

## ORIGINALES BREVES

# Evaluación psicopatológica de pacientes dependientes de cocaína

**E. Sánchez Hervás, V. Tomás Gradolí y E. Morales Gallús**

Unidad de Conductas Adictivas Área 9. Catarroja. Consellería de Sanitat. Valencia.

**Objetivo.** Estudiar la presencia de psicopatología en pacientes que demandan tratamiento a consecuencia del abuso de cocaína.

**Diseño.** Estudio de casos y controles.

**Emplazamiento.** Unidad de conductas adictivas. Tratamiento de la adicción a drogas legales e ilegales. Atención primaria.

**Pacientes.** Pacientes que demandan tratamiento por abuso de cocaína (n = 35). Grupo control formado por sujetos sin problemas de abuso de drogas (n = 40).

**Mediciones y resultados.** Evaluación de la psicopatología mediante el Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1975). Los pacientes que abusan de la cocaína muestran puntuaciones elevadas en las dimensiones del BSI, en especial en las dimensiones ideación paranoide (media, 1,48) y en obsesivo-compulsivo (media, 1,25). Cuando el grupo cocaína se compara con el grupo control, se detectan diferencias significativas en 9 de los 12 indicadores. La significación más relevante surge en las dimensiones ideación paranoide y psicoticismo ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones.** Se confirma la alta prevalencia de sintomatología psiquiátrica en pacientes que solicitan tratamiento por abuso de cocaína. Las elevadas puntuaciones en las dimensiones obsesivo-compulsivo, ansiedad e índice de malestar global dificultan el proceso de tratamiento orientado al cese del uso de la sustancia, puesto que aunque disminuyen cuando cesa el consumo aparecen intensamente los días posteriores. Dadas las características que presentan estos pacientes, el BSI parece ser un instrumento útil que oriente en el diagnóstico y tratamiento de las personas que abusan de cocaína.

**Palabras clave:** Cocaína; Psicopatología; Síntomas.

## PSYCHOPATHOLOGICAL EVALUATION OF COCAINE-DEPENDENT PATIENTS

**Objective.** To study the presence of psychopathology in patients seeking treatment for cocaine abuse.

**Design.** Case/control study.

**Setting.** Addictive conduct unit. Treatment of addiction to legal and illegal drugs. Primary care.

**Patients.** Patients seeking treatment for cocaine abuse (n = 35). Control group of people with no drug-abuse problems (n = 40).

**Measurements and results.** Evaluation of psychopathology through the Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis, 1975). Patients who abused cocaine scored high in the BSI, especially in the paranoid ideas (mean = 1.48) and obsessive-compulsive (mean = 1.25) dimensions. When the cocaine group was compared with the control group, there were significant differences in 11 of the 12 indicators. The most relevant significance occurred in the paranoid ideas and psychotic dimensions ( $p = 0,000$ ).

**Conclusions.** The high prevalence of psychiatric symptoms in patients seeking cocaine-abuse treatment was confirmed. The high scores in the obsessive-compulsive, anxiety and general malaise dimensions hindered the process of treatment in order to stop using the drug, in that the scores drop when consumption stops but start up again intensively in the following days. Given the characteristics of these patients, the BSI seems a useful instrument for guiding the diagnosis and treatment of people who abuse cocaine.

(Aten Primaria 2000; 26: 319-322)

Correspondencia: Emilio Sánchez Hervás.  
C/ Dr. Fleming, 73-15. 46470 Albal (Valencia).

Manuscrito aceptado para su publicación el 24-I-2000.

## Introducción

Desde que en 1885 Freud estableciese las primeras consideraciones acerca de los efectos producidos por el uso de cocaína, basándose en su experiencia tras autoadministrarse la sustancia, aparecen en la bibliografía diversos informes en los que se da cuenta de distintos hallazgos, incluyendo la presentación de síntomas psicopatológicos.

Tradicionalmente se han señalado como complicaciones psiquiátricas más frecuentes producidas por el abuso de cocaína las siguientes: psicosis, depresión, cambios de personalidad, ansiedad y alucinaciones (en especial de parasitosis)<sup>1</sup>.

Estudios con personas que siguen tratamiento por adicción a cocaína revelan que la mitad de la población de pacientes cumple criterios diagnósticos de trastorno del estado de ánimo<sup>2</sup>. Un 20% de los consumidores de cocaína experimenta trastornos del estado de ánimo cílicos como trastornos bipolares y trastornos ciclotípicos (frente a una incidencia del 1% en adictos a opiáceos). Para algunos autores<sup>3</sup>, estos datos sugieren que las personas con trastorno de estado de ánimo preferirían estimulantes antes que otras drogas.

En una revisión de estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos<sup>4</sup>, se establece la existencia de una asociación entre el uso de cocaína y la presencia de trastornos depresivos y aumento de homicidios entre los consumidores.

Otros estudios<sup>5</sup> encuentran que algunos pacientes que abusan de la cocaína presentan un tipo de depresión unipolar denominada depresión atípica. La depresión atípica consistiría en un humor deprimido caracterizado por hipersomnia, bulimia, letargia severa y sensibilidad patológica al rechazo. La fase de «crash» tras un período intenso de abuso de cocaína

incluye también los síntomas propios de la depresión atípica.

Algunas investigaciones señalan la importancia en la frecuencia de los ataques de pánico inducidos por cocaína<sup>6</sup>. Los ataques de pánico podrían surgir coincidiendo con largos períodos de consumo de cocaína de forma intermitente. Más tarde, los ataques de pánico podrían presentarse espontáneamente sin consumo de cocaína<sup>7</sup>. El uso de cocaína podría asimismo estar asociado a la presentación de fobia social<sup>5</sup>.

Las personas con trastorno de personalidad pueden tomar drogas para alterar su estado de ánimo. En concreto la cocaína puede inducir sentimientos de placer. Las personas con trastorno de personalidad antisocial o trastorno de personalidad *borderline* que utilizan cocaína corren el riesgo de aumentar comportamientos violentos<sup>3</sup>.

Fielman (1995)<sup>8</sup> evalúa con el SCID-II a 42 adictos a la heroína y 47 a la cocaína en desintoxicación. El autor halló un número similar de trastornos de la personalidad en ambos grupos, aunque en el grupo de cocainómanos había mayor heterogeneidad de aquéllos y en los heroinómanos destacaba el trastorno antisocial, observando además que en este subgrupo había mayor «desviación social». También relacionó la presencia de un trastorno de personalidad con baja autoestima, evaluación negativa aumentada y mayor duración de consumo.

Yates et al (1995)<sup>9</sup> llevan a cabo un estudio con 59 adictos a la cocaína y los comparan con un grupo de no adictos. Los autores concluyen que el grupo de adictos presenta más rasgos de personalidad narcisista que los sujetos del grupo control.

El abuso de cocaína puede producir alucinaciones y delirios. En ocasiones estos síntomas se disipan en algunos días. En otros casos pueden persistir hasta un año<sup>10</sup>.

La preferencia en el uso de cocaína en relación a otras sustancias psicotrópicas en pacientes esquizofrénicos era del 25% en un estudio realizado por Catton et al (1989)<sup>11</sup>.

Havassy y Harns (1998)<sup>12</sup> realizan un estudio con 160 sujetos hospitalizados por trastorno mental, en el que se estudia la relación entre el abuso de sustancias, el funcionamiento social y los trastornos mentales. Los autores encuentran que 78 sujetos de la muestra presentaban abuso de sustancias, incluyendo cocaína, y que

estos sujetos tenían más diagnósticos de trastorno psicótico no especificado, trastorno bipolar y depresión mayor.

A continuación presentaremos un trabajo realizado en la Unidad de Conductas Adictivas del Área 9 de Valencia cuyos objetivos son: *a*) analizar la presencia de psicopatología en los pacientes que acuden a nuestro centro con demandas de tratamiento por abuso de cocaína, y *b*) determinar si los pacientes mencionados muestran diferencias en la presentación de diversos síntomas psicopatológicos respecto a un grupo de sujetos sin problemas de dependencia a drogas.

Nuestra hipótesis de trabajo es que el grupo de pacientes presentará puntuaciones elevadas en los índices psicopatológicos, y que dichas puntuaciones serán estadísticamente significativas respecto al grupo control.

## Material y métodos

### Objetivos

Estudiar la presencia de psicopatología en los pacientes que demandan tratamiento por abuso de cocaína.

Analizar si la psicopatología en pacientes de cocaína es mayor que en un grupo de sujetos que no presentan problemas por uso de drogas.

### Diseño

El estudio se ha realizado en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Área 9 de Salud de Valencia en el período comprendido entre enero y junio de 1999. Se trata de una UCA mixta que atiende demandas por dependencia a sustancias psicoactivas legales e ilegales.

Se trata de un estudio de casos y controles, que incluye sujetos atendidos en la UCA en el período antes indicado, cuya demanda de tratamiento se realizaba por abuso de cocaína ( $n = 35$ ). Se utilizó un sistema de muestreo consecutivo, excluyendo del estudio a aquellos pacientes que presentaron alteraciones mentales graves que impedían la realización de la prueba, y a aquellos que se encontraban bajo los efectos de la sustancia. Se utiliza un grupo control para comparar los resultados del grupo de pacientes de cocaína. Los sujetos del grupo control no presentan problemas derivados del uso de drogas ( $n = 40$ ) y son reclutados en distintas escuelas para adultos del área de salud.

La información correspondiente a las variables independientes se recogió en el primer contacto con el usuario mediante una entrevista individual. El BSI se adminis-

tró bien en esa misma sesión o en la siguiente, pero siempre antes de iniciar cualquier tipo de intervención con el paciente.

## Instrumentos

1. Entrevista estructurada: utilizada para todos los pacientes del servicio. Dicha entrevista recoge datos sociodemográficos, legales, laborales, orgánicos, historia toxicológica, tratamientos previos, indicadores psicopatológicos y demanda.

2. BSI (Derogatis, 1975)<sup>13</sup>: instrumento de cribado; forma abreviada del SCL-90 del que también es autor Derogatis y del que posteriormente vio la luz una versión revisada, el SCL-90-R (Derogatis, 1983)<sup>14</sup>. El BSI tiene una buena correlación con el SCL-90, por encima de 0,90 en todas las dimensiones<sup>15</sup> y además es mucho más ágil en su administración (unos 15 minutos), lo que facilita su administración en usuarios de drogas.

Consta de 53 ítems, que el usuario valora en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde nada, 0, hasta 4, mucho), que expresa en qué intensidad se ha sentido molesto el usuario por la descripción del ítem en los últimos 7 días.

El BSI incluye (al igual que el SCL-90) las siguientes dimensiones sintomáticas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además de estas 9 dimensiones, se incluyen 3 índices globales que describen la intensidad de la psicopatología del encuestado: índice de severidad global, índice de malestar y total de síntomas positivos.

## VARIABLES

Variables sociodemográficas (recogidas en la entrevista). Sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral y años de consumo de cocaína.

Variables dependientes. Puntuaciones directas obtenidas del BSI en las 9 dimensiones y los 3 índices globales.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se han utilizado estadísticos descriptivos, prueba t de Student para el contraste de las diferencias. Para la interpretación de los resultados, se eligió un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$  para un intervalo de confianza del 95%. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS/PC para Windows.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan las características de la muestra. Los pacientes del grupo cocaína presentan una edad media de 26,8 años, con una antigüedad media de consumo de 5,1 años, vía de administración esnifada

**TABLA 1. Descriptivos de la muestra**

	Grupo cocaína (n = 35)	Grupo control (n = 40)
Edad (media)	26,8	25,9
Sexo		
Varón	85,7%	87,5%
Mujer	14,3%	12,5%
Estudios		
Primarios	95,2%	90%
Secundarios	4,8%	10%
Situación laboral		
En activo	81%	80%
Desempleado	19%	20%
Tratamientos previos		
No	100%	
Sí	0%	
Años de consumo (media)	5,1	–
Vía administración		
Esnifada	100%	

**TABLA 2. Puntuaciones BSI/«t» test**

	Grupo cocaína	Grupo control	Significación	
	Medias	Medias		
Somatización	0,63	0,43	1,70	NS
Obsesivo-compulsivo	1,25	1,02	1,25	NS
Sensibilidad interpersonal	0,90	1,40	0,29	NS
Depresión	1,06	0,56	3,23	0,002
Ansiedad	1,07	0,67	2,67	0,009
Hostilidad	1,04	0,60	2,70	0,008
Ansiedad fóbica	0,61	0,26	2,91	0,004
Ideación paranoide	1,48	0,64	5,01	0,000
Psicoticismo	0,90	0,41	3,62	0,000
Severidad global	0,99	0,58	3,51	0,001
Índice de malestar	1,79	1,47	2,74	0,007
Síntomas positivos	26,69	19,67	2,72	0,008

Nivel de significación: p < 0,05. NS: no significativo.

(100% de los casos). En todos los casos es la primera ocasión en la que demandan tratamiento.

La muestra la componen mayoritariamente varones (85,7%), con estudios primarios en un 94,2% de los casos y, fundamentalmente, tienen ocupación remunerada (80% de los casos).

El grupo control presenta características similares al grupo cocaína (87,5% varones, 90% de sujetos con estudios primarios y 20% de desempleados).

En la **tabla 2** se muestran los resultados obtenidos en las dimensiones del BSI. En todas las dimensiones,

excepto en la dimensión sensibilidad interpersonal, obtienen puntuaciones mayores los sujetos del grupo cocaína. Las dimensiones psicopatológicas que mayores puntuaciones obtienen en el grupo de pacientes son: ideación paranoide (media, 1,48), obsesión compulsión (media, 1,25), ansiedad (media, 1,07), depresión (media, 1,06) y hostilidad (media, 1,04). Al comparar los resultados del grupo de pacientes con el grupo control se detectan diferencias significativas en la mayoría de dimensiones psicopatológicas: ideación paranoide y psicoticismo (0,000), índice de severidad global (0,001), depresión (0,002), an-

siedad fóbica (0,004), índice de malestar (0,007), hostilidad y total de síntomas positivos (0,008) y ansiedad (0,009).

## Discusión

La prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los adictos a cocaína se ha puesto de manifiesto en distintos estudios<sup>2,4-6,8,9,11,12</sup>. La mayor parte de ellos adolecen de muestras que incluyan un amplio número de sujetos. Se han encontrado prevalencias altas de trastornos afectivos unipolares y bipolares entre los sujetos que abusan de la cocaína. La mayoría de los trastornos unipolares son en su mayoría distimias o depresiones atípicas, mientras los trastornos bipolares son mayoritariamente ciclotimias. El problema de estos estudios es que la cocaína causa depresión durante la fase de abstinencia y también origina un efecto parecido a la hipomanía en la fase alta de consumo.

La experiencia clínica sugiere que la mayoría de la psicopatología inducida por la cocaína es de curso agudo. La euforia, la agitación y la paranoia remiten rápidamente con un período de abstinencia. La depresión por la abstinencia y la letargia normalmente desaparecen en los primeros días o a la semana. En muchas de las intoxicaciones por cocaína los efectos deseados se acompañan frecuentemente de una mezcla de irritabilidad y ansiedad. Pueden desencadenarse crisis de ansiedad (tipo ataques de pánico) en las que los individuos presentan diversas molestias físicas como sensación de falta de aire, palpaciones y hormigueos en las manos. En las intoxicaciones graves por abuso de cocaína pueden manifestarse cuadros psicóticos denominados psicosis tóxicas. Estas psicosis consisten en episodios delirantes parecidos a los que presentan algunos pacientes esquizofrénicos. Antes de llegar a la psicosis, los consumidores se muestran vagamente suspicaces, una actitud que va progresivamente haciéndose más notoria hasta llegar a la ideación delirante<sup>16</sup>. En algunos casos se producen comportamientos violentos.

Es probable que los pacientes que acuden a tratamiento por abuso de cocaína describan un estado disfórico durante la entrevista inicial. El estado de ánimo puede contribuir a la búsqueda de tratamiento por parte

del paciente. El humor depresivo puede no significar un trastorno del humor primario.

Algunos pacientes relatan sentirse «diferentes» durante los seis primeros meses de abstinencia y describen un deseo ansioso durante semanas tras el cese de consumo; este deseo intenso de consumo se dispararía por contingencias relacionales antiguas, que aparecen durante el período de consumo.

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo coinciden con las observaciones realizadas por otros estudios, donde se pone de manifiesto una elevada prevalencia de sintomatología psiquiátrica en pacientes que solicitan tratamiento por uso de cocaína. Las mayores puntuaciones obtenidas en las dimensiones ideación paranoides, ansiedad y depresión coinciden con los estudios realizados por Jaffe<sup>17</sup> en pacientes con diagnóstico de abuso de cocaína. Las dimensiones obsesivo-compulsiva, ansiedad e índice de malestar fueron estudiadas por Gawin y Ellinwood<sup>18</sup>, como componentes que dificultaban el tratamiento de «deshabituación» en adictos a cocaína; estas dimensiones aparecen en nuestro trabajo con puntuaciones elevadas. Conviene señalar que aunque en nuestros resultados no se detecta significación estadística en la dimensión obsesivo-compulsiva cuando comparamos ambos grupos, dicha dimensión obtiene una puntuación muy elevada en el grupo de pacientes. Es posible que el resultado que se obtiene en el grupo control en esta dimensión (es una puntuación muy alta) pueda deberse a un sesgo de la muestra. Algo similar podría estar ocurriendo con la dimensión sensibilidad interpersonal.

Las diferencias detectadas en los índices de severidad global y malestar referido a síntomas positivos entre el grupo control y el grupo cocaína indican una gran intensidad de distrés emocional en el grupo de pacientes. Es posible que en el momento de la evaluación los sujetos experimentales se encontraran sintiendo los síntomas que se manifiestan en situación de abstinencia, caracterizados por: energía disminuida, interés li-

mitado por el entorno y capacidad restringida de experimentar placer. Estos síntomas, aunque en general suelen moderarse al cesar el consumo, aumentan fuertemente en las 12-96 horas posteriores<sup>2</sup>. La mayoría de clínicos e investigadores coinciden en la importancia del diagnóstico de la psicopatología asociada al abuso de sustancias químicas; no obstante, no existe el mismo grado de acuerdo en lo que al procedimiento diagnóstico se refiere. Una de las mayores dificultades en el diagnóstico psicopatológico radica en el hecho de que los síntomas del abuso crónico de sustancias a menudo son similares a los síntomas del trastorno afectivo<sup>19</sup>.

Esta situación ha provocado el uso de entrevistas psiquiátricas estandarizadas para el diagnóstico psicopatológico en drogodependencias. Una de las entrevistas más utilizadas ha sido el Diagnosis Interview Schedule (DIS)<sup>20</sup>, cuya versión actualizada es el SCID (Standardized Clinical Interview)<sup>21</sup>. Aunque la utilidad de estas entrevistas como instrumentos de cribado es muy válida, parece necesaria la utilización de entrevistas clínicas en las que se determine la situación de intoxicación o abstinencia que presenta el paciente. La utilización del BSI, y a falta de nuevas revisiones, podría ser adecuada para la evaluación, ya que además de detectar la sintomatología que presentan los pacientes es un instrumento ágil y sencillo, lo que facilita su administración en este tipo de pacientes.

## Bibliografía

1. Novick D. The medically in substance abusers. En: Lowinson JM, editor. Substance abuse. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.
2. Gawin F, Kleber H. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 107-113.
3. Gold M, editor Manifestaciones clínicas de la cocaína. En: Cocaína. Barcelona: Neurociencias, 1993.
4. Sorel E. Cocaína, depresión y familia. Psicopatología 1990; 10 (4): 192-194.
5. Nunes E, Quiñon F, Rosecan J. Psychiatric diagnosis in cocaine abuse: evidence for biological heterogeneity. Presented at the British Association for Psychopharmacology, Cambridge, England, el 14 de julio de 1986.
6. Gold M. The good news about panic, anxiety and phobias. Nueva York: Villar Books, 1989.
7. Post R, Weiss S, Port A. Sensitization and kindling effects of chronic cocaine administration. En: Lakowsky J, Galloway A, White T, editores. Cocaine: pharmacology, physiology and clinical strategies. Boca Raton: CRC Press, 1992.
8. Fielman N, Woolfolk R, Allen L. Dimensions of self-concept: a comparison of heroin and cocaine addicts. Am J Drug and Alcohol Abuse 1995; 21 (3): 315-326.
9. Yates W, Fulton A, Gabel J. Factores de riesgo de la personalidad del consumo de cocaína. Rev Esp Toxicomanías 1995; 3: 3-5.
10. Siegel R. Cocaine smoking. J Psychoactive Drugs 1982; 14: 271-359.
11. Catton C, Gralnick A, Bender S. Young chronic patients and substance abuse. Hos Community Psychiatry 1989; 40: 1037-1040.
12. Havassy B, Arns P. Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high risk psychiatric patients. Psychiatric Services 1998; 49 (7): 935-940.
13. Derogatis L. Brief symptom inventory. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975.
14. Derogatis L. SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1983.
15. Derogatis L, Cleary P. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90. A study in construct validation. J Clin Psychology 1977; 33 (4): 981-989.
16. Camí J. Psicoestimulantes. Madrid: Aguilar, 1996.
17. Jaffe J. Drug addiction and drug abuse. En: Goldman AG, Gilman LJ, editores. The pharmacological bases of therapeutics. Nueva York: Macmillan, 1985; 532-581.
18. Gawin I, Ellinwood J. Cocaine and other stimulants. N Engl J Med 1988; 318 (18): 1173-1182.
19. Meyer R. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders. En: Meyer R, editor. Psychotherapy and addictive disorders. Nueva York: Guildford Press, 1986.
20. Robins L, Helzer J, Croughan J. National Institute of Mental Diagnosis Interview Schedule. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 381-389.
21. Spitz H, Rosecan J. Abuso de cocaína: nuevos enfoques en investigación y tratamiento. Barcelona: Neurociencias, 1990.