298 consumidores de cocaína que demandan tratamiento ambulatorio u hospitalario. El 69% son hombres. Deben tener diagnóstico de abuso o de dependencia.	ASI SADS-L	- Un 28.9% tiene dependencia del alcohol en la actualidad, y el 61.7% alguna vez en la vida. Es el diagnóstico más frecuente: depresión mayor (5% y 31% ; fobia (12% y 13%) y personalidad antisocial (7.7% en la vida). - Diferencias entre alcoholicos y no alcoholicos: más alta la prevalencia de alcoholismo entre hombres, más uso de la vía intranasal, uso de otras drogas, periodos más cortos de abstinencia y más tratamientos anteriores; una dependencia más severa, más puntuación en el ASI. A nivel psiquiátrico no hay diferencias salvo en trastorno antisocial que es superior en los alcoholicos (diferencia con otros estudios). - En un 63% de los casos, el alcoholismo es posterior al consumo de cocaína. Los que tienen alcoholismo primario son más mayores, el inicio del uso de cocaína es más tarde, menor uso regular de la cocaína y mayores tasas de trastornos psiquiátricos en la actualidad. - Los alcoholicos tienen alta probabilidad de seguir siéndolo al año de seguimiento. El abuso de cocaína incrementa la probabilidad de un alcoholismo secundario.-Un diagnóstico de alcoholismo en vida está asociado con una mayor severidad del consumo de cocaína.	Criterios de exclusión: - Dependencia de la heroína que precede al inicio de la cocaína, aunque no excluyen a los que tienen dependencia de otras sustancias por la hipótesis de "puerta de entrada".



**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<p><b>Weiss et al. (1993). Personality disorders in cocaine dependence.</b></p>	<p>- Evaluar la prevalencia de los trastornos de personalidad en sujetos con dependencia de la cocaína, tanto durante la abstinencia como durante el uso de sustancias. - Si tienen un diagnóstico diferente cuando consumen drogas y cuando no lo hacen. - Si hay patrones comunes a través de los que el consumo de sustancias puede afectar al diagnóstico del trastorno de personalidad.</p>	<p>50 pacientes hospitalizados por dependencia de la cocaína. Un 58% son hombres, un 48% consumen por vía nasal, un 44% por vía fumada y un 8% por intravenosa. El 86% tiene otro trastorno por uso de sustancias, y un 43% tiene hasta un tercero.</p>	<p>SCID-II</p>	<p>- Un 74% de los sujetos, tienen al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad. - Los trastornos de personalidad se presentan tanto durante el uso de sustancias, como en la abstinencia.. - Señalan que hay solapamiento entre los síntomas para diagnosticar trastorno de personalidad y trastorno por consumo de sustancias; por lo que hay limitaciones con el DSM para evaluar a estos pacientes.</p>	<p>Criterios de exclusión: - Psicosis aguda - Disfunción orgánica significativa. - Otro diagnóstico en el eje I previo al inicio del consumo de sustancias  La evaluación se realizó durante la 2ª semana de hospitalización.</p>
<p><b>Castaneda, R. (1994). Empirical assessment of the self-medication hypothesis among dually diagnosed inpatients.</b></p>	<p>Evaluar la hipótesis de la automedicación en sujetos con trastorno de personalidad y las expectativas de los efectos de uso de drogas en los síntomas psiquiátricos y cognitivos.</p>	<p>83 pacientes, 31 dependientes de la cocaína (16 que consumen cocaína por vía intranasal y 15 fuman crack) admitidos en servicios psiquiátricos (hospitalizados) con diagnóstico de trastorno de personalidad y de dependencia de una sustancia.</p>	<p>SCL90, para evaluar los síntomas psiquiátricos Se administra cuando no presentan psicosis aguda, intoxicación, o abstinencia; aunque no más tarde de un mes tras la admisión.  Modified Mini-mental Examination  NIS, para medir el deterioro cognitivo</p>	<p>- No hay diferencias en el SCL90 - Rechaza la hipótesis de la automedicación: pacientes con similar psicopatología usan distintas drogas y las expectativas de mejoría o agravamiento varían según la droga y no según el trastorno de personalidad. Los del grupo de consumo de cocaína perciben que empeoran sus síntomas psiquiátricos y hay un deterioro cognitivo por el consumo.</p>	<p>Criterios de exclusión : - Más de una dependencia a sustancias, u otro diagnóstico en el eje I.</p>

**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<p><b>Ball et al. (1995). Subtypes of cocaine abusers: support for a type A – type B distinction.</b></p>	<p>Aplicar la clasificación de Babor et al. (1992) con sujetos alcohólicos (tipología A y B) a otras sustancias como la cocaína. Inicialmente seleccionan tres grupos de variables: factores de riesgo premórbidos, variables relacionadas con el abuso de sustancias y problemas psiquiátricos. Posteriormente añaden variables psicosociales y demográficas, otras relacionadas con el abuso de sustancias y la historia familiar de problemas psiquiátricos</p>	<p>399 sujetos con abuso de cocaína (69% hombres y 31% mujeres) que están a tratamiento ambulatorio, tratamiento hospitalario o no están a tratamiento.</p>	<p>ASI SADS-L Family history of RDC Sensation Seeking Scale, form IV, evalúa la búsqueda de sensaciones BDI MAST CAST (Cocaine Assessment Screening Test) para evaluar la severidad del abuso de la cocaína</p>	<p>Hay una gran consistencia con la tipología de los sujetos con problemas de alcoholismo señalada por Babor et al. (1992). Un 33% de la muestra forman el tipo B y un 67% el tipo A. El tipo B tiene más factores premórbidos, mayor severidad en el abuso de drogas y alcohol, mayor deterioro psicosocial relacionado con el consumo de drogas, conducta antisocial, y problemas psiquiátricos comórbidos. En el caso de sujetos hospitalizados, los porcentajes de tipo A y B son similares, pero en el caso del tratamiento ambulatorio y no tratamiento el porcentaje de tipo A es superior al tipo B. La puntuación media en el BDI es superior en los sujetos del tipo B (10.4; D.T. 6.7) que en el tipo A (7.6; D.T. 6.2). No hay diferencias en ambos grupos al analizar las tasas del abstinencia y el uso de tratamientos.</p>	<p>No establecen un periodo de abstinencia en el consumo de cocaína para hacer la evaluación.</p>
<p><b>Flynn et al. (1995). Relationship between drug preference and indicators of psychiatric impairment.</b></p>	<p>Investigar la relación entre preferencia por cocaína o heroína y alteraciones psiquiátricas.</p>	<p>282 sujetos: para 146 su droga favorita es la heroína y para 136 es la cocaína. Un 68% son hombres y 93% de raza negra. Son sujetos a tratamiento que participan en un estudio para incrementar la disponibilidad de tratamientos y evaluar las distintas estrategias de tratamiento existentes. La evaluación con el MCMI se realizó tras dos semanas de tratamiento.</p>	<p><i>The Individual Assessment Profile</i>, evalúa distintas áreas del paciente (en el momento de la admisión) MCMI-II</p>	<p>- Ambos grupos muestran elevado distrés psicológico, pero más el grupo que tiene como droga favorita la cocaína. - Los del grupo de cocaína son más jóvenes, tienen más tasas de alteraciones mentales; y llevan menos tiempo consumiendo su droga de elección; lo que puede indicar que la cocaína tiene mayores efectos negativos en el individuo y en la sociedad. - En los patrones de personalidad destacan en los consumidores de cocaína respecto a heroína: evitativo, dependiente, histriónico, antisocial, pasivo-agresivo, autodestructivo y límite.</p>	

**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<b>Marlowe et al. (1997). Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of behavioural treatment for cocaine dependence.</b>	Examinar el impacto del trastorno y síntomas de personalidad en el resultado de un tratamiento conductual de la dependencia de la cocaína. Se evalúa ansiedad, depresión, severidad del uso de drogas y trastornos de personalidad.	137 sujetos con dependencia de la cocaína (87% de crack, 7% esnifada y 6% intravenosa). Un 86% son hombres. Son admisiones consecutivas en un programa de investigación y tratamiento de la cocaína que completan la evaluación durante dos semanas.	SCID-II (se pasa en la 2ª semana) ASI (al inicio) BDI BAI (ambos al final de la primera semana)	- Parece no haber relación entre presencia de trastorno de personalidad y ausencia, respecto a los resultados del tratamiento. Los trastornos de personalidad dependientes muestran mejores resultados, comparando con los demás trastornos de personalidad. - Mejores resultados con la condición de tratamiento cognitivo-conductual - La presencia de otro trastorno del eje I (depresión) no mejora los resultados en los que tienen trastorno de personalidad, como apuntan otros autores.	
<b>Myrick y Brady (1997). Social phobia in cocaine dependent individuals.</b>	Explorar la prevalencia y características clínicas de la fobia social en sujetos que demandan tratamiento por dependencia de cocaína.	158 sujetos con dependencia de la cocaína que demandan tratamiento farmacológico en un programa de 12 semanas. Se realiza la evaluación tras 5-10 días de abstinencia.	SCID I y II HRSD BDI ASI	- Hay un 13.9% de prevalencia de fobia social. - El grupo con fobia social tiene mayor puntuación en el BDI y en el HRSD; más probabilidad de tener otro trastorno de ansiedad, ideación suicida, paranoia asociada al consumo y más policonsumo en el mes previo al inicio del tratamiento.	Criterios de exclusión: - Dependencia de otra sustancia, trastorno psicótico o inestabilidad médica. Sólo hacen diagnóstico si los síntomas son previos al inicio del consumo o persisten tras siete días de abstinencia. Limitaciones: Se deben esperar entre 2-4 semanas de abstinencia, no sólo 5-10 días.
<b>Craig et al. (1997). MCMI-III-Derived typological analysis of cocaine and heroine addicts.</b>	- Determinar si los perfiles de consumidores de sustancias evaluados con el MCMI-I y II, coinciden con el III. Si los perfiles hallados son similares a los existentes en la literatura. - Evaluar si los perfiles correlacionan con correlatos externos de relevancia clínica.	441 hombres de raza negra hospitalizados en un programa de tratamiento de abuso de sustancias en un centro médico de veteranos. Cumplen los criterios de dependencia o abuso de heroína, o de cocaína, o ambos. Sobre el 50% tiene también problemas de abuso de alcohol. La evaluación se realizó una vez finalizada la desintoxicación.	MCMI-III	- Hay elevaciones en la escala de personalidad antisocial, en la de abuso de drogas y en la de abuso de alcohol. - Los resultados de los datos obtenidos con versiones anteriores también se pueden comparar con el MCMI-I-III	Limitación: - No establecen diferencias entre los tres grupos de consumidores.

**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<b>Sonne y Brady (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals</b>	Explorar el impacto del uso de cocaína en el diagnóstico del trastorno de personalidad en un estudio de doce semanas de duración. La evaluación se hace al inicio y tras las doce semanas.	47 sujetos con dependencia de cocaína que participan en un estudio de tratamiento farmacológico, tras demandar tratamiento por ello. Un 59.9% son hombres y la mayoría consumidores de crack.	SCID-I SCID-II	- El 66.7% cumplen los criterios de al menos un trastorno de personalidad. - Límite: 40%; paranoide; 28.9%; antisocial; 24.4% y narcisista: 22.2%. - Menos uso de cocaína está asociado con la disminución de los trastornos de personalidad; cuando comparamos la evaluación inicial y la final.	Criterios de exclusión: - Dependencia de otra sustancia diferente a la cocaína. - Tomar una medicación diferente a la del estudio (carbamazepina). - Tener un trastorno psicótico o estar inestable médicamente. Exigen 14 días de abstinencia para hacer un diagnóstico. Señalan que las diferencias en la prevalencia del antisocial es por las diferencias en el nivel socioeconómico.
<b>Rosenblum et al. (1999). The autonomy of mood disorders among cocaine-using methadone patients.</b>	Evaluar el orden temporal de inicio de los trastornos de estado de ánimo y la dependencia de sustancias. Identificar la persistencia y la severidad de el trastorno estado de animo en periodos de abstinencia.	67 sujetos dependientes de la cocaína a tratamiento en PMM (55% son mujeres). Son asignados a dos tipos de tratamiento distintos, y forman parte de una muestra más amplia utilizada para otro estudio.	BSI, la severidad de los síntomas psiquiátricos. SCID, la dependencia, trastornos psicóticos y del estado de ánimo. POMS (Severity of Moods States) severidad de los trastornos del estado de ánimo	- Un 27% de los trastornos de estado de ánimo son independientes. - Los que tienen trastornos independientes consumieron menos sustancias en los últimos 30 días. Los de trastornos no independientes tienen más consumos de alcohol y cocaína. - Es más probable que los que tienen un trastorno independiente completen el tratamiento.	Criterios de inclusión: - Dependencia de la cocaína, uso de cocaína en el pasado mes, dosis de metadona estable, y trastorno de estado de ánimo (no distimia). Criterios de exclusión: - Trastorno psicótico (no se excluye a los que consumen otras drogas)
<b>Siqueland et al. (1999). Cocaine-induced mood disorder: prevalence rates and psychiatric symptoms in an outpatient cocaine-dependent sample</b>	Examinar y comparar las tasas de prevalencia y los patrones de síntomas de los trastornos inducidos por sustancias (DSM) y de los trastornos de estado de ánimo	243 dependientes de la cocaína: 68% hombres, 75% crack, 41% con dependencia del alcohol, 11% del cannabis, 20% con trastorno de ansiedad, y 48% trastorno de personalidad (19% antisocial). Seleccionados en hospitales, clínicas y por anuncios. Se evalúan tras 30 días de estabilización y 1 semana de abstinencia.	BDI HRSD BSI BAI (ansiedad) SCID-P	- En la evaluación inicial, hay un 12% con trastorno depresivo inducido por la cocaína. - Los de trastorno inducido al tener que cumplir sólo un síntoma (tristeza o anhedonia), se diferencian sólo en 1-2 síntomas de los que no tiene depresión.	Limitaciones: - Al ser evaluados tras una semana de abstinencia, los pacientes tienen menos síntomas que al inicio de la misma.

**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<b>Nadeau et al. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction.</b>	Evaluar la presencia de trastornos de personalidad en sujetos a tratamiento por consumo de drogas	255 sujetos (182 hombres y 73 mujeres), no indica el número de sujetos en función de la droga que consumen. Están a tratamiento en centros de drogodependencias. La evaluación se hizo 7 días después de iniciar el tratamiento	MCMH	-Un 88.2% tiene TB>84 en al menos una escala del eje II -Un 56.9%, TB>84 en la escala pasivo-agresiva y un 52.9% en la dependiente -Hay diferencias significativas en función del sexo: las mujeres puntúan más alto que los hombres en las escalas histriónica, esquizotípica, límite y paranoide	
<b>Sánchez-Hervás, Tomás, et al. (2000). Evaluación psicopatológica de pacientes dependientes de la cocaína.</b>	Evaluar la presencia de psicopatología en pacientes que demandan tratamiento por abuso de cocaína. Se compara con un grupo control.	35 sujetos con diagnóstico de abuso de cocaína que demandan tratamiento (85.7% son hombres); y 40 sujetos de grupo control, sin problemas por consumo de drogas.	BSI ( <i>Brief symptom inventory</i> )	- Prevalencia alta de distimia, depresión atípica y ciclotimia. - Puntuaciones más altas en todo para el grupo de consumidores de cocaína, salvo en sensibilidad interpersonal. - Destacan las puntuaciones en: ideación paranoide, obsesión –compulsión, ansiedad, depresión y hostilidad.	Se administra en el primer contacto con el centro y se excluyen a los sujetos que tienen alteraciones mentales graves, o están bajo los efectos de la sustancia.
<b>Gunnarsdóttir et al. (2000). Individual differences among cocaine users.</b>	Determinar si hay dos grupos en los consumidores de cocaína, los de evitación del daño (para evitar el afecto negativo) y los que buscan el efecto positivo (usuarios sociopáticos).	18 pacientes con abuso de cocaína hospitalizados en un centro médico para veteranos. El total de la muestra son hombres.	BDI STAI <i>Cloninger's tridimensional personality questionnaire</i>	Los resultados muestran que el grupo de automedicación tiene altos niveles de ansiedad rasgo, pero se esperaba que también tuvieran altos niveles de depresión, pero en esto ambos grupos puntúan igual, plantean que es debido al consumo crónico de cocaína.	Criterios de exclusión: -Inestabilidad médica, esquizofrenia o demencia
<b>O'Leary et al. (2000). The relationship between anxiety levels and outcome of cocaine abuse treatment.</b>	Examinar el papel de la ansiedad en el curso del tratamiento y tres meses después de finalizarlo.	108 pacientes consumidores de cocaína, 71.3% son hombres, que están a tratamiento ambulatorio de tipo cognitivo-conductual (habilidades de afrontamiento). La evaluación se realiza en el pre-tratamiento, post-tratamiento y a los tres meses de finalizado el tratamiento.	SCID-P para evaluar la presencia actual o pasada de trastornos afectivos STAI ASI <i>Cocaine Negative Consequences Checklist</i>	- La ansiedad estado disminuye desde el pre-tratamiento al post y permanece estable a los tres meses; por lo que no es precisa una intervención específica. - A más ansiedad rasgo: más puntuación en el ASI y señalan más consecuencias negativas asociadas al consumo; y menor tiempo a tratamiento (no más recaídas, pero sí más abandonos). - Sugieren que los altos niveles de ansiedad y de distrés incrementan la motivación para buscar tratamiento.	Criterios de inclusión: - Diagnóstico de dependencia de la cocaína en la actualidad. - Uso de cocaína en los pasados 6 meses. - No hay evidencias de psicosis activas.

**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<p><b>Sánchez et al. (2000).</b> Gravedad de la psicopatología en los usuarios de drogas.</p>	<p>Eva 125.6496 Tm(.)T2.T1 1 Tf0 8.55 -9 0 88.9009 179.7246 Tm(gra)20(v)20(edad de la )JETBT/T1 1 Tf0 8.55 -9 0 98.9009 179.7246 Tm(psicopatología )TJETBT/T1 1 Tf0 8.</p>				



**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<b>Forcada et al. (2001). Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína.</b>	Estudiar los trastornos de personalidad en sujetos dependientes de la cocaína	40 sujetos, 8 mujeres y 32 hombres, con dependencia de la cocaína que inician tratamiento entre los meses de enero y diciembre en una UCA.	IPDE	- La presencia del trastorno límite es muy superior a la del trastorno antisocial en los dependientes de la cocaína, al contrario que en los dependientes del alcohol o la heroína. - Presencia del trastorno límite: 20%; obsesivo-compulsivo: 5%; por dependencia: 5% antisocial: 2.5% e histriónico: 2.5%.	
<b>Sánchez-Hervás et al. (2002). Tratamiento de la dependencia a cocaína: estudio de seguimiento de seis meses</b>	Evaluar los resultados de un tratamiento cognitivo-conductual de dependencia de la cocaína de seis meses de duración.	Dependientes de la cocaína que demandan tratamiento en una UCA, son evaluados al inicio y tras 6 meses de tratamiento. No se indica el número de sujetos que forman la muestra.	BDI STAI BSI	- Reducción en el número de días de consumo de cocaína. - Reducción en el número de recaídas. - Mejora del bienestar psíquico, se reducen las puntuaciones iniciales de depresión, ansiedad y distrés psicológico.	Es una comunicación en el Congreso de Sociodrogalcohol de 2002.
<b>Sánchez-Hervás, Tomas, et al. (2002). Calidad de vida, psicopatología, procesos de cambio e historial adictivo en la dependencia a sustancias psicoactivas.</b>	Analizar diversas variables sobre procesos de cambio, calidad de vida, psicopatología e historial adictivo en tres grupos de dependientes a sustancias distintas, con el objetivo de ver si hay diferencias entre ellos.	Son 107 pacientes, 45 con dependencia de la cocaína (Un 92.7% son hombres). Son sujetos que solicitan tratamiento en el segundo semestre del 2002 en una UCA con diagnóstico de dependencia al alcohol, cocaína o heroína.	STAI BDI WHOQOL-BREEF, evalúa la calidad de vida Inventario de Procesos de Cambio BSI	- No hay diferencias en calidad de vida, procesos de cambio y psicopatología; se diferencian en el proceso de evolución de su historial de consumo y factores relacionados (cocaína: menos antigüedad en el consumo y menos años de abuso). -Cocaína: a más años de consumo, menos procesos de concienciación, contracondicionamiento y control de estímulos; a más años de abuso, menos procesos de contracondicionamiento y control de estímulos.	Criterios de exclusión: - Dificultad para cubrir las pruebas o estar en estado de intoxicación.  No señalan si se precisa un periodo de abstinencia a la sustancia para completar las pruebas.
<b>Sanz y Larrabal (2002). Comorbilidad de dependencia de cocaína y trastornos de personalidad. Implicaciones clínicas y pronósticas.</b>	- Estudiar la prevalencia de los trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de la cocaína. - Analizar la evolución del tratamiento en función de la existencia de comorbilidad.	65 pacientes con dependencia de la cocaína (49 son hombres), que acuden a centros de salud mental y que mantienen el tratamiento durante un mínimo de 12 semanas. La evaluación se realiza tras 4 semanas de abstinencia	IPDE Se confirma el diagnóstico a través de una entrevista semiestructurada.	- Un 64% presenta trastornos de personalidad; de estos el 56.9% tiene más de uno. - Presencia del límite: 21.5%; histriónico: 20%; antisocial: 15.4%; dependiente: 15.8%; narcisista: 9.2%. - Asociaciones más frecuentes: límite e histriónico; antisocial e histriónico; límite y antisocial; límite y narcisista; histriónico y narcisista. - La existencia de trastornos de personalidad incide negativamente en la evolución del trastorno de consumo de drogas.	Criterios de exclusión: - Tener consumos mixtos - Más de un diagnóstico en el eje I. - No conseguir una abstinencia mínima de 4 semanas.

**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<b>Pedrero et al. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en sujetos adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias</b>	Evaluar con un estudio transversal, la presencia e intensidad de los trastornos de personalidad en sujetos a tratamiento en un centro de atención al drogodependiente con abuso o dependencia de sustancias	141 sujetos (105 hombres y 36 mujeres) de los que 32 están por problemas con el consumo de cocaína	MCMII-II	-Un 83% del total de la muestra tiene una TB>74 en el eje II -El pasivo-agresivo es el más frecuente entre los hombres y el dependiente entre las mujeres. - En los consumidores de cocaína los más frecuentes son el pasivo-agresivo, el dependiente y entre los que Millon considera graves, el límite (un 31,3%) - Concluyen que los trastornos de personalidad, al igual que el eje I, disminuyen con el avance del tratamiento	
<b>Karlsgodt et al. (2003). Psychosocial stress and the duration of cocaine use in non-treatment seeking individuals with cocaine dependence</b>	Analizar la relación entre estrés psicosocial y uso de cocaína en sujetos con dependencia que no están a tratamiento	36 sujetos con dependencia de la cocaína (no señalan el porcentaje de hombres y mujeres) que participaban en un estudio para analizar las consecuencias de la cocaína en el cerebro	SCID ASI STAI POMS HRSD	-Más años consumiendo los que tienen altos niveles de estrés (media: 13.5 vs. 7) -Mayor puntuación los que tienen altos niveles de estrés en el STAI (rasgo: 51.5 vs. 34; estado: 41 vs. 28.5), el POMS y el HRSD de los sujetos con altos niveles de estrés psicosocial.	Criterio de exclusión: Otro trastorno en el eje I que no sea abuso de alcohol o marihuana
<b>Back et al. (2003). Comparative profiles of women with PTSD and comorbid cocaine or alcohol dependence.</b>	Evaluar las diferencias en severidad en el abuso de drogas, historia de traumas, síntomas del trastorno por estrés post-traumático (TPEPT) y problemas psiquiátricos comórbidos en mujeres con TPEPT y dependencia del alcohol o la cocaína que demandan tratamiento.	133 mujeres con alcohol o de la cocaína (grupo de cocaína = 39; grupo de alcohol = 94) que demandan tratamiento.	ASI SCID <i>The National Women's Study (NWS) PTSD module</i> <i>Clinician's Administered PTSD Scale (CAPS)</i> <i>Impact of Events Scale (IES)</i> <i>Mississippi Scale for PTSD (MISS)</i>	- El grupo de dependientes de la cocaína tiene un mayor deterioro laboral, social y más problemas legales - El grupo de dependientes del alcohol tiene mayores tasas de exposición a accidentes serios, lesiones y sucesos vitales estresantes, mayores tasas de depresión y fobia social, y mayores puntuaciones en las subescalas de hiperactivación y evitación del CAPS.	Criterios de exclusión: -Presencia de trastorno psicótico o demencia -Ideaación suicida u homicida -Embarazo o lactancia materna -Dependencia de otra sustancia -Cualquier otro factor que impida realizar la evaluación.  La evaluación se realiza tras al menos 10-14 días de abstinencia

**Tabla 3. Estudios sobre el consumo de cocaína y psicopatología (continuación)**

ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
<b>Levin et al. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in therapeutic community</b>	Evaluar a través de un estudio de seguimiento el impacto de la presencia del TDAH, o de otros trastornos del eje I (ansiedad y depresión) en la retención y los resultados del tratamiento en una comunidad terapéutica.	135 sujetos con dependencia de la cocaína (88% hombres) a tratamiento en una comunidad terapéutica.	SCID-I SCID-II KID-SCID para evaluar el TDAH infantil y una versión de ésta para evaluar el residual.	- Un 24% de la muestra con trastornos del estado de ánimo, concretamente depresión mayor. Un 33% presenta trastornos de ansiedad, un 17% presenta TDAH y un 47% tiene un trastorno de personalidad (un 16% es de tipo paranoide, un 30% antisocial, un 5% es narcisista y un 5% evitativo, son los trastornos de personalidad más prevalentes). - El porcentaje de abandonos tempranos (menos de 60 días a tratamiento) es superior en el grupo de TDAH (35%) pero no hay diferencias significativas ya que el grupo sin trastorno tiene un 27% de abandonos. Si hay diferencias significativas en los abandonos tardíos (más de 60 días a tratamiento) porque el grupo de otro trastorno en el eje I, como cabía esperar, tienen un mayor porcentaje (74%). - Los sujetos con TDAH es menos probable que finalicen el tratamiento (0% acaban) que los que tienen otro trastorno en el eje I (9% acaban) o los que no tienen ningún trastorno (19% acaban).	
<b>Ros et al. (2004). Consumo de cocaína y otros psicoestimulantes: su relación con el síndrome de hiperactividad infantil</b>	Evaluar la prevalencia del TDAH infantil en sujetos que demandan tratamiento en una unidad de conductas adictivas por consumo de cocaína u otros estimulantes.	Grupo experimental (N =70) con dependencia o abuso de la cocaína o anfetaminas demandan tratamiento en un centro de drogodependencias, y grupo control (N =30) seleccionados entre pacientes ambulatorios de un hospital. 100% de la muestra son hombres.	SCID-I Un cuestionario creado en base a los criterios del DSM-IV para evaluar el TDAH para el paciente y otro para la familia.	-TDAH infantil en el grupo experimental: 21% -TDAH infantil en el grupo control: 3% -TDAH residual en el grupo experimental: 12% (equivalente a un 62% de los sujetos que tenían TDAH infantil)	Criterio de exclusión del grupo control: Abuso o dependencia de sustancias tóxicas
<b>Pedrero et al. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento.</b>	Evaluar la evolución de los síntomas psicopatológicos y el malestar de los pacientes que inician y desarrollan un tratamiento por abuso o dependencia de drogas.	La muestra total es de 612 pacientes (544 hombres y 182 mujeres) que inician o están a tratamiento distintos dispositivos de tratamiento de drogodependencias por abuso o dependencia de drogas. De los 612 sujetos, 135 están por problemas con el consumo de cocaína.	SCL-90-R	- Los resultados mostraron una reducción progresiva de la sintomatología de todas las escalas y en todos los estudios. - La medicación antidepressiva no parece influir en la reducción de los síntomas psicopatológicos. - El éxito o fracaso en el tratamiento no se puede predecir por la sintomatología que presenta el sujeto, ni por el tipo de síntomas, ni por su intensidad. - El grupo con problemas con el consumo de cocaína tienen mayores puntuaciones en ansiedad (1.24), hostilidad (1.05), ideación paranoide (1.31), psicoticismo (1.01) y en el IGS (.20) comparados con los que tienen problemas con heroína, alcohol o cannabis.	Limitaciones del estudio: - no hacen diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias - no se contempla un período de abstinencia en el consumo para administrar el cuestionario

Hamilton Depression Rating Scale (HRSD)  
National Institute of Mental Health's Diagnostic Interview Schedule (DIS)  
Structured Clinical Interview (SCID)  
SCID/ OP= pacientes ambulatorios  
SCID-II= trastornos del eje II  
SCID-I= trastornos del eje I  
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)/L= a lo largo de la vida  
Cuestionario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger (STA)  
Profile of Mood States (POMS)

Beck Depression Inventory (BDI)  
Beck Anxiety Inventory (BAI)  
(Hopkins) Symptom Checklist Revised (SCL-90 R)  
Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)  
Addiction Severity Index (ASI)  
Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)  
International Personality Disorder Examination (IPDE)  
Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

bipolar/ciclotimia es superior entre los consumidores de cocaína. Al comparar los sujetos que presentan trastornos psiquiátricos con los que no, se observa que aunque los consumos de cocaína son inferiores entre los primeros, el nivel de deterioro que presentan es similar a los que consumen más cantidad. Además solicitan antes tratamiento.

Por lo tanto, hay un alto porcentaje de trastornos psiquiátricos independientes entre los abusadores de cocaína, y en estos casos presentan un nivel de deterioro superior. Entre las limitaciones de este estudio encontramos que utilizan una muestra muy pequeña con diagnóstico de abuso y no de dependencia y que para establecer un diagnóstico psiquiátrico independiente sólo señalan diez días de abstinencia.

Weiss, Mirin, Griffin y Michael (1988) realizaron un estudio para comparar dos muestras diferentes, una del periodo 1980-82 y otra de 1982-86, respecto a la prevalencia de los trastornos afectivos y los cambios en las características clínicas y demográficas de los que buscan tratamiento por abuso de cocaína. La muestra de 1982-86 la forman 149 abusadores de cocaína, de una muestra total de 442 admisiones por consumo de distintas drogas en ese periodo de tiempo. El 74% son hombres que han sido admitidos en una unidad hospitalaria de tratamiento de sustancias. La evaluación se realiza al inicio y al final de la segunda y la cuarta semana de hospitalización, siendo condición necesaria el mantenimiento de la abstinencia. Utilizaron el HDRS, BDI, y SCL-90. Los diagnósticos con el DSM-III son realizados tras cuatro semanas de hospitalización.

Los resultados señalan que en la muestra actual, en comparación con la primera, hay una menor prevalencia de trastornos afectivos: un 20.1% (8.7% de trastorno de depresión mayor, 11.4% de trastorno ciclotímico y 4.7% de trastorno bipolar) y en el estudio previo un 50%. Al compararlos con los consumidores de otras sustancias se observa que tras dos semanas de tratamiento los síntomas depresivos disminuyen más que entre los consumidores de otras sustancias. Hay una alta prevalencia del trastorno ciclotímico (11.4%) entre los abusadores de cocaína, lo cual explican que no se debe a la automedicación de los síntomas de la fase depresiva, sino para intensificar y prolongar la fase maníaca. La ausencia de agorafobia con trastorno de pánico en esta muestra indica que entre los sujetos que con este trastorno es poco probable el abuso de cocaína de forma crónica, debido a la capacidad de ésta de precipitar ataques de pánico. La prevalencia del TDAH es del 4.7% y respecto a los trastornos de personalidad la prevalencia del trastorno antisocial es del 16.1%.

Para explicar las diferencias con la muestra de 1982, señalan que el aumento en la disponibilidad y accesibilidad a la cocaína provoca que la presencia del

trastorno afectivo premórbido sea considerado un factor de riesgo menos importante para el desarrollo de problemas de abuso de cocaína. Por lo tanto, a medida que se incrementa el porcentaje de consumidores, disminuye la proporción de psicopatología afectiva previa.

Rose, Brown y Haertzen (1989) analizaron las características y el funcionamiento de los abusadores de cocaína, comparando una muestra de voluntarios y una muestra de pacientes que acuden a un programa de tratamiento ambulatorio con diagnóstico de abuso de la cocaína según el DSM-III. La muestra de sujetos voluntarios es de 25 y la de sujetos a tratamiento es de 33. Son todos hombres. El único criterio de exclusión es que tengan algún trastorno psicopatológico que limite su participación en el estudio. Los instrumentos utilizados son: el SCL-90-R (Derogatis, 1977) para evaluar los síntomas psicológicos y la severidad global; el *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan, Luborsky, O'Brien y Woody, 1980); y *The Shipley Institute for Living Scale* (Shipley, 1949) para evaluar el funcionamiento intelectual.

Los resultados obtenidos señalan que ambas muestras se diferencian en cuanto a las características demográficas, los voluntarios son mayoritariamente de raza negra y no están casados, y en la adaptación a las normas sociales. La muestra de voluntarios es más probable que se involucren en conductas criminales y en actividades de riesgo, y la muestra de sujetos a tratamiento es más probable que fueran arrestados por conducir intoxicados. Respecto a las puntuaciones del SCL-90-R, destacan las puntuaciones más altas que obtienen los sujetos de la muestra en tratamiento en las áreas de ansiedad (64.5% frente al 58% de los que no están en tratamiento) y hostilidad (59.3% frente a 53.5% de los que no están en tratamiento) con diferencias significativas entre ambos grupos.

Debido a la importancia que tienen las variables demográficas, analizan la presencia de psicopatología en función del estatus marital: los solteros que están en tratamiento presentan mayor psicopatología que los solteros de la muestra de voluntarios y que los casados de la muestra de tratamiento. Hay diferencias significativas entre los solteros y casados en tratamiento en las escalas de psicoticismo, depresión, somatización, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ansiedad fóbica y el índice general sintomático. Entre los solteros en tratamiento y los solteros del grupo de no tratamiento, hay diferencias significativas en las escalas de somatización, ansiedad y hostilidad. Como limitación principal de este estudio está la pequeña muestra que utilizan, tanto en el grupo de voluntarios como en el grupo que está a tratamiento.

Malow, West, Williams y Sutker (1989) evaluaron y compararon los trastornos de personalidad en dependientes de la cocaína y dependientes de la heroína.

La muestra la componen 117 sujetos que demandan tratamiento hospitalario por consumo de drogas, 74 sujetos con dependencia de cocaína y 43 con dependencia de opiáceos. Como criterios de exclusión señalan la presencia de alteraciones cerebrales o psicosis, estar en mantenimiento con metadona o recibir medicación psicotrópica, tener un CI inferior a 80, o no tener diagnóstico de dependencia de cocaína y heroína. La evaluación se realiza 14 días después de la admisión con la SCID (Spitzer y Williams, 1986). En la totalidad de la muestra hay una prevalencia del 16% del trastorno límite, del 15% del trastorno antisocial y del 7% del paranoide. En el caso concreto de los dependientes de la cocaína, presentan un menor porcentaje de trastornos de personalidad y un menor distrés subjetivo. Un 6% de trastorno límite en los pacientes de cocaína frente a un 35% de los pacientes de heroína, y un 12% de prevalencia del trastorno antisocial en los pacientes de cocaína frente a un 21% de los de heroína. La explicación dada por los autores es que la cocaína es una droga más popular y de mayor accesibilidad que la heroína, es más apreciada por los buscadores de sensaciones por su uso recreativo, y en el momento de entrada a tratamiento tienen mejores redes sociales y menos problemas relacionados con el consumo de drogas.

Kleinman *et al.* (1990) realizaron la evaluación de determinados indicadores psicopatológicos en el momento de la entrada a tratamiento. La muestra la forman 76 sujetos con abuso de cocaína, consumidores de *crack* (un 73%) o de cocaína, que demandan tratamiento. Un 89% de la muestra son hombres. La evaluación se realiza durante el transcurso de dos entrevistas de dos horas y media de duración cada una, en las que administraron los siguientes instrumentos: BDI, SCL-90, ASI, SCID-OP y SCID-II (Spitzer y Williams, 1986), y un cuestionario elaborado para la ocasión para analizar la historia de consumo de drogas.

Los resultados indicaron que un 58% de la muestra tiene algún trastorno de personalidad, los más frecuentes: el antisocial (21%), pasivo-agresivo (21%), límite (18%) y autodestructivo (18%). El 47% ha tenido algún trastorno depresivo en la vida y de éstos el 28% tiene un diagnóstico de depresión mayor en la actualidad. Los sujetos con trastornos depresivos tienen una edad de inicio del consumo de marihuana, tabaco y cocaína, más temprana. La puntuación media en el BDI es de 16.67.

Respecto al uso de otras drogas, el 22% tiene problemas con el alcohol, y el 79% son fuertes consumidores de marihuana. Comparando con otras poblaciones las puntuaciones obtenidas en el BDI son superiores a una muestra de heroinómanos, y las puntuaciones en el SCL-90 son superiores a una muestra de la población normal.

Hay que señalar que la alta presencia del trastorno antisocial que se obtiene en este estudio, puede explicarse por la presencia de consumidores de *crack*, cuyo perfil se asemeja más al de los consumidores de heroína. Por lo tanto, en este estudio hay una alta prevalencia de trastornos de personalidad, trastornos afectivos y consumo de otras sustancias entre los sujetos con diagnóstico de abuso de cocaína.

Campbell y Stark (1990) compararon las diferencias respecto a las características de personalidad entre abusadores de distintas sustancias. La muestra la componen 100 sujetos (65% hombres) que demandan tratamiento ambulatorio y que son clasificados en función de su primera droga de abuso. En la muestra hay 34 sujetos con trastorno por abuso de cocaína. Los instrumentos utilizados son el MCMI (Millon, 1977) y el SCL-90-R que se administran en el momento de la admisión.

Los resultados señalaron una mayor psicopatología entre los abusadores que acuden a tratamiento. Presentan diferencias significativas en comparación con un grupo de población psiquiátrica, en 10 de las 20 escalas del MCMI. En ocho escalas la puntuación del grupo de abuso de drogas es superior: narcisista, antisocial, pasivo-agresivo, esquizoide, ansiedad y abuso de alcohol ( $p < .001$ ). En dos escalas la puntuación de la muestra psiquiátrica es superior, la esquizotípica y la compulsiva ( $p < .001$ ). Al comparar los sujetos en función de la droga de abuso sólo hay diferencias significativas en la escala esquizoide, la prevalencia es superior en el grupo de abusadores de las anfetaminas.

Respecto al SCL-90-R, al comparar los grupos de consumidores se observan diferencias significativas en cuatro escalas: sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. El grupo de consumidores de cocaína es el que presenta mayores puntuaciones en las escalas de ideación paranoide y hostilidad.

Concluyen que hay un mayor grado de psicopatología en los abusadores de sustancias que demandan tratamiento. Las dificultades que pueden aparecer en el tratamiento se deben también a la alta probabilidad de tener un trastorno de la personalidad. No hay un perfil determinado en función de la droga consumida, salvo en el caso de los abusadores de anfetaminas. Por lo tanto, no se apoya la hipótesis de que la droga es elegida en función de unas características de personalidad determinadas.

Calsyn y Saxon (1990) realizaron un estudio con tres objetivos: identificar la existencia de subgrupos entre los consumidores en función de la presencia de trastornos en los ejes I y II; comparar a los consumidores de cocaína y heroína en función de esos subtipos; e identificar la covariabilidad del eje I entre los subtipos de trastornos del eje II severos y moderados. La

muestra la forman 100 sujetos (todos son hombres) que inician tratamiento ambulatorio en un hospital de veteranos entre enero de 1985 y junio de 1987 (73 sujetos dependencia de la heroína y 37 dependencia de la cocaína). Los criterios de exclusión que utilizaron fueron presentar muestras de intoxicación o síntomas agudos de abstinencia. La evaluación se realiza entre la segunda y tercera semana de tratamiento. El instrumento utilizado es el MCMI (Millon, 1982).

Los resultados confirmaron trabajos previos que apuntan una alta prevalencia de trastornos psicopatológicos entre consumidores de sustancias. El 90% de los dependientes de opiáceos y el 97% de los dependientes de la cocaína, presentan trastornos en el eje II. Un 11% de los pacientes de heroína y un 8% de los de cocaína tienen síntomas psicóticos, un 41% de los pacientes de heroína y un 58% de los de cocaína presentan alteraciones afectivas y un 23% de los pacientes de heroína frente a un 19% de los de cocaína tienen trastornos de personalidad severos. Entre los trastornos de personalidad destaca que un 36% de los pacientes de heroína y un 28% de los de cocaína presenta el trastorno narcisista o el antisocial, un 20% de los pacientes de heroína y un 42% de los de cocaína presentan el pasivo-agresivo y un 19% de los pacientes de heroína y un 11% de los de cocaína presentan el trastorno dependiente. También evaluaron la presencia de psicopatología en función del trastorno de personalidad, obteniendo que son los pacientes con trastorno pasivo-agresivo los que tienen más problemas psicopatológicos: un 28% presenta síntomas psicóticos, un 76% tiene alteraciones afectivas y un 52% tiene trastorno de personalidad severo.

Entre las limitaciones de este estudio, además de las características de la muestra utilizada y el tamaño limitado de la muestra de cocainómanos, está que no señalan la exigencia de mantenimiento de la abstinencia para poder realizar la evaluación.

Denier, Thevos, Latham y Randall (1991) evaluaron retrospectivamente los datos de personas que han estado hospitalizadas por problemas con el consumo de cocaína, con el objetivo de establecer comparaciones en función del sexo. La muestra la componen cien pacientes, 50 hombres y 50 mujeres con una edad aproximada de 20 años, que han estado hospitalizados por problemas de abuso o dependencia de la cocaína. Como criterios de inclusión se señalan que tenga un perfil válido del MMPI y que señalen a la cocaína como droga de elección. La evaluación se realiza con una media de 8.6 días (desviación típica de 6.22) tras la admisión a tratamiento, y se revisa la siguiente información: características sociodemográficas, características del uso de sustancias y características psicopsicopatológicas. En este último apartado se recogen las puntuaciones del MMPI.

Los datos analizados muestran que tanto hombres como mujeres tienen altas tasas de policonsumo, aunque son los hombres los que presentan más tasas en el momento de la evaluación. Las mujeres en comparación con los hombres presentan: mayores elevaciones en el MMPI, es más probable que presenten trastornos psiquiátricos, que estén desempleadas y que tengan problemas familiares derivados del consumo de sustancias. La causa de estas diferencias, según los autores, está en factores culturales y sociales porque las mujeres presentan conductas más desviadas, experimentan más problemas y un peor ajuste. Para concluir demandan que se establezca un tratamiento diferencial en función de estas diferencias.

Rounsaville, Foley, Carroll, Budde, Prusoff y Gawin (1991) realizaron un estudio en el que se planteaban tres objetivos: comparar una muestra de consumidores de cocaína con adictos a opiáceos; determinar la importancia de considerar el impacto de los agonistas de la cocaína y/o de los efectos de la abstinencia a la hora de hacer un diagnóstico de depresión; y establecer la relación entre el curso del consumo de cocaína y el inicio de otros trastornos psiquiátricos. La muestra la componen 298 sujetos que demandan tratamiento ambulatorio (n=149) u hospitalario (n=149) por abuso de cocaína. Como criterio de exclusión está que el sujeto tenga dependencia de la heroína antes de que aparezca el abuso de cocaína, aunque no excluyen la dependencia previa de otras sustancias como el *cannabis* o el alcohol. Lo justifican a partir de la hipótesis de la "puerta de entrada": para llegar a consumir cocaína previamente se consume tabaco, alcohol, y cannabis.

La evaluación fue realizada tras un mínimo de cinco días de abstinencia, y los diagnósticos de depresión, ansiedad y paranoia sólo se establece si persisten tras diez días de abstinencia. El instrumento que se utiliza es la SADS-L (Endicott y Spitzer, 1978) que evalúa la presencia de trastornos afectivos y esquizofrenia en algún momento de la vida. Los resultados señalan que de la muestra de abusadores de la cocaína presentan un 55.7% otro trastorno psiquiátrico en la actualidad, y un 73.3% lo han tenido en algún momento de la vida. Los trastornos que se recogen con más frecuencia son los trastornos afectivos (44.3% en el momento actual y 60.7% alguna vez en la vida), los de ansiedad (15.8% en el momento actual y 20.8% alguna vez en la vida), alcoholismo (28.9% en el momento actual y 61.7% alguna vez en la vida), el TDAH (34.9%), ludopatía (14.8%), ideación suicida (22.5%) y personalidad antisocial (7.7%). Respecto al orden de inicio de los trastornos y el consumo de cocaína, señalan que los trastornos de ansiedad, de personalidad antisocial y el TDAH son previos al abuso de cocaína.

Carroll y Rounsaville (1992) realizaron un estudio para comparar los sujetos que demandan tratamiento por abuso de cocaína, con los que no lo demandan,



en distintas variables. La muestra está formada por 298 sujetos (69% son hombres) que demandan tratamiento y 101 que no demandan tratamiento (67% son hombres). Los sujetos que demandan tratamiento son seleccionados a partir de la demanda de tratamiento hospitalario o ambulatorio. La muestra que no demanda tratamiento fue seleccionada a través de referencias o con el método de "bola de nieve". Los criterios de exclusión que siguieron fueron la existencia de historia de dependencia de heroína y ser menor de edad. Como criterio de inclusión se señala la existencia de diagnóstico de abuso o de dependencia de la cocaína.

Los instrumentos utilizados son los siguientes: el ASI, BDI, *The Social Adjustment Scale* (Weissman y Bothwell, 1976) utilizado para medir el uso de sustancias, el nivel de funcionamiento y los problemas relacionados con el uso de sustancias, y el SADS-L para realizar los diagnósticos psiquiátricos. Utilizan una puntuación de 12 como punto de corte para el BDI para detectar la presencia de trastornos depresivos (se basan en el estudio realizado por Weiss, Griffin y Mirin (1989) con consumidores de cocaína hospitalizados).

No han encontrado diferencias entre el grupo de demandantes de tratamiento y el de no demandantes en cuanto a severidad y cronicidad del uso de cocaína, estrategias de autocontrol, y prevalencia actual y en vida de los trastornos psiquiátricos. Excepto en las tasas de trastorno de depresión mayor en el momento presente (7% vs. 1%) y de TDAH (34% vs. 20%), superiores en el grupo que está en tratamiento. Por lo tanto, las diferencias entre ambos grupos aparecen en que los que no acuden a tratamiento tienen un mayor policonsumo de sustancias, menos consecuencias negativas asociadas al consumo, menos malestar subjetivo, menor participación en actividades de adultos pero mejor ajuste social, más involucrados en problemas legales en el pasado y en actividades ilegales en la actualidad, y tasas más bajas de TDAH y de depresión mayor en el momento actual. A partir de estos resultados llegan a la conclusión de que el demandar o no tratamiento no se debe a las características del consumo, sino a las consecuencias derivadas del mismo.

Donat, Walters y Hume (1992) tenían como objetivo evaluar el efecto de las variables sexo, edad y raza en las puntuaciones del MCMI, comparando muestras de alcohólicos, cocainómanos, y dependientes del alcohol y de la cocaína conjuntamente. La muestra está formada por 330 pacientes: 244 hombres y 86 mujeres. Son sujetos que han sido admitidos a tratamiento hospitalario por dependencia de alcohol (N =163), cocaína (N =64), o de ambas sustancias (N =103). El criterio de exclusión es estar recibiendo medicación psicotrópica. La evaluación se realizaba tan pronto como consideraban, a través de una entre-

vista personal, que el paciente podía ser evaluado o se consultaba a un psicólogo clínico. El instrumento utilizado es el MCMI (Millon, 1982). Los resultados obtenidos señalaron que las puntuaciones en el MCMI van más en función de la edad, sexo y raza, que por la sustancia de la que son dependientes los sujetos. Las variables de sexo y raza correlacionan positivamente con las escalas de obsesión-compulsión, esquizotípica, trastorno de ansiedad y distimia; la variable edad correlaciona inversamente con las escalas de narcisismo, histriónico, pasivo-agresivo, antisocial, bipolarmanía, trastorno alucinatorio y abuso de drogas. Por lo tanto, no se puede establecer un perfil determinado en función de la sustancia de la que es dependiente el sujeto.

Entre las limitaciones del estudio está que no señalan la necesidad de un periodo de abstinencia determinado para realizar la evaluación.

Carroll, Power, Bryant y Rounsaville (1993) realizaron un estudio para evaluar, a través de un estudio longitudinal de un año, si la presencia de psicopatología y la severidad de la dependencia predicen los resultados de tratamiento en abusadores de cocaína. La muestra inicial estaba formada por 298 sujetos (66% hombres) con abuso de la cocaína que demandan tratamiento ambulatorio u hospitalario. De estos 298 sujetos, 94 fueron nuevamente evaluados tras un año de tratamiento. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el ASI para evaluar el uso de sustancias, el nivel de funcionamiento y los problemas relacionados con el consumo de sustancias. Para evaluar los problemas psiquiátricos de utilizaron la SADS-L.

Se encontraron diferencias significativas entre el inicio del tratamiento y al año en las áreas de empleo, uso de drogas, relaciones familiares y ámbito psicológico del ASI. En el uso de cocaína, alcohol y cannabis en el último mes, problemas familiares y actividades ilegales en el último mes. Abuso de drogas, alcoholismo y presencia de algún trastorno de ansiedad en el momento presente. En todas estas variables hubo una disminución, excepto en el alcoholismo y presencia de trastorno de ansiedad, en los que se produjo un incremento al año de inicio del tratamiento.

Las conclusiones que obtuvieron fueron: un tercio de la muestra se mantuvo abstinentes durante el primer año de tratamiento, pero la abstinencia no implica la existencia de mejoría en todas las áreas evaluadas. Hay tres variables predictoras de los resultados: la severidad de la dependencia, la severidad de los síntomas psicológicos y la existencia de alcoholismo. Respecto a la retención en el tratamiento, los autores indican que la existencia de tratamientos previos, una puntuación severa en el ASI y la existencia de otros trastornos diferentes al consumo de sustancias según los criterios RDC, son variables relacionadas positiva-

mente con la retención en el tratamiento pero también con la obtención de peores resultados en el mismo.

Carroll, Rounsaville y Bryant (1993) realizaron un estudio para evaluar las tasa de alcoholismo entre los sujetos que demandan tratamiento por abuso de cocaína y si se diferencian de los que no demandan tratamiento; determinar las diferencias entre los abusadores de cocaína alcohólicos y los no alcohólicos; determinar si la relación temporal de inicio de abuso de la cocaína y la dependencia del alcohol afecta a la severidad o al resultado del abuso de cocaína; y valorar cómo afecta el alcoholismo al curso del abuso de cocaína a través del tiempo. La muestra la forman 298 sujetos (un 69% son hombres) que demandan tratamiento ambulatorio u hospitalario por abuso ( $n=2$ ) y dependencia ( $n=296$ ) de la cocaína, siguiendo los criterios RDC (Spitzer, Endicott y Robins, 1978) y 100 sujetos con dependencia de la cocaína que no demandan tratamiento que fueron seleccionadas por el método "bola de nieve". Al igual que en el estudio anterior sólo excluyen a los sujetos que presentan dependencia de la heroína previo al abuso de cocaína, y mantienen a los que presentan consumos de otras sustancias.

La evaluación se realiza al inicio del tratamiento y tras un año de seguimiento de la muestra. Se evalúa el uso de sustancias, el nivel de funcionamiento y los problemas relacionados con el uso de sustancias a través del ASI y una serie de cuestionarios para evaluar el actual y pasado patrón de consumo de cocaína. Para determinar la presencia de trastornos psiquiátricos se administra la SADS-L. Para establecer el diagnóstico de un trastorno independiente del consumo de sustancias, es preciso que haya un periodo de abstinencia de la cocaína, anfetaminas y alucinógenos, o un consumo regular de alcohol, sedantes o hipnóticos. Los resultados muestran que un 28.9% de los sujetos que demandan tratamiento tienen dependencia del alcohol en la actualidad, y un 61.7% lo ha tenido en algún momento de su vida. Es el diagnóstico que se realiza con mayor frecuencia. En el caso de los sujetos que no demandan tratamiento los porcentajes son muy similares, un 28.7% de prevalencia en el momento actual y un 68.3% alguna vez en la vida. Los otros trastornos más frecuentes son: depresión mayor, 5% actual y 31% alguna vez en la vida; fobia, 12% en la actualidad y 13% alguna vez en la vida; y trastorno de personalidad antisocial, un 7.7% en la vida.

Las diferencias entre consumidores de cocaína alcohólicos y no alcohólicos están en que hay una mayor prevalencia del alcoholismo entre los hombres, los alcohólicos tienen preferentemente consumos de cocaína por vía intranasal, usan otras drogas, tienen periodos más cortos de abstinencia, más tratamientos anteriores, una dependencia más severa, y una puntuación mayor en el ASI. Respecto a la presencia de trastornos psiquiátricos, no hay diferencias entre

ambos grupos salvo en la presencia del trastorno antisocial de la personalidad que es superior en los alcohólicos (10.9% vs. 2.6%). En un 63% de los casos la dependencia del alcohol es posterior al abuso de cocaína. Los que presentan la dependencia del alcohol como trastorno primario tienen mayor edad, un inicio del uso de cocaína más tardío, un uso menos regular de la misma y mayores tasas de trastorno psiquiátrico en la actualidad. Respecto a la evolución tras un año de seguimiento se observa que los que presentan el problema con el alcohol, tienen una alta probabilidad de seguir siendo alcohólicos. Concluyen que el abuso de cocaína incrementa la probabilidad de un alcoholismo secundario, y la existencia de un diagnóstico de alcoholismo en algún momento de la vida está asociado con una mayor severidad en el consumo de cocaína.

Weiss, Mirin, Griffin, Gunderson y Hufford (1993) evaluaron la prevalencia de los trastornos de personalidad en sujetos con dependencia de la cocaína, tanto durante periodos de abstinencia como de consumo. Pretenden determinar si hay diferencias entre ambas situaciones y si hay patrones comunes a través de los que el consumo de sustancias puede afectar al diagnóstico de trastorno de personalidad. La muestra está formada por 50 pacientes hospitalizados por dependencia de la cocaína, de los cuales un 58% son hombres, el 48% utiliza la vía nasal, un 44% la fumada y un 8% la intravenosa. Un 86% presenta otro trastorno por uso de sustancias, y un 43% tiene hasta un tercero. Como criterios de exclusión recogen la existencia de psicosis aguda, una disfunción orgánica significativa y la existencia de otro diagnóstico en el eje I previo al inicio del consumo de sustancias.

La evaluación fue realizada durante la segunda semana de hospitalización y como instrumento diagnóstico se utiliza la SCID-II. El 74% de la muestra presenta al menos un trastorno de personalidad (el 62% tiene más de uno), y aparecen tanto en los periodos de abstinencia como en los de consumo. Hay 73 diagnósticos que se mantienen en los dos periodos, hay ocho que se cumplen sólo en periodos de uso de drogas y 25 que se cumplen sólo en periodos de abstinencia. Los trastornos más frecuentes son el antisocial, el límite, el histriónico y el paranoide.

Estos autores señalan que hay solapamiento entre los síntomas para diagnosticar trastorno de personalidad y el trastorno por consumo de sustancias, por lo que habría limitaciones para evaluar con el DSM a estos pacientes. Además, también sería interesante evaluar tras un mayor tiempo de abstinencia para poder confirmar la estabilidad de los diagnósticos.

Castaneda (1994) pretendía evaluar la hipótesis de la automedicación en sujetos con trastornos de personalidad, y el papel de las expectativas del uso de drogas en los síntomas psiquiátricos y cognitivos. La

muestra es de 83 pacientes admitidos en servicios psiquiátricos hospitalarios que cumplen los criterios de diagnóstico de trastorno de personalidad y de dependencia de una sustancia. Del total de la muestra, 31 sujetos son dependientes de la cocaína de los que 16 consumen cocaína por vía intranasal y 15 son fumadores de *crack*. Como criterios de exclusión están la existencia de más de una dependencia de sustancias y otro diagnóstico en el eje I. Para realizar la evaluación utiliza los siguientes instrumentos: el SCL-90-R se administra para evaluar los síntomas psiquiátricos, cuando no presentan psicosis aguda, síntomas de intoxicación o abstinencia, aunque nunca más tarde de un mes tras la admisión. Para evaluar el deterioro cognitivo utilizó el *Modified Mini-mental State Examination* (Teng y Chi, 1987) y el *Neuropsychological Impairment Scale* (O'Donnell y Reynolds, 1983).

Los resultados señalan que no hay diferencias en las puntuaciones en el SCL-90-R entre los distintos grupos de consumidores. Lo que se observa es que las expectativas sobre el agravamiento o mejoría de los síntomas varían en función de la droga consumida, y no ocurre lo mismo con el diagnóstico de personalidad o con el perfil de síntomas, lo cual no apoya la hipótesis de la automedicación. Los consumidores de cocaína son los que perciben un mayor empeoramiento en todas las áreas como consecuencia de su consumo. Concluyen que pacientes con similar sintomatología usan distintas drogas, experimentan distintos efectos, y desarrollan distintas expectativas sobre las consecuencias del uso de drogas.

Ball, Carroll, Babor y Rounsaville (1995) aplicaron la tipología desarrollada por Babor *et al.* (1992) para sujetos alcohólicos (tipo A - tipo B) a sujetos con problemas de abuso de la cocaína. La muestra está formada por 399 sujetos con abuso o dependencia de la cocaína (69% son hombres). En tratamiento ambulatorio están 149 sujetos, otros 149 están hospitalizados y 101 no están en tratamiento. Para establecer las tipologías seleccionaron inicialmente las siguientes variables: a) Factores de riesgo premórbidos: historia familiar de abuso de sustancias, trastornos en la infancia, búsqueda de sensaciones y edad de inicio en el abuso de drogas; b) variables relacionadas con el abuso de sustancias: frecuencia en el uso de cocaína, años de consumo fuerte de cocaína, severidad en el abuso reciente de drogas y alcohol, dependencia del alcohol, dependencia de la cocaína, policonsumo, consecuencias físicas y consecuencias sociales; y c) Problemas psiquiátricos: síntomas de depresión, trastorno de personalidad antisocial y severidad psiquiátrica. Posteriormente añadieron nuevas variables relacionadas con el abuso de sustancias, aspectos demográficos y psicosociales, historia de problemas psiquiátricos e historia familiar. A los 12 meses repiten algunas evaluaciones: dependencia del alcohol y de la

cocaína, deterioro psicosocial y tasas de abstinencia y uso de tratamientos.

Los instrumentos de evaluación que utilizaron fueron: el ASI, SADS-L, *Family History RDC* (FH-RDC, Andreason, Rice, Endicott, Reich y Coryell, 1986), *Sensation Seeking Scale* (SSS, Zuckerman, 1979), BDI, SAS (Weissman y Bothwell, 1976) y *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST, Selzer, 1971). También diseñaron los autores de la investigación a partir del MAST, el *Cocaine Assessment Screening Test* (CAST).

Los resultados muestran una alta consistencia con las tipologías establecidas para los sujetos con problemas con el alcohol. Un 33% de los sujetos forman parte del tipo B y se caracterizan por: un mayor porcentaje de factores premórbidos (porcentaje de consumo de drogas en la familia, 33% tipo A y 39% tipo B); trastornos en la infancia, media 11.2 en el tipo A y 15.9 en el tipo B; búsqueda de sensaciones, media 8.0 en el tipo A y 9.7 en el tipo B, y edad de inicio en el consumo de drogas, media en el tipo A 19.4 años y 17.5 años en el tipo B), más severidad en el abuso de drogas y alcohol (dependencia de la cocaína, media en el tipo A, 6.3 y en el tipo B, 7.1; dependencia del alcohol, media en el tipo A, 2.5 y en el tipo B, 3.1; frecuencia mensual en el uso de drogas, tipo A una media de 7.6 y en el tipo B, 24.5; y media de años de consumo fuerte de cocaína, tipo A una media de 3.2 años y tipo B una media de 4.5 años), deterioro psicosocial, presencia del trastorno de personalidad antisocial (tipo A puntuación media de 3.6 y tipo B, 4.3), y problemas psiquiátricos (puntuación media en el BDI del tipo A, 7.6 y del tipo B, 10.4; subescala del ASI de problemas psiquiátricos, puntuación media del tipo A, 3.4 y del tipo B, 4.4; y número de diagnósticos psiquiátricos en la vida, media del tipo A, 1.0 y del tipo B, 2.2). Concluyen que la presencia del trastorno de personalidad antisocial y la severidad del alcoholismo, son las dos variables más importantes para diferenciar entre los tipos A y B. No encuentran diferencias entre ambos tipos en lo que se refiere a las tasas de abstinencia y al uso de tratamientos. Respecto a las implicaciones de esta clasificación, los autores indican que este estudio señala la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad (trastornos en la infancia, búsqueda de sensaciones...) que predisponen al sujeto a tener una dependencia de la cocaína más fuerte (tipo B).

Flynn *et al.* (1995) investigaron la relación entre preferencia por el consumo de heroína o cocaína y la presencia de alteraciones psiquiátricas. La muestra está formada por 282 sujetos, el 68% son hombres y un 93% son de raza negra. Son sujetos que están a tratamiento y que participan en un estudio que tiene por objetivo incrementar la disponibilidad de tratamientos y evaluar el funcionamiento de los ya existentes. Los sujetos se distribuyen en dos grupos: 146 pacientes

que señalan la heroína como su droga favorita y 136 para los que su droga favorita es la cocaína.

La evaluación es realizada con el *Individual Assessment Profile* (Flynn *et al.*, 1992) que determina el funcionamiento del sujeto en diversas áreas. Incluye la historia de consumo de drogas en el pasado y en la actualidad. Este cuestionario es administrado en el momento del inicio del estudio. Otro de los instrumentos utilizados es el MCMI-II (Millon, 1987) que se administra tras dos semanas de tratamiento. Los resultados obtenidos muestran que ambos grupos presentan un elevado malestar psicológico, pero es el grupo que señala la cocaína como droga favorita el que presenta una puntuación más alta. Estos sujetos son más jóvenes, tienen más alteraciones mentales y llevan menos tiempo consumiendo la que señalan como su droga favorita. Todos estos datos parecen indicar que la cocaína es una sustancia que tiene efectos más negativos tanto en el individuo como en la sociedad. Respecto a la evaluación realizada con el MCMI-II, destacan las puntuaciones obtenidas por los sujetos que señalan que la cocaína es su droga favorita, en las siguientes escalas: trastorno de personalidad evitativo, dependiente, histriónico, antisocial, pasivo-agresivo, autodestructivo y límite.

Entre las limitaciones de este estudio encontramos que seleccionan a los sujetos en función de su droga favorita, y no por criterios de dependencia.

Marlowe, Kirby, Festinger, Husband y Platt (1997) examinaron el impacto de distintos trastornos incluyendo los de personalidad en el resultado de un tratamiento conductual de la dependencia de la cocaína. Se evalúa la ansiedad, la depresión, la severidad del uso de drogas y los trastornos de personalidad. La muestra está formada por 137 sujetos (86% son hombres y la mayoría pertenecen a minorías étnicas) con dependencia de la cocaína que son admitidos en un programa de investigación y de tratamiento de dependencia de la cocaína. Es un programa en el que los sujetos reciben entre una y cuatro condiciones de tratamiento diferentes. El 87% de la muestra son fumadores de *crack*, el 7% esnifan cocaína y 6% la consumen por vía intravenosa. No siguen un criterio de exclusión por dependencia de otras sustancias, presentando dependencia de alcohol un 33% en la actualidad y un 39% en la vida; dependencia de cannabis un 19% en la actualidad y un 30% en la vida; dependencia de opiáceos un 6% en la actualidad y un 12% en la vida; dependencia de sedantes un 2% en la actualidad y un 5% en la vida, y dependencia de otros estimulantes un 1% en la actualidad y un 10% en la vida.

La evaluación se realiza durante las dos primeras semanas de inicio del tratamiento y utilizan los siguientes instrumentos: SCID-P para evaluar la dependencia de la cocaína; SCID-II para evaluar los trastornos de personalidad (esta entrevista se administra durante la

segunda semana); el ASI que se administra al inicio del tratamiento, el BDI y el *Beck Anxiety Inventory* (BAI, Beck y Steer, 1990), estos dos cuestionarios se administran al final de la primera semana.

Los datos de presencia de trastornos de personalidad son los siguientes: un 75% de la muestra presenta trastornos de personalidad, siendo los más frecuentes el antisocial, el paranoide, el límite y el narcisista. Los resultados recogen que parece no haber relación entre presencia y ausencia de los trastornos de personalidad respecto a los resultados del tratamiento. Son los sujetos con trastorno de personalidad dependiente los que muestran mejores resultados cuando los comparamos con los restantes trastornos de personalidad.

Los mejores resultados se obtienen con el programa de tipo cognitivo-conductual. La presencia de otro trastorno en el eje I, distinto al uso de drogas (concretamente depresión), no mejora los resultados en los pacientes que tienen trastornos de personalidad, como habían señalado otros autores (Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien, 1985; McGlashan, 1987; Pope, Jonas, Hudson, Cohen y Gunderson, 1983). Como limitación de este estudio señalar que la muestra está formada principalmente por fumadores de *crack*, lo cual limita la generalización de los resultados a los consumidores de cocaína por vía intranasal que es la más frecuente en nuestro medio.

Myrick y Brady (1997) evaluaron la prevalencia y características clínicas de la fobia social entre sujetos que demandan tratamiento por dependencia de la cocaína. La muestra es de 158 sujetos con diagnóstico de dependencia de la cocaína que demandan tratamiento en un programa de tratamiento farmacológico de dependencia de la cocaína de doce semanas de duración. Los criterios de exclusión que utilizan son la existencia de dependencia de otra sustancia, la existencia de un trastorno psicótico o sujetos médicamente inestables.

La evaluación se realiza tras 5-10 días de abstinencia y sólo realizan diagnóstico de presencia de patología si los síntomas son previos al inicio del consumo o si persisten tras siete días de abstinencia. Los instrumentos que utilizan en la evaluación son la SCID-I y II, ASI, BDI, HRSD, *The Cocaine Experience Questionnaire* (Satel *et al.*, 1991), y *The Quantitative Cocaine History*.

Los resultados obtenidos señalan una prevalencia del 13.9% de fobia social. Este grupo de sujetos es el que obtiene mayores puntuaciones en el BDI y en el HRSD, tienen más probabilidad de tener otro trastorno de ansiedad, mayor ideación suicida, más paranoia asociada al consumo, y más policonsumo en el mes previo de entrada al tratamiento. Como limitación de este estudio, los propios autores señalan que hay que esperar entre dos y cuatro semanas de abstinencia.

cia para establecer un diagnóstico claro y no sólo de cinco a diez días.

Craig, Bivens y Olson (1997) realizaron un estudio para evaluar el uso del MCMI-III. Se plantean tres objetivos: determinar si los perfiles de personalidad de consumidores de sustancias realizados con el MCMI-I y II, coinciden con el III; si los perfiles hallados son similares a los existentes en la literatura; y si dichos perfiles correlacionan con correlatos externos de relevancia clínica. La muestra está formada por 441 sujetos, siendo la totalidad hombres y de raza negra. Están hospitalizados en un centro médico de veteranos en el que reciben tratamiento por abuso de sustancias. Los sujetos deben de cumplir los criterios de abuso o dependencia de heroína o de cocaína. Además, cerca del 50% de la muestra también presenta problemas de abuso de alcohol.

La evaluación fue realizada una vez finalizada la desintoxicación. El instrumento utilizado fue el MCMI-III (Millon, 1994). Los resultados muestran elevaciones en las escalas de personalidad antisocial, abuso de drogas y abuso de alcohol. Estos datos concluyen que es posible realizar comparaciones entre el MCMI-III, y versiones anteriores de este instrumento. La limitación del estudio es que no establece diferencias entre los dos grupos de consumidores, heroinómanos y cocainómanos, por lo que los datos obtenidos sólo se pueden aplicar a consumidores de drogas en general.

Sonne y Brady (1998) analizaron el impacto del uso de cocaína en el diagnóstico de trastorno de personalidad en un estudio de doce semanas de duración. La muestra la componen 47 sujetos (59.9% son hombres y la mayoría consumidores de *crack*) con dependencia de la cocaína que participan en un estudio del tratamiento farmacológico de la dependencia, tras demandar tratamiento por ello. Los criterios de exclusión son la existencia de dependencia a otra sustancia, tomar alguna medicación diferente a la del estudio (carbamazepina), tener un trastorno psicótico o estar médicamente inestable. La evaluación se realiza tras 14 días de abstinencia y al final de las doce semanas de tratamiento. El instrumento utilizado es la SCID para los trastornos de los ejes I y II.

Los datos señalan una prevalencia del 66.7% de los trastornos de personalidad, destacando el trastorno límite con un 40%, el paranoide con un 28.9%, el antisocial con un 24.4% y el narcisista con un 22.2%. Apuntan que las diferencias encontradas en la prevalencia del trastorno antisocial en comparación con otros estudios, se deben fundamentalmente a las diferencias en el nivel socioeconómico de los pacientes de las distintas muestras. Al comparar la evaluación inicial y la final se observa que un menor uso de la cocaína durante el estudio está asociado con una disminución en los trastornos de personalidad. Los tras-

tornos límite y paranoide son los que más disminuyen durante la duración del estudio. La explicación que dan los autores es que los criterios diagnósticos de estos trastornos de personalidad se solapan con síntomas asociados al uso de cocaína y a la abstinencia de la misma. Como limitación del estudio está que la mayor parte de la muestra son consumidores de *crack*, por lo que hay problemas para extrapolar los resultados a los que consumen cocaína por otras vías.

Roseblum *et al.* (1999) pretendían evaluar el orden temporal de inicio de la dependencia de sustancias y del trastorno del estado de ánimo, además de identificar la persistencia y severidad del trastorno del estado de ánimo durante los periodos de abstinencia. La muestra es de 67 sujetos dependientes de la cocaína (el 55% son mujeres y la mayoría pertenecen a minorías étnicas) en tratamiento en programas de mantenimiento con metadona que forman parte de una muestra más amplia (N =187) seleccionada para otro estudio en el que se pretende comparar el resultado de seis meses de tratamiento entre un programa cognitivo-conductual y otro de baja intensidad.

Los criterios de inclusión en el estudio son: la existencia de dependencia de cocaína, el uso de cocaína durante el mes anterior, tener una dosis de metadona estable y tener un trastorno del estado de ánimo, distinto a la distimia. Como criterio de exclusión estaría la presencia de trastorno psicótico. No se excluyen a los sujetos que también tienen consumos de otras sustancias. Los instrumentos utilizados para la evaluación son: el BSI (Derogatis, 1975) para medir la severidad de los síntomas psiquiátricos; la SCID para evaluar la dependencia, los trastornos psicóticos y los trastornos del estado de ánimo; y el *Profile of Mood States* (POMS) (McNair, Lorr y Droppleman, 1971). Además destaca que utilizan un algoritmo para tomar la decisión del grado en que el trastorno afectivo depende del consumo de sustancias, es el *Berstein Autonomy Rating Scale*. Los resultados obtenidos son que en un 27% de los casos los trastornos del estado de ánimo son independientes del consumo de sustancias. Este dato coincide con otros estudios realizados previamente. Las diferencias entre los sujetos con trastorno independiente o con trastorno dependiente, radican en que es más probable que los primeros completen el tratamiento y además han consumido menos cantidad de cocaína en los últimos 30 días. Los sujetos con trastorno del estado de ánimo dependiente de la cocaína, muestran mayores consumos de alcohol y de cocaína en el momento de la admisión. Respecto a la severidad de la sintomatología psiquiátrica parece no haber diferencias entre ambos grupos.

La probabilidad de finalizar el tratamiento fue un resultado inesperado. Los autores señalan que el optimismo sobre el uso de cocaína que tienen los sujetos con trastorno dependiente, provoca que estén menos motivados para mantener la abstinencia y finalizar el

tratamiento. Como limitación de este estudio están las características de la muestra utilizada, ya que son sujetos que están a tratamiento con metadona y que por lo tanto todos han tenido una dependencia previa a la heroína.

Siqueland *et al.* (1999) pretendían examinar y comparar las tasas de prevalencia y los patrones de síntomas de los trastornos inducidos por sustancias, y de trastornos del estado de ánimo. La muestra está formada por 243 dependientes de la cocaína (un 68% son hombres) que han sido seleccionados en hospitales, clínicas y a través de anuncios. Las características de la muestra seleccionada son las siguientes: el 75% son consumidores de *crack*; un 45% tiene dependencia del alcohol; un 11% tiene dependencia del cannabis; un 20% tiene algún trastorno de ansiedad; y un 48% algún trastorno de personalidad, concretamente un 19% tiene trastorno antisocial. Coincide con el estudio de Kleinman *et al.* (1990) en el que también obtienen una alta prevalencia del trastorno antisocial debido a que se trata de una muestra con importante presencia de consumidores de *crack*. La evaluación se realiza tras un periodo de estabilización de aproximadamente 30 días, y se requiere una semana de abstinencia para empezar a realizarla. Los instrumentos utilizados son los siguientes: BDI, HDRS, el BSI, BAI y la SCID-P para evaluar la presencia de trastornos en el eje I en la actualidad.

Los resultados muestran que 192 sujetos no tienen ningún trastorno del estado de ánimo (puntuación media en el BDI = 7.9). Hay 15 sujetos con trastorno depresivo inducido por la cocaína (puntuación media en el BDI = 7.3). La diferencia entre los sujetos que no presentan ningún tipo de trastorno y los que tienen un trastorno inducido es mínima en algunos casos ya que para hacer un diagnóstico de trastorno afectivo inducido por sustancias sólo es precisa la presencia de tristeza o anhedonia. Hay 12 sujetos con trastorno distímico (puntuación media en el BDI = 14.9) y 24 con trastorno de depresión mayor (puntuación media en el BDI = 16.9).

Los mismos autores señalan, como limitación de este estudio, la realización de la evaluación tras una semana de abstinencia mantenida, ya que en ese momento los pacientes presentan menos síntomas que al inicio de la misma. A esto debemos añadir que se trata de una muestra formada principalmente por consumidores de *crack*. Por ello los resultados son difíciles de aplicar a los que consumen por la vía intranasal.

Nadeau, Landry y Racine (1999) evaluaron la presencia de trastornos de personalidad en una muestra de 255 sujetos que están en tratamiento en centros de drogodependencias por problemas con el consumo de drogas (182 hombres y 73 mujeres). Para la evaluación se utilizó la primera edición del MCMI, y

esperaron siete días desde el inicio del tratamiento para evitar los síntomas de abstinencia.

Los resultados señalan que sólo el 11.8% de la muestra no tiene puntuaciones superiores a 84 en alguna de las escalas del eje II. Por lo tanto el 88.2% de los sujetos presentan una puntuación superior a 84 en al menos una de las escalas del eje II. El 56.9% de la muestra tiene una puntuación superior a 84 en la escala pasivo-agresiva, y un 52.9% en la escala dependiente; siendo las más prevalentes. Hay diferencias significativas en función del sexo, ya que las mujeres puntúan por encima de 84 más que los hombres en las siguientes escalas: histriónica, esquizotípica, límite y paranoide. Como limitaciones de este estudio los autores apuntan que el MCMI no es un instrumento diagnóstico, la intensidad de los trastornos del eje II está comprobado que disminuyen tras un periodo corto de tratamiento, y que la alta prevalencia de la escala pasivo-agresiva obtenida en este estudio debe de ser interpretada con cuidado.

Sánchez, Tomás y Morales (2000) evalúan la presencia de psicopatología en pacientes que demandan tratamiento por abuso de cocaína, y comparan los resultados obtenidos con los datos de un grupo control. La muestra está formada por 35 sujetos (el 85.7% son hombres) con abuso de cocaína y 40 sujetos en el grupo control (el 87.5% son hombres) que no presentan problemas por consumo de drogas. La muestra de consumidores de cocaína fue seleccionada entre los sujetos que demandan tratamiento. El grupo control se seleccionó en escuelas para adultos. La evaluación fue realizada en el primer contacto de los pacientes con el centro, siendo los criterios de exclusión los siguientes: presentar alteraciones mentales graves y estar bajo los efectos de la sustancia. El instrumento utilizado en la evaluación es el BSI y para completarla se realiza una entrevista estructurada que se administra a todos los pacientes que acuden al centro y que recoge los siguientes datos: sociodemográficos, legales, laborales, orgánicos, historia toxicológica, tratamientos previos, indicadores psicopatológicos y demanda.

Los resultados muestran que excepto en la escala de sensibilidad interpersonal los consumidores de cocaína presentan puntuaciones más altas en todas las escalas. Destacan las puntuaciones del grupo de consumidores en las escalas de ideación paranoide, obsesión-compulsión, ansiedad, depresión y hostilidad. Hay diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre el grupo de consumidores y el grupo control en todas las escalas del BSI excepto en somatización, obsesión-compulsión y sensibilidad interpersonal.

Entre las limitaciones del estudio está la utilización de muestras pequeñas tanto para el grupo de consumidores como el de no consumidores, y que no esperan a la resolución de los síntomas de la abstinencia



ya que la evaluación se realiza en el primer contacto de los pacientes con el centro.

Gunnarsdóttir *et al.* (2000) tenían como objetivo determinar si existen dos subgrupos dentro de los consumidores de cocaína, los de evitación del daño que es el grupo de la hipótesis de la automedicación (consumen para evitar el afecto negativo), y los que consumen buscando el efecto positivo que es el grupo de los buscadores de sensaciones (los que denominan como usuarios sociopáticos). Para ello utilizan una muestra de 18 sujetos con diagnóstico de abuso de cocaína que están hospitalizados en un centro médico de veteranos. La totalidad de la muestra son hombres.

Los criterios de exclusión que utilizan son la existencia de inestabilidad médica, y la presencia de esquizofrenia o demencia. Los instrumentos de evaluación utilizados son: *Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire* (Cloninger, Przybeck y Svrakic, 1991) para determinar el estilo de personalidad: automedicación o buscador de sensaciones; BDI; STAI; y se utiliza la tomografía por emisión de positrones para evaluar si hay diferencias en la actividad cerebral.

Los resultados confirman que el grupo de automedicación tiene puntuaciones más altas en ansiedad rasgo que el grupo de búsqueda de sensaciones. Se esperaba que en depresión su puntuación también fuera superior pero ambos grupos presentan niveles altos. La explicación que dan los autores es que la presencia de síntomas depresivos se debe al consumo crónico de cocaína. Las limitaciones de este estudio están en la limitada muestra que utilizan y en las características sociodemográficas de la misma, hombres a tratamiento en un hospital de veteranos.

O'Leary, Rohsenow, Martin, Colby, Eaton y Monti (2000) tenían como objetivo examinar el papel de la ansiedad durante el curso del tratamiento y tres meses después de haberlo finalizado. La muestra está compuesta por 108 pacientes (71.3% son hombres) consumidores de cocaína con diagnóstico de dependencia, que están a tratamiento ambulatorio en un programa de tipo cognitivo-conductual. Los criterios de inclusión son: presentar diagnóstico de dependencia de la cocaína en la actualidad, uso de la cocaína en los pasados seis meses y no presentar evidencias de psicosis adictivas.

La evaluación se realiza en tres momentos, en el pretratamiento, postratamiento y a los tres meses de finalizado el tratamiento. Los instrumentos utilizados son: la SCID-P, para evaluar la presencia actual o pasada de trastornos afectivos, el STAI, ASI y el *Cocaine Negative Consequences Checklist* (Michalec *et al.*, 1996).

Los resultados señalan que hay un 71.9% de la muestra con dependencia o abuso del alcohol y un

78.2% con trastornos afectivos en algún momento de la vida (evaluado con la SCID-P). Los resultados obtenidos con el STAI son: en ansiedad estado la media pre-tratamiento es de 45.3, post-tratamiento es de 36.8 y en el seguimiento es de 36.4. En el grupo control la puntuación media en ansiedad estado es de 35.0, y en ansiedad rasgo la puntuación en el pre-tratamiento es de 34.0, mientras que en el grupo experimental es de 53.4. La ansiedad estado disminuye desde el pretratamiento hasta el postratamiento, y permanece estable a los tres meses de finalizado el tratamiento, por lo tanto no es precisa una intervención específica. Una mayor puntuación en ansiedad rasgo está asociada con mayor puntuación en el ASI, más consecuencias negativas asociadas al consumo, y menor tiempo de tratamiento (no más recaídas, pero sí más abandonos). Estos autores señalan que la existencia de altos niveles de ansiedad y distrés incrementan la motivación para buscar tratamiento.

Sánchez, Morales y Tomás (2000) evaluaron la gravedad de la psicopatología entre dependientes de distintas drogas a través del BSI. Utilizaron una muestra de 118 sujetos, de los que 36 son dependientes de la cocaína. Los resultados obtenidos no indican la existencia de diferencias significativas en función de la droga consumida, las puntuaciones medias obtenidas en los índices generales para los tres grupos son las siguientes: en el índice general sintomático la puntuación del grupo de cocaína es de 0.95, el de alcohol es de 0.98 y el de heroína es de 0.92, en el total de síntomas positivos la puntuación del grupo de cocaína es de 27.44, el de alcohol es de 27.55 y el de heroína es de 26.68 y en el índice de distrés de los síntomas positivos la puntuación del grupo de cocaína es de 1.70, el de alcohol es de 1.83 y el de heroína es de 1.75. Concluyen que la gravedad de la psicopatología no está en función del tipo de sustancia consumida, aunque sí se pueden establecer diferencias en cuanto al tipo de síntomas que presentan. Entre las limitaciones del estudio hay que citar que no indican en que momento del tratamiento se administra el cuestionario.

Sánchez-Hervás, Gradolí y Morales (2001) realizaron un estudio para analizar la presencia de psicopatología entre los usuarios de una unidad de conductas adictivas mixta (alcohol y sustancias ilegales), y comprobar si tienen más problemas psicopatológicos que un grupo control sin problemas por uso de drogas. La muestra está formada por 216 sujetos con diagnóstico de dependencia de alcohol, heroína o cocaína. El grupo de dependientes de la cocaína está formado por 42 sujetos, y el porcentaje de hombres en este grupo es de 90.5%. Como criterios de inclusión señalan: son sujetos que están en tratamiento en una unidad de conductas adictivas, tienen un diagnóstico de dependencia a la cocaína, al alcohol o a la heroína, no han consumido dicha sustancia en las últimas cuatro

semanas (criterio de abstinencia) y no presentan diagnóstico de dependencia a más de una sustancia. La evaluación se realiza con el BSI y con una entrevista estructurada que se administra a todos los pacientes que acuden a tratamiento al centro. Los resultados señalan que el grupo de dependientes obtienen puntuaciones más altas que el grupo control en todas las escalas del BSI. Destaca el caso de los dependientes de la cocaína que en comparación con el grupo control, presentan puntuaciones más altas en las escalas de ideación paranoide (1.29), hostilidad (1.05), depresión (1.05), obsesivo-compulsivo (1.06), psicoticismo (0.94) y sensibilidad interpersonal (0.96). Además, obtienen las puntuaciones más altas en el índice de severidad y en el total de síntomas. Respecto a la comparación de las puntuaciones obtenidas por los tres grupos de dependientes de sustancias no se han encontrado diferencias significativas.

Heil, Badger y Higgins (2001) analizaron y compararon las diferencias en características demográficas, uso de drogas, necesidades de tratamiento y resultados del mismo, entre personas dependientes de la cocaína con y sin dependencia de alcohol. La muestra está formada por 302 admisiones consecutivas (70% de hombres) a tratamiento ambulatorio entre febrero de 1990 y abril de 1999. Se requiere el diagnóstico de dependencia de la cocaína para formar parte del estudio. Se realiza la evaluación en cuatro momentos distintos: al ingreso en el tratamiento, al finalizar el tratamiento (24 semanas después), al noveno mes y al año del inicio del mismo. La evaluación se realiza con los siguientes instrumentos: *Psychoactive Abuse Disorder section of the DSM-III Checklist* (Hudziak *et al.*, 1993); ASI; una adaptación de la sección *Cocaine Related Consequences* del *Cocaine Abuse Assessment Profile* (Washton, Stone y Hendrickson, 1988); BDI; y MAST (Selzer, 1971).

Los resultados obtenidos con el MAST son que un 60% de la muestra cumple los criterios de dependencia del alcohol. Los sujetos que tienen problemas con la cocaína y con el consumo de alcohol, presentan más amplios y complejos problemas, y obtienen mayores puntuaciones en el ASI y en el BDI. La puntuación media en el BDI de los sujetos que tienen problemas con el alcohol y la cocaína es de 22.0 y de los que no tienen problemas con el alcohol, es de 17.7. Estos sujetos utilizan la cocaína principalmente por la vía nasal y en situaciones sociales. Los que no tienen problemas con el alcohol la consumen por la vía fumada, principalmente. Esto les lleva a demandar la necesidad de personalizar los tratamientos. Estos autores también apuntan que aunque se ha planteado que el consumo de alcohol puede incrementar el consumo de cocaína, también se puede señalar lo contrario: el consumo de cocaína incrementa el consumo de alcohol.

Mestre, Risco, Catalán e Ibarra (2001) evaluaron las características de personalidad y otros rasgos clínicos, a través del MCMI-II, con el objetivo de comparar los perfiles de adictos a opiáceos y a la cocaína. La muestra está formada por 73 sujetos atendidos en una unidad de desintoxicación (58 hombres y 15 mujeres), de los cuales 11 solicitan desintoxicación por cocaína. La evaluación es realizada a partir del séptimo día tras el ingreso y el instrumento que utilizan es el MCMI-II. No indican si los sujetos tienen abuso o dependencia. Los resultados señalan que los consumidores de cocaína muestran puntuaciones más altas en las escalas de personalidad evitativa y límite, y en seis de las nueve escalas de síndromes clínicos: abuso de drogas, de alcohol, ansiedad, distimia, histeriforme y depresión mayor. Todos los consumidores de cocaína tienen una puntuación TB > 74 en una o más escalas de personalidad, mientras que un 17.7% de los consumidores de heroína tiene un perfil dentro de la normalidad. Para concluir, los autores apuntan que el MCMI-II puede estar sobrevalorando la presencia de trastornos de personalidad, por lo que señalan la necesidad de realizar un estudio posterior utilizando una entrevista diagnóstica para confirmar la presencia de dichos trastornos.

Entre las limitaciones de este estudio están que utilizan una muestra pequeña y el periodo de abstinencia no es lo suficientemente amplio para que desaparezcan los síntomas de abstinencia. Además el MCMI no hace diagnóstico de trastornos de personalidad, por lo que siempre es necesario usar una entrevista diagnóstica para confirmar su presencia.

Forcada, Santos, Fons, González y Zamorano (2001) tenían por objetivo estudiar la presencia de trastornos de personalidad en adictos a la cocaína. La muestra está formada por 40 sujetos, 32 hombres y 8 mujeres, que inician tratamiento ambulatorio entre los meses de enero y diciembre en una unidad de conductas adictivas. Los sujetos deben presentar dependencia de cocaína para participar en el estudio. El instrumento utilizado es el IPDE. Los datos obtenidos son los siguientes: un 20% presenta trastorno límite de la personalidad, un 5% trastorno obsesivo-compulsivo, un 5% trastorno por dependencia, 2.5% trastorno antisocial, y un 2.5% trastorno histriónico de la personalidad. Los resultados muestran que en los dependientes de la cocaína la presencia del trastorno límite de la personalidad es muy superior a la del trastorno antisocial, al contrario de lo que sucede en los alcohólicos y heroínómanos. Las limitaciones de este estudio son que no señalan en que momento se realiza la evaluación, y la muestra utilizada es pequeña.

Sánchez-Hervás *et al.* (2002) evaluaron los resultados de un programa de tratamiento de dependencia de la cocaína de seis meses de duración. Se trata de un programa de tipo cognitivo-conductual. La muestra está formada por sujetos dependientes de la cocaína

(no se señala en la publicación el número de sujetos que forman la muestra) que demandan tratamiento en una unidad de conductas adictivas. La evaluación se realiza al inicio del tratamiento y a los seis meses. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: BDI, STAI, BSI, una entrevista clínica estructurada y un sistema de controles de orina para detectar el consumo de cocaína. Los resultados obtenidos son que tras seis meses de tratamiento, hay una reducción en el número de días de consumo de cocaína y en el número de recaídas, y se aprecia una mejoría del bienestar psíquico, reduciéndose las puntuaciones iniciales de depresión, ansiedad y malestar psicológico. Por lo tanto, los síntomas psiquiátricos están en su mayor parte relacionados con el consumo de cocaína y las consecuencias derivadas del mismo.

Sánchez-Hervás, Tomás, Molina, del Olmo y Morales (2002) analizaron la calidad de vida, los procesos de cambio, la psicopatología y el historial adictivo en tres grupos de dependientes a distintas sustancias (alcohol, cocaína o heroína). La muestra es de 107 pacientes que solicitan tratamiento en el segundo semestre de 2000 en una unidad de conductas adictivas, con diagnóstico de dependencia a alcohol, cocaína o heroína. El grupo de dependientes de la cocaína está formado por 45 pacientes, de los cuales el 92.7% son hombres. Como criterios de exclusión se señalan la dificultad para completar las pruebas o encontrarse en estado de intoxicación. Los instrumentos de evaluación utilizados son los siguientes: STAI, BDI, BSI, Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREEF) (OMS, 1993), y el Inventario de los Procesos de Cambio (Tejero, Trujols y Hernández, 1990). Los resultados obtenidos señalan que no hay diferencias en calidad de vida, procesos de cambio y psicopatología entre los tres grupos de pacientes, aunque las puntuaciones del grupo de alcohol son ligeramente más altas y las del grupo de cocaína son ligeramente más bajas. Las escalas de susceptibilidad personal y psicoticismo presentan una correlación positiva con la existencia de tratamientos previos, esto puede indicar que el fracaso en tratamientos anteriores puede producir una disminución de su autoestima y aparecen indicadores de suspicacia y desconfianza. Las diferencias se encuentran en el proceso de evolución de su historial de consumo y factores relacionados. En el caso concreto de los dependientes de la cocaína, presentan menos antigüedad en el consumo y menos años de abuso (7.4 y 4.2 años de media respectivamente). Hay una correlación negativa entre los años de consumo y la concienciación y control de estímulos, parece haber mayores dificultades en el control de impulsos y menor conciencia sobre el proceso adictivo cuanto más tiempo lleva consumiendo. La limitación de este estudio es que no indican si se precisa un periodo de abstinencia para completar las pruebas, sólo que los sujetos no estén intoxicados durante la realización de las mismas.

Sanz y Larrazabal (2002) estudiaron la presencia de trastornos de la personalidad entre los dependientes de la cocaína y analizan la evolución del tratamiento en función de la existencia de comorbilidad. La muestra está formada por 65 sujetos (49 son hombres) que acuden a tratamiento a centros de salud mental. Los criterios de inclusión son: presentar criterios diagnósticos de dependencia de la cocaína y permanecer en tratamiento durante un mínimo de 12 semanas. Entre los criterios de exclusión están la existencia de consumos mixtos, tener más de un diagnóstico en el eje I, y no mantener una abstinencia mínima de cuatro semanas.

La evaluación se realiza tras cuatro semanas de abstinencia y se utiliza el *International Personality Disorder Examination* (IPDE) (OMS, 1996) y una entrevista semiestructurada para confirmar la presencia del diagnóstico. Los resultados señalan que un 64% de la muestra de 65 sujetos presenta un trastorno de personalidad, y de éstos el 56.9% presenta más de uno. Un 21.1% presenta el trastorno límite de la personalidad, un 20% el trastorno histriónico, un 15.4% el antisocial, un 15.8% el dependiente, y un 9.2% el narcisista. Las asociaciones más frecuentes que se presentan son: trastornos límite e histriónico; antisocial e histriónico; límite y antisocial; límite y narcisista; e histriónico y narcisista. Para concluir señalan que la presencia de trastornos de la personalidad incide negativamente en la evolución del tratamiento por consumo de drogas. Hay que destacar que la muestra es seleccionada entre sujetos que están en tratamiento por la presencia de trastornos psiquiátricos y no por consumo de drogas.

Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez (2003) evaluaron a través de un estudio transversal la presencia y la intensidad de los trastornos de personalidad de una muestra de sujetos en tratamiento en un centro de atención al drogodependiente que presentan abuso o dependencia a sustancias. La muestra está formada por 141 sujetos (105 hombres y 36 mujeres) de los que 32 reciben tratamiento por consumo de cocaína. Como instrumento de evaluación se utiliza el MCMI-II, la historia clínica y los datos de la entrevista de inicio de tratamiento. Los resultados señalan que un 83% de la muestra presenta una puntuación TB igual o superior a 75, sospecha de presencia de un trastorno de la personalidad, destacan: el pasivo-agresivo como trastorno más frecuente entre los hombres y el dependiente entre las mujeres. En el caso concreto de los consumidores de cocaína los patrones más frecuentes son el pasivo-agresivo y el dependiente, y entre los trastornos que Millon considera más graves (esquizotípico, límite y paranoide) destaca el límite con un 31.3% de los consumidores de cocaína que lo presentan. De éstos, un 18.8% tiene una puntuación TB superior a 84. Además, al hacer un estudio transversal constatan que al igual que ocurre en el

eje I, a medida que avanza el tratamiento disminuye la puntuación en las escalas del MCMI que evalúan el eje II. Al comparar con estudios anteriores confirman la elevada presencia de trastornos de personalidad entre los consumidores de sustancias, pero no obtienen puntuaciones tan altas en los trastornos límite y antisocial. Respecto a las limitaciones del estudio, destacar que el número de sujetos en tratamiento por cocaína es pequeño, y se desconoce si el diagnóstico es de dependencia o de abuso.

Karlsgodt, Lukas y Elman (2003) realizaron un estudio para analizar la relación entre el estrés psicosocial y el uso de cocaína en sujetos dependientes que no están en tratamiento. La muestra estaba formada por 36 sujetos con dependencia de la cocaína (no indican los porcentajes de hombres y mujeres) que realizaban un estudio para analizar los efectos de la cocaína en el cerebro. Como criterio de exclusión está no tener otro trastorno en el eje I, excepto abuso de alcohol o marihuana. Los instrumentos que utilizaron fueron: la SCID, el ASI, el STAI y el POMS (McNair *et al.*, 1992) para evaluar el estrés, y la HRSD para evaluar los síntomas de depresión. Los resultados indicaron que altos niveles de estrés psicosocial están asociados a largo tiempo usando cocaína (media de años consumiendo: 13.5 vs. 7). Hay diferencias significativas en el STAI rasgo y estado entre los sujetos que tienen altos niveles de estrés y los que tienen bajos niveles de estrés psicosocial (puntuación media en ansiedad rasgo: 34 y en ansiedad estado: 28.5). Las puntuaciones en el HRSD y en el POMS también son superiores en los sujetos con altos niveles de estrés. Estos resultados coinciden con estudios realizados con sujetos en tratamiento por consumo de sustancias que indicaban que el estrés está relacionado con el *craving* a la cocaína y las recaídas en el consumo.

Back, Sonne, Killen, Dansky y Brady (2003) evaluaron las diferencias en severidad en el abuso de drogas, historia de traumas, síntomas del trastorno por estrés post-traumático (TPEPT), problemas psiquiátricos comórbidos, y dependencia del alcohol o la cocaína en mujeres con TPEPT que demandan tratamiento. La muestra estaba formada por 133 mujeres con dependencia de la cocaína (N = 39) o del alcohol (N = 94) que demandan tratamiento. Los criterios de exclusión son: presencia de trastorno psicótico o demencia, estar embarazada o durante la lactancia materna, ideación suicida u homicida, dependencia de otra sustancia (salvo café o nicotina) y la existencia de cualquier otro factor que impida completar la evaluación. Son precisos entre al menos diez y 14 días de abstinencia para realizar la evaluación.

Para evaluar el uso de sustancias se utilizó el ASI y la SCID, y para evaluar la historia de traumas y el TPEPT se usaron los siguientes cuestionarios: *The National Women's Study (NWS) PTSD module* (Kilpatrick, Resnick, Saunders y Best, 1989), *Clinician's*

*Administered PTSD Scale (CAPS)* (Blake *et al.*, 1987), *Impact of Events Scale (IES)* (Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979) y *Mississippi Scale for PTSD (MISS)* (Keane, Caddell y Taylor, 1997).

Los resultados fueron que el grupo de dependientes de la cocaína tiene un mayor deterioro a nivel laboral, social y más problemas legales. El grupo con dependencia del alcohol está más expuesto a accidentes graves, con lesiones o sucesos vitales estresantes, mayores tasas de depresión y fobia social y mayores puntuaciones en las subescalas de evitación e hiperactivación del CAPS. Concluyen que hay perfiles diferentes entre las mujeres con TPEPT y consumo de sustancias, lo que va a tener implicaciones en el diseño de los tratamientos.

Levin, Evans, Vosburg, Horton, Brooks y Ng (2004) evaluaron a través de un estudio de seguimiento el impacto de la presencia del TDAH o de otros trastornos del eje I (ansiedad y depresión), en la retención y los resultados del tratamiento en una comunidad terapéutica. La muestra estaba formada por 135 sujetos con dependencia de la cocaína (88% hombres) que están a tratamiento en una comunidad terapéutica. Los instrumentos utilizados son: la SCID I y II del DSM-IV para evaluar los trastornos de los ejes I y II, y la KID-SCID para evaluar el TDAH infantil y una versión modificada para evaluar el residual. Los resultados fueron que hay un 24% de la muestra con trastornos del estado de ánimo, concretamente depresión mayor. Un 33% presenta trastornos de ansiedad, un 17% presenta TDAH y un 47% tiene un trastorno de personalidad (un 16% es de tipo paranoide, un 30% antisocial, un 5% es narcisista y un 5% evitativo, como trastornos de personalidad más prevalentes).

En función de estos datos establecieron tres grupos: pacientes sin ningún trastorno, pacientes con TDAH y pacientes con otro trastorno del eje I (depresión o ansiedad). Analizan las tasas de retención y los resultados del tratamiento. El porcentaje de abandonos tempranos (menos de 60 días a tratamiento) es superior en el grupo de TDAH (35%), pero no hay diferencias significativas ya que el grupo sin trastorno tiene un 27% de abandonos. Sí, hay diferencias significativas en los abandonos tardíos (más de 60 días a tratamiento) porque el grupo de otro trastorno en el eje I, como cabía esperar, tienen un mayor porcentaje (74%). Los sujetos con TDAH es menos probable que finalicen el tratamiento (ninguno lo termina) que los que tienen otro trastorno en el eje I (9% lo acaban) o los que no tienen ningún trastorno (19% lo acaban).

Ros, Valoria y Nieto (2004) analizaron la prevalencia del TDAH infantil en sujetos que demandan tratamiento en una unidad de conductas adictivas por consumo de cocaína u otros estimulantes. La muestra estaba formada por un grupo experimental (n = 70) con dependencia o abuso de la cocaína o anfetaminas

que demandan tratamiento en un centro de drogodependencias, y un grupo control (n =30) seleccionados entre pacientes ambulatorios de un hospital comarcal. El criterio de selección del grupo control es que no tengan abuso o dependencia de sustancias tóxicas. La totalidad de la muestra (N =100) son varones. Los instrumentos utilizados fueron el módulo E de la SCID para trastornos del eje del DSM-IV para evaluar el trastorno por consumo de cocaína o anfetaminas, y un cuestionario creado en base a los criterios del TDAH según el DSM-IV para el paciente y otro para la familia. Los resultados indicaron que en el grupo experimental sólo teniendo en cuenta la información que da el paciente, el porcentaje de TDAH en la infancia es del 54 %. Mientras que si se contempla la información que da también la familia el porcentaje disminuye el 21%. Es un porcentaje más cercano a estudios previos realizados fuera de nuestro medio. En el grupo control el porcentaje de presencia del TDAH infantil es del 3% (no hay diferencias en función de la procedencia de la información). Respecto a la presencia del TDAH residual, hay un 12% del grupo experimental que lo tiene y esto equivale a un 62% de los que han tenido TDAH en la infancia. Concluyen que es necesario evaluar la presencia de los síntomas residuales del TDAH porque es un grupo de pacientes difíciles de tratar sino se tiene en cuenta estos síntomas. Además, debido a su alta prevalencia en los consumidores de sustancias podría tenerse en cuenta como factor de riesgo para el consumo de drogas y diseñar actuaciones concretas de prevención.

Pedrero, Puerta, Segura y Martínez (2004) evaluaron la evolución de los síntomas psicopatológicos y el malestar de los pacientes que inician y desarrollan un tratamiento por abuso o dependencia de drogas. La muestra total es de 612 pacientes (544 hombres y 182 mujeres) que inician o están en tratamiento en distintos dispositivos de tratamiento de drogodependencias por abuso o dependencia de drogas. De los 612 sujetos, 135 están por problemas con el consumo de cocaína.

La investigación estaba dividida en cinco estudios: 1) Estudio transversal con el total de la muestra (N =612); 2) estudio longitudinal con 111 pacientes (97 hombres y 14 mujeres) que inician desintoxicación ambulatoria por opiáceos; 3) estudio longitudinal con 221 sujetos (162 hombres y 59 mujeres), de los cuales 55 están por consumo de cocaína, que están a tratamiento en comunidad terapéutica. El objetivo es conocer si hay diferencias en base a la psicopatología entre el éxito y fracaso del tratamiento; 4) estudio pre-post con pacientes que completan tratamiento en comunidad terapéutica, con 77 sujetos (54 hombres y 23 mujeres) de los que 21 están por consumo de cocaína; y 5) evaluar la influencia de los fármacos anti-depresivos en pacientes a tratamiento en comunidad terapéutica, comparando la evaluación inicial al inicio

del tratamiento con otra evaluación a los dos meses. La muestra la forman 22 sujetos (15 hombres y 7 mujeres) de los cuales 8 están por problemas con la cocaína.

El instrumento que utilizaron para hacer la evaluación es el SCL-90-R. Los resultados mostraron una reducción progresiva de la sintomatología de todas las escalas y en todos los estudios. La medicación no parece influir en la reducción de los síntomas psicopatológicos. El éxito o fracaso en el tratamiento no se puede predecir por la sintomatología que presenta el sujeto, ni por el tipo de síntomas, ni por su intensidad.

El grupo de sujetos con problemas con el consumo de cocaína son los que tienen mayores puntuaciones medias en ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo y en el índice general sintomático cuando se comparan con los que tienen problemas con la heroína, el alcohol o el cannabis. Respecto a las limitaciones de este estudio, en primer lugar destacar que no se indica el diagnóstico de abuso o dependencia, y en segundo lugar que no se señala la necesidad de un periodo de abstinencia para realizar la evaluación.

## DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión ha sido recoger los estudios más importantes que evalúan la presencia de psicopatología en personas con abuso o dependencia de la cocaína. Para ello, hemos utilizado las más importantes bases de datos a nivel internacional y hemos revisado las principales publicaciones españolas sobre adicciones.

Para poder comparar los estudios realizados, tenemos que comenzar indicando toda una serie de limitaciones que tienen muchos de esos estudios. Son las siguientes:

1. La mayor parte de los estudios, excepto aquellos en los que se quiere evaluar concretamente las diferencias en función del sexo, el porcentaje de hombres es superior al de mujeres. Incluso hay estudios, como los realizados con veteranos de guerra, en los que la totalidad de la muestra son hombres.

2. Respecto al lugar en donde se realiza el estudio, hay diferencias entre los sujetos que están en tratamiento por problemas por consumo de drogas en centros de drogodependencias, por presencia de trastorno psiquiátrico en unidades de salud mental o los que consumen cocaína pero no están a tratamiento. Entre los que están en tratamiento por problemas con el consumo de drogas, también hay diferencias entre los que están en tratamiento ambulatorio y los que están ingresados en hospitales.

3. La presencia de diagnóstico de abuso o dependencia de cocaína, a pesar de ser una variable muy relevante, ya que implica una mayor severidad en el consumo, no se contempla de forma clara en muchos de los estudios. Un porcentaje importante son estudios realizados con sujetos con diagnóstico de abuso de cocaína.

4. Lo mismo ocurre en caso del tipo de sustancia que se consume, un importante porcentaje de estudios americanos se realizan con consumidores de *crack* (la totalidad de la muestra o una parte importante de la misma), lo que dificulta la comparación de los resultados con los estudios con consumidores de clorhidrato de cocaína.

5. El periodo de abstinencia necesario para realizar la evaluación es una variable fundamental para no confundir los síntomas de la intoxicación o del síndrome de abstinencia con los de otro trastorno psicopatológico. El tiempo de abstinencia que se exige es muy variable y en muchos casos insuficiente. En algunos estudios no se exige abstinencia, en otros se piden sólo algunos días y otros señalan como requisito para la evaluación que el sujeto se encuentre estable.

6. En cuanto al tipo de instrumentos de evaluación utilizados, no se pueden establecer comparaciones entre los datos procedentes de entrevistas diagnósticas y los que se obtienen con instrumentos de *screening*, ya que con estos últimos el objetivo no es realizar una evaluación categórica.

Debido a estas limitaciones cuando comparamos los resultados obtenidos en los distintos estudios analizados, en muchos casos los datos son dispares. A continuación vamos a analizar qué podemos decir, en función de los estudios analizados, de las características psicopatológicas más relevantes en los sujetos con abuso o dependencia de la cocaína.

Respecto a la relación entre consumo de cocaína y depresión, los porcentajes de presencia de problemas de depresión en el momento actual oscilan entre el 20.1% y el 53.3%. Los porcentajes de presencia de problemas de depresión alguna vez en la vida oscilan entre el 47% y el 78.2%.

Los estudios sobre la relación entre consumo de cocaína y problemas con el consumo de alcohol señalan una prevalencia de problemas con el consumo de alcohol en el momento actual entre el 28.9% y el 60%. El porcentaje de problemas con el consumo de alcohol alguna vez en la vida en sujetos con problemas con el consumo de cocaína oscila entre el 71.9% y el 36.7%.

La presencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en sujetos con problemas con el consumo de cocaína oscila entre el 4.7% y el 34.9%.

La asociación entre consumo de cocaína y problemas de ansiedad es también otra de las variables estudiadas, los estudios revisados indican que tienen problemas de ansiedad entre el 15.8% y el 33% de las personas con problemas con el consumo de cocaína.

Los estudios realizados con el SCL-90, SCL-90-R o BSI, indican que las escalas de síntomas que más destacan en los sujetos con problemas con el consumo de cocaína son: ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, depresión, psicoticismo, obsesión-compulsión y sensibilidad interpersonal.

Respecto a la relación entre trastornos de personalidad y problemas con el consumo de cocaína, los porcentajes de presencia de trastornos de personalidad en estos sujetos oscilan entre el 97% y el 47%, siendo los trastornos más prevalentes: el límite, el antisocial, el histriónico, el narcisista, el pasivo-agresivo y el paranoide.

Por lo tanto, los problemas de depresión, determinados trastornos de personalidad y los problemas con el consumo de alcohol son los que con más frecuencia aparecen en las personas con problemas con el consumo de cocaína. Pero debemos recordar que en muchos de los estudios revisados no se contempla la necesidad del mantenimiento de la abstinencia para realizar la evaluación, por lo que los porcentajes de prevalencia pueden estar sobreestimados. Excepto en el caso de los problemas con el consumo de alcohol, ya que en su evaluación no interfiere la existencia de consumos de cocaína o los síntomas del síndrome de abstinencia.

Respecto a las hipótesis planteadas previamente acerca de las relaciones entre consumo de cocaína y psicopatología (ver tabla 2), en los estudios revisados apenas se hace referencia a las mismas. Analizan la prevalencia de determinados problemas psicopatológicos en la muestra pero sin apuntar explicaciones sobre dicha asociación. Podemos concluir, como señalan Kathzian (1997) y Mueser, Yarnold y Bellack (1991), que no hay una relación específica entre determinados problemas psicopatológicos y el consumo de una sustancia determinada, sino que la disponibilidad y el coste de la sustancia es determinante para la elección de la misma independientemente de la presencia o no de un problema psicopatológico.

Por lo tanto, los estudios revisados se centran en el análisis de la presencia de problemas psicopatológicos en consumidores de cocaína sin apuntar hipótesis sobre dicha asociación. Pero es necesario concluir que los altos porcentajes de problemas psicopatológicos que estos estudios han encontrado indican la necesidad de realizar una evaluación psicopatológica de todos las personas que demandan tratamiento por problemas con el consumo de drogas, y más concre-



tamente con el consumo de cocaína (Ladero y Martín del Moral, 1998; Rosenthal y Westreich, 1999).

Para finalizar, apuntar la necesidad de realizar en nuestro entorno estudios con consumidores de cocaína debido a la notable importancia que está cobrando el consumo de esta sustancia. Hasta el momento, se han realizado pocos estudios, y los que se han realizado, han utilizado muestras pequeñas o no son personas que tengan específicamente un diagnóstico de sólo dependencia de la cocaína. Pero los estudios que se vayan a realizar deben de tener el suficiente rigor metodológico para poder realizar comparaciones con otras investigaciones realizadas previamente, y por lo tanto avanzar en el conocimiento de las características de los consumidores de cocaína de nuestro entorno.

A todo lo anterior hay que añadir las limitaciones que tienen muchos estudios, tal y como hemos expuesto anteriormente. Futuros estudios deben corregirlos para poder llegar a conclusiones más consistentes sobre la persona con problemas de abuso o dependencia de la cocaína. Lo que sí queda claro con esta revisión es que las personas con abuso y/o dependencia de la cocaína tienen una importante comorbilidad asociada que exige su evaluación y su tratamiento para el mejor curso del trastorno y del propio tratamiento de la dependencia.

## REFERENCIAS

- Andreason, N.C., Rice, J., Endicott, J., Reich, T. y Coryell, W. (1986). The family history approach to diagnosis: How useful is it?. *Archives of General Psychiatry*, 3, 421-429.
- Babor, T.F., Hoffman, M., Del Boca, F.K., Hesselbrock, V., Meyer, R.E., Dolinsky, Z.S. y Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics, I: evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- Back, S.E., Sonne, S.C., Killeen, T., Dansky, B.S. y Brady, K.T. (2003). Comparative profiles of woman with PTSD and comorbid cocaine or alcohol dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 169-189.
- Ball, S.A., Carroll, K.M., Babor, T.F. y Rounsaville, B.J. (1995). Subtypes of cocaine abusers: support for a type A- type B distinction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 115-124.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guildford Press (Trad. española en Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983).
- Beck, A.T. y Steer, R. (1987). *Beck Depression Inventory Manual*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Beck A.T. y Steer, R. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blake, D.D., Weathers, F.W. Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. y Keane, T.M. (1987). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD. *Behavioural Therapy*, 13, 187-188.
- Calsyn, D. A. y Saxon, A. J. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1037-1049.
- Campbell, B.K. y Stark, M. J. (1990). Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1467-1474.
- Carroll, K.M., Power, M.D., Bryant, K. y Rounsaville, B.J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 71-79.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Bryant, K. J. (1993). Alcoholism in treatment-seeking cocaine abusers: clinical and prognostic significance. *Journal of Studies on Alcohol*, March, 199-209.
- Carroll, K. M. y Rounsaville, B. J. (1992). Contrast of treatment-seeking and untreated cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 49, 464-471.
- Castaneda, R. (1994). Empirical assessment of the self-medication hypothesis among dually diagnosed inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 180-184.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R. y Svrakic, D.M. (1991). The tridimensional personality questionnaire U.S. normative data. *Psychological Reports*, 69, 1047-1057.
- Craig, R. J., Bivens, A. y Olson, R. (1997). MCMI-III-Derived typological analysis of cocaine and heroin addicts. *Journal of Personality Assessment*, 69, 583-595.
- Denier, C.A., Thevos, A.K., Latham, P.K. y Randall, C.L. (1991). Psychosocial and Psychopathology differences in hospitalized male and female cocaine abusers: a retrospective chart review. *Addictive Behaviors*, 16, 489-496.
- Derogatis, L.R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., y Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Donat, D.C., Walters, J. y Hume, A. (1992). MCMI differences between alcoholics and cocaine abusers: effect of age, sex and race. *Journal of Personality Assessment*, 58, 96-104.
- Endicott, J. y Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview. The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- First, M.B. y Gladis, M.M. (1996). Diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso

- de sustancias. En: J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico Dual* (pp.41-56). Barcelona: Ediciones Neurociencias.
- Flynn, P.M., Hubbard, R., Phillips, C., et al. (1992). Individual Assessment Profile (IAP): Standardizing de assessment of substance abusers. Presented at the 100<sup>th</sup> annual meeting of the American Psychological Association, Washington, D.C.
- Flynn, P.M., Luckey, J.W., Brown, B.S., Hoffman, J.A., Dunteman, G.H., Theisen, A.C. y Hubbard, R.L. (1995). Relationship between drug preference and indicators of psychiatric impairment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 153-166.
- Forcada, R., Santos, P., Fons, M.R., González, G., Zamorano, C. (2001). Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 13(sup.1), 82-83.
- Gawin, F. H. y Kleber H. D. (1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 43, 107-113.
- Gunnarsdóttir, E.D., Pingitore, R.A., Spring, B.J., Konopka, L.M., Crayton, J.W., Milo, T. y Shirazi, P. (2000). Individual differences among cocaine users. *Addictive Behaviors*, 25, 641-652.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*, 23, 56-62.
- Heil, S.H., Badger, G.J. y Higgins, S.T. (2001). Alcohol dependence among cocaine-dependent outpatients: demographics, drug use, treatment outcome and other characteristics. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 14-22.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. y Alvarez, W. (1979). Impact of events scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hudziak, J.J., Helzer, J.E., Wetzell, M.W., Kessel, K.B., McGee, B., Janca, A. y Przybeck, T. (1993). The use of the DSM-III-R checklist for initial diagnostic assessments. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 375-383.
- Karlsqodt, K.H., Lukas, S. E. y Elman, I. (2003). Psychosocial stress and the duration of cocaine use in non-treatment seeking individuals with cocaine dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 539-551.
- Keane, T.M., Caddell, J.M. y Taylor, K.L. (1997). Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance abuse use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Saunders, B.E. y Best, C.L. (1989). *The National Women's Study (NWS) PTSD module. Unpublished instrument*. Charleston, S.C.: Crime victims research and treatment center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina.
- Kleinman, P.H., Miller, A.B., Millman, R.B., Woody, G.E., Todd, T., Kemp, J. y Lipton, D.S. (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 442-447.
- Ladero J.M. y Martín del Moral, M. (1998). Cocaína (III). Complicaciones del consumo de cocaína: orgánicas y psiquiátricas. En: P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizosáin (Eds.), *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (pp.135-147). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Levin, F.R., Evans, S.M., Vosburg, S.K., Horton, T., Brooks, D. y Ng, J. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in therapeutic community. *Addictive Behaviors*, 29, 1875-1882.
- Malow, R. M., West, J. A., Willians, L.W. y Sutker, P.B. (1989). Personality disorders classification and symptoms in cocaine and opioid addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 765-767.
- Marlowe, D.B., Kirby, K.C., Festinger, D.S., Husband, S.D. y Platt, J.J. (1997). Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of behavioural treatment for cocaine dependence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 483-490.
- McGlashan, T.H. (1987). Borderline personality disorder and unipolar affective: long term effects of comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 467-473.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. y Woody, G.E. (1980). A improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- McNair, D.M., Lorr, M., y Droppleman, L.F. (1971). *Profile of Mood States (POMS)*. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Services.
- Mestre, L., Risco, P., Catalán, A. e Ibarra, O. (2001). Perfiles de personalidad Millon: comparación de pacientes adictos a opiáceos y a cocaína. *Trastornos Adictivos*, 3, 288-289.
- Michalec, E., Rohsenow, D.J., Monti, P.M., Varney, S.M., Martin, R.A., Dey, A.N., Myers, M.G. y Sirota, A.D. (1996). A Cocaine Negative Consequences Checklist: development and validation. *Journal of Substance Abuse*, 8, 181-193.
- Millon, T (1987). *Manual for the MCMI-II*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1977). *Millon Clinical Multiaxial Inventory* Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1982). *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual*. Minneapolis, MIN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory- III: Manual*. Minneapolis, MIN: National Computer Systems.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R. y Bellack, A.S. (1991). Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 48-55.

- Myrick, H. y Brady, K.T. (1997). Social phobia in cocaine dependent individuals. *The American Journal on Addictions*, 6, 99-104.
- Nadeau, L., Landry, M. y Racine, S. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 592-596.
- Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 40-52.
- O'Donnell, W.E. y Reynolds, D.M. (1983). *Neuropsychological Impairment Scale manual*. Annapolis, M.D.: Annapolis Neuropsychological Services.
- O'Leary, T.A., Rohsenow, D.J., Martin, R., Colby, S.M., Eaton, Ch.A. y Monti, P.M. (2000). The relationship between anxiety levels and outcome of cocaine abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 179-194.
- Organización Mundial para la Salud (1996). *International Personality Disorder Examination*. Ginebra: OMS (Versión española dirigida por J.J. López-Ibor. Madrid: Ed. Meridor).
- Organización Mundial de la Salud, WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Quality Life Rise*, 2, 153-159.
- Pedrero, E.J., Puerta, C., Lagares, A. y Sáez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 241-255.
- 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.
- Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Observatorio Español sobre drogas. Informe nº 6*. Recogido el 13 de enero de 2005 en <http://www.mir.es/pnd/publica/html/delga.htm>
- Plan Nacional sobre Drogas (2004a). *Encuesta domiciliaria sobre el uso de drogas en España, 2003-resumen*. Recogido el 13 de Enero de 2005 en <http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf>
- Pope, H.G., Jonas, J.M., Hudson, J.I., Cohen, B.M. y Gunderson, J.G. (1983). The validity of DSM-III personality borderline disorder: a phenomenologic, family history, treatment response, and longterm follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 40, 23-30.
- 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. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J. y Ratcliff, K.S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Ros, A.S., Valoria, A., y Nieto, J. (2004). Consumo de cocaína y otros psicoestimulantes: su relación con el síndrome de hiperactividad infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 346-352.
- Rose, M.R., Brown, B.S. y Haertzen, Ch.A. (1989). Comparison of the characteristics and functioning of cocaine treatment and cocaine research subjects. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 251-260.
- Rosenblum, A., Fallon, B., Magura, S., Handelsman, L., Foote, J. y Bernstein, D. (1999). The autonomy of mood disorders among cocaine-using methadone patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 67-80.
- Rosenthal, R.N. y Westreich, L. (1999). Treatment of persons with diagnoses of substance use disorders and other psychological problems. En : B.S. McCrady y E.E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp.105-120). New York: Oxford University Press.
- Rounsaville, B. J., Foley, S., 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.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sánchez-Hervás, E., Gradolí, V. y Morales, E. (2001). Evaluación psicopatológica en dependientes al alcohol, heroína y cocaína mediante el *Brief Symptom Inventory*. *Adicciones*, 1, 61-66.
- Sánchez, E., Morales, E. y Tomás, V. (2000). Gravedad de la psicopatología en los usuarios de drogas. *Psiquiatría Biológica*, 3, 95-99.
- Sánchez-Hervás, E., Morales, E., Tomás, V., Molina, N., del Olmo, R., Bosch, C., Sanoguera, M. y Escrivá, P. (2002). Tratamiento de la dependencia a cocaína: estudio de seguimiento de seis meses. *Adicciones*, 14 (sup.2), 137.
- Sánchez, E., Tomás, V. y Morales, E. (2000). Evaluación psicopatológica de pacientes dependientes de la cocaína. *Atención Primaria*, 26, 319-322.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V., Molina, N., del Olmo, R. y Morales, E. (2002). Calidad de vida, psicopatología, procesos de cambio e historial adictivo en la dependencia a sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 4, 62-68.
- Sanz, J. y Larrazabal, A. (2002). Comorbilidad de dependencia de cocaína y trastornos de personalidad. Implicaciones clínicas y pronósticas. En: III Congreso virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2002. Recogido el 2 de octubre de 2003 en <http://www.psiquiatría.com/articulos/adicciones/5592/>
- Satel, S.L., Price, L.H., Palumbo, J.M., McDougale, C.J., Cristal, J.H., Gawin, F., Charney, D.S., Henninger, G.R. y Kleber, H.D. (1991). Clinical phenomenology and neurobiology of cocaine abstinence: a prospective inpatient study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1712-1716.
- Selzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.

- Shipley, E. (1949). *Shipley-Hartford retreat scale: Manual*. Hartford, Connecticut: Neuropsychiatric Institute, Hartford retreat.
- Siqueland, L., Horn, A., Moras, K., Woody, G., Weiss, R., Blaine, J., Bishop, S., Barber, J. y Thase, M. (1999). Cocaine-induced mood disorder: prevalence rates and psychiatric symptoms in an outpatient cocaine-dependent sample. *The American Journal on Addictions*, 8, 165-169.
- Sonne, S.C. y Brady, K.T. (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent Individuals. *The American Journals on Addictions*, 7, 1-6.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Luchene, R.E. (1970). *STAI, Manual for the state-trait anxiety inventory (self-evaluation questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. y Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-785.
- Spitzer, R.L. y Williams J.B.W. (1986). *Structured clinical interview for DSM-III-R Personality disorders (SCID-II; rev. 5/1/86)*. New York State Psychiatric Press.
- Swendsen, J. y Merikangas, K. (2000), The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 173-189.
- Tejero, A., Trujols, J. y Hernández, E. (1990) The process of change in heroine addicts: a preliminary reports. París: XX European Congress on Behaviour Therapy.
- Teng, E.L. y Chi, H.C. (1987). The Modified Mini-Mental State (3MS) Examination. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 314-318.
- Washton, A.M., Stone, N.S. y Hendrickson, E.C. (1988). Cocaine abuse. En : D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Eds.), *Assessment of Addictive Behaviors* (364-389). New York: Guildford Press.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L. y Mirin, S.M. (1989). Diagnosing major depression in cocaine abusers: the use of depression rating scales. *Psychiatry Research*, 28, 335-343.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin, M.L., Gunderson, J.G. y Hufford, C. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 145-149.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin, M.L. y Michael, J.L. (1988). Psychopathology in cocaine abusers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 719-725.
- Weiss, R.D., Mirin, S. T., Michael, J. L. y Sollogub, A. C. (1986). Psychopathology in chronic cocaine abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 17-29.
- Weissman, M.M. y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1081-1086.
- Ziedonis, D. M. (1992). Comorbid psychopathology and cocaine addiction. En: T. R. Kosten y H. D. Kleber (Eds.), *Clinician's guide to cocaine addiction. Theory, research and treatment* (335-358). New York: The Guildford Press.
- Zimberg, S. (1996). Introducción y conceptos generales del diagnóstico dual. En: J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico Dual* (pp.21-40). Barcelona: Ediciones Neurociencias.
- Zuckerman, M. (1979). *Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.