

Comorbilidad del trastorno de personalidad antisocial y de los trastornos del estado de ánimo en pacientes con tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas.

**Patrick M. Flynn, S. Gail Craddock, James W. Luckey, Robert L. Hubbard,
y George H. Dunteman**

Los consumidores de sustancias presentan elevadas tasas de prevalencia de trastornos que comprenden múltiples comorbilidades, así como varios patrones de consumo y dependencia de sustancias. Se estudió las tasas de prevalencia DSM-III-R del trastorno de personalidad antisocial (TPAS) y de otros trastornos comórbidos entre una gran muestra de pacientes en tratamiento por dependencia de sustancias que participaba en un estudio prospectivo, nacional, multicéntrico, de consumidores de sustancias admitidos a tratamiento. La muestra incluía 7.402 pacientes dependientes de sustancias, cuya composición demográfica fue 66% varones, 47% afroamericanos, 12% hispanos, y una edad media de 32.6 años. Se evaluó a los sujetos con los módulos para la dependencia de sustancias, el TPAS, los trastornos depresivos y los de ansiedad, de la entrevista diagnóstica ‘Composite International Diagnostic Interview’ y la entrevista ‘Diagnostic Interview Schedule’. Las tasas de prevalencia observadas en los sujetos con dependencia a sustancias fueron un 39.3% de TPAS y un 13.9% de trastornos del Eje I a lo largo de la vida, hallándose diferencias en dichas tasas según los patrones de dependencia a las drogas. Se utilizó la regresión logística para evaluar las diferencias entre siete grupos de dependencia a drogas controlando las diferencias entre edad, sexo y raza/etnia. Las interrelaciones entre el TPAS, otros trastornos comórbidos y los patrones de dependencia a la droga fueron evidentes e indicativos de la necesidad de utilizar modelos multivariantes para entender mejor las consecuencias de estas disfunciones comórbidas.

Recientemente, se ha renovado el interés y el reconocimiento del papel que los trastornos de personalidad y las disfunciones psiquiátricas juegan en los trastornos por abuso de sustancias. La influencia y la función de la aparición y sucesión de cualquier trastorno particular tiene implicaciones en el tratamiento y en los resultados del tratamiento. Empezamos a disponer de datos de estudios prospectivos, nacionales, multicéntricos, del tratamiento del abuso de sustancias, como el Estudio de Resultados del Tratamiento del Abuso de Drogas (Drug Abuse Treatment Outcome Study, DATOS). Estos datos pueden utilizarse para examinar los patrones de dependencia de sustancias entre los pacientes en tratamiento con diferentes combinaciones de comorbilidades. La ‘tipología de adicto’ que antaño se creyó homogénea entre una única población que

consumía sustancias (opioides) ha evolucionado en múltiples categorías y patrones de consumo de sustancias.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

En el siglo pasado en la investigación y el tratamiento del consumo de sustancias, cuando la mayor preocupación era la adicción a la heroína, existía la convención general de que la mayoría de los adictos a las drogas tenían personalidades antisociales (TPASs) (Kolb, 1977). Antes de que la taxonomía psiquiátrica evolucionara a un nivel superior, estos sujetos eran clasificados como ‘psicópatas’

Este artículo se ha publicado en el Journal of Personality Disorders 1996.

o 'sociópatas'. El papel que la psicopatología juega en los resultados del tratamiento ha emergido durante la última década (Garwin y Kleber, 1986; McCarthy y Borders, 1985; Platt, Taube, Metzger y Duome, 1988; Woddy, McLellan, Luborsky u O'Brien, 1985). Entre los consumidores de drogas se han hallado elevados niveles de trastornos o síntomas psiquiátricos (Dorus y Senay, 1980; Rousanville, Weissman, Crist Christoph Wilber y Kleber, 1982; Rousanville, Weissman, Rosenberger, Wilber y Kleber 1979; Steer y Kotzker, 1980; Woddy, McLellan, Luborsky u O'Brien, 1990). Penk, Fudge, Robinowitz y Neman (1979) hallaron niveles diferenciales de alteraciones y características de personalidad entre los consumidores de heroína, barbitúricos y anfetaminas. Un estudio posterior (Khantzian y Treece, 1985) utilizando los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (3ª edición) (DSM-III - American Psychiatric Association [APA]), (1980) reveló que el 93% de la muestra de personas adictas a narcóticos cumplía criterios de uno o más trastornos además del abuso de sustancias (77% padecía uno o más de los trastornos del Eje I y 65% presentaba uno o más del Eje II). Más recientemente, Kleinman y col. (1990) hallaron que el 40% de su muestra de consumidores de cocaína que iniciaban tratamiento presentaban dos o más trastornos del Eje II, 28% sufrían un síndrome depresivo mayor, y 12% había sufrido un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida. La coexistencia de elevadas tasas de múltiples trastornos subraya la necesidad de identificar y comprender estos patrones de enfermedades concomitantes en nuestros esfuerzos para desarrollar y proporcionar intervenciones de tratamientos más eficaces.

Comorbilidad

Recientemente, se ha renovado el interés por la prevalencia de sujetos con mas de un trastorno, una condición frecuentemente referida como 'diagnóstico dual' (Merikangas, Rousanville y Prusoff, 1992). Feinstein (1970- véase la discusión en Merikangas y col. 1992) utilizó el término 'comorbilidad' para describir los trastornos coexistentes y sugirió que podría ser más adecuado el 'diagnóstico dual' para describir la combinación de tras-

tornos que giran en torno al consumo de sustancias que puede tener efectos mediadores en un trastorno o dolencia coexistente. Además, tal y como destacaron Penk, Frost e Irvin (1992), el diagnóstico dual no articula la coexistencia de múltiples trastornos (más de dos), que es en muchos casos lo que ocurre. A nivel nacional, se ha estimado que el 37% de los sujetos diagnosticados alcohólicos también cumplen criterios de otro trastorno psiquiátrico, y el 53% de los sujetos que eran dependientes o consumidores de otras drogas, cumplían criterios diagnósticos de un trastorno psiquiátrico adicional (Regier y col. 1990). El reconocimiento de los efectos recíprocos del consumo de sustancias y el deterioro de la salud mental ha planteado cuestiones referentes al tratamiento de los pacientes que abusan de sustancias y presentan condiciones comórbidas (Zweben, 1993). Woody y col. (1985) expusieron que el diagnóstico diferencial interactúa con el resultado del tratamiento, y que los pacientes con TPAS y trastornos depresivos coexistentes mostraban mejores resultados que los pacientes con un diagnóstico único de TPAS. Cuando se aplica a las poblaciones consumidoras de sustancias el término 'comorbilidad' implica la coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias con trastornos del estado de ánimo o de personalidad o una combinación de los mismos. Las comorbilidades típicas entre los pacientes bajo tratamiento por consumo de sustancias incluyen dependencia y TPAS, trastornos depresivos o de ansiedad.

Dependencia

Los consumidores de sustancias que solicitan admisión en programas de tratamiento varían considerablemente con respecto a la intensidad del consumo (p.ej. ocasional, intermitente, regular/diario), la vía de administración (inyectada, fumada, esnifada, oral) y el consumo concurrente de otras sustancias (p.ej.: heroína, cocaína, alcohol). En consecuencia, no es raro hallar, entre estudios de investigación, definiciones muy distintas de los tipos de conducta que se considera constituyen el problema del consumo de sustancias. Los criterios para definir los problemas del consumo de sustancias han incluido los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) para los siguientes parámetros: dependencia y abuso, la principal droga que se

consume/abusa, la historia del consumo, droga preferida o droga escogida, y consumo diario de una sustancia en combinación con o en adicción a otras sustancias (cf. Carroll, Rousanville y Gawin, 1991; Dunteman, Condelli y Fairbank, 1992; Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Cavanaugh y Ginzburg, 1989).

En el presente estudio (DATOS), se utilizó la nomenclatura estándar y los criterios DSM-III-R (APA, 1987) para clasificar clínicamente a los sujetos de acuerdo con su dependencia al alcohol, cocaína, heroína o cualquier combinación entre ellas.

Trastornos de personalidad

En los consumidores de drogas se han hallado elevadas tasas de prevalencia de los trastornos de personalidad del Eje II, como el TPAS (Brooner, Herbst, Schmidt, Bigelow y Costa, 1993; Brooner, Greenfield, Schmidt y Bigelow, 1993; Khantzian y Treece, 1985; Kleinman y col. 1990; Marsh, Stile, Stoughton y Trout-Landen, 1988). El TPAS es el trastorno de personalidad hallado con mayor frecuencia entre los consumidores de sustancias (Ziedonis, 1992); el porcentaje de TPAS varía entre estudios y fluctúa según el tipo de consumidor estudiado (p.ej., adicto a opioides versus adicto a la cocaína). En el DATOS se incorporó a la extensa evaluación clínica un módulo para la evaluación del TPAS.

Trastornos del estado de ánimo

Craig (1979) puso de manifiesto que las personas adictas a las drogas presentaban niveles de ansiedad y depresión superiores a los de los sujetos no adictos. Dorus y Senay (1980) hallaron niveles entre moderados y altos, de depresión, en el 46% de su muestra de consumidores de drogas en el momento de entrar en tratamiento. Allison, Hubbard y Ginzburg (1985) hallaron que el 60% de sus pacientes que solicitaban tratamiento en un estudio nacional multicéntrico, presentaban algún grado de sintomatología depresiva en el momento de la admisión y más del 30% presentaba síntomas depresivos después de un mes de tratamiento. Kleinman y col. (1990) hallaron que el 47% de su muestra de adictos a la cocaína sufrían enfermedades depresivas y aproximadamente el 5% padecía un

trastorno fóbico. Los datos del estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA) (Regier y col., 1990) indicaron que el 28% de los sujetos con un trastorno por abuso de drogas presentaba un trastorno de ansiedad.

En el DATOS, se investigaron las tasas de prevalencia del DSM-III-R (APA, 1987) del TPAS y otros trastornos comórbidos en una gran muestra de pacientes en tratamiento por dependencia a sustancias. Se examinaron los patrones de dependencia y las relaciones con los trastornos de personalidad y del estado de ánimo en conjunción con otras características propias del paciente. Este examen explicativo describe un complicado paradigma de comorbilidad.

METODOLOGIA

Los pacientes del DATOS que iniciaban distintas modalidades de tratamiento (con metadona, residencial a largo plazo, a régimen abierto sin metadona e ingresado a corto plazo -dependencia química-), por sus problemas relacionados con las drogas, fueron entrevistados con unos cuestionarios estructurados. Un censo de pacientes, que iniciaban 99 programas de tratamiento en 11 áreas metropolitanas se les entrevistó en el momento del inicio, una semana después, y en momentos clave subsiguientes a lo largo de la duración de su tratamiento entre noviembre de 1991 y septiembre de 1993.

Instrumentos

Los cuestionarios de evaluación del DATOS se desarrollaron como parte de los esfuerzos del Instituto Nacional del Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse - NIDA) para obtener una extensa evaluación que aborde múltiples ámbitos entre los que abusan de sustancias (Horton, 1993). Estos cuestionarios consistían en cuatro formularios separados administrados en momentos clave a lo largo del curso de tratamiento: (a) El cuestionario 'Admisión 1' se administró en el momento de la admisión en el tratamiento o poco tiempo después; (b) el 'Admisión 2' se completó tras aproximadamente 7 días de tratamiento; (c) las 'entrevistas durante el tratamiento' se realizaron en los meses 1, 3, 6 y 12 del tratamiento de mantenimiento; y (d) el 'Cuestionario a los 12 meses de

seguimiento' se administró durante 1995, aproximadamente 12 meses después del tratamiento.

Para este estudio, se analizaron los datos de los cuestionarios 'Admisión 1' y '2'. El cuestionario 'Admisión 1' proporcionó los datos basales de las características demográficas, consumo de drogas, dependencia de sustancias y otras conductas. El cuestionario 'Admisión 2' proporcionó información para la clasificación clínica y la evaluación del estado psiquiátrico, estado de salud, deterioro cognitivo, religión y auto-concepto, experiencias sexuales y motivación y preparación para el tratamiento. Los módulos de las entrevistas diagnósticas Composite International Diagnostic Interview (CIDI) y Diagnostic Interview Schedule (DIS) designados a la evaluación del TPAS, la depresión y los trastornos de ansiedad se incorporaron a la entrevista de evaluación clínica de la 'Admisión 2' del DATOS. Se desarrollaron los algoritmos de puntuación obtenida en la DIS y la CIDI utilizando el formato politético de criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987). Los criterios someten a un índice, los síntomas que deben cumplirse, en un cierto número y no un único síntoma, para otorgar un diagnóstico. Estos criterios diagnósticos proporcionaron diagnósticos específicos usados para clasificar a los sujetos de acuerdo a sus trastornos.

Sujetos

La muestra de admisión del DATOS la componían 10.010 sujetos. Aproximadamente el 60% de ellos eran varones, el 47% eran afroamericanos, y el 12% hispanos, con una edad media de 32.6 años. Las características demográficas variaban según la modalidad de tratamiento, siendo la modalidad de tratamiento con metadona la muestra más diversa y de edad superior.

Se tomaron para este estudio 8.711 pacientes de la muestra de admisión del DATOS que completaron el cuestionario 'Admisión 1' y que permanecieron en tratamiento lo suficiente como para completar el cuestionario 'Admisión 2' y la entrevista de evaluación clínica. De ellos 7.402 cumplieron criterios DSM-III-R (APA, 1987) de dependencia al alcohol, cocaína y/o heroína. En la comparación entre esta submuestra clínica del DATOS (n=7.402) y la muestra total del DATOS (n=10.010), se

hallaron pocas diferencias en referencia a las características demográficas. La distribución de edad fue la siguiente: el 16.6% de los sujetos tenía 25 años o menos, el 23.9% tenía una edad comprendida entre los 26 y los 30 años, el 53.4% contaba con 31-44 años y el 6-0% tenía 45 años o una edad superior. El número y porcentaje de estos sujetos que iniciaron las cuatro modalidades distintas de tratamiento fueron: 1.221 (16.5%) en el tratamiento con metadona, 2.226 (30.1%) en el tratamiento residencial a largo plazo, 1.601 (21.6%) en el tratamiento a régimen abierto sin metadona y 2.354 (31.8%) en el tratamiento con ingreso a corto plazo o por dependencia química. Como ocurrió con la muestra de admisión del DATOS, las características demográficas variaron entre las modalidades, siendo la modalidad de tratamiento con metadona la más diversa y de edad superior.

Procedimiento

A los pacientes que iniciaban tratamiento en los programas participantes en el DATOS se les entrevistó en el momento de la admisión, aproximadamente 1 semana después durante el tratamiento, y tras los meses 1, 3, 6 y 12, cuando permanecían en el tratamiento de mantenimiento. Las entrevistas de seguimiento se iniciaron a mitad del mes de noviembre de 1993 y se programó que continuaran a lo largo de 1995 para obtener información sobre la conducta de los pacientes durante los primeros 12 meses después de finalizar el tratamiento.

A los entrevistadores de la investigación se les asignaron los programas de admisión y durante el tratamiento, la fase de recogida de datos para realizar las entrevistas y recabar información sobre la naturaleza y el coste del tratamiento. Los pacientes recibieron un incentivo de 10 dólares por cada entrevista que completaban. La recepción, edición, manejo, codificación, y procesado de datos se realizó en el instituto Research Triangle Institute (RTI) en North Carolina, y los análisis se llevaron a cabo utilizando el programa de bioestadística SAS.

Dado que la mayoría de variables de interés eran diagnósticos que correspondían a datos categóricos sin distribución normal, se utilizaron procedimientos de regresión logística para evaluar el impacto que los patrones de dependencia a las drogas tenían sobre los diagnós-

ticos de TPAS, trastornos depresivos y de ansiedad controlando las diferencias entre grupos de edad, sexo y etnia. Estos procedimientos generaron coeficientes para cada variable independiente correspondientes al valor de riesgo relativo (odds) con la que una variable independiente predecía la variable dependiente mientras se mantenían constantes los efectos de las otras variables introducidas en el análisis. Las tasas de odds-ratio, que son funciones exponenciales de los coeficientes, se utilizaron para determinar si la edad, el sexo, la etnia y los patrones de dependencia a las drogas aumentaban o disminuían el riesgo de los diagnósticos.

RESULTADOS

De los pacientes que completaron los cuestionarios 'Admisión 1' y '2' (n=8.711), un 85% cumplía los criterios diagnósticos DSM-III-R (APA, 1987) para la dependencia de heroína, cocaína y/o alcohol a lo largo de la vida. Como se muestra en la tabla 1, un poco más de la mitad de este grupo (52.1%) dependían de una única droga, siendo la cocaína la predominante (32.1% cocaína, 10.6% heroína, 9.4% alcohol). Otro 38.6% cumplía los criterios diagnósticos de dos de estas drogas, siendo con diferencia la combinación de cocaína y alcohol (26.3%) la más frecuente. Poco menos del 10% de este grupo dependía de las tres drogas.

De los 7.402 pacientes que cumplían criterios DSM-III-R (APA, 1987) de dependencia al alcohol, cocaína, y/o

heroína, un 39.3% también cumplía los criterios para el diagnóstico de TPAS, sólo o en combinación con un episodio depresivo mayor o un trastorno de ansiedad generalizada a lo largo de la vida (véase Tabla 2). Los antecedentes a lo largo de la vida de trastornos del estado de ánimo fueron menos prevalentes, un 11.7% había sufrido un episodio depresivo mayor y un 3.7% un trastorno de ansiedad generalizada solos o en combinación.

La tasa de TPAS, episodio depresivo mayor y ansiedad generalizada varió según la dependencia de las drogas (Tabla 2). Los sujetos con dependencia única a la heroína presentaron la tasa más baja de los tres trastornos comórbidos (27.0% TPAS, 7.0% episodio depresivo y 2.0% ansiedad generalizada). Los sujetos con dependencia a las tres sustancias presentaron la tasa de prevalencia más elevada de TPAS (59.8%) y ansiedad generalizada (6.3%). La dependencia al alcohol fue la asociada con mayor frecuencia a un antecedente a lo largo de la vida de episodio depresivo mayor, ya fuera dependencia única al alcohol (17.8%), ya en combinación con las otras drogas (17.1% en el caso de las tres drogas, 13.6% en combinación a cocaína y 13.2% en combinación a heroína). Las características demográficas difirieron notablemente entre los grupos de dependencia a las drogas (véase Tabla 3). Los grupos de dependencia única al alcohol, heroína y alcohol, y cocaína-heroina-alcohol estaban compuestos en más del 70% por varones. Los grupos de heroína-alcohol y dependencia única a heroína incluían los pacientes con edades

Tabla 1. Número y Porcentaje de Pacientes tratados en el DATOS, por Trastornos de Dependencia de Sustancias Psicoactivas.

Combinación de trastornos por abuso de Sustancias Psicoactivas	n	%
Dependencia única al alcohol	695	9.4
Dependencia única a la heroína	784	10.6
Dependencia única al alcohol y heroína	190	2.6
Dependencia única a la cocaína	2379	32.1
Dependencia a la cocaína y al alcohol	1948	26.3
Dependencia a la cocaína y la heroína	720	9.7
Dependencia a la cocaína a la cocaína, heroína y alcohol	686	9.3
Total	7402	100.0

Tabla 2. Tasas de Personalidad Antisocial, Depresión y Trastornos de Ansiedad por Dependencia a Drogas (%)

Dependencia a drogas	Personalidad antisocial	Episodio depresivo mayor	Ansiedad generalizada
Sólo alcohol	34.7	17.8	5.5
Sólo heroína	27.0	7.0	2.0
Heroína y alcohol	46.3	13.2	3.2
Sólo cocaína	30.4	8.4	2.7
Cocaína y alcohol	47.0	13.6	4.7
Cocaína y heroína	44.0	10.8	2.2
Cocaína, heroína y alcohol	59.8	17.1	6.3
General	39.3	11.7	3.7

superiores, mientras los pacientes más jóvenes dependían de la cocaína o de cocaína y alcohol. La composición raza/étnica de los grupos todavía mostró diferencias más notables. Los blancos suponían la mayoría del grupo de alcohol-heroína (65%) y los afroamericanos componían la mayoría del grupo con dependencia única a la cocaína. El grupo con dependencia única a la heroína estaba compuesto por la misma proporción de afroamericanos que hispanos (aproximadamente el 28% de cada raza/etnia). Las diferencias observadas entre los patrones de dependencia con respecto a la prevalencia de las condiciones comórbidas pueden resultar de cualquiera de los factores. Por ejemplo, los sujetos que consumen, únicamente tienden a tener edades superiores, los pacientes más jóvenes en tratamiento que dependen de la heroína, tienden a consumir además otras drogas. Para empezar a entender las diferencias en la tasa de condiciones comórbidas entre los

distintos grupos de dependencia a las drogas, se utilizaron modelos de regresión logística controlando el sexo, la edad y la raza/etnia (véase Tabla 4). Los resultados indicaron que los varones, en comparación con las mujeres, duplicaban el riesgo de recibir el diagnóstico de TPAS, tenían la mitad de riesgo de haber sufrido un trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida, y aproximadamente el 60% de riesgo de haber presentado un trastorno por ansiedad generalizada a lo largo de la vida. La regresión logística indicó que el sexo es significativo para las tres categorías diagnósticas. El riesgo de padecer un TPAS en los varones dependientes de drogas era el doble del de las mujeres, mientras el riesgo de presentar un episodio depresivo mayor o un trastorno por ansiedad generalizada era, en el caso de los varones la mitad que el de las mujeres. La tasa de riesgo de TPAS de 0.95 para la edad indica que la probabilidad de tener un TPAS decrece con la edad, de

Tabla 3. Características Demográficas por Dependencia a las Drogas

Dependencia a drogas	Varones (%)	Edad (media)	Raza / etnia (%)			
			Blanca	Negra	Hispanos	Otros
Sólo alcohol	70.9	32.6	62.4	19.0	14.7	3.9
Sólo heroína	64.2	35.5	42.0	28.2	28.1	1.8
Heroína y alcohol	71.6	38.0	65.3	21.1	12.1	1.6
Sólo cocaína	59.1	31.2	21.4	68.7	7.6	2.3
Cocaína y alcohol	69.8	30.9	40.3	49.1	7.9	2.7
Cocaína y heroína	61.9	35.5	37.5	43.3	17.9	1.3
Cocaína, heroína y alcohol	70.7	35.3	48.8	37.0	11.2	2.9
General	65.2	32.7	37.7	48.0	12.0	2.4

Tabla 4. Resultados de la Regresión Logística, Riesgo Relativo de Trastornos Comórbidos, por Características Demográficas y Dependencia a Drogas

Variable independiente	Variable Dependiente		
	Personalidad antisocial	Episodio depresivo mayor	Ansiedad generalizada
Varones	2.00*	0.46*	0.59*
Edad	0.95*	1.02*	1.01
Blancos	0.80	1.17	0.75
Negros	0.79	0.52*	0.51
Hispanos	0.90	0.73	0.75
Sólo alcohol	1.19	2.87*	2.85*
Sólo heroína	1.00	1.00	1.00 ^a
Heroína y alcohol	2.65*	1.80	1.54
Sólo cocaína	1.03	1.64	1.59
Cocaína y alcohol	1.96*	2.62*	2.80*
Cocaína y heroína	2.27*	1.70*	1.14
Cocaína, heroína y alcohol			

^aIncluido en la tabla como grupo de referencia
* $p < 0.01$

manera que cuanto mayor es el paciente menor probabilidad tiene de recibir el diagnóstico de TPAS. Sin embargo, los pacientes más mayores tienen más probabilidad de tener un episodio mayor (1.02 para cada año de edad, de modo que un paciente 10 años mayor tiene un riesgo 1.22 mas de padecer un trastorno depresivo mayor). La edad no resultó significativa en relación a los riesgos de padecer un trastorno de ansiedad.

La raza/etnia es significativa, únicamente para el diagnóstico de episodio depresivo mayor a lo largo de la vida, teniendo los afroamericanos la mitad de riesgo de sufrir el diagnóstico en comparación con los otros grupos raciales/étnicos.

Las tasas de riesgo de los grupos de dependencia a las drogas se presentan en comparación con el grupo de dependencia única a la heroína. Se utilizó este grupo como referencia porque mostró la menor cantidad de comorbilidad (véase Tabla 2). Dado que las variables independientes sexo, edad y raza/etnia se incluyen en el modelo logístico, estas diferencias se controlan en relación a los tasas de riesgo.

Los riesgos de cada uno de los tres trastornos psiquiátricos son superiores a 1 (pero no necesariamente significativos) en relación con el grupo de dependencia única

a heroína para el resto de patrones de dependencia a las drogas, indicando así, que el grupo de dependencia única a heroína mantiene su posición como grupo con menos probabilidad de padecer cualquiera de los trastornos psiquiátricos. El riesgo de padecer TPAS es en el grupo con dependencia a la cocaína, heroína y alcohol 4 veces superior al riesgo correspondiente al grupo con dependencia única a la heroína. Los riesgos correspondientes a depresión y ansiedad fueron 3 y 3.5, respectivamente.

El grupo con dependencia a la cocaína y el alcohol tenía una probabilidad entre 2 y 3 veces superior de sufrir trastornos comórbidos, en comparación al grupo con dependencia única a la heroína. Los riesgos de episodio depresivo mayor o ansiedad generalizada fueron casi 3 veces superiores en el grupo con dependencia al alcohol, en comparación con el grupo de dependencia única a la heroína. Los riesgos de TPAS o trastorno depresivo fueron 2.3 y 1.7 veces superiores, respectivamente, en el grupo de dependencia a la cocaína y heroína en comparación al grupo con dependencia única a la heroína.

DISCUSION

Se examinaron los datos procedentes de una gran muestra nacional de pacientes consumidores de sustancias,

para determinar la prevalencia y comorbilidad de la dependencia a sustancias y el trastorno PAS, así como la tasa de trastornos depresivos y de ansiedad a lo largo de la vida.

Siguiendo el estudio prospectivo sobre resultados del tratamiento 'Treatment Outcome Prospective Study' (TOPS - Hubbard y col. 1989) que desarrolló jerarquías del consumo de drogas para describir los patrones de consumo múltiple de drogas, nosotros empezamos el análisis preliminar centrándonos en la descripción de los patrones de dependencia a sustancias y otros patrones de trastornos psiquiátricos hallados entre los pacientes que iniciaban tratamiento. Los análisis logísticos pusieron de manifiesto las complejidades de la comorbilidad cuando se consideran variables adicionales de control (p.e., sexo, edad y raza/etnia).

El modelo de regresión logística presentado en la Tabla 4 muestra que el grupo con dependencia única a la heroína fue, de todos los patrones de dependencia, el que presentó el menor riesgo de padecer cualquiera de los diagnósticos a lo largo de la vida. Los sujetos con el patrón más grave de consumo de drogas (dependencia a las tres sustancias) presentaron los riesgos más elevados para cada uno de los trastornos psiquiátricos evaluados. Los pacientes con dependencia a la cocaína y el alcohol se situaron en segundo lugar, tras el grupo con dependencia triple, respecto al riesgo de recibir a lo largo de la vida un diagnóstico de episodio depresivo mayor o un trastorno de ansiedad generalizada. Para los sujetos diagnosticados de TPAS, la dependencia a una única sustancia suponía el riesgo menor, la dependencia a dos sustancias, sin importar cuales, suponía el próximo nivel de bajo riesgo y la dependencia a las tres sustancias suponía el mayor riesgo. Con respecto a la depresión, el riesgo en el grupo con dependencia única al alcohol fue casi tan alto como el del grupo con dependencia triple. En general, los patrones con dependencia al alcohol presentaron riesgos superiores de depresión en comparación con los patrones que no implican alcohol. Para los sujetos diagnosticados de ansiedad generalizada, la dependencia al alcohol también supuso el próximo nivel de alto riesgo. También, excepto para el grupo con dependencia única a la cocaína, se observó una tendencia de los patrones que implican alcohol, a presen-

tar riesgos superiores de ansiedad generalizada. El hallazgo de que el grupo con el patrón más grave de dependencia presentaba el mayor riesgo de los otros tres trastornos es consecuente con los resultados de Ross, Glasser y Germanson (1988) y con sus recomendaciones dirigidas al personal encargado del tratamiento de ser conscientes de que a medida que aumenta la gravedad del problema de drogas, también aumenta la probabilidad de trastornos comórbidos.

Debemos destacar que el modelo logístico presentado en este trabajo no pretende implicar causalidad, sino poner de manifiesto las relaciones establecidas en las comorbilidades y las dependencias a sustancias. Este artículo empieza a describir estos complicados patrones de comorbilidades en una gran muestra nacional de pacientes que iniciaron tratamiento. La disponibilidad de datos basados en diagnósticos DSM-III-R (APA, 1987) en un grupo tan grande permitirá la investigación de las relaciones entre los patrones de dependencia, comorbilidades y otras características de los pacientes.

La investigación adicional de los datos del DATOS empezará a desenredar la intrincada red de comorbilidades y planteará varias cuestiones. Actualmente se están planificando varios abordajes de análisis. Uno es invertir las medidas dependientes e independientes para mostrar el impacto de los diagnósticos sobre los patrones de dependencia a sustancias. Otro es examinar los patrones de dependencia a sustancias entre los pacientes con diferentes combinaciones de comorbilidades. Un grupo considerable de los pacientes estudiados cumplían criterios DSM-III-R (APA, 1987) de más de un trastorno. Distinguir entre los subgrupos, como los sujetos que sólo cumplen criterios del TPAS, versus los sujetos que también cumplen criterios de un episodio depresivo mayor o ansiedad generalizada, puede servir para dilucidar las relaciones entre la dependencia de sustancias y las condiciones comórbidas. Otros análisis examinarán las interacciones entre algunas características demográficas seleccionadas y los patrones de consumo de drogas para grupos con distintas comorbilidades. Se ha planificado un análisis descriptivo de los patrones de comorbilidad dirigido a la comprensión e intensificación de la eficacia del tra-

tamiento, que se aplicarán a los datos de resultado de tratamiento obtenidos en el DATOS, disponibles en 1995.

En este estudio no se han determinado los estados premórbidos, previos a la dependencia o a la aparición del trastorno psiquiátrico. La dependencia a sustancias puede haber precedido o haber seguido a otros trastornos mentales. Ross y col. (1988) y otros autores hallaron que el TPAS y trastornos del Eje I ocurrían antes de los trastornos por consumo de sustancias. Una cuestión clave es si la psicopatología es un factor de riesgo de los problemas por consumo de sustancias, o si los problemas por consumo de sustancias son factores de riesgo de psicopatología. Nosotros creemos que cada hipótesis contiene una parte de razón.

El impacto de las comorbilidades sobre el tratamiento puede observarse en trabajos como el de Woody, McLellan, O'Brien y Luborsky (1991), que sugirieron la posibilidad de que existieran muchos tipos de TPAS, que mostraban distintas respuestas al tratamiento. Sus resultados demostraron que los pacientes con TPAS y depresión concomitante podían responder al tratamiento, mientras los sujetos con sólo TPAS no podían. Los abordajes de tratamiento para los sujetos con TPAS y problemas por consumo de sustancias (p.e., Kaufman, 1994) indican la necesidad de establecer un firme control ambiental y conductual. Woody y col (1985) y otros autores, basándose en la experiencia clínica, también sugirieron el uso de controles conductuales y la necesidad de disponer de ambientes estructurados en el tratamiento de los sujetos con TPAS. La necesidad de identificar y tratar los trastornos coexistentes es evidente, y la necesidad de conocimiento definitivo referente a la interacción de los trastornos y la capacidad de respuesta es un punto crítico si queremos desarrollar estrategias de intervención más eficaces.

Debemos continuar el trabajo analítico de los datos procedentes del DATOS y de otros estudios, con el fin de adquirir nuevos conocimientos referentes a las interrelaciones entre los trastornos comórbidos hallados en los consumidores de sustancias. Este trabajo podría incluir, cuando los datos lo permitan, comorbilidades en el momento presente y a lo largo de la vida, sus interacciones, cuestiones relacionadas con la aparición, y el desa-

rollo de modelos multivariantes, para explicar y ayudar a desenredar los patrones y consecuencias de los deterioros comórbidos. También deben investigarse cuestiones como la causalidad y etiología, así como la secuencia de los trastornos.

BIBLIOGRAFÍA

- Allison, M, Hubbard, RL, & Ginzburg, HM (1985) Suicide and depression among drug abusers (Treatment Research Monograph, DHHS Publication N° ADM 85-1411) Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed) Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed, rev.) Washington, DC: Author
- Brooner, RK, Greenfield, L, Schmidt, C W & Bigelow, G E, (1993) Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers, *American Journal of Psychiatry*, 150, 53-58,
- Brooner, R K, Herbst, J H, Schmidt, C W, Bigelow, G E, & Costa, P T (1993) Antisocial personality disorder among drug abusers: Relations to other personality diagnoses and the five-factor model of personality, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 313-319
- Carroll, K M, Rounsaville, B J, & Gawin, F, H, (1991) A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229-247
- Craig, R J (1979) Personality characteristics of heroin addicts: A review of the empirical literature with critique, Part II, *International Journal of the Addictions*, 14, 607-626
- Dorus, W, & Senay E, C (1980) Depression, demographic dimensions, and drug abuser, *American Journal of Psychiatry*, 137, 699-704
- Duntzman, G H, Condell, W S, & Fairbank, J A (1992) Predicting cocaine use among methadone patients: Analysis of findings from a national study, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 608-611
- Feinstein A R (1970) The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease, *Journal of Chronic Disease*, 23, 455-468
- Gawin, F H & Kleber, H D (1986) Abstinence symptomatology and psychiatry diagnosis in cocaine abusers, *Archives of General Psychiatry*, 43, 107-113
- Horton, A M, Jr (1993), Future directions in the development of addiction assessment instruments, In B J, Rounsaville, F M, Tims, A M, Horton, Jr & B J Sowder (Eds.) *Diagnostic sourcebook on drug abuse research and treatment* (NIH Publication N° 93-3508, pp 87-92) Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- Hubbard, R L, Marsden M E, Rachal, J V, Harwood H J, Cavanaugh E R, & Ginzburg H M (1989) *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*, Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press
- Kaufman E (1994) *Psychotherapy of addicted persons*, New York: Guilford Press
- Khantzian E J, & Treece C (1985) DSM-III psychiatry diagnosis of narcotic addicts: Recent findings, *Archives of General Psychiatry*, 42, 1067-1071

- Kleinman P H, Miller A B, Millman R B, Woody G E, Todd T, Kemp J, & Lipton D S (1990) Psychopathology among cocaine abusers entering treatment, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 442-447
- Kolb L C (1997) *Modern clinical psychiatry* (9th ed) Philadelphia: W B Saunders
- Marsh D T, Stile S A, Stoughton N L, & Trout-Landen B L (1998) Psychopharmacology of opiate addiction: Comparative data from the MMPI and MCMI, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 17-27
- McCarthy J J, & Bourders O T (1985) Limit setting on drug abuse in methadone maintenance patients, *American Journal of Psychiatry*, 142, 1419-1423
- Merikangas K R, Rounsaville B J, & Prusoff B A, (1992) Familial factors in vulnerability to substance abuse, In M Glantz & R Pickens (Eds) *Vulnerability to drug abuse* (pp 75-97) Washington DC: American Psychological Association
- Penk W E, Frost A K, & Irvin E A (1992, August) Dual diagnosis: A literature review, Paper presented at the 100th annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC
- Penk W E, Fudge J WW, Robinowitz R, & Neman R S (1979) Personality characteristics of compulsive heroin, amphetamine, and barbiturate users, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 583-585
- Platt J J, Taube D O, Metzger D S & Duome M J (1988) Training in interpersonal problem solving (TIPS) *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2, 5-34
- Regier D A, Farmer M E, Rae D S, Locke B Z, Keith S J, Judd L L, & Goodwin F K (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518
- Ross H E, Glaser F B, & Germanson T (1988) The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems, *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031
- Rounsaville B J, Weissman M M, Crits-Christoph K, Wilber C H, & Kleber H D (1982) Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts, *Archives of General Psychiatry*, 39, 151-156
- Rounsaville B J, Weissman M M, Rosenberger P H, Wilber C H, & Kleber H D (1979) Detecting depression disorders among drug abusers: A comparison of screening instruments, *Journal of Affective Disorders*, 1, 255-267
- Steer R A, & Kotzker E (1980) Affective changes in male and female methadone patients, *Drug and Alcohol Dependence*, 5, 115-122
- Woody G E, McLellan A T, Luborsky L, & O'Brien C P, (1985) Sociopathy and psychotherapy outcome, *Archives of General Psychiatry*, 42, 1081-1086
- Woody G E, McLellan A T, Luborsky L, & O'Brien C P, (1990) Psychotherapy and counseling for methadone-maintained opiate addicts: Results of research studies, In L S, Onken & J D Blaine (Eds) *Psychotherapy and counseling in the treatment of drug abuse* (Research Monograph N° ADM 91-1722, pp 9-23) Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- Woody G E, McLellan A T, O'Brien C P & Luborsky L, (1991) Addressing psychiatric comorbidity, In R W Pickens C G, Leukelfeld, & C R Schuster (Eds) *Improving drug abuse treatment* (Research Monograph n° ADM 91-1754, pp 152-166) Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- Ziedonis D M (1992) Comorbid Psychopathology and cocaine addiction, In T R Kosten & H D Kleber (Eds) *Clinician's guide to cocaine addiction* (pp 335-358) New York: Guilford Press
- Zweben J E (1993) Dual diagnosis: Key issues for the 1990s, *Psychopathology of Addictive Behaviors*, 7, 168-172



F O S C A D

POR UNA EUROPA SIN DROGAS. A DRUG FREE EUROPE

El 25 de Noviembre se constituyó en París, la Asociación A Drug Free Europe, partiendo de los principios definidos en la resolución del Encuentro Internacional de Hulst, Holanda, del 28 de Abril de 1997. En París acudieron representantes de asociaciones de 8 países, entre los que se encontraban, España, Francia, Bélgica, Holanda, Suiza, Irlanda, Gran Bretaña, y Suecia.

Las asociaciones y ciudadanos interesados y responsables, que representan a más de 10 millones de familias en Europa reunidos en Hulst, el 28 de abril de 1997 declaran:

- que las drogas no son una fatalidad que la sociedad debería sufrir. Podemos prevenir el consumo de drogas, podemos curarlo e incluso erradicarlo a condición de que decididamente actuemos de acuerdo con ello.
- nuestra voluntad de defender a la juventud del peligro que las drogas representan para sus vidas.
- deseamos que los gobiernos de los estados miembros de la Unión Europea tomen su responsabilidad definiendo y haciendo cumplir una política europea contra las drogas y su consumo.
- inscribiendo la prevención como prioritaria con un mensaje claro y sin ambigüedades sobre los peligros del consumo de drogas, incluido el cannabis, una droga que no es mas que una trampa para los adolescent y quinceañeros, y en dar los fondos necesarios.
- la necesidad de apoyar el desarrollo de estructuras de tratamiento para los drogadictos que favorezcan los programas de abstinencia completa, reestructuración completa y una preparación para una reinsercion social a través de un entrenamiento profesional y laboral.
- respetar las convenciones internacionales de principio a fin referentes a la prohibición del tráfico, del consumo y venta de drogas, asegurándose, de manera estricta, que las leyes existentes en los países de la comunidad se cumplan.
- el uso de drogas causan la muerte en el mundo cada año a 250.000 jóvenes y la esclavitud o la decadencia social y humana de tres millones de personas.
- porque es la causa de un "genocidio real de la juventud", el tráfico de drogas debe ser declarado para siempre "un crimen contra la humanidad".
- las asociaciones abajo firmantes, presentes en Hulst, hacen un llamamiento a todas las asociaciones y los ciudadanos responsables e interesados dispuestos a la lucha, de la Comunidad Europea, a unirse en un grupo llamado "A drug free Europe", Una Europa libre de drogas, para adquirir la suficiente fuerza, mediante el número de personas representadas, y forzar a los gobiernos a mantener su compromiso y sus deberes hacia las generaciones mas jóvenes.

Firmado por 50 Asociaciones Europeas siendo Foscad la representante española.

A partir de esta declaración estamos poniendo en marcha una unión de asociaciones, los que quieran participar, poneros en contacto a través del e-mail.