

Universidad de Salamanca

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

**SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES DEPENDIENTES A LA
COCAÍNA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Depressive symptoms in patients addicted to cocaine: literatura review

Autora: Elisa González Pérez

Tutor: Juan Luis Sánchez Rodríguez

Abril, 2022

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

*Declaro que he redactado el trabajo **Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína: Revisión bibliográfica** para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico **2021-2022** de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.*

En Salamanca, a abril de 2022.

Firmado: Elisa González Pérez.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| ÍNDICE..... | 3 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO | 5 |
| 1.2 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA..... | 6 |
| 1.2.1 Características de la cocaína | 6 |
| 1.2.2 Acciones de la cocaína..... | 8 |
| 1.2.2.1 Acciones estructurales sobre el Sistema Nervioso Central..... | 8 |
| 1.2.2.2 Forma de consumo..... | 12 |
| 1.2.2.3 Aspectos sociales y económicos | 13 |
| 1.2.2.4 Aspectos psicológicos..... | 15 |
| 1.2.2.5 Conducta | 19 |
| 1.2.3 La cocaína y la depresión: comorbilidad | 22 |
| 1.2.4 Actuaciones para la prevención | 27 |
| 1.3 OBJETIVOS E HIPÓTESIS..... | 28 |
| 2. METODOLOGÍA..... | 28 |
| 2.1 MATERIALES | 28 |
| 2.2 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 32 |
| 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 33 |
| 4. CONCLUSIONES | 39 |
| 5. PROSPECTIVA | 40 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 41 |
| ANEXOS | 44 |
| ANEXO I: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS: EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, TRASTORNO DEPRESIVO INDUCIDO POR SUSTANCIAS Y DISTIMIA..... | 44 |

RESUMEN

Contexto histórico: La cocaína es una de las drogas más consumidas en el mundo desde los años 90, siendo una de las más peligrosas y adictivas. Por otra parte, el porcentaje de población que padece depresión en estas últimas décadas ha aumentado exponencialmente, llegando a tratarse de uno de los problemas de salud mental más comunes e importantes de atajar. La comorbilidad y similitud que existe entre ambos trastornos, sus síntomas y sus factores de riesgo en el desarrollo, hacen del estudio de ellos en conjunto un avance importante para el entendimiento y el tratamiento de los pacientes.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es recopilar información sobre los síntomas y patrones de comportamiento derivados tanto del consumo de cocaína, como de la depresión.

Método: Revisión de literatura científica relacionada con el tema.

Resultados: Ambos trastornos poseen características muy similares, pudiendo aparecer ante los mismos contextos socioeconómicos problemáticos, provocando deficiencias en los mismos rasgos de personalidad, e incluso pudiendo hacer que cada una de estas patologías provoque o desencadene la otra.

Palabras clave: Adicción a la cocaína; Depresión; Comorbilidad; Cocaína y depresión; Patología Dual; Drogadicción.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Los principales motivos por los que he decidido elaborar esta revisión son cuatro.

Primeramente, la depresión constituye uno de los trastornos psicológicos más comunes en la población mundial, existiendo numerosas investigaciones sobre sus causas, su sintomatología y sus consecuencias. Las limitaciones personales que supone el desarrollo de la depresión, incapacitando a las personas al desarrollo de una vida normal, y la gran cantidad de individuos que la padecen, hacen de su estudio una parte importante de la psicología, por lo que la formación y el análisis de este trastorno puede resultar de alto interés para los profesionales de la salud.

Por otra parte, el aumento del consumo de estupefacientes en la población joven y las consecuencias cognitivas, comportamentales, sociales y económicas que esto implica, hacen cada vez más necesaria la investigación en este ámbito.

En tercer lugar, se ha observado que la literatura científica refleja que la comorbilidad que existe entre el consumo y la adicción a las drogas y los trastornos psiquiátricos es relevante de análisis, y parece conveniente trabajar, estudiar y difundir la importancia que esto tiene con el fin de concienciar y evitar el posible futuro desarrollo de este tipo de problemas.

Por último, cabe añadir que, tras una búsqueda inicial de investigaciones que estudiaran las dos patologías en conjunto, he encontrado que la producción de artículos científicos es más bien escasa, lo que justifica plenamente realizar una revisión bibliográfica sobre este tema para analizar y organizar los hallazgos.

1.2 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

1.2.1 Características de la cocaína

La cocaína es una droga simpaticomimética de acción corta que posee propiedades estimulantes y euforizantes sobre el sistema nervioso central. Se trata de una de las drogas más adictivas y peligrosas, y se obtiene de la extracción de un alcaloide presente en las hojas de la planta de la coca (*Erythroxylum coca*), y cuya acción sobre el SNC y el SNP, potencia la actividad de la noradrenalina, la serotonina y la dopamina (O'Malley et al., 2020).

Este aumento de la actividad de la dopamina es la causa de los efectos que se esperan ante el consumo de esta sustancia y contribuye directamente al refuerzo que produce el desarrollo de abuso y dependencia. Niveles elevados de este neurotransmisor, producen un estado de excitación motora, cambios emocionales y un aumento inicial de la capacidad de atención y de concentración, estado que permite un aparente mayor rendimiento intelectual (efecto pasajero).

Por otro lado, esta droga provoca efectos simpaticomiméticos, como la taquicardia, el aumento de la frecuencia respiratoria, la hipertensión o la hipertermia, efectos que se producen por el aumento de la actividad noradrenérgica. Además, el consumo de cocaína bloquea los canales de sodio, explicando así su efecto anestésico y provocando una posible vasoconstricción en cualquier órgano.

Su forma de consumo puede darse por vía oral, intranasal o inyectada, y es precisamente de esto, de lo que dependerá la intensidad de sus efectos. La ingesta de esta sustancia produce efectos relacionados con la hiperestimulación, la alerta, la euforia o la sensación de fuerza y de poder, efectos similares a los provocados por las anfetaminas, y siendo de menor intensidad, en aquellos consumidores de cocaína que ingieren la droga en forma de polvo de cocaína (intranasal).

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína

Según el trabajo de (O'Malley, 2020), los riesgos y las consecuencias derivadas del consumo de esta sustancia, se relacionan con los circuitos responsables de la gratificación y el placer, reduciendo la capacidad de los consumidores de experimentar placer de forma natural y haciéndoles menos sensibles a las gratificaciones y emociones. Es por esto, por lo que esta droga resulta tan adictiva, produciendo síntomas de tolerancia y cambios cerebrales relativos a la adicción incluso con dosis pequeñas.

Con respecto a la toxicidad, una sobredosis de esta sustancia puede provocar síntomas como ansiedad intensa, pánico, agitación, insomnio, alucinaciones, delirios paranoides, temblores, sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca o de la tensión arterial, entre otros. Una sobredosis grave, podría desencadenar un síndrome de psicosis aguda, con síntomas similares a los esquizofrénicos. Además, en pacientes que inhalan esta sustancia, podrían desarrollarse síndromes pulmonares agudos, que provocarían fiebre, hemoptisis e hipoxia, pudiendo progresar hacia la insuficiencia respiratoria, al igual que daños importantes en el sistema circulatorio y complicaciones neurológicas y gastrointestinales.

La dependencia provocada por la cocaína es una de las más intensas, y la supresión de su consumo tras un período prolongado de tiempo, da lugar a un fenómeno de rebote. Los principales síntomas de abstinencia son la depresión, la dificultad para mantener la atención, la irritabilidad, la somnolencia y el aumento de apetito. Por lo general, el tratamiento del abuso y dependencia a la cocaína se lleva a cabo con benzodiazepinas, y se recomienda la evitación de los beta-bloqueantes.

Por último, en España, Europa y en el resto de países desarrollados, el consumo de cocaína ha aumentado considerablemente durante la última década, tratándose de la segunda droga ilegal más consumida después del cannabis. Actualmente, es la droga que más demandas de tratamiento genera, y son los varones los que más la consumen

(aproximadamente el doble que las mujeres), siendo, en su mayoría, policonsumidores. (O'Malley, et al., 2020; Plan nacional sobre drogas, 2007).

1.2.2 Acciones de la cocaína

En este apartado vamos a detallar los efectos que provoca el consumo de cocaína, analizándolos desde los diferentes enfoques que se han identificado en los trabajos científicos revisados. En particular, se analiza la acción sobre el sistema nervioso central y sobre la conducta, la influencia del modo de consumo y los aspectos sociales, económicos y psicológicos relacionados.

1.2.2.1 Acciones estructurales sobre el Sistema Nervioso Central

La acción que la cocaína ejerce sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) se produce mediante la inhibición de los transportadores de noradrenalina y dopamina, provocando un aumento de su concentración y biodisponibilidad en el espacio sináptico. Esto ocurre como consecuencia de la unión de esta sustancia al transportador de dopamina, lo cual provoca que se inhiba su recaptación, se saturan los terminales nerviosos y se produzca sobreestimulación. Este exceso de dopamina es el responsable de los efectos euforizantes y activadores del SNC derivados del consumo de esta droga, pudiendo inducir cambios a largo plazo en los sistemas de gratificación y tolerancia del cerebro, principales responsables de la conducta adictiva.

Existen evidencias de que el consumo crónico de cocaína conlleva un desajuste en el sistema dopaminérgico y una reducción de los niveles basales de este neurotransmisor, provocando neuroadaptación y desencadenando hipersensibilidad, toma de decisiones impulsiva, conductas rituales anormales y vulnerabilidad a las recaídas. (Cáceres et al., 2016).

Por otra parte, el consumo produce la inhibición del transportador de noradrenalina, produciendo un exceso de esta monoamina en la hendidura sináptica que sería

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína

responsable de la mayoría de los efectos farmacológicos y de las complicaciones derivadas del consumo de cocaína (aumento de la presión arterial, sudoración, temblor, etc.).

El desarrollo de las conductas adictivas inducidas por las sustancias se produce debido al refuerzo positivo derivado del consumo, siendo la dopamina el principal neurotransmisor implicado en estas rutas de recompensa, concretamente en sus vías mesolímbica y mesocortical. La vía mesolímbica tiene su origen en el área tegmental ventral, con proyecciones en el núcleo accumbens, encargado de los efectos primarios del circuito de recompensa y la respuesta instrumental a estímulos relevantes para la motivación, y también en la amígdala, responsable de la expresión, experiencia y regulación emocional. Del mismo modo, la vía mesocortical parte del área tegmental ventral, terminando en la corteza prefrontal, y desempeña un papel importante en el control atencional, el procesamiento sensitivomotor y las acciones complejas relacionadas con la cognición, la emoción y la conducta humana. Clínicamente, se observa que la toma de decisiones de las personas que consumen cocaína se caracteriza por la emisión de un juicio pobre y que, en muchos casos, esas decisiones pueden acabar siendo perjudiciales para uno mismo. Todo esto se ve desencadenado por la disfunción de la corteza orbitofrontal, la cual, a su vez, está estrechamente relacionada con el sistema dopaminérgico mesolímbicocortical.

Se ha demostrado que, a nivel celular, tanto la actividad neurofisiológica de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral como la liberación de dopamina en las áreas de proyección mesocorticales están reguladas por las drogas de abuso, siendo la cocaína la sustancia que actúa a través del efecto directo en los terminales nerviosos de las áreas de proyección. Estos efectos reforzadores, derivados de la administración y causantes del potencial adictivo, se verían explicados por el bloqueo de la recaptación de dopamina, provocando una potenciación de la neurotransmisión en las vías dopaminérgicas de

recompensa y provocando importantes cambios bioquímicos que consiguen a modificar el comportamiento de la persona consumidora.

Los efectos producidos en el cerebro por el consumo crónico de cocaína conllevan alteraciones en la densidad de las neuronas dopaminérgicas, en la expresión de los factores tróficos cerebrales y en la funcionalidad de la barrera hematoencefálica. A continuación, detallaremos estos tres aspectos.

- *Disminución del número de células dopaminérgicas*

En el trabajo de (Urigüen y Callado, 2010) se indica que, en el análisis de una muestra de cerebros post-mortem de consumidores de cocaína, se observan alteraciones en diversos componentes del sistema dopaminérgico. Se produce una disminución de los valores estriatales de dopamina, de la densidad de los transportadores de monoaminas y de la expresión génica del ARN (codificador encargado del transporte de dopamina), además de ser capaz de inducir el aumento de microglía y macrófagos. Todo esto nos lleva a pensar, que el consumo de cocaína podría estar relacionado con la pérdida de los terminales dopaminérgicos e incluso de neuronas dopaminérgicas enteras, produciendo efectos neurotóxicos en humanos similares a los producidos en ratas.

Con respecto al daño neuronal, son los valores intracelulares de la dopamina los que parecen tener un papel crítico, y es esta sustancia la encargada de la activación de la microglía y la astrogliá, responsables de la liberación de sustancias químicas dañinas, en concreto, mediante la potenciación de producción de especies reactivas al oxígeno en la corteza frontal y el estriado.

La afectación de la funcionalidad de las vías de recompensa puede estar producida por toda esta pérdida celular, lo que llevará directamente a la intensificación del uso compulsivo de la droga. Por otro lado, son las neuronas dopaminérgicas las que influyen

en la actividad motora e inervan la corteza cerebral, además de contribuir a los procesos de atención y toma de decisiones, lo cual explica su alteración en los consumidores de cocaína.

- *Factores tróficos cerebrales*

El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) es la neurotrofina, ampliamente distribuida por el sistema nervioso y cuya expresión se ve aumentada por muchos estímulos que inducen la actividad neuronal dependiente del calcio. La liberación de la BDNF, generalmente, se asocia con un incremento de la actividad glutamatérgica que promueve la potenciación a largo plazo de la síntesis de proteínas dendríticas y la formación de espinas dendríticas, y la cual regula en cierta forma los procesos de neuroadaptación consecuencia del uso de drogas. Todo esto provoca alteraciones en los componentes moleculares de la sinapsis con su consecuente modificación comportamental.

La BDNF se expresa ampliamente en la vía mesolímbica dopaminérgica. Sus valores de concentración elevados se relacionan con una potenciación de la neurotransmisión dopaminérgica, una activación motora y cambios en el comportamiento. Por otro lado, al disminuir los valores de este factor neurotrófico, se observa la potenciación de la autoadministración, por lo que concluimos que, valores elevados de BDNF, contrarrestan de alguna manera la eficacia reforzadora de la cocaína.

En resumen, el BDNF se asocia con el aumento de la actividad neuronal, la plasticidad sináptica, la formación de espinas dendríticas y la regulación de la neuroadaptación, por lo que, el papel que desempeñan los efectos que este factor tenga en la respuesta a las drogas de abuso, será importante en la mediación y prevención de los procesos neuroadaptativos disfuncionales inducidos por la ingesta de cocaína.

- *Alteraciones en la barrera hematoencefálica (BHE)*

La BHE es una barrera fisiológica esencial en el mantenimiento de la homeostasis cerebral que actúa como protector del cerebro ante las agresiones provocadas por sustancias tóxicas y organismos patógenos, siendo a su vez, una de las principales dianas de los neurofármacos. El estrés oxidativo producido por la ingesta de drogas psicoestimulantes e implicado en episodios de muerte celular, hace que interfiera con la función de la BHE, siendo este tipo de sustancias capaces de modular la expresión de las proteínas de las uniones de la BHE.

La cocaína es capaz de modular la expresión de genes que codifican las moléculas de adhesión, encargadas de las interacciones entre leucocitos y células endoteliales (células que mantienen y conforman la barrera hematoencefálica). Además, la ingesta de esta sustancia, potencia la migración de los leucocitos a través de los vasos cerebrales, efecto causado por el aumento de las moléculas de adhesión cuyo cambio de expresión, a su vez, provocará cambios en la funcionalidad y la permeabilidad de la barrera. (Urigüen & Callado, 2010)

1.2.2.2 Forma de consumo

Como ya hemos mencionado anteriormente, los efectos producidos por el consumo de cocaína dependerán de la vía de administración. Los patrones de consumo que encontraremos son mayormente cocaína en polvo inhalada, seguida por la administración intravenosa y por último la aspirada, con una media de frecuencia de consumo de dos veces por semana. Con respecto al género, no parece que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres referente a la forma de consumo.

Un factor a tener en cuenta y que resulta importante, es la distinción entre la cocaína en polvo y el crack. El crack se obtiene a partir de la combinación de clorhidrato de cocaína

y bicarbonato sódico, y se consume fumándola en tubos de vidrio. Está asociado con diferentes patrones de uso, diferentes vías de administración y su consiguiente riesgo de abuso y propensión a la dependencia, además de provocar diferentes resultados en el tratamiento. En general, los consumidores de crack presentan un mayor número de síntomas y unos niveles más elevados de ansiedad, depresión, ideación paranoide y psicoticismo que los consumidores de cocaína en polvo. Por eso la manera de consumo de la sustancia, hará que sea distinta la comorbilidad del trastorno de abuso de sustancias con otras patologías.

El trabajo de (Herrero et al., 2008), establece que las personas consumidoras de cocaína presentaban con mayor frecuencia el contagio y la incubación de la enfermedad de la Hepatitis C (HCV) en un 6.5%, que del desarrollo del virus de inmunodeficiencia humano (VIH) y Hepatitis B (HBV) en un 1.4 %. (Herrero et al., 2008).

1.2.2.3 Aspectos sociales y económicos

El uso de cocaína ha aumentado sustancialmente en Europa y Australia desde la década de los 90, posiblemente debido a la fácil accesibilidad que tiene conseguir esta sustancia y el razonable precio de mercado en comparación con la heroína, droga ampliamente consumida en los años anteriores. Todo esto, ha provocado grandes aumentos en las demandas de tratamiento relacionadas con la cocaína, episodios de emergencias hospitalarias e intervenciones por parte de la policía (Herrero et al., 2008).

Como demuestran varios estudios, el perfil de consumidor de cocaína en cuanto a la posición sociodemográfica, encontramos que son las personas más jóvenes (con edades medias de inicio del consumo entre los 21 y los 23 años), mayormente hombres. Los sujetos que son diagnosticados con trastornos por consumo de sustancias tienen, generalmente, menor nivel de estudios (la mayoría de ellos sí tenían educación básica), peores puestos de trabajo y mayor presencia de serología positiva en hepatitis y

virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Arias et al., 2013; Herrero et al., 2008).

Atendiendo a razones de género y analizando los efectos de la cocaína sobre el sistema nervioso, se ha hipotetizado en numerosas ocasiones que estos efectos son mayores en mujeres, siendo ellas las más susceptibles a desarrollar la adicción. Esto se explica por la contribución de las hormonas gonadales. Si nos centramos en observar los efectos comportamentales e hipersensibilización que provoca el consumo de cocaína y la capacidad que poseen las mujeres de producir una fuerte asociación de recompensa entre el consumo y los estímulos ambientales, podemos comprobar esta teoría. Es por esto por lo que la base biológica de las diferencias entre ambos sexos podría residir en la diferente regulación por parte del SNC de las hormonas gonadales, siendo las hormonas ováricas las que afectan directamente a la actividad del circuito neuronal y que, por tanto, provocan diferentes respuestas subjetivas y de excitación tras el consumo de cocaína (Herrero et al., 2008).

Con respecto a la influencia del consumo de cocaína en el estatus de empleo y la productividad, existe una fuerte correlación entre el consumo de drogas ilegales y la limitación de oportunidades de acceder a un empleo. La frustración causada por el fracaso a la hora de buscar trabajo hace que la persona vea más favorable el consumo, convirtiendo la sucesión búsqueda laboral – consumo en un ciclo sin fin de no productividad laboral. Según las estadísticas nacionales colombianas de 1993, extraídas del programa de control internacional de las naciones sobre drogas, el porcentaje de abuso de cocaína entre las personas desempleadas era de un 4.1%, mientras que, entre la gente con empleo, era solo de un 0.4%. Además, el uso de drogas correlacionaba significativamente con pérdida de trabajo durante los últimos cuatro años, pérdida de trabajo durante los últimos seis meses, aumento de problemas en el trabajo, incremento

de vandalismo en el trabajo y aumento de la búsqueda de consejo ante problemas de trabajo.

Por otro lado, las personas consumidoras, suponen mayores costes para las empresas debido a su reducida capacidad competente. La mayoría de empleadores declaran no confiar en una persona que abusa de sustancias a la hora de hacerles responsables de distintas tareas en el trabajo. La disfunción laboral producida por las drogas dependerá del tipo y cantidad de droga consumida, además de la actuación que requiera el trabajo, de modo que las tareas más afectadas por el consumo serán aquellas que requieren mayor nivel crítico, atención constante, memoria inmediata y cualidades motoras finas. Cuanto más cualificado y experto sea el tipo de trabajo, más vulnerable se convertirá al abuso de sustancias y mayores costes tendrá para la sociedad. (United Nations International Drug Control Programme, 1997).

Teniendo todo esto en cuenta, es de esperar que las personas que padecen un trastorno de dependencia a sustancias presenten algún otro tipo de problema o disfunción, es decir, sean más propensos a presentar trastornos comórbidos o a desarrollar una patología dual. Dicha comorbilidad es habitual, como señalan importantes estudios epidemiológicos, en la población general y en muestras clínicas, y se ve estrechamente relacionada con un mayor uso de los servicios médicos, un aumento de la severidad de la condición, una mayor discapacidad funcional y un peor progreso del trastorno (Arias et al, 2013).

1.2.2.4 Aspectos psicológicos

Si bien es verdad que la drogodependencia no ha de ubicarse en un contexto que se limite a los rasgos de personalidad, las personas que padecen trastornos por consumo de sustancias presentan perfiles similares en cuanto a distintas dimensiones de la personalidad. En un estudio sobre psicopatología en pacientes dependientes a la cocaína realizado en Brasil (Tavares Pinheiro et al. 2008), se analizan distintas variables de la

personalidad de los consumidores: índices de depresión, índice de déficit de recursos, índice de pensamiento perceptual, constelación de suicidio, índice de estilo obsesivo e índice de hipervigilancia. Los resultados que encuentran estos investigadores son que, más de la mitad de los pacientes, entraban dentro de los rangos patológicos de déficit de recursos en comparación con el modelo de referencia, interpretando este dato como indicador de dificultades en las relaciones interpersonales, falta de habilidades sociales e incapacidades para afrontar las complicaciones. El 23% de los sujetos que participaron, entraron dentro del rango patológico de la depresión.

Por otra parte, y según un estudio sobre la Salud Mental, se propone una relación lineal entre el nivel estructural del sujeto (posición social), las condiciones de vida ante las que se encuentra (estrés, alienación), el nivel psicosociológico (estrategias de afrontamiento, autoestima, apoyo social poseído) y la situación o nivel psicológico del individuo (salud mental y bienestar psicológico). Este modelo, propuesto por (Sánchez, Garrido y Álvaro, 2003), a pesar de sus limitaciones en la aplicación, posee la capacidad de relacionar las variables sociales y psicológicas dentro de un mismo marco conceptual, y recuerda al investigador que cualquier sujeto está constantemente inmerso en un entorno social o contexto que influye continuamente sobre su conducta, su personalidad y su situación personal.

A la hora de analizar los patrones de personalidad de los individuos consumidores de cocaína, cabría tener en cuenta el rol que tienen los factores psicosociales como mediadores entre las influencias sociales y los resultados para la salud, siendo los más atendidos y relevantes los factores sociales relativos al género y la posición social, los sucesos vitales estresantes, el apoyo social, los factores emocionales, el conocimiento, la información y la comunicación, los valores, la personalidad, las disposiciones cognitivas,

el estrés, las estrategias de afrontamiento y las conductas apropiadas e inapropiadas para la salud.

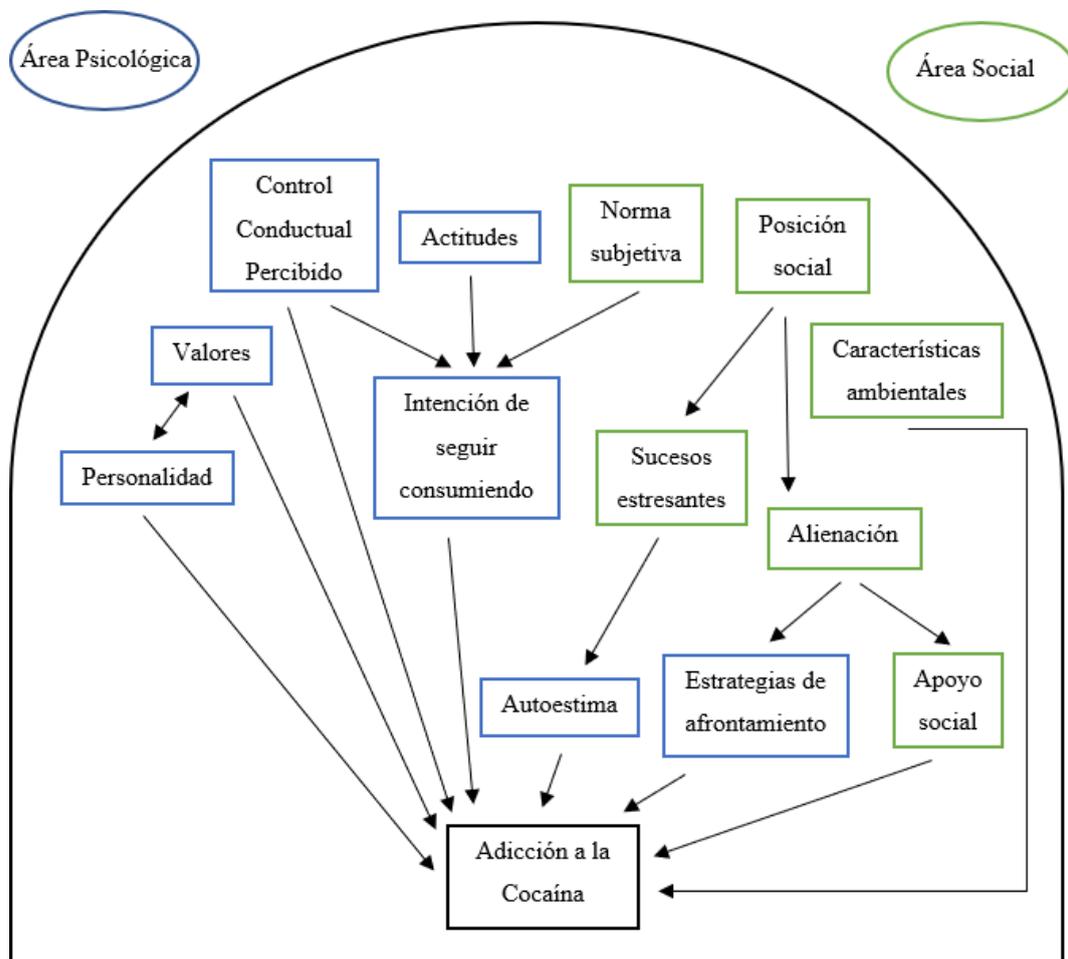
Nos centraremos en el análisis de los valores personales según lo plantea la psicología social, entendiéndolos como “metas deseables y transituacionales, que varían en importancia, que sirven como principios en la vida de una persona o de otra entidad social” (Schwartz y Bilsky, 1987, 2001), es decir, son criterios que los sujetos utilizan para juzgar la deseabilidad de una conducta, otras personas o eventos, y que varían en términos de importancia con respecto a las atribuciones particulares que los individuos dan a los objetos. En referencia a las personas que consumen cocaína, sabemos que guían su comportamiento por el mantenimiento de valores como la búsqueda de placer y estimulación y lo alejan del deseo expreso de bienestar y felicidad.

Por otro lado, e igualmente importantes, se encuentran los rasgos de personalidad, entendidos como “aspectos muy generalizados de la organización de la personalidad, que son relativamente independientes de cualquier objeto particular, un rasgo es algo semejante a una actitud general pero que carecen de la dirección de las actitudes”, (Young, 1969). Los cinco grandes rasgos de personalidad, consensuados por numerosos estudios, se reducen a: extraversión, afabilidad, tesón, estabilidad emocional y apertura mental o intelecto. De ellos, los principalmente afectados por el consumo de drogas son el tesón, la apertura mental y la estabilidad emocional. En el caso particular de los consumidores de cocaína, la estabilidad emocional es la dimensión que más se ve afectada, incluyendo la afectación de sus dos subescalas, control de las emociones y control de los impulsos.

Todo esto nos hace intuir la relevancia que tienen los valores personales y los rasgos de personalidad a la hora de trabajar e intervenir en el ámbito de las drogodependencias, ya que tienen una fuerte capacidad descriptiva y a que son características relativamente

consistentes en los individuos ante las distintas situaciones. Concretamente, en el caso de pacientes adictos a la cocaína, los investigadores deciden trabajar con el Modelo Psicosocial Sintético para el Consumo Adictivo a la Cocaína, que se resume mediante la siguiente figura:

Figura 1
Modelo Psicosocial Sintético para el Consumo Adictivo de Cocaína



Nota. La siguiente tabla representa el modelo psicosocial Sintético para el Consumo Adictivo de Cocaína propuesto por el autor Jesús Saiz Galdós. Tomado de *Intervención Psicosocial*, 17 (1), por Saiz Galdós, 2008.

Esto nos explica que el individuo, además de verse influido por la determinación biológica de la adicción, también lo hace por el bloque social y el bloque psicológico, aspectos interdependientes y con distinto peso sobre la conducta adictiva. En el bloque psicológico, nos encontraremos con los valores, los rasgos de personalidad, las actitudes, el control conductual percibido, las estrategias de afrontamiento, la autoestima y la intención. Por otra parte, en el bloque social, posicionaríamos los sucesos vitales estresantes, la norma subjetiva, la posición social, la alienación, el apoyo social y las características ambientales. Por esto, no existirá un perfil único de sujeto adicto a la cocaína, sino que será la combinación de estos factores de manera diferente e individual, actuando como factores de riesgo o de protección, lo que determinará la personalidad del sujeto consumidor. La autoestima y las estrategias de afrontamiento serán los factores más importantes en la mediación entre la posición social del sujeto, su conducta y situación personal, siendo una posición social desfavorable la que pueda colocar al sujeto en unas condiciones de vida estresantes que podrán desencadenar en un tipo de adicción y dependencia a la cocaína. (Saiz Galdós, 2008)

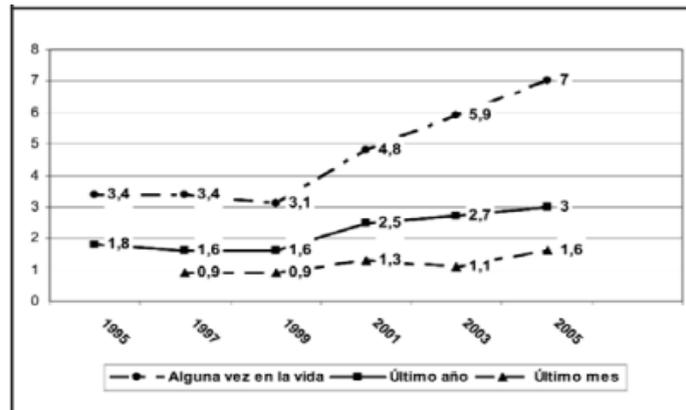
1.2.2.5 Conducta

Para entender la implicación conductual del uso de cocaína, es importante atender a las distintas fases por las que pasa el individuo consumidor, analizando el porqué del inicio y el mantenimiento del consumo y los factores que influyen en los distintos niveles que diferenciamos en el consumo de drogas. Desde la perspectiva psicológica, el reforzamiento es un factor fundamental y que juega un papel importante en el inicio, mantenimiento e incluso abandono del consumo. La cocaína y, en general, las sustancias psicoactivas, funcionan como reforzadores positivos que ponen en marcha conductas de búsqueda y autoadministración de las sustancias. En el caso del mantenimiento del consumo de cocaína, la autoadministración no se produce para eliminar el síndrome de

abstinencia y reducir la sintomatología negativa (reforzamiento negativo), sino para experimentar los efectos positivos que produce el consumo de dicha sustancia (reforzamiento positivo).

Figura 2

Prevalencias en el consumo de cocaína en población española de 15 a 64 años



Nota. La siguiente tabla representa la prevalencia del consumo de cocaína en España desde el 1995 hasta el 2005. Tomado de *Papeles del psicólogo*, 30 (2), por López Durán y Becoña Iglesias, 2009.

Entre las distintas fases del consumo de sustancias psicoactivas, encontramos la predisposición, el conocimiento y la experimentación.

En la fase de predisposición, podemos diferenciar tres aspectos: la predisposición biológica, la sociocultural y la psicológica. La predisposición biológica hace referencia a la genética, y explica un porcentaje muy bajo de los casos de adicción; la sociocultural, es un factor determinante para la explicación de la predisposición hacia el consumo de determinadas sustancias (por ejemplo, en países andinos, el consumo de hojas coca está muy normalizado y tiene funciones específicas); y por último, estaría la predisposición psicológica, en las que destacan tres factores relevantes: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia.

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína

En la fase de conocimiento, manejamos varios factores relevantes: el ambiente de desarrollo del individuo, el aprendizaje, la socialización a través de la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación, y las expectativas poseídas, tanto hacia el consumo de sustancias como hacia uno mismo, denominado autoeficacia percibida (Bandura, 1995). En esta fase, el período clave es la adolescencia ya que, aunque socialicemos a lo largo de toda nuestra vida, es en esta etapa en la que cobra especial relevancia la influencia de la familia y los iguales.

Por último, en la fase de experimentación existen distintas variables y factores de riesgo que hacen que se produzca o no el consumo de drogas, y son de tipo emocional, familiar, interpersonal, intelectual, constitucional y de acontecimientos vitales estresantes. Con respecto a la disponibilidad, la accesibilidad y el precio de la sustancia, los estudios analizan que, en población general, un incremento en el consumo está ligado a una disminución del riesgo percibido sobre la sustancia. Otro factor a tener en cuenta son las creencias, las actitudes, las normas interiorizadas, los valores y la intención conductual, factores determinados por el proceso de socialización con la familia, la escuela, los iguales o los medios de comunicación. Por último, a la hora de explicar el inicio del consumo, son de gran importancia el estado emocional, la presencia o no de problemas psicopatológicos y la existencia de unas adecuadas habilidades de afrontamiento.

Además, también son factores precipitantes del inicio del consumo de cocaína la existencia de problemas psicopatológicos previos, como la depresión o el trastorno déficit de atención e hiperactividad y el consumo previo de otro tipo de sustancias, como el alcohol o el cannabis. Esto nos hace concluir que, no solo el consumo de cocaína puede desencadenar trastornos psicopatológicos en los individuos, sino que, a veces, son los trastornos psicopatológicos los que desencadenan que en un individuo se inicie el consumo de drogas. El mantenimiento del consumo, además, es explicado por las

consecuencias que derivan del mismo y de la importancia que el individuo dé a estas consecuencias, que son lo que van a determinar que se siga consumiendo o que se plantee abandonar el consumo (López Durán & Becoña Iglesias, 2009).

1.2.3 La cocaína y la depresión: comorbilidad

La depresión mayor es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la población occidental a nivel mundial, provocando que, tres cuartas partes de los individuos que alguna vez han llegado a padecer episodios depresivos, vuelvan a experimentarlos, elevando el riesgo de recurrencia y aumentando este riesgo con cada episodio. La media de episodios depresivos experimentados por los individuos que han tenido al menos un episodio es de cuatro, con una duración media de veinte semanas (McLaughlin, 2011). Además, cada individuo experimenta condiciones muy heterogéneas del trastorno, de modo que los individuos afectados podrán presentar síntomas y combinaciones de síntomas únicos y diferentes al resto de pacientes con depresión, lo cual hace que, en este trastorno, se produzca un difícil diagnóstico y tratamiento (Thompson et al., 2021).

Existen múltiples diferencias entre los síntomas que reportan los distintos tipos de individuos. En función del género, son las mujeres las que afirman padecer síntomas somáticos, como fatiga, tensión muscular, problemas de sueño y de apetito o dificultad controlando la preocupación, mientras que los hombres dicen experimentar ideación suicida, anhedonia, estado de ánimo depresivo, problemas de motores y de concentración, sensación de inutilidad, falta de descanso e irritabilidad.

Si nos centramos en los síntomas experimentados por los individuos atendiendo a los distintos rangos de edad, la población más joven presenta irritabilidad e ideación suicida, seguidas por dificultades para descansar, problemas de peso o apetito, síntomas motores, falta de energía, sentimientos ansiosos y problemas de concentración. Por otro lado, las personas adultas y ancianas, además de presentar puntuaciones más consistentes, afirman

haber sentido fatiga, agitación psicomotriz y problemas de sueño, seguidos por dificultades para controlar la preocupación y problemas para conseguir relajarse (Thompson et al., 2021).

Otras implicaciones que tiene la depresión son el aumento del uso de las consultas médicas, además de tener consecuencias sociales y económicas significativas. Incluso las personas que experimentan deterioro leve como resultado de su patología, creen necesitar cuidados médicos, utilizando más a menudo hospitales y centros de salud y siendo más propensos a ser hospitalizados. La depresión se asocia con una elevada mortalidad y morbilidad, provocando magnitudes de deterioro físico similares a las personas con diabetes o cáncer, y viéndose estrechamente relacionado con el aumento del riesgo de sufrir infartos de miocardio, enfermedades cardiovasculares e hipertensión entre otras. Sin embargo, el riesgo de muerte más significativo en pacientes con depresión se debe al suicidio (McLaughlin, 2011).

Además, se observa que niveles elevados de depresión y ansiedad, se asocian a menudo con el uso de opiáceos no prescritos o con el abuso de múltiples sustancias como la marihuana, la cocaína o los sedantes. Cuando nos encontremos ante un caso como este, de un sujeto con un trastorno por abuso de sustancias combinado con otro trastorno como la depresión, podremos hablar de patología dual (Howe et al., 2021).

El diagnóstico dual se define por la presencia de un trastorno por uso de sustancias junto con un trastorno mental en un individuo a lo largo de un período específico y suficiente de tiempo. Importantes estudios epidemiológicos señalan que se trata de algo habitual en la población general y en muestras clínicas. Esta comorbilidad, se ve estrechamente relacionada con un mayor uso de los servicios médicos, un aumento de la severidad de la condición, una mayor discapacidad funcional y un peor progreso del trastorno (Arias et al, 2013).

Muchos estudios demuestran que el uso de sustancias se ve considerablemente relacionado con trastornos mentales, estableciendo que entre un 30-60% de los consumidores de cocaína padecen algún trastorno mental a parte de los inducidos por abuso de sustancias. Estos casos se asocian con un curso más severo de los trastornos del eje I, y, a largo plazo, producen mayores dificultades en el tratamiento del abuso de sustancias, peor pronóstico y una patología más grave. En un estudio sobre comorbilidad psiquiátrica a consumidores jóvenes de cocaína realizado por (Herrero et al., 2008) se establece que los trastornos del eje I más comunes que padecían estos sujetos son los trastornos del estado del ánimo (26.6%) y los trastornos de ansiedad (13%), mientras que solo el 14 % de los individuos fueron diagnosticados con trastornos del eje II. También en (Arias et al, 2013) se asocia el uso de cocaína con los trastornos del estado del ánimo, entre ellos la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad.

Los resultados de otro estudio comparativo de pacientes que abusan de sustancias con y sin depresión mayor comórbida, realizado por (Schmitz et al., 2000), sugieren que los individuos con diagnóstico dual podrían tener más problemas psiquiátricos y peor funcionamiento psicosocial, siendo la angustia sintomatológica la principal diferencia entre ambos grupos. Los pacientes con depresión comórbida padecían mayores síntomas depresivos, aunque solían ser diagnosticados con trastorno de la personalidad antisocial, mostrando mayores tasas de trastorno límite de la personalidad. En cuanto al funcionamiento psicosocial, también se hallaron déficits en los pacientes deprimidos, teniendo menos confianza en su capacidad para mantener la abstinencia, peor percepción de apoyo social y peor funcionamiento social general. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los patrones presentes o pasados de consumo de drogas, aunque el grupo de individuos deprimidos decía tener más síndrome de abstinencia y

encontraban más aspectos positivos en el consumo que el grupo de trastorno por abuso de sustancias.

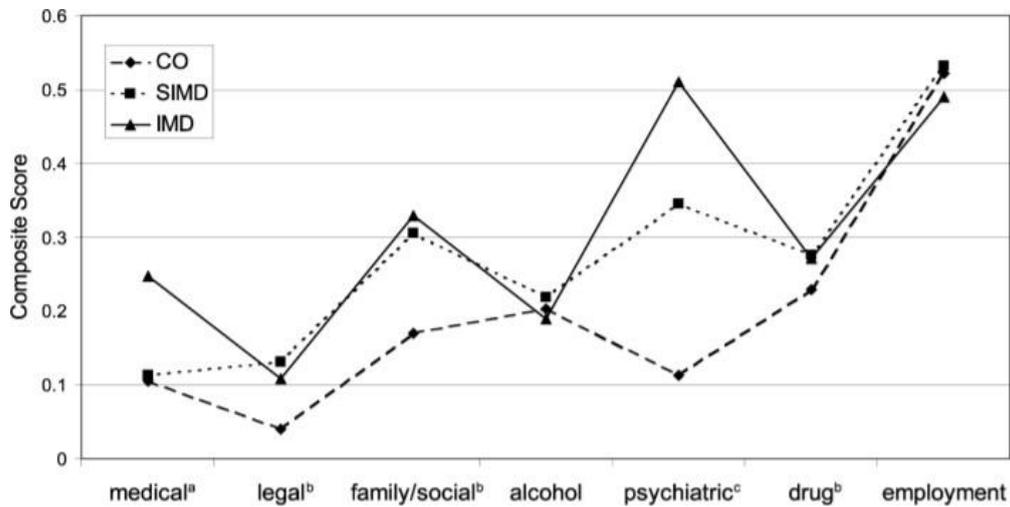
Por otro lado, la depresión comórbida puede manifestarse como primaria o independiente (IMD) o como secundaria o inducida por sustancias (SIMD). La relevancia clínica de esta distinción sigue sin estar clara. Se ha demostrado que los adictos a la cocaína con depresión secundaria están menos deprimidos que aquellos con depresión mayor independiente, igual que de aquellos individuos que no tienen un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, bastaba con demostrar la presencia de anhedonia o estado de ánimo clínicamente significativo, para determinar el diagnóstico de depresión inducida, por lo que aún no está claro si las personas que cumplen los criterios temporales (dos o más semanas) y sintomáticos (al menos cinco síntomas) de depresión mayor muestran diferentes perfiles clínicos según la etiología depresiva.

Los pacientes con depresión mayor inducida eran los que experimentaban principalmente síntomas relacionados con el estado del ánimo, mientras que aquellos con depresión mayor independiente afirmaban que el inicio del episodio depresivo actual precedió al inicio del consumo, no relacionándolo estrechamente con el inicio o el aumento del consumo de cocaína (Leventhal et al., 2006).

Con respecto a las variables analizadas en este estudio, los investigadores encontraron las siguientes puntuaciones en las diferentes áreas analizadas de los pacientes:

Figura 3

Severidad de adicción de los distintos perfiles de consumidores con o sin depresión mayor comórbida.



Nota. Las distintas siglas representan los grupos de pacientes siendo: CO = Consumidores solo dependientes a la cocaína, SIMD = Consumidores dependientes a la cocaína con depresión inducida por sustancias, IMD = Consumidores dependientes a la cocaína con depresión mayor independiente. Tomado de *Addiction*, 15(5), por Leventhal et al., 2006.

Se encontraron diferencias en las formas de los perfiles de gravedad de la adicción entre los diferentes grupos, pero las diferencias no siguieron el patrón esperado, ya que los factores psicosociales estresantes relacionados con el empleo, los legales o los sociales, fueron similares en ambos grupos con depresión, mostrando mayor gravedad que aquellos pacientes que solo presentaban adicción a la cocaína (CO).

Tomando estos resultados en conjunto, concluimos que, los consumidores de cocaína con depresión mayor tienen un funcionamiento social más pobre que los no deprimidos, independientemente de la etiología depresiva diagnóstica, además de presentar problemas más graves con respecto a la adicción.

Por otra parte, y coincidente con anteriores investigaciones, son los individuos con adicción y depresión comórbida (independientemente de que sea IMD o SIMD), los que presentan mayor necesidad de tratamiento por abuso de drogas, mostrando menor eficacia

en la abstinencia y hallando más ventajas en el uso continuado de estupefacientes (Leventhal et al., 2006).

1.2.4 Actuaciones para la prevención

Atendiendo a la importancia que tiene todo lo mencionado anteriormente, es relevante el planteamiento de estrategias de intervención que sirvan para tratar y atajar ambos problemas, tanto los trastornos de dependencia de sustancias, como los trastornos derivados de ese consumo, en este caso concreto, la depresión. La modificación de las actitudes de los pacientes no será suficiente si el contexto sociocultural, tanto la norma subjetiva como el apoyo social e incluso el clima socioeconómico de estos individuos, sigue incitando y motivando el uso y abuso de sustancias. Por esto, el modelo Psicosocial, recomienda el trabajo preventivo desde dos puntos de vista: el individual y el social. El trabajo e intervención individual se realizará favoreciendo actitudes, valores, control conductual percibido y estrategias de afrontamiento que sean incompatibles con el consumo de cocaína. Por otro lado, la intervención desde el punto de vista social deberá desvalorizar la imagen social o norma subjetiva que posee el consumo de cocaína, intentando apoyar la mejor posición social y condiciones de vida de los individuos.

En el trabajo terapéutico, se deberá hacer énfasis en la importancia de los valores, los rasgos de personalidad, la autoestima y las estrategias de afrontamiento que necesita el individuo para su readaptación en la sociedad. El análisis de los valores y rasgos de personalidad nos servirá para evaluar y estructurar las prioridades personales de los sujetos y su situación personal, mientras que el trabajo sobre la autoestima será de especial importancia debido a que posee una capacidad mediadora entre la situación personal del sujeto, su posición social y la influencia que tiene el estigma social.

Por parte del terapeuta, resultará complicado modificar las características ambientales y la realidad de la estructura socioeconómica del sujeto, por lo que será necesario un trabajo

intensivo sobre los recursos y estrategias que hagan que el sujeto sea capaz de enfrentarse a un entorno que, probablemente, siga ofreciendo las mismas características, obstáculos y tentaciones que le llevaron con anterioridad al consumo adictivo. (Saiz Galdós, 2008; López Durán et al., 2009)

1.3 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de cómo se relacionan el consumo de cocaína y la depresión mayor en una población clínica formada por consumidores de cocaína con síntomas depresivos, a través de los resultados que aparecen en los estudios de la revisión bibliográfica realizada.

Como objetivos específicos, intentaremos determinar los efectos de la cocaína en los pacientes y las alteraciones conductuales típicas que encontramos en este trastorno, además de establecer cuáles son las intervenciones más adecuadas que abarquen esta patología dual.

2. METODOLOGÍA

2.1 MATERIALES

Para el desarrollo de esta revisión bibliográfica, se ha realizado una selección de 11 artículos científicos, 2 programas del plan nacional de drogas, 1 libro sobre el cerebro y sustancias psicoactivas y 1 manual MSD para profesionales. Cabe mencionar que también se consultó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-V) y otra literatura científica para estructurar la fundamentación teórica.

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos

| Título | Año | Autores | Referencia | Base de datos |
|--|------|---|--|---------------|
| Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual | 2013 | Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babin, F. | Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babin, F. (2013). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. <i>Revista de Psiquiatría y Salud Mental</i> , 6(3), 121–128. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.09.002 | Elsevier |
| Cerebro y sustancias psicoactivas | 2016 | Cáceres, C. F., León, L. M. L., de la Torre, Ó. L., ProQuest, & de la Torre, Ó. L. | Cáceres, C. F., León, L. M. L., de la Torre, Ó. L., ProQuest, & de la Torre, Ó. L. (2016). Cerebro y sustancias psicoactivas. Centros de Integración Juvenil. | |
| Drogas | 2007 | Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, & España. Ministerio de Sanidad y Consumo | Drogas, España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, & España. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. | |
| Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. | 2008 | Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., & Brugal, M. T. | Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., & Brugal, M. T. (2008). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. <i>Addiction</i> , 103(2), 284–293. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02076.x | Psycnet |
| Symptoms of anxiety, depression, and borderline personality in alcohol use disorder with and without comorbid substance use disorder | 2021 | Howe, L. K., Fisher, L. R., Atkinson, E. A., & Finn, P. R. | Howe, L. K., Fisher, L. R., Atkinson, E. A., & Finn, P. R. (2021). Symptoms of anxiety, depression, and borderline personality in alcohol use disorder with and without comorbid substance use disorder. <i>Alcohol</i> , 90, 19–25. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2020.11.002 | Pubmed |

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos

| | | | | |
|--|------|---|--|---------|
| Using Addiction Severity Profiles to Differentiate Cocaine-Dependent Patients with and without Comorbid Major Depression | 2006 | Leventhal, A. M., Mooney, M. E., DeLaune, K. A., & Schmitz, J. M. | Leventhal, A. M., Mooney, M. E., DeLaune, K. A., & Schmitz, J. M. (2006). Using Addiction Severity Profiles to Differentiate Cocaine-Dependent Patients with and without Comorbid Major Depression. <i>American Journal on Addictions</i> , <i>15</i> (5), 362–369. https://doi.org/10.1080/10550490600860148 | Pubmed |
| Psychological perspective of cocaine consumption | 2009 | López Durán, A., & Becoña Iglesias, E. | López Durán, A., & Becoña Iglesias, E. (2009). Psychological perspective of cocaine consumption. <i>Papeles del psicólogo</i> , <i>30</i> (2), 125–134. | Psycnet |
| The Public Health Impact of Major Depression: A Call for Interdisciplinary Prevention Efforts. | 2011 | McLaughlin, K. A. | McLaughlin, K. A. (2011). The Public Health Impact of Major Depression: A Call for Interdisciplinary Prevention Efforts. <i>Prevention Science</i> , <i>12</i> (4), 361–371. https://doi.org/10.1007/s11121-011-0231-8 | Psycnet |
| Cocaína. Manual MSD versión para profesionales. | 2020 | O'Malley, G. F., & O'Malley, R. | O'Malley, G. F., & O'Malley, R. (2020). Cocaína. Manual MSD versión para profesionales. https://www.msmanuals.com/es-es/professional/temas-especiales/drogas-recreativas-y-t%C3%B3xicas/coca%C3%ADna | |
| Psicología Social de la Salud sobre el consumo adictivo de cocaína: un modelo psicosocial sintético | 2008 | Saiz Galdós, J. | Saiz Galdós, J. (2008). Psicología Social de la Salud sobre el consumo adictivo de cocaína: un modelo psicosocial sintético. <i>Intervención Psicosocial</i> , <i>17</i> (1). https://doi.org/10.4321/s1132-05592008000100006 | Scielo |
| Cocaine dependence with and without comorbid depression: a comparison of patient characteristics | 2000 | Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rothfleisch, J. M., Bailey, S. E., Sayre, S. L., & Grabowski, J. | Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rothfleisch, J. M., Bailey, S. E., Sayre, S. L., & Grabowski, J. (2000). Cocaine dependence with and without comorbid depression: a comparison of patient characteristics. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , <i>60</i> (2), 189–198. https://doi.org/10.1016/s0376-8716(99)00157-x | Psycnet |

| | | | | |
|--|------|---|--|--------------|
| Psicopatología de pacientes dependientes de cocaína en una comunidad terapéutica | 2008 | Tavares Pinheiro, R., Vieira Da Silva Magalhaes, P., Veiga Wagner, A., Tavares Pinheiro, K. A., Azevedo Da Silva, R., & Dias Mattos Souza, L. | Tavares Pinheiro, R., Vieira Da Silva Magalhaes, P., Veiga Wagner, A., Tavares Pinheiro, K. A., Azevedo Da Silva, R., & Dias Mattos Souza, L. (2008). Psicopatología de pacientes dependientes de cocaína en una comunidad terapéutica. <i>Adicciones</i> , 20(1), 73. https://doi.org/10.20882/adicciones.291 | Researchgate |
| Age and sex-related variability in the presentation of generalized anxiety and depression symptoms | 2021 | Thompson, K. N., Hübel, C., Cheesman, R., Adey, B. N., Armour, C., Davies, M. R., Hotopf, M., Jones, I. R., Kalsi, G., McIntosh, A. M., Monssen, D., Peel, A. J., Rogers, H. C., Skelton, M., Smith, D. J., Walters, J. T. R., Breen, G., & Eley, T. C. | Thompson, K. N., Hübel, C., Cheesman, R., Adey, B. N., Armour, C., Davies, M. R., Hotopf, M., Jones, I. R., Kalsi, G., McIntosh, A. M., Monssen, D., Peel, A. J., Rogers, H. C., Skelton, M., Smith, D. J., Walters, J. T. R., Breen, G., & Eley, T. C. (2021). Age and sex-related variability in the presentation of generalized anxiety and depression symptoms. <i>Depression and Anxiety</i> , 38(10), 1054–1065. https://doi.org/10.1002/da.23213 | Pubmed |
| Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking. | 1997 | United Nations International Drug Control Programme | United Nations International Drug Control Programme. (1997). Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking. United Nations International Drug Control Programme. | |
| Cocaína y cerebro | 2010 | Urigüen, L. & Callado, L. F. | Urigüen, L. & Callado, L. F. (2010). Cocaína y cerebro. <i>Trastornos adictivos</i> , 12(4), 129-134. https://doi.org/10.1016/S1575-0973(10)70025-8 | Elsevier |

2.2 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Este trabajo se trata de una revisión de literatura científica realizada entre los meses de noviembre de 2021 y abril de 2022. Su contenido se ha extraído de un conjunto de documentos y artículos científicos localizados en bases de datos especializadas, después de su lectura y del análisis de la información que resultó relevante y concordante con el tema elegido.

Los documentos analizados para el desarrollo de este trabajo se obtuvieron mediante una búsqueda bibliográfica sistemática en las siguientes bases de datos: PsycDoc, PsycInfo, Psycnet, Web of Science, Elsevier, Ebsco, PubMed, ReaserchGate, CSIC, Scielo y Scopus. Las fechas de publicación de los artículos seleccionados se encuentran entre el año 2000 y el 2021, a excepción del programa internacional de control de drogas de las Naciones Unidas, publicado en el año 1997.

Para la realización de la introducción y la justificación teórica, el primer momento de búsqueda, fue muy general, utilizando los descriptores ‘cocaine’, ‘cocaine adiction’, ‘drug adiction’, ‘depression’ y ‘comorbility’. Se obtuvieron más de 2500 artículos, por lo que se afinó la búsqueda añadiendo términos como ‘dual pathology’, ‘psycopatology’, ‘patology’, ‘consecuences’, ‘symptoms’, ‘social consecuences’, ‘economic consecuences’, ‘psycological consecuences’, ‘characteristics’ y ‘conduct’. Se utilizaron los mismos descriptores en todas las bases de datos utilizadas.

Se realizó un análisis inicial de 193 artículos científicos de los cuales se descartaron 141, bien por la lejanía de las fechas de publicación o por la parcial relación con el tema. De todos estos artículos, muchos fueron extraídos de las bibliografías y citas de otros artículos. Posteriormente, tras leer los resúmenes de los 52 artículos restantes, se descartaron 41, haciendo que la selección de documentos relevantes destinados a la realización de esta revisión bibliográfica quedara reducida a 11 artículos científicos.

Además, se extrajo información adicional de la documentación publicada sobre dos programas nacionales sobre drogas, un libro y un manual.

El principal problema encontrado a la hora de seleccionar artículos fue que eran muy pocos los que realmente tenían que ver con el tema. Si bien es verdad que los títulos y los resúmenes parecían estrechamente relacionados con lo que quería trabajar, una vez leía el artículo entero, me daba cuenta de que en realidad no tenían nada que ver con lo que yo estaba buscando. Es por esto por lo que la selección final de artículos no es tan extensa como me hubiera gustado.

Como criterios de exclusión utilizados en la selección fueron que estuvieran publicados en la *Journal Citation Report* (JCR) y que no fueran más antiguos del año 2000. Esto supuso un problema añadido, ya que la mayoría de los artículos más relacionados con el tema elegido no cumplían alguno de estos dos criterios o bien no eran de acceso abierto.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo de este apartado es analizar cómo se relaciona la sintomatología de ambos trastornos, depresión y adicción a la cocaína, con el fin de analizar las variables relacionadas y comprobar cómo afecta cada trastorno a los individuos.

En primer lugar y como ya hemos analizado anteriormente, los efectos que produce la cocaína se ven influidos por la forma de consumo o vía de administración y por el género de la persona consumidora, por lo que estos factores se deberán tener en cuenta a la hora de analizar los síntomas depresivos derivados del consumo de cocaína, siendo más graves en mujeres consumidoras de crack. En el caso de las mujeres, se estipula que es la influencia de las hormonas gonadales lo que las hace más propensas y susceptibles al desarrollo de la adicción. Atendiendo a la forma de consumo son los pacientes

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos
consumidores de crack los que presentan más síntomas depresivos, ansiosos, paranoides y psicóticos y, además, porcentajes más altos de contagio de Hepatitis C, Hepatitis B y VIH.

Por otro lado, las consecuencias a nivel social y económico que produce el consumo y abuso de cocaína complican ambos trastornos, tanto el trastorno depresivo como el trastorno de abuso. Es destacable el aumento de las demandas de tratamiento relacionado con la cocaína durante las últimas tres décadas, y se ve estrechamente relacionado con el aumento de emergencias hospitalarias e intervenciones policiales. A su vez, la influencia que tiene el consumo de cocaína sobre el estatus profesional y sobre el empleo provoca un círculo vicioso sin fin en el que el consumo sesga la productividad y, a su vez, decepciona a las empresas, lo cual provoca o facilita el despido de los empleados y eso les empuja a volver a consumir. Además, las personas consumidoras de cocaína producen mayores costes para las empresas, empeoran el clima laboral y provocan problemas con los compañeros de trabajo. Es por todo esto por lo que, la mayoría de personas dicen no confiar en un sujeto consumidor de cocaína en temas relacionados con el mundo laboral.

Con respecto al deterioro y a las variables psicológicas afectadas en el consumo de cocaína, podemos hablar de distintos factores relacionados con la personalidad que podrían actuar como factores de riesgo en el desarrollo de la adicción. Los más importantes y relacionados con el consumo de cocaína son el índice de depresión y el índice de déficit de recursos. El primero se ve claramente afectado en los sujetos consumidores de cocaína, de modo que una cuarta parte de ellos lo presentan. El índice de déficit de recursos se interpreta como dificultades a la hora de relacionarse e incapacidad para afrontar las complicaciones y también es un factor determinante en el inicio de consumo de cocaína.

Las condiciones de vida ante las que se encuentra el sujeto son muy determinantes en el desarrollo de la adicción. Una situación socioeconómica inestable, por ejemplo, provoca en el sujeto altas probabilidades de empezar a consumir, lo que, a su vez, le llevará a empeorar su situación socioeconómica.

También influyentes son las variables a nivel psicosociológico propias del individuo, como pueden ser la autoestima, las estrategias de afrontamiento o el apoyo social que posea, ya que producen que este sujeto sea más o menos propenso a la adicción. Una baja autoestima, estrategias de afrontamiento pobres y poco apoyo social percibido junto con un clima socioeconómico inestable serían la peor combinación que, con alta probabilidad, provocará en el sujeto el inicio del consumo compulsivo con su posterior dependencia y adicción.

La norma social y la valoración que se tenga del consumo de cocaína en la sociedad en la que se ve inmerso un sujeto también será de gran importancia. En poblaciones en las que el consumo de drogas esté normalizado el sujeto, a la hora de enfrentarse a las situaciones estresantes de la vida, no lo percibirá como negativo. Sin embargo, en una sociedad que margina y castiga el consumo de sustancias (bien puede ser por hacer ilegal su consumo), este mismo sujeto encontrará más inconvenientes en la rentabilidad de empezar a consumir, evitando, en algunos casos, el inicio del consumo.

Así mismo, la valoración personal que dé uno mismo al consumo de cocaína también influirá en el inicio del consumo, siendo las personas más propensas a la adicción, aquellas que se guían por algunos valores determinados, como la búsqueda de placer y de estimulación. Igualmente, los rasgos de personalidad que predisponen al consumo y que más se ven afectados en estos sujetos son la falta de estabilidad emocional, de control emocional y de control de impulsos. Dicho todo esto, la combinación de valores personales positivos en torno al consumo, rasgos de personalidad pobres en las

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos
dimensiones de autoestima y estrategias de afrontamiento, junto con una posición social y económica desfavorable con poco apoyo social percibido, serán los factores más determinantes en el inicio del consumo y en el consiguiente desarrollo de la adicción. Estos mismos factores, son los que podrían verse afectados en las personas con síntomas depresivos e incluso los que podrán desencadenar el desarrollo de la depresión, por lo que, estos dos trastornos, se ven estrechamente relacionados al producir los mismos síntomas y debilitar al sujeto en las mismas dimensiones.

Conductualmente, el reforzamiento, entendido como el aumento de la probabilidad de que una conducta se repita ante la aplicación de un estímulo reforzador, juega un papel clave en el desarrollo de las adicciones. Un sujeto que empieza a consumir, inicialmente, obtendrá sensaciones gratificantes y placenteras que provocarán en él la futura búsqueda de esas mismas sensaciones. Esto desencadenará conductas de autoadministración y búsqueda irrefrenable que dificultarán la abstinencia.

Además, ante la abstención de consumo derivarán sensaciones desagradables, como ansiedad, depresión, insomnio... que harán aún más difícil el abandono del consumo de esta sustancia. Si mediante la administración de la droga recibimos sensaciones positivas que actúan como reforzadores positivos, pero cuando dejamos de administrar esta sustancia, al principio solo obtendremos sensaciones negativas (reforzadores negativos), resultará muy complicado abandonar las costumbres de consumo.

Hay que tener también en cuenta que la existencia de problemas psicopatológicos previos, como pueden ser el consumo de otras sustancias (alcohol o cannabis), o trastornos como la depresión o el TDAH, actuarán como precipitantes del consumo. No solo el consumo provoca problemas psicopatológicos, sino que, a veces, son los problemas psicopatológicos previos los que predisponen y suponen el inicio del consumo de sustancias.

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos

En referencia a la depresión, sabemos que los individuos presentarán condiciones muy heterogéneas del trastorno, lo que dificultará el diagnóstico y el tratamiento. A su vez, los síntomas que padecen los individuos en función del género o del rango de edad, son muy distintos, por lo que se requerirá de un análisis y un diagnóstico muy individualizado.

También es importante tener en cuenta que los individuos que padecen depresión creen necesitar más atención médica, hacen mayor uso de las instalaciones hospitalarias y son más partidarios a ser hospitalizados, igual que les ocurre a los sujetos adictos a la cocaína, pudiendo desarrollar otro tipo de patologías como infartos, enfermedades cardiovasculares e hipertensión y siendo más propensos al uso y abuso de sustancias no prescritas.

Los trastornos más relacionados y desencadenados por el uso de sustancias son los trastornos del eje I, como son los trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo o trastornos disociativos, excluyendo los trastornos de personalidad. Además, serán los trastornos de este eje los que dificulten el tratamiento de abuso de sustancias, convirtiendo esta problemática en un ciclo sin fin de desarrollo de la patología – dificultad de tratamiento. Los trastornos de este eje más desarrollados por los pacientes consumidores de cocaína son los trastornos del estado del ánimo, entre ellos, la depresión.

Por otro lado, los sujetos que padecen depresión mayor comórbida con el trastorno por abuso de sustancias son los que presentan peor funcionamiento psicosocial, teniendo menor confianza en su capacidad de mantener la abstinencia, peor apoyo social percibido, peor funcionamiento social general y encontrando más aspectos positivos en el consumo.

Teniendo en cuenta todo lo descrito anteriormente, la depresión y el trastorno por abuso de sustancias, concretamente, la cocaína, poseen muchas características y muchos síntomas comunes. Los pacientes con depresión mayor comórbida y trastorno por abuso

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos de cocaína tienen peor funcionamiento social, presentan problemas más graves con respecto a la adicción y confían o consiguen menos la abstinencia. Por esto es de especial relevancia el análisis de las características psicopatológicas de los consumidores de cocaína, requiriendo un tratamiento más especializado debido a la comorbilidad de trastornos. En la prevención de recaídas y tratamiento de los trastornos, el psicoterapeuta deberá plantear estrategias de intervención que actúen tanto sobre las actitudes de los sujetos, como del contexto sociocultural en el que se desenvuelvan, favoreciendo valores y estrategias de afrontamiento que les alejen del consumo, desvalorizando la visión que tengan sobre la sustancia e intentando apoyar y mejorar la situación social del individuo.

Concluyendo y tras el análisis de toda la información podemos afirmar que el abuso de cocaína y la depresión, son trastornos con muchos puntos comunes. La baja autoestima, el bajo apoyo social percibido, las estrategias de afrontamiento pobres y la mala estabilidad emocional, son factores comunes en ambos. Por otro lado, los problemas relacionados con la situación socioeconómica pueden provocar que se desencadene cualquiera de los dos trastornos. Es por ello por lo que considero que la relación entre ellos es bidireccional. Una mala situación social o económica, puede desencadenar una depresión que lleve al sujeto a consumir cocaína en busca de sensaciones gratificantes y placenteras, al igual que, una adicción a la cocaína podrá provocar una depresión en el sujeto, debido a los bucles de no productividad, al aislamiento o marginación social y a las sensaciones de necesidad de consumo provocados por la cocaína. Un trastorno se retroalimenta con el otro, haciendo del bucle consumo – síntomas depresivos una combinación fatal y estrechamente relacionada.

Aunque bien es verdad que existen diversos factores de riesgo, tipos de personalidad y contextos que facilitan la iniciación y el mantenimiento del consumo de cocaína, tras la lectura y el análisis de diversos artículos científicos, la búsqueda de información e incluso

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos
la observación en distintas personas con estos trastornos comórbidos, personalmente pienso que es realmente este consumo lo que hace variar la personalidad de los individuos, provocando el desarrollo de patologías distintas al trastorno por abuso de sustancias, concretamente, la depresión.

4. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que he llegado tras la lectura y el análisis de toda la información son las siguientes:

La adicción a la cocaína y la depresión tienen síntomas, factores de riesgo y factores de protección muy similares, provocando debilitamiento del sujeto en las mismas áreas conductuales y psicológicas y pudiendo desencadenarse ante las mismas situaciones socioeconómicas y psicopatológicas.

Además de la gran comorbilidad existente entre los dos trastornos, la manera en la que uno puede desencadenar al otro se produce de forma bidireccional. Una adicción a la cocaína podría derivar en un trastorno depresivo, al igual que, el hecho de padecer depresión puede provocar que se empiece a consumir cocaína.

El estudio y la consideración de todo lo descrito anteriormente, puede resultar de gran utilidad en el tratamiento de los pacientes con estas dos patologías, ya que nos permitirá desarrollar planes de intervención más específicos, centrados sobre los síntomas, sus desencadenantes y su tratamiento de manera más completa y eficaz.

5. PROSPECTIVA

De cara al futuro, y en general, sería conveniente seguir investigando en este campo, tanto sobre la relación entre los dos trastornos como sobre el planteamiento de estrategias de intervención en vistas a la futura aplicación en pacientes con esta patología dual.

Más específicamente:

- Para el análisis de los síntomas y los factores de riesgo producidos por la adicción a la cocaína, convendría realizar más estudios, con muestras numerosas y suficientes, para poder sacar conclusiones aplicables a esta población.
- Un estudio más profundo de la comorbilidad existente entre la adicción a la cocaína y la depresión y la manera en la que se relacionan y se provocan entre sí.
- El diseño de programas de intervención útiles para el tratamiento de este tipo de pacientes que actúe e intervenga conjuntamente sobre las dos patologías.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babin, F. (2013). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(3), 121–128. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.09.002>
- Cáceres, C. F., León, L. M. L., de la Torre, Ó. L., ProQuest, & de la Torre, Ó. L. (2016). *Cerebro y sustancias psicoactivas*. Centros de Integración Juvenil. Drogas, España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, & España Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., & Brugal, M. T. (2008). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*, 103(2), 284–293. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02076.x>
- Howe, L. K., Fisher, L. R., Atkinson, E. A., & Finn, P. R. (2021). Symptoms of anxiety, depression, and borderline personality in alcohol use disorder with and without comorbid substance use disorder. *Alcohol*, 90, 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2020.11.002>
- Leventhal, A. M., Mooney, M. E., DeLaune, K. A., & Schmitz, J. M. (2006). Using Addiction Severity Profiles to Differentiate Cocaine-Dependent Patients with and without Comorbid Major Depression. *American Journal on Addictions*, 15(5), 362–369. <https://doi.org/10.1080/10550490600860148>
- López Durán, A., & Becoña Iglesias, E. (2009). Psychological perspective of cocaine consumption. *Papeles del psicólogo*, 30(2), 125–134.

- McLaughlin, K. A. (2011). The Public Health Impact of Major Depression: A Call for Interdisciplinary Prevention Efforts. *Prevention Science, 12*(4), 361–371. <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0231-8>
- O'Malley, G. F., & O'Malley, R. (2020). *Cocaína*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/temas-especiales/drogas-recreativas-y-t%C3%B3xicas/coca%C3%ADna>
- Saiz Galdós, J. (2008). Psicología Social de la Salud sobre el consumo adictivo de cocaína: un modelo psicosocial sintético. *Intervención Psicosocial, 17*(1). <https://doi.org/10.4321/s1132-05592008000100006>
- Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rothfleisch, J. M., Bailey, S. E., Sayre, S. L., & Grabowski, J. (2000). Cocaine dependence with and without comorbid depression: a comparison of patient characteristics. *Drug and Alcohol Dependence, 60*(2), 189–198. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(99\)00157-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(99)00157-x)
- Tavares Pinheiro, R., Vieira Da Silva Magalhaes, P., Veiga Wagner, A., Tavares Pinheiro, K. A., Azevedo Da Silva, R., & Dias Mattos Souza, L. (2008). Psicopatología de pacientes dependientes de cocaína en una comunidad terapéutica. *Adicciones, 20*(1), 73. <https://doi.org/10.20882/adicciones.291>
- Thompson, K. N., Hübel, C., Cheesman, R., Adey, B. N., Armour, C., Davies, M. R., Hotopf, M., Jones, I. R., Kalsi, G., McIntosh, A. M., Monssen, D., Peel, A. J., Rogers, H. C., Skelton, M., Smith, D. J., Walters, J. T. R., Breen, G., & Eley, T. C. (2021). Age and sex-related variability in the presentation of generalized anxiety and depression symptoms. *Depression and Anxiety, 38*(10), 1054–1065. <https://doi.org/10.1002/da.23213>
- United Nations International Drug Control Programme. (1997). *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking*. United Nations International Drug Control Programme.

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre
trastornos
Urigüen, L. & Callado, L. F. (2010). Cocaína y cerebro. *Trastornos adictivos*, 12(4), 129-
134. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(10\)70025-8](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(10)70025-8)

ANEXOS

ANEXO I: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS: EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, TRASTORNO DEPRESIVO INDUCIDO POR SUSTANCIAS Y DISTIMIA.

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor DSM-V

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos

(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.'

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo persistente (distimia) DSM-V

300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

(1) Poco apetito o sobrealimentación.

- (2) Insomnio o hipersomnias.
- (3) Poca energía o fatiga.
- (4) Baja autoestima.
- (5) Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- (6) Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento DSM-V

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

(1) Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

(2) La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos depresivos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter en 4a posición es "1", y el clínico registrará "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes de trastorno depresivo inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por una sustancia, el carácter en 4a posición es "2", y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de esa sustancia. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p. ej., después de un consumo importante

Síntomas depresivos en pacientes dependientes a la cocaína y comorbilidad entre trastornos (dependiente de la sustancia), el carácter en 4a posición es "9", y el clínico sólo hará constar el trastorno depresivo inducido por sustancias.

| | CIE-9-MC | CIE-10-MC | | |
|--|----------|--------------------------------|--|---------------------------|
| | | Con trastorno por consumo leve | Con trastorno por consumo moderado o grave | Sin trastorno por consumo |
| Alcohol | 291.89 | F10.14 | F10.24 | F10.94 |
| Fenciclidina | 292.84 | F16.14 | F16.24 | F16.94 |
| Otro alucinógeno | 292.84 | F16.14 | F16.24 | F16.94 |
| Inhalante | 292.84 | F18.14 | F18.24 | F18.94 |
| Opiáceo | 292.84 | F11.14 | F11.24 | F11.94 |
| Sedante, hipnótico o ansiolítico | 292.84 | F13.14 | F13.24 | F13.94 |
| Anfetamina (u otro estimulante) | 292.84 | F15.14 | F15.24 | F15.94 |
| Cocaína | 292.84 | F14.14 | F14.24 | F14.94 |
| Otra sustancia (o sustancia desconocida) | 292.84 | F19.14 | F19.24 | F19.94 |