

TESI DOCTORAL

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona

Facultat de Medicina
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal
Doctorat en Psicologia i Psiquiatria Mèdica

**Diagnòstic i implicacions de la comorbiditat
psiquiàtrica en la qualitat de vida, la gravetat de
l'addicció i les complicacions mèdiques en
pacients dependents de substàncies**

Tesi realitzada per:
Mònica Astals Vizcaino

Dirigida per:
Dra. Marta Torrens Melich

Barcelona, Setembre 2009

Diagnòstic i implicacions de la comorbiditat psiquiàtrica en la qualitat de vida,
la gravetat de l'addicció i les complicacions mèdiques en pacients dependents de substàncies



Universitat Autònoma de Barcelona

TESI DOCTORAL

Facultat de Medicina,
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Programa de Doctorat de Psiquiatria i Psicologia Mèdica

Diagnòstic i implicacions de la comorbiditat psiquiàtrica en la qualitat de vida, la gravetat de l'addicció i les complicacions mèdiques en pacients dependents de substàncies

Tesi presentada per Mònica Astals Vizcaino
per a optar al títol de Doctora en Psicologia
per la Universitat Autònoma de Barcelona.
Treball realitzat sota la direcció de la Dra. M. Torrens Melich,
en l'Institut d'Atenció Psiquiàtrica, Salut Mental i Addiccions.
IAPS-IMAS, Hospital del Mar.

Vist i plau de la Directora de la tesi
Dra. M. Torrens Melich

A la Marta, per tots els anys d'amistat i treball plegades, per compartir la seva saviesa, per la seva tenacitat i actitud sempre engrescadora

Als companys de feina, per la comprensió i la col·laboració durant tot el treball, per fer més lleuger el dia a dia

Als professionals que han participat en els treballs que es presenten, per la seva implicació i compromís en cada un d'ells

A tots els pacients, per deixar-nos el seu temps. Sense ell, aquest treball no existiria

Als meus pares, per tot el que m'han ensenyat, per la seva confiança en tantes coses

Als meus germans, per la vida compartida

Al Carles, pacient i incondicional

Al Miquel Àngel, per l'ajuda i empenta finals

A tots els meus amics i companys d'aquest llarg viatge, per totes les estones per estar plegats robades

Índex

1. Introducció

1.1	Objectius i estructura de la tesi	2
1.2	Comorbiditat psiquiàtrica en consumidors de substàncies d'abús	4
1.2.1	Concepte de comorbiditat psiquiàtrica en consumidors de substàncies	4
1.2.2	Fonaments del diagnòstic psiquiàtric	4
1.2.2.1	La fiabilitat	5
1.2.2.2	La validesa	6
1.2.3	Aproximació al diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica	7
1.2.3.1	Línies de futur en els diagnòstics del DSM-V	10
1.2.4	Instruments d'avaluació	12
1.2.4.1	Entrevistes estructurades	13
1.2.4.2	Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders: PRISM	14
1.2.4.2.1	Estudi de la fiabilitat i validació de la PRISM	16
1.3	Epidemiologia de la comorbiditat psiquiàtrica en consumidors de substàncies d'abús	20
1.3.1	Aspectes generals	20
1.3.2	Estudis en població general	21
1.3.3	Estudis en pacients ingressats en Unitats de Desintoxicació Hospitalàries	25
1.3.4	Estudis en dependents d'opiacis que inicien un tractament de manteniment amb metadona	28
1.4	Qualitat de vida en consumidors de substàncies d'abús	32
1.4.1	Concepte i mesures de qualitat de vida	32
1.4.2	Qualitat de vida i dependència d'opiacis	33

2. Prevalença de comorbiditat psiquiàtrica i implicacions vers el tractament en pacients que ingressen per a desintoxicació en una Unitat de Desintoxicació Hospitalària

2.1 Dual diagnosis in an Inpatient Drug-Abuse Detoxification Unit 36

3. Prevalença de comorbiditat psiquiàtrica i la seva repercussió en la qualitat de vida en una mostra de pacients dependents d'opiacis que inicien un programa de manteniment amb metadona

3.1 Impact of Substance Dependence and Dual Diagnosis on the Quality of Life of Heroin Users Seeking Treatment 48

4. Discussió

4.1 Prevalença de comorbiditat psiquiàtrica i implicacions vers el tractament en pacients que ingressen per a desintoxicació en una Unitat de Desintoxicació Hospitalària 72

4.2 Prevalença de comorbiditat psiquiàtrica i repercussió en la qualitat de vida en pacients dependents d'opiacis que inicien un tractament de manteniment amb metadona 75

4.3 Discussió global 77

4.3.1 Prevalença de comorbiditat psiquiàtrica en pacients dependents de substàncies hospitalitzats per a desintoxicació i dependents d'opiacis en tractament de manteniment en metadona 77

4.3.2 Repercussió de la comorbiditat psiquiàtrica en consumidors de substàncies en tractament 81

5. Conclusions 83

6. Limitacions 88

7. Referències 89

8. Annex

Annex 1: The American Journal of Psychiatry, 2004; 161: 1231-1237 . . . 106

Annex 2: Torrens Melich, M.; Astals Vizcaino, M.; Castillo Buenaventura, C. 2006. Diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica. En Tratado SET de los Trastornos Adictivos (p. 341-346). Madrid: Ed Médica Paramericana. . . 114

CAPÍTOL 1

Introducció

1.1 OBJECTIUS I ESTRUCTURA DE LA TESI

Els objectius de la tesi presentada sorgeixen dins el marc de dues de les principals línies de recerca del Grup de Recerca en Trastorns per Ús de Substàncies de l'Institut d'Atenció Psiquiàtrica, Salut Mental i Addiccions: 1) Estudi de l'eficàcia/efectivitat de diferents tractaments pels trastorns per ús de substàncies (TUS), (desintoxicació, tractaments substitutius...) i 2) Estudi d'altres patologies psiquiàtriques no per ús de substàncies (No-TUS) en els consumidors de substàncies d'abús (desenvolupament d'instruments diagnòstics, prevalença en diferents poblacions de consumidors, repercussió en diferents aspectes de la malaltia addictiva com la qualitat de vida, la resposta al tractament, factors genètics...).

En concret, en la línia de la comorbiditat psiquiàtrica, prèviament es va realitzar la traducció i validació de l'instrument adequat per a fer el diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica en consumidors de substàncies d'abús. En aquest sentit, es va traduir i validar la versió espanyola de L'Entrevista Psiquiàtrica de Recerca per als Trastorns Mentals i de Substàncies (Psychiatric Research Interview for Mental and Substance Disorders, PRISM) (Hasin i cols., 1996) (Torrens i cols., 2004) (annex). Els resultats demostraren que és un instrument vàlid i fiable per al diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica en subjectes consumidors de substàncies.

Els **objectius generals** de la tesi han estat determinar la prevalença de trastorns psiquiàtrics TUS i No-TUS en subjectes amb dependència de substàncies i valorar diferents aspectes de les implicacions de la comorbiditat psiquiàtrica en aquests pacients.

Els **objectius específics** han estat:

1) estudiar la prevalença de la comorbiditat psiquiàtrica en pacients que ingressen en una Unitat de Desintoxicació Hospitalària (UDH).

2) estudiar la repercussió de la comorbiditat psiquiàtrica en la gravetat de l'addicció, les complicacions mèdiques i en l'evolució de l'ingrés dels pacients que realitzen una desintoxicació hospitalària.

3) estudiar la prevalença de comorbiditat psiquiàtrica en pacients dependents d'opiacis que inicien un tractament de manteniment amb metadona (TMM).

4) estudiar les implicacions de la comorbiditat psiquiàtrica en la qualitat de vida dels pacients que inicien un TMM.

D'acord amb els objectius específics, el present treball s'ha estructurat en 5 capítols:

El **primer** capítol és una introducció general en la que s'ha realitzat una revisió de la situació en l'actualitat.

El **segon** capítol presenta l'estudi de la prevalença i les implicacions de la comorbiditat psiquiàtrica en subjectes que ingressen per a desintoxicació en una UDH, publicat amb el títol: "Dual diagnosis in an Inpatient Drug-Abuse Detoxification Unit" a European Addiction Research 2007; 13:192-200.

El **tercer** capítol és l'estudi de la prevalença de comorbiditat psiquiàtrica i la seva repercussió en la qualitat de vida en una mostra de subjectes dependents d'opiacis que inicien un TMM, publicat amb el títol "Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment" a Substance Use and Misuse 2008; 43: 612-632.

El **quart** capítol és la discussió dels treballs presentats.

El **cinquè** capítol són les conclusions.

El **sisè** capítol són les limitacions.

Finalment s'adjunta l'annex.

1.2 COMORBIDITAT PSIQUIÀTRICA EN CONSUMIDORS DE SUBSTÀNCIES D'ABÚS

1.2.1 Concepte de comorbiditat psiquiàtrica en consumidors de substàncies

Entenem per comorbiditat psiquiàtrica (o patologia dual) la coexistència en un mateix pacient de, com a mínim, un TUS i un o més trastorns psiquiàtrics No-TUS (Petitjean, 2005; Torrens, 2008).

S'ha demostrat que la coexistència d'ambdós trastorns (TUS i No-TUS) implica una major gravetat clínica i social en aquestes persones. A nivell clínic, es caracteritzen per realitzar major nombre d'ingressos hospitalaris (Lambert i cols., 2003), major ús dels serveis d'urgències (Curran i cols., 2003; Martín-Santos i cols., 2006), presentar més comorbiditat mèdica (principalment major risc d'infeccions pel VIH i VHC) (King i cols., 2000; Carey i cols., 2001; Rosenberg i cols., 2001) i tenir major ideació o conducta suïcida (Oyefeso i cols., 1999; Appleby, 2000; Aharonovih i cols., 2002). A nivell social, són subjectes que habitualment presenten majors taxes d'atur, més conductes violentes o criminals, més inestabilitat familiar i marginació social (Abram i Teplin, 1991; Cuffel i cols., 1994; Caton i cols., 1994; Vázquez i cols., 1997). Finalment, presenten baixa adherència als tractaments (Owen i cols., 1996; Kamali i cols., 2001), pitjor resposta als tractaments farmacològics (Carey i cols., 1991; Hunt i cols., 2002; Nunes i Levin, 2004; Torrens i cols., 2005) i majors dificultats d'accés a la xarxa assistencial.

En conseqüència, els subjectes amb comorbiditat psiquiàtrica, representen un repte terapèutic tant pels clínics com per als sistemes sanitaris els quals han de donar cobertura a pacients usuaris de dues xarxes assistencials diferenciades: la xarxa de salut mental i la xarxa d'addiccions.

1.2.2 Fonaments del diagnòstic psiquiàtric

Un dels aspectes fonamentals del diagnòstic d'una malaltia és la seva fiabilitat i validesa. Els esforços invertits per a la identificació vàlida i fiable d'un altre trastorn psiquiàtric concomitant a l'ús de substàncies representa un repte major per a clínics i investigadors. Aquest fet és degut, principalment, a dos problemes. D'una banda, el fet que els efectes aguts i crònics de les

substàncies sobre els sistema nerviós central simulen símptomes de molts dels trastorns mentals, limitant la diferenciació entre els símptomes psicopatològics dels efectes aguts del consum o de l'abstinència de la substància, dels propis d'un trastorn psiquiàtric independent. D'altra banda, el fet que els trastorns psiquiàtrics són més "síndromes" que "malalties" amb una fisiopatologia coneguda i uns marcadors biològics clars que permetin emprar-los com a "patró or" a l'hora de validar diagnòstics. Aquesta manca d'uns marcadors biològics clars ha obligat als clínics a, d'una banda, desenvolupar criteris diagnòstics operatius, entre ells el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM) (APA, 1980, 1987, 1994, 2000) i la Classificació Internacional de les Malalties (CIE) (OMS, 1992) i, d'altra banda, a dissenyar entrevistes clíniques estructurades amb l'objectiu d'incrementar la fiabilitat i la validesa dels diagnòstics psiquiàtrics (Torrens i cols., 2006).

1.2.2.1 La fiabilitat

El concepte de fiabilitat d'un instrument de mesura indica l'estabilitat dels resultats quan es repeteix el procés d'avaluació en condicions similars (Bulbena i cols., 2000). Existeixen diferents tipus de fiabilitat.

L'objectiu de la "fiabilitat interna" és el d'avaluar l'estabilitat de les puntuacions entre els diferents elements que componen l'instrument de mesura. La "fiabilitat interna" es mesura amb l'estadístic alfa de Cronbach. Els valors van de 0 a 1. Valors iguals o superiors a 0,70 indiquen una fiabilitat acceptable.

La "fiabilitat test retest" avalua l'estabilitat temporal de les mesures de l'instrument sempre i quan les condicions d'avaluació o el concepte mesurat no variïn. Existeixen diferents estadístics per a mesurar el grau de "fiabilitat test-retest": 1) el coeficient de correlació de Pearson (r); 2) el coeficient de correlació de Spearman (r_s); i 3) la correlació intraclasse. Al igual que en la "fiabilitat interna", els valors oscil·len de 0 a 1.

Finalment, la "fiabilitat inter examinadors" (o "fiabilitat entre observadors") té per objectiu avaluar l'estabilitat de la mesura o instrument quan el procés d'avaluació es realitza per diferents examinadors a un mateix pacient. L'índex kappa és l'estadístic clàssic per a mesurar la "fiabilitat inter examinadors". Oscil·la de -1 a 1. Un índex kappa d'1.0 indica un acord perfecte; un índex kappa major de 0.75 es considera un acord excel·lent; un índex kappa entre 0.40 i 0.75

és indicador d'un acord de regular a bo i un índex kappa menor de 0.40 indica un acord pobre. Es considera que un índex kappa de 0.60 és el mínim necessari, tant en investigació com en l'àmbit clínic, per a establir el diagnòstic d'una entitat. Cal tenir present que si un diagnòstic o un mètode diagnòstic no és fiable no hi haurà acord, entre investigadors o clínics independents, respecte quins pacients són candidats per a un determinat estudi o quins poden beneficiar-se d'un tractament concret.

Les fonts de confusió més importants que dificulten la fiabilitat d'un diagnòstic en psiquiatria són: 1) que el pacient doni una informació diferent a cada examinador; 2) que hi hagi discrepàncies en la recollida de la informació (els avaluadors recullen i empen informació diferent per a arribar a formular el diagnòstic); i 3) que existeixi discrepància en els criteris (els avaluadors empen diferents criteris diagnòstics). L'ús de criteris estàndard, basats en símptomes conductuals observables directament, i la seva incorporació en entrevistes estructurades ha contribuït a minimitzar les discrepàncies entre avaluadors a l'hora de realitzar un diagnòstic.

1.2.2.2 La validesa

El concepte validesa (en relació al diagnòstic), es refereix al grau en que els criteris o entitats diagnòstiques defineixen exactament allò que es proposen definir (Bulbena i cols., 2000).

En l'àmbit de la psicometria, el concepte de validesa fa referència al grau de bondat amb que un instrument mesura el concepte que es pretén avaluar. És a dir, el grau d'exactitud en que els instruments o criteris emprats en un procés diagnòstic permeten diferenciar entre la presència o no d'una malaltia, així com, establir diferències entre una malaltia i una altra. En el cas de la validesa, la pregunta a respondre seria: "l'instrument avalua verdaderament i inequívocament la condició per la qual ha estat dissenyat?".

Distingim entre 4 tipus de validesa.

La "validesa de contingut" intenta garantir que el test sigui una mostra adequada i representativa del contingut que aquest pretén mesurar.

La "validesa de constructe" té com a objectiu garantir l'existència d'un

constructe psicològic que doni coherència i significat a les puntuacions del test. Es mesura mitjançant els coeficients de correlació de Pearson (r) i/o Spearman (r_s).

La “validesa de criteri” fa referència a la comparació entre una situació mesurada i un estàndard anomenat criteri que és el que representa millor la situació. Aquest criteri o “gold standard” (patró or) és el patró de comparació de qualsevol mesura per a determinar si es vàlida o no. La validesa dels instruments diagnòstics i l'estàndard poden mesurar-se simultàniament (“validesa de criteri concurrent”) o en diferents moments (“validesa de criteri predictiva”). La finalitat és descriure en quina mesura un nou procediment d'avaluació produeix resultats similars als d'un procediment anterior més instaurat. La “validesa de criteri” es mesura mitjançant el test de Pearson i el resultat pot oscil·lar entre -1 i $+1$.

Per últim, la “validesa convergent i discriminant” es refereix, d'una banda, al grau d'acord entre varies mesures del mateix constructe obtingudes per diferents mètodes i, d'altra banda, al grau de diferenciació entre els diferents constructes. Es mesura mitjançant els coeficients de correlació.

1.2.3 Aproximació al diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica

Un dels principals problemes que presenten els subjectes amb TUS és la dificultat d'identificar, de forma vàlida i fiable, l'existència d'un trastorn psiquiàtric concomitant. Aquest és un desafiament especialment rellevant per diversos motius. D'una banda, per què els clínics necessiten disposar d'eines diagnòstiques acurades que els permeti detectar el moment òptim per iniciar un tractament específic per als trastorns psiquiàtrics en pacients consumidors de substàncies. D'altra banda, per a la seva rellevància en els estudis epidemiològics, de manera que la seva identificació permeti planificar i dissenyar els recursos assistencials necessaris per atendre a aquesta població. Finalment, és també pertinent disposar de criteris i instruments diagnòstics que facilitin la caracterització fenotípica d'aquests subjectes, per tal d'avançar en el coneixement dels factors etiopatogènics implicats tant en les addiccions com en els trastorns mentals.

Tradicionalment, els sistemes diagnòstics emprats per al diagnòstic de trastorns psiquiàtrics, no han incorporat guies específiques que ajudin als

clínic a realitzar el diagnòstic d'un altre trastorn psiquiàtric en subjectes amb un trastorn per ús de substàncies. En conseqüència, al llarg de les darreres dècades, les aproximacions al diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica ha anat canviant i evolucionant des dels criteris de Feighner (1972) fins als criteris del DSM-IV (APA, 1994) i el DSM-IV-Text Revision (APA, 2000) actuals en els quals ja apareixen conceptes i guies molt més específiques per a realitzar el diagnòstic de la patologia dual.

Feighner, l'any 1972, proposava la distinció entre trastorn "primari" o "secundari", com a relació causa-efecte, d'acord a l'edat d'inici de cada trastorn, de manera que anomenava "trastorn primari" al que, cronològicament, havia aparegut primer. Aquesta aproximació diagnòstica no diferenciava quan el segon trastorn era independent del primer així com tampoc permetia valorar quina era la relació entre ambdós trastorns. En aquest cas, i tenint present que els trastorns psiquiàtrics tendeixen a presentar unes edats d'inici diferenciades entre ells, els trastorns de la personalitat es considerarien "trastorns primaris" i altres trastorns, com els trastorns afectius, "trastorns secundaris".

Posteriorment, en els Research Diagnostic Criteria (RDC) (Spitzer i cols., 1978), DSM-III (APA, 1980) i DSM-III-R (APA, 1987), el diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica es basava fonamentalment en el criteri etiològic "orgànic" versus "no-orgànic". El terme "orgànic" procedia dels manuals clàssics de psicopatologia i feia referència a aquell trastorn causat per alguna condició física coneguda com una malaltia mèdica o neurològica o una toxina. Segons aquesta classificació, els trastorns psiquiàtrics d'etiologia orgànica no es consideraven trastorns independents. No obstant això, aquests sistemes diagnòstics no facilitaven criteris específics per a distingir entre trastorn "orgànic" i "no-orgànic". Aquesta manca d'especificitat té la seva rellevància en tant que el consum d'alcohol i altres substàncies ha augmentat entre els subjectes amb trastorns psiquiàtrics.

De la mateixa manera, segons els criteris DSM-III i DSM-III-R, es considerava com a trastorn psiquiàtric "no-orgànic" aquell que no tenia cap factor orgànic que es relacionés amb la seva aparició o el seu manteniment. Aquesta aproximació tampoc ofería guies ni criteris específics als clínics per a realitzar el diagnòstic psiquiàtric.

En conseqüència, els estudis portats a terme utilitzant els criteris RDC, DSM-III i DSM-III-R, inclòs aquells en que s'han emprat les entrevistes diagnòstiques estructurades adequades com la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version (SADS-L) (Endicott i Spitzer, 1978), la Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins i cols., 1981) i la Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (Spitzer i cols., 1992), han mostrat escassa fiabilitat i validesa en bona part dels diagnòstics psiquiàtrics, principalment en els trastorns afectius i els d'ansietat, quan es valoraven subjectes amb TUS (Rounsaville i cols., 1991; Williams i cols., 1992; Bryant i cols., 1992; Ross i cols., 1995; Kadden i cols., 1995; Kranzler i cols., 1996; 1997).

En resposta a la creixent rellevància de la comorbiditat psiquiàtrica entre consumidors de substàncies, tant els criteris DSM-IV (APA, 1994) com els CIE-10 (OMS, 1992) han proposat canvis en els seus criteris diagnòstics, substituint la dicotomia "orgànic" versus "no orgànic" per altres categories diagnòstiques, amb la finalitat d'obtenir un diagnòstic més precís.

El DSM-IV (APA, 1994) proposa la distinció entre tres noves categories. En primer lloc, el "trastorn primari" el qual fa referència a aquells trastorns que no estan relacionats amb els efectes fisiològics directes de la substància (no són induïts per la substància) ni deguts a una malaltia mèdica; en segon lloc, els "efectes esperats", fa referència als símptomes fisiològics habituals que apareixen durant l'abús o la dependència d'una substància; i finalment, el "trastorn induït per substàncies" quan: 1) el subjecte compleix tots els criteris DSM-IV per aquell diagnòstic; 2) l'episodi apareix durant un període d'intoxicació o durant les 4 setmanes posteriors a l'inici de l'abstinència; i 3) els símptomes són considerats com excessius en relació als esperats en un quadre d'intoxicació o abstinència de la substància. La publicació de l'edició revisada del DSM-IV (DSM-IV-TR, 2000), ha contribuït a augmentar la diferenciació dels diagnòstics concomitants a l'ús de substàncies mitjançant la oferta de guies encara més específiques.

Els criteris proposats per la OMS (CIE-10, 1992) permeten la distinció entre "trastorn primari" i "trastorn secundari a l'ús de substàncies", però aquest últim únicament aplicable al cas dels trastorns psicòtics. De la mateixa manera que en el DSM-IV, en els criteris de la CIE-10 (1992) els trastorns psicòtics induïts per substàncies no es consideren trastorns primaris.

Per contra, a diferència del DSM-IV, els criteris CIE-10 no contemplen com una categoria diferenciada els “efectes esperats” de la substància.

Segons aquesta classificació diagnòstica, la categoria “trastorn mental orgànic” no inclou els trastorns relacionats amb el consum d’alcohol i altres substàncies. Per tant, no pot emprar-se la categoria trastorn afectiu orgànic o trastorn delirant orgànic quan l’episodi apareix o és concomitant a un període de consum elevat de la substància.

1.2.3.1 Línies de futur en els diagnòstics del DSM-V

Els nous conceptes aportats en la quarta edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, 1994) que permeten la distinció entre “trastorns primaris”, “efectes esperats” i “trastorns induïts per substàncies”, varen significar un avanç indiscutible per al diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica. Des d’aleshores s’ha comprovat que aquests canvis aportaren als clínics guies més clares per a diferenciar quan un trastorn mental podia ser considerat totalment independent del consum de substàncies.

La categoria “trastorn induït per substàncies” ha evidenciat que alguns dels síndromes psiquiàtrics, que esdevenen únicament durant el consum de substàncies, tenen les seves implicacions en tant que requereixen d’una atenció i tractament específics. Tanmateix, la definició del concepte “trastorn primari” ha demostrat tenir una base empírica en estudis de tractament i estudis longitudinals, així com també probables implicacions en el pronòstic i el tractament.

Tenint en compte els fonaments teòrics i l’evidència acumulada respecte el diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica des de la implementació dels criteris del DSM-IV, Nunes i Rounsaville (2006) proposen que una de les línies de recerca del proper DSM-V s’hauria de focalitzar en l’obtenció de criteris diagnòstics més precisos. En aquest sentit, algunes de les consideracions que plantegen per tal d’incrementar la precisió dels criteris diagnòstics són:

- 1) Revisar els criteris que fan referència a l’aparició (temporal) dels símptomes psiquiàtrics i els de l’ús de substàncies.

- 2) Millorar els criteris de gravetat dels símptomes.
- 3) Clarificar quan una síndrome psiquiàtrica concomitant ha de complir tots els criteris per a ser classificat com a "induit per substàncies".
- 4) Redefinir la categoria que fa referència als símptomes que excedeixen els efectes esperats de la substància.

A més a més, proposen canviar el terme "trastorn primari" pel terme "trastorn independent" amb l'objectiu d'emfatitzar la no relació causal ni temporal entre els diferents trastorns. També s'ha plantejat la red denominació de la categoria "trastorn induït" per aquesta altra de "trastorn relacionat amb la substància" per tal de destacar la relació directa entre el consum i l'aparició del quadre psicopatològic.

El descobriment d'uns marcadors biològics clars que ajudin a validar els criteris emprats per definir i diferenciar les condicions independent versus induït, suposa un dels reptes actuals per tal de seguir avançant en la caracterització nosològica dels símptomes psicopatològics i el consum de substàncies.

A banda de les classificacions categorials, com el DSM (APA, 1994) i la CIE-10 (OMS, 1992), existeixen mesures i sistemes dimensionals que tenen per objectiu recollir, valorar i mesurar els diferents graus de severitat que presenten els problemes avaluats. Aquestes mesures s'han comportat com a bons predictors tant dels resultats del tractament com de la retenció als programes de tractament.

Com a conseqüència d'aquests resultats, s'han proposat canvis en l'aproximació diagnòstica del DSM-V en el sentit de revisar i redefinir algunes de les classificacions diagnòstiques segons models dimensionals.

Segons Flynn i Barry (2008), els mateixos autors que han participat en l'elaboració del futur DSM-V, haurien de tenir presents enfocaments alternatius (dimensionals) per a la definició dels nous criteris d'avaluació diagnòstica. Aquests recollirien no només la presència de psicopatologia si no també la intensitat/gravetat del problema i altra simptomatologia associada. Aquest nou

enfoc més dimensional i progressiu del DSM-V permetria als clínics una visió més àmplia i dinàmica dels problemes avaluats al mateix temps que contribuiria a millorar els processos d'avaluació i diagnòstic.

1.2.4 Instruments d'avaluació

L'elecció de l'instrument d'avaluació dependrà de l'objectiu plantejat prèviament i del context on es realitzi l'avaluació. Distingim principalment entre:

a) Entrevistes clíniques no estructurades: emprades bàsicament en contextos clínics. L'objectiu és valorar el quadre clínic, la presència i la intensitat dels símptomes que manifesta un pacient en un moment determinat. Permet valorar i quantificar, si es repeteix l'avaluació en un període temporal determinat, si el quadre ha millorat o en què s'ha modificat en relació a l'inici del tractament, etc. Aquestes entrevistes estan formades per un llistat de preguntes que l'entrevistador ha de llegir textualment però, en aquest format, també es dóna l'opció a l'entrevistador de formular preguntes pròpies en funció de les respostes del subjecte. Aquests instruments permeten obtenir una informació més detallada del subjecte mitjançant el sondeig que va realitzant l'entrevistador a partir de la informació que va rebent del propi subjecte.

b) Entrevistes clíniques estructurades: emprades en contextos d'investigació i recerca. L'objectiu és el de recollir gran quantitat d'informació amb una bona fiabilitat. Tenen un format de guió, hi consten tant les preguntes com les diferents opcions de resposta, a escollir pel subjecte, i que l'entrevistador ha de llegir textualment. En funció de les respostes del subjecte, l'entrevistador pot anar avançant per les diferents caselles sense necessitat de llegir-les totes. Aquests instruments resulten més econòmics, i poden ser administrats per avaluadors entrenats però no experts. A més a més, proporcionen major consistència diagnòstica, aspecte que és metodològicament rellevant, en tant que minimitza la possibilitat d'errors en la distribució de la mostra vers les diverses condicions de l'estudi i augmenta la validesa dels resultats. Segons Samet i cols (2007), "en l'àmbit de la recerca, l'elecció d'un instrument adequat pot marcar la diferència entre resultats nuls o resultats significatius".

1.2.4.1 Entrevistes estructurades

A la Taula 1 es descriuen les característiques de les principals entrevistes d'avaluació estructurades de que es disposa actualment.

Taula 1. Principals entrevistes d'avaluació estructurades^a

Instrument	Críteris diagnòstics	Diagnòstics ^b	Període temporal avaluat	Temps administració	Entrenament
WMH-CIDI	DSM-IV/CIE-10	.DSM-IV Abús (A) i Dependència (D) Alcohol/altres substàncies .CIE-10 D Alcohol/altres substàncies .CIE-10 Ús perjudicial Alcohol/altres substàncies .DSM-IV/CIE-10 D Nicotina .DSM-IV/CIE-10 T Ansietat .DSM-IV/CIE-10 T Afectius .DSM-IV T Dèficit Atenció .DSM-IV/CIE-10 T Conducta .DSM-IV T Explosiu Intermitent .DSM-IV/CIE-10 Joc Patològic	Vida (abans dels darrers 12 mesos) Actual (darrers 12 mesos)	75 minuts	Audiovisual a casa (CD), 2,5 a 3 dies formació amb expert
SCID	DSM-IV	.A i D Alcohol/altres substàncies .T Ansietat, T Ansietat induït per substàncies (I-S) .T Afectius (T Distímic actual), T Afectiu I-S .T Estrés Agut .T Adepitalliu actual .T Personalitat (versió SCID Eix II) .T Psicòtic, T Psicòtic I-S .T Somatització actual	Vida Present	90 minuts	Manual, gravacions didàctiques (11 h), gravacions entrevistes, 1-2 dies formació expert, gravació vídeo final
AUDADIS	DSM-IV	.A i D Alcohol/altres substàncies .Ús i D Tabac .T Ansietat, T Ansietat I-S .T Afectius, T Afectius I-S .Joc Patològic .T Personalitat .Tractaments realitzats i H ^o Familiar (per cada diagnòstic)	Vida Actual	No es disposa d'informació	No disposa entrenament
PRISM	DSM-IV	.A i D Alcohol/altres substàncies D Nicotina .T Ansietat, T Pànic I-S, TAG I-S .T Afectius, T Afectius I-S .T Antisocial i Límit Personalitat .T Psicòtics, T Psicòtics I-S	Vida Actual Present	120 minuts	Manual, 2 dies formació expert, gravació vídeo final
SSADDA	DSM-IV	.A i D Alcohol/altres substàncies .T Antisocial Personalitat .T Dèficit Atenció i Hiperactivitat .T Depressió Major, T Bipolar .Joc Patològic .T estrés Post Traumàtic	Passat	No es disposa d'informació	Manual, 3 dies formació expert, gravació vídeo final

^aModificat de Samet i cols., 2007

^bInclou avaluació dels trastorns Eix I i II més habituals en els Trastorns per abús i dependència.

WMH-CIDI: World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (disponible versió informatitzada [VI]); SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV (disponible versió espanyola [VE] i VI); AUDADIS: Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule (disponible VE i VI); PRISM: Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (disponible VE i VI); SSADDA: Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism (disponible VI).

1.2.4.2 Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders: PRISM

La Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) ha estat creada amb l'objectiu de millorar la fiabilitat del diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica en subjectes consumidors de substàncies. Inicialment va ser dissenyada seguint els criteris DSM-III-R (Hasin i cols., 1996), i va mostrar una bona fiabilitat per a la majoria de diagnòstics. L'entrevista es va adaptar incorporant els nous criteris diagnòstics introduïts pel DSM-IV (Hasin i cols., 2006).

La PRISM és una entrevista estructurada dissenyada específicament per a diferenciar els trastorns mentals primaris dels trastorns induïts per substàncies i dels efectes esperats de la intoxicació i de l'abstinència en subjectes amb consum elevat d'alcohol i altres substàncies. Pot emprar-se tant en estudis clínics i de resposta terapèutica com en el seguiment dels subjectes en estudis longitudinals. El temps d'administració pot ser de fins a dues hores, tot i que la seva durada dependrà de la complexitat de la història de consum de substàncies i de la història psiquiàtrica del subjecte.

Les característiques més importants que fan de la PRISM un instrument específic per a l'estudi de la comorbiditat són:

1) Inclou pautes específiques de classificació durant l'entrevista: ajuden a determinar la freqüència i durada dels símptomes, criteris explícits d'exclusió i guies de resolució en cas de dubte.

2) Les seccions sobre alcohol i altres substàncies estan localitzades quasi bé a l'inici de la entrevista i prèviament a les seccions que avaluen els diagnòstics No-TUS. D'aquesta manera, el clínic té present la història de consum en tot moment mentre valora els trastorns psiquiàtrics.

3) Permet una anamnesis més estructurada del consum d'alcohol i altres substàncies, proporcionant un context més adequat per a l'avaluació de la comorbiditat psiquiàtrica.

La PRISM avalua vint trastorns de l'Eix I i dos trastorns de l'Eix II segons el DSM-IV:

1) Trastorns per ús de substàncies: abús i dependència de l'alcohol, la cocaïna, l'heroïna, el cànnabis, els al·lucinògens, els sedants, els estimulants i els opiàcis.

2) Trastorns afectius primaris (depressió major), episodi maníac (i trastorn bipolar I), trastorn afectiu amb símptomes psicòtics, episodi hipomaniac (i trastorn bipolar II), distímia i trastorn ciclotímic.

3) Trastorns d'ansietat primaris (trastorn pànic, fòbia simple, fòbia social, agorafòbia, trastorn obsessiu compulsiu, trastorn d'ansietat generalitzada i el trastorn per estrés post traumàtic).

4) Trastorns psicòtics primaris (esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn esquizoafectiu, trastorn delirant, trastorn psicòtic no especificat).

5) Trastorns de l'alimentació (anorèxia, bulímia i trastorn per farts).

6) Trastorns de la personalitat (antisocial i límit).

7) Trastorns induïts per substàncies (depressió major, mania, distímia, trastorns psicòtics, trastorn pànic i trastorn d'ansietat generalitzada).

Per tal de facilitar la recollida d'informació, l'entrevista s'estructura en diferents apartats. En primer lloc, recull la història clínica sobre els tractaments psiquiàtrics rebuts i el consum d'alcohol i altres substàncies. Tanmateix recull, mitjançant una taula temporal, els períodes de consum intens i d'abstinència de substàncies al llarg de la vida. A continuació, s'avaluen els diagnòstics de l'Eix I i l'Eix II en dos períodes temporals: actual (presència de símptomes i trastorns psiquiàtrics en els darrers 12 mesos) i previ (abans dels darrers 12 mesos). L'entrevista ajuda a determinar la relació temporal entre els símptomes psiquiàtrics i el consum de substàncies. També proporciona pautes que permeten diferenciar entre símptomes/trastorns induïts per la substància i símptomes/trastorns primaris.

Els conceptes diagnòstics operatius de la PRISM-IV són:

1) "Efectes esperats de la intoxicació i l'abstinència": fa referència als efectes fisiològics esperats de l'abús i la dependència de substàncies.

2) "Trastorn induït per substàncies": quan: 1) es compleixen tots els criteris per al trastorn segons el DSM-IV; 2) l'episodi apareix totalment durant un període de consum excessiu de la substància o durant les quatre setmanes posteriors a l'inici de l'abstinència; 3) la substància consumida és "rellevant" per al trastorn, és a dir, els seus efectes poden provocar símptomes que són idèntics als del trastorn que s'està avaluant; i 4) els símptomes són clarament excessius respecte als efectes esperats de la intoxicació i/o abstinència.

3) "Trastorn mental primari": quan l'episodi apareix durant un període d'abstinència o de consum ocasional de la substància. Segons la PRISM, aquests trastorns poden donar-se en tres circumstàncies diferents: 1) quan l'episodi es produeix al llarg d'un període d'abstinència sostingut o de consum ocasional de la substància; 2) quan l'episodi comença al menys 2 setmanes abans de l'inici d'un període de consum excessiu i, 3) quan l'episodi comença durant el consum excessiu de la substància i continua al menys durant quatre setmanes o més després d'haver finalitzat el consum.

1.2.4.2.1 Estudi de la fiabilitat i validació de la PRISM

En un primer estudi de test-retest portat a terme amb la primera versió de l'entrevista, basada en els criteris DSM-III-R, la PRISM va mostrar bona fiabilitat en el diagnòstic dels TUS, els trastorns afectius, els trastorns de l'alimentació, part dels trastorns d'ansietat i els símptomes psicòtics (Hasin i cols., 1996).

L'adaptació de la PRISM als canvis introduïts pel DSM-IV, va propiciar la realització d'un segon estudi de fiabilitat test retest amb 285 consumidors de substàncies amb l'entrevista revisada PRISM-IV (Hasin i cols., 2006). Els resultats de l'índex estadístic kappa van mostrar una correlació entre bona i excel·lent per als diagnòstics de trastorn depressiu major primari i trastorn depressiu major induït per substàncies, els trastorns psicòtics i els trastorns antisocial i límit de la personalitat. Es va detectar una fiabilitat pobre/baixa per al diagnòstic dels trastorns d'ansietat (Taula 2).

Taula 2. Fiabilitat diagnòstica entre els criteris DSM-IV i els diagnòstics actuals obtinguts mitjançant la PRISM-IV.

Diagnòstic	Kappa (DE)	Prevalença
		Avaluació 1/Avaluació 2
Trastorns Afectius		
Depressió major, primària	0.75 (0.06)	0.12/0.10
Depressió major, induïda	0.66 (0.09)	0.08/0.05
Qualsevol Depressió major, primària o induïda	0.69 (0.06)	0.20/0.15
Qualsevol Distímia, primària o induïda	0.36 (0.12)	0.05/0.04
Mania, induïda	1.00	
Mania, primària o induïda	0.67 (0.32)	0.004/0.01
Trastorns Psicòtics		
Esquizofrènia	0.86 (0.08)	0.04/0.04
Psicosis, primària	0.86 (0.08)	0.04/0.04
Psicosis, induïda	0.75 (0.17)	0.01/0.01
Psicosis, primària o induïda	0.83 (0.07)	0.06/0.05
Trastorns Ansietat		
Pànic, primari	0.56 (0.16)	0.02/0.02
Ansietat generalitzada, primària	0.24 (2.0)	0.02/0.01
Fòbia específica	0.31 (0.13)	0.03/0.05
Fòbia social	0.61 (0.10)	0.07/0.06
Obsessiu compulsiu	0.66 (0.18)	0.02/0.01
Estrés Post Traumàtic	0.44 (0.12)	0.05/0.04
Qualsevol trastorn ansietat, primari o induït	0.57 (0.07)	0.15/0.13
Trastorn personalitat		
Antisocial	0.69 (0.05)	0.23/0.20
Límit	0.67 (0.06)	0.21/0.18

Morgello i cols., l'any 2006, van portar a terme un estudi multicèntric amb 63 pacients infectats pel VIH en el qual van avaluar la fiabilitat test retest de la PRISM. En aquest cas, els autors únicament van valorar la fiabilitat test retest dels següents diagnòstics: a) els TUS; b) el trastorn depressiu major i, c) el trastorn depressiu major induït per substàncies. Els resultats de l'índex kappa varen mostrar una correlació de regular a bona per a la majoria de diagnòstics actuals i vida dels trastorns per abús o dependència de substàncies i el trastorn depressiu major. Per contra, la PRISM va mostrar una fiabilitat pobre tant per al diagnòstic dels trastorns actuals relacionats amb el cànnabis com per al diagnòstic actual i vida del trastorn depressiu induït per substàncies.

Torrens i cols. (2004), amb l'objectiu de validar la versió espanyola de la PRISM, portaren a terme un estudi de validació. En aquest cas es compararen els diagnòstics obtinguts mitjançant les entrevistes PRISM-IV i SCID-IV, en una mostra de subjectes amb diagnòstic dual, considerant com a "patró or" els diagnòstics obtinguts a través del mètode LEAD. Els resultats de l'estudi varen mostrar una bona correlació, mitjançant l'índex estadístic kappa, entre els diagnòstics següents obtinguts per mitjà de la PRISM-IV i el sistema LEAD: el trastorn depressiu major, el trastorn psicòtic induït per substàncies, els trastorns d'ansietat i els trastorns de la personalitat antisocial i límit.

L'estudi també es va emprar per a validar la versió espanyola de l'entrevista SCID-IV. El procediment utilitzat va ser el mateix que l'emprat per a la validació de la PRISM. En aquest cas, la validesa dels diagnòstics obtinguts amb la SCID-IV va ser significativament inferior a l'obtinguda mitjançant la PRISM per als diagnòstics de trastorn depressiu major, trastorn psicòtic induït per substàncies i trastorn de la personalitat límit (Taula 3).

Resumint, els resultats de l'estudi de Torrens i cols. (2004), conclouen que la PRISM és un instrument vàlid i fiable per al diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica en subjectes amb TUS.

Taula 3. Concordança diagnòstica dels trastorns psiquiàtrics comòrbids DSM-IV actuals i previs obtinguts per mitjà de les entrevistes PRISM-IV, SCID-IV i el mètode LEAD.

Trastorn	Diagnòstics actuals Concordança (kappa i 95% IC)		Diagnòstics previs Concordança (kappa i 95% IC)	
	PRISM-IV vs LEAD Kappa (95% IC)	SCID-IV vs LEAD Kappa (95% IC)	PRISM-IV vs LEAD Kappa (95% IC)	SCID-IV vs LEAD Kappa (95% IC)
Afectius				
Depressió Major	0.68 (0.47-0.89)*	0.28 (0.07-0.49)	0.66 (0.55-0.81)	0.54 (0.39-0.69)
Depressió Induïda	0.33 (0.07-0.59)	0.29 (0.00-0.63)	0.40 (0.14-0.66)*	0.08 (0.00-0.34)
Qualsevol Depressió (Major + Induïda)	0.56 (0.38-0.74)*	0.37 (0.18-0.56)	0.61 (0.46-0.76)	0.50 (0.34-0.66)
Qualsevol diagnòstic afectiu	0.53 (0.35-0.71)*	0.36 (0.18-0.54)	0.63 (0.49-0.77)	0.53 (0.38-0.68)
Psicosi				
Psicosi Induïda	-	-	0.68 (0.42-0.94)	0.60 (0.34-0.86)
Qualsevol diagnòstic psicòtic	0.85 (0.64-1.00)*	0.33 (0.02-0.60)	0.74 (0.52-0.96)*	0.60 (0.37-0.83)
Ansietat				
Pànic amb/sense Agorafòbia	0.81 (0.61-1.00)	0.76 (0.54-0.98)	0.74 (0.52-0.96)	0.70 (0.48-0.92)
Qualsevol diagnòstic ansietat	0.67 (0.49-0.85)	0.58 (0.37-0.79)	0.68 (0.50-0.86)	0.56 (0.36-0.76)
Personalitat				
Antisocial	0.66 (0.43-0.89)	0.40 (0.07-0.73)		
Límit	0.63 (0.38-0.88)*	0.32 (0.00-0.64)		

*"Prova bootstrap" no paramètrica, $p < 0.05$

1.3 EPIDEMIOLOGIA DE LA COMORBIDITAT PSIQUIÀTRICA EN CONSUMIDORS DE SUBSTÀNCIES D'ABÚS

1.3.1 Aspectes generals

En els darrers anys, la publicació de diversos estudis clínics i epidemiològics ha mostrat que les freqüències en la coexistència de TUS i No-TUS, tant entre mostres de subjectes consumidors de substàncies, com entre la població general, oscil·len del 6% al 86% (Craig i DiBuono., 1996; Brooner i cols., 1997; Kokkevi i cols., 1998; Pettinati i cols., 1999; Chen i cols., 1999; Havassy i cols., 2004; Krausz i cols., 2002; Compton i cols., 2003; Kidorf i cols., 2004; Flynn i Barry, 2008).

La gran variabilitat detectada en les prevalences obtingudes en els diversos estudis pot atribuir-se a diversos factors, entre els quals destaquen:

1) Factors relacionats amb la pròpia substància d'abús com són, d'una banda els seus efectes vers el sistema nerviós central (sedants, estimulants, al·lucinògens...) i, d'altra banda, la seva situació legal, els canvis en el consum en la població relacionats amb la disponibilitat i l'accessibilitat de la substància en l'entorn i les tendències temporals de consum en la societat en un moment determinat així com les polítiques terapèutiques respecte el tractament de les drogodependències o els programes de salut governamentals.

2) Factors relacionats amb els sistemes diagnòstics. Tal i com s'ha comentat prèviament, les variacions al llarg dels anys en els diferents sistemes diagnòstics ha comportat dificultats importants per a la detecció i la realització dels diagnòstics psiquiàtrics en pacients consumidors de substàncies.

3) Factors relacionats amb les mostres avaluades. Existeix una elevada heterogeneïtat derivada del context on s'avaluïn les persones: població general, mostres de pacients consumidors de substàncies en tractament o reclutats al carrer, o mostres de pacients amb trastorns psiquiàtrics.

4) Factors relacionats amb el recurs assistencial en el que són atesos: pacients de la xarxa d'addiccions (ingressats en unitats específiques de desintoxicació de substàncies, en centres de tractament ambulatoris,

programes lliures de drogues, etc.) o subjectes de la xarxa de salut mental (ingressats en unitats d'aguts, en centres ambulatoris de Salut Mental, etc.).

5) Factors relacionats amb variables mèdiques intercurrents. S'ha demostrat, per exemple, que la infecció pel VIH s'associa també a la presència de psicopatologia.

1.3.2. Estudis en població general

Els grans estudis epidemiològics portats a terme bàsicament als EEUU al llarg dels anys 90 són l'Epidemiological Catchment Area (ECA) (Regier i cols., 1990) i el National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler i cols., 1994, 1997). Recentment, s'han publicat els resultats del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) (Grant i cols., 2004) (Taula 4).

En l'estudi ECA (Regier i cols., 1990), els autors van detectar una prevalença vida de patologia dual del 32.7%. D'aquests, un 29% dels subjectes amb un trastorn mental No-TUS havia experimentat alguna vegada a la vida un TUS. D'aquests, el 22% eren trastorns relacionats amb l'alcohol i el 15% eren trastorns relacionats amb altres substàncies. Per contra, una tercera part dels subjectes amb un trastorn per ús d'alcohol (37%) havia tingut un altre trastorn No-TUS, i la meitat dels subjectes amb altres diagnòstics TUS (diferents de l'alcohol), havia experimentat un altre trastorn No-TUS. En el NCS (1994), van descriure unes taxes de prevalença vida de comorbiditat psiquiàtrica clarament superiors a les descrites en l'estudi ECA (1990) (79% versus 60%, respectivament). Una limitació d'aquests estudis és que ambdós es varen portar a terme amb criteris DSM-III-R, fent impossible la distinció entre trastorns primaris i trastorns induïts per substàncies.

L'any 2004, Grant i cols., publiquen els primers resultats de l'estudi NESARC, amb criteris DSM-IV, amb l'objectiu, en primer lloc, de valorar la prevalença de trastorns afectius i d'ansietat en la població general i, segon, diferenciar entre trastorns independents versus trastorns induïts per substàncies. Aquesta distinció representa una millora qualitativa respecte els dos estudis anteriors en relació a l'aproximació i la precisió dels diagnòstics psiquiàtrics.

En aquest treball es va trobar que aproximadament el 20% de la població general amb un TUS presentava al menys un trastorn afectiu i que el 18% un

trastorn d'ansietat induït per substàncies. En un estudi posterior amb la mateixa mostra (Stinson i cols., 2005), els autors publicaren les prevalences de trastorns de la personalitat, trastorns afectius i trastorns d'ansietat primaris detectades en tres grups de subjectes amb TUS: G1) TUS relacionat amb l'alcohol, G2) TUS relacionat amb altres substàncies i, G3) TUS relacionat amb alcohol i altres substàncies. Els resultats varen mostrar unes prevalences en els diagnòstics No-TUS clarament superiors en el G3 respecte els altres dos grups amb TUS. En aquest cas, els autors observaren que en el G3 el 51%, el 35% i el 27% presentava un diagnòstic comòrbid de trastorn de la personalitat, trastorn afectiu o d'ansietat, respectivament. Les prevalences detectades per aquests mateixos diagnòstics No-TUS foren del 25%, el 16% i el 16% en el grup G1 i del 44%, el 28% i el 24 % en el G2.

Taula 4. Prevalença de comorbiditat psiquiàtrica en població general.

Estudi	Regier i cols. (1990)		Kessler i cols. (1994)		Grant i cols. (2004)		ESEMed/MHEDEA (2004)		Rush i cols. (2008)	
	Actual (%)	Vida (%)	Actual (%)	Vida (%)	TUS ^a (%)	No-TUS ^b (%)	Actual (%)	Vida (%)	Actual (%)	Vida (%)
Tamany mostra (n)	20.291		8.098		43.093		21.425		36.984	
Instrument diagnòstic	DIS		CIDI		AUDADIS-IV		CIDI		CIDI	
Criteris diagnòstics	DSM-III-R		DSM-III-R		DSM-IV		DSM-IV		DSM-IV	
Prevalença	Actual (%)	Vida (%)	Actual (%)	Vida (%)	TUS ^a (%)	No-TUS ^b (%)	Actual (%)	Vida (%)	Actual (%)	Vida (%)
Algun diagnòstic TUS i No-TUS	20	33	30	48	-	-	10	25	-	-
Algun diagnòstic No-TUS	15	23	-	-	-	-	-	-	-	-
Algun diagnòstic TUS	6	17	11	27	-	-	-	-	-	3
Psicòtics	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Esquizofrènia	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Esquizofreniforme	0.1	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-
Afectius	6	8	11	19	9	9	4	14	5	5
Bipolar	1	1	-	-	2	2	-	-	-	-
Depressió Major	3	6	10	17	7	7	4	13	5	5
Distímia	3	3	3	6	2	2	1	4	-	-
Ansietat	9	15	17	25	11	11	6	14	5	5
T Pànic	1	2	2	4	-	-	1	2	2	2
T Pànic+Agorafòbia	0.2	1	-	-	1	1	-	-	-	-
T Pànic sense Agorafòbia	-	-	3	5	2	2	-	-	-	-
Agorafòbia	3	5	-	-	-	-	0.4	1	1	1
Fòbia Social	2	3	8	13	3	3	1	2	3	3
Fòbia Específica	6	10	9	11	7	7	4	8	-	-
T Ansietat Generalitzada	-	-	3	5	2	2	1	3	-	-
T Obsessiu Compulsiu	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-
T Antisocial Personalitat	1	3	-	4	-	-	-	-	-	-

^a població amb diagnòstic TUS; ^b població sense diagnòstic TUS

En els darrers anys s'han publicat els resultats d'altres estudis epidemiològics fora dels EEUU, amb criteris diagnòstics DSM-IV. L'ESEMeD/MHEDEA (2004) és el primer estudi epidemiològic portat a terme en territori europeu que posà de manifest la prevalença de trastorns psiquiàtrics en sis països del continent. En aquest cas només s'avaluaren els TUS relacionats amb el consum d'alcohol. Els autors trobaren que un 25% de la població havia patit, al llarg de la seva vida, al menys un diagnòstic psiquiàtric. Entre ells els tres diagnòstics més freqüents varen ser, en primer lloc, els trastorns afectius (14%), segon, els trastorns d'ansietat (13.6%) i, finalment, els trastorns relacionats amb l'alcohol (5.2%). En aquest cas, el gènere correlacionava amb una major presència de diagnòstics No-TUS en les dones. Per contra, els TUS relacionats amb l'alcohol varen ser més freqüents entre els homes.

Recentment, han aparegut els resultats del primer estudi epidemiològic portat a terme al Canadà amb la mostra del Canadian Community Health Survey (CCHS) (Rush i cols., 2008). L'estudi aporta informació sobre la prevalença de patologia dual actual (darrers 12 mesos) i avalua el consum problemàtic i la dependència en relació a l'alcohol i altres substàncies (excepte consum de substàncies sota prescripció mèdica, per exemple, opiàcis).

Respecte als diagnòstics No-TUS, tan sols avalua la presència de trastorns afectius i trastorns d'ansietat. Segons els resultats, la prevalença de comorbiditat psiquiàtrica durant els 12 mesos anteriors a l'estudi va ser del 1.7%. S'observà variabilitat en les prevalences detectades segons si s'avaluava la presència de diagnòstics TUS entre subjectes amb un diagnòstic No-TUS o a la inversa, presència de diagnòstics No-TUS entre consumidors de substàncies. En el primer cas, la prevalença total de comorbiditat psiquiàtrica en subjectes amb diagnòstic No-TUS, és del 21%. Entre ells, el 22% dels subjectes amb un trastorn afectiu, tenien un diagnòstic TUS, i el 21% dels subjectes amb un trastorn d'ansietat tenien al menys un diagnòstic TUS.

Al avaluar la presència de patologia dual entre els consumidors de substàncies, la prevalença total de comorbiditat psiquiàtrica és del 16%. Entre els consumidors de substàncies, les prevalences de trastorn afectiu i trastorn d'ansietat foren del 10.5% i el 9%, respectivament. En aquest cas, les diferències de gènere obtingudes, entre dones i homes, en les prevalences total (24% versus 13%), trastorns afectius (15.5% versus 8.7%) i trastorns d'ansietat (14% versus 7.2%), és congruent amb els resultats obtinguts en

estudis anteriors amb població general (ESEMeD/MHEDEA, 2004) i també amb poblacions consumidores de substàncies (Rodríguez-Llera, 2006).

Segons els resultats, la presència d'un diagnòstic TUS pot augmentar fins a 5 o 6 vegades la probabilitat de tenir un diagnòstic No-TUS entre els consumidors de substàncies. Els autors varen trobar que l'edat correlacionava amb la presència de patologia dual en el sentit que, a menor edat, major probabilitat d'experimentar comorbiditat psiquiàtrica. Els resultats obtinguts en l'estudi mostren una prevalença de comorbiditat psiquiàtrica global inferior a altres estudis epidemiològics. Aquestes baixes prevalences poden explicar-se pel fet que l'estudi no avaluava els trastorns mentals severos així com tampoc aquells trastorns habitualment més relacionats amb el consum de substàncies com són els trastorns de la personalitat o el trastorn per estrés post traumàtic (Rush i cols., 2008).

1.3.3 Estudis en pacients ingressats en Unitats de Desintoxicació Hospitalàries

El tractament de desintoxicació hospitalària és un dels abordatges per als consumidors de substàncies. Alguns estudis han demostrat que és especialment eficaç per alleugerir el quadre d'abstinència dels opiàcis en subjectes dependents d'aquesta substància i per prevenir les complicacions mèdiques que es deriven dels quadres d'abstinència de l'alcohol i els sedants. Per contra, els efectes descrits a llarg plaç de la desintoxicació hospitalària no són del tot encoratjadors (Carroll i cols., 2009). Està descrit que el 38% dels pacients que ingressen per fer una desintoxicació hospitalària no finalitzen el seu tractament, i que, entre el 20% i el 40% d'aquells que completen la desintoxicació, no mantenen la seva abstinència a curt plaç. Tot i aquests malaurats resultats, hi ha evidències clares respecte els beneficis del tractament de desintoxicació. Segons Carroll i cols. (2009), aquest tractament afavoreix la reducció de conductes il·legals o criminals, disminueix les conductes de risc i el consum de substàncies durant un temps posterior a la desintoxicació. A més a més, s'ha observat que els pacients que finalitzen la desintoxicació tendeixen a mantenir-se més temps abstinents o en tractament, als tres mesos de la desintoxicació, que aquells pacients que no han estat desintoxicats.

Un dels factors que s'ha demostrat més rellevant per als resultats dels

tractaments per dependència de substàncies és la presència de comorbiditat psiquiàtrica entre els pacients. Segons Rounsaville i Kleber (1985), la presència de simptomatologia psiquiàtrica a l'inici del tractament és un predictor de l'èxit o el fracàs de la desintoxicació. En aquest sentit, s'han publicat multitud d'estudis que confirmen de manera consistent l'elevada comorbiditat de diagnòstics TUS i No-TUS tant en pacients ambulatoris com en pacients ingressats (Rodríguez-Jiménez i cols., 2008).

Un estudi publicat a la dècada dels 70 referia que un terç dels pacients ingressats en un hospital psiquiàtric presentava al mateix temps un diagnòstic TUS. Estudis més recents amb mostres de pacients ingressats en unitats de psiquiatria han mostrat una coexistència de diagnòstics TUS i No-TUS, actual i vida, entre el 12%-60% i el 48%-64%, respectivament. Tot i aquestes elevades prevalences, existeixen pocs estudis que hagin avaluat la presència de trastorns psiquiàtrics No-TUS concomitants en pacients ingressats en unitats de desintoxicació hospitalàries.

A la Taula 5 es recullen la major part dels estudis realitzats en unitats de desintoxicació més recents. La àmplia variabilitat en la prevalença de comorbiditat psiquiàtrica entre els diferents estudis amb pacients ingressats pot ser deguda a la procedència de la mostra. Per exemple, l'estudi de Lehman i cols. (1994) i el de Rodríguez-Jiménez i cols. (2008) s'han dut a terme en unitats de psiquiatria. I, d'altra banda, a la gran variabilitat en les mesures d'avaluació utilitzades (per exemple, entrevistes clíniques versus entrevistes estructurades) i els criteris diagnòstics emprats en cada un dels treballs.

Taula 5. Prevalença de trastorns psiquiàtrics comòrbids en pacients ingressats.

Estudi	Lehman i cols. (1994)	Craig i DiBuono (1996)	Busto i cols. (1996)	Drissen i cols. (1998)	Chen i cols. (1999)	Haro i cols. (2004)	Rodríguez-Jiménez i cols. (2008)
Tamany mostra (n)	435	131	30	250	47	74	257
Procedència	Unitat psiquiàtria	Unitat desintox	Unitat desintox	Unitat desintox	Hospital psiquiàtric	Unitat desintox	Unitat Psiquiàtria
Instrument d'avaluació	SCID-P	Entr. clínica	SCID-P/II	CIDI/ IPDE	PDA/ SIPD-R	IPDE	Entrev. clínica
Criteris diagnòstics	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-IV
Prevalença Comorbiditat							
Vida (%)	-	-	-	41	83	-	-
Actual (%)	54	84	100	34	-	58	25
T Psicòtics							
Vida (%)	-	-	-	1	-	-	-
Actual (%)	-	2	-	0.4	-	-	28
Primaris (%)	49	-	-	-	-	-	-
Induïts (%)	32	-	-	-	-	-	-
T Afectius							
Vida (%)	-	-	33	19	23	-	-
Actual (%)	-	44	13	14	-	-	13
Primaris (%)	59	-	-	-	-	-	-
Induïts (%)	71	-	-	-	-	-	-
T Ansietat							
Vida (%)	-	-	44	34	9	-	-
Actual (%)	-	8	43	30	-	-	-
Primaris (%)	25	-	-	-	-	-	-
Induïts (%)	2	-	-	-	-	-	-
T Personalitat (%)	72 (P) ^a / 65 (I) ^b	30	88 ^c	34	66	58	2
T Antisocial Personalitat (%)	-	-	42	4	62	8	-
T Límit Personalitat (%)	-	-	17	3	-	23	-

^a P: en pacients amb T Primari; ^b I: en pacients amb T induït; ^c n = 24

Existeixen pocs estudis que hagin diferenciat entre trastorns primaris i trastorns induïts en pacients consumidors de substàncies ingressats per a desintoxicació. Dels estudis presentats a la Taula 5, únicament l'estudi de Lehman i cols. (1994), amb criteris DSM-III-R, ofereix aquesta distinció. Els autors varen detectar taxes elevades de trastorns psicòtics i trastorns afectius primaris i induïts.

Les prevalences de trastorns de la personalitat són destacables en tots els estudis (Taula 5). Aquestes varien del 2% al 88% segons l'estudi. Tal i com és habitual entre els consumidors de substàncies, el trastorn antisocial de la personalitat (TAP) ha estat el més freqüent en tots els casos, excepte en un estudi on únicament s'avaluà la presència de trastorns de la personalitat entre la mostra. S'ha descrit que la comorbiditat psiquiàtrica associada als trastorns de la personalitat és un factor de mal pronòstic per al tractament del TUS. Concretament el TAP s'ha associat a un major nombre de conductes de risc pel VIH, entre elles la pràctica de conductes de risc sexual, així com també s'ha identificat com un factor de risc pel contagi del VIH entre consumidors per via endovenosa.

Resumint, tots els estudis han mostrat elevades prevalences de diagnòstics de trastorns afectius, trastorns de la personalitat i trastorns d'ansietat en pacients ingressats en unitats hospitalàries. En tots els casos, les prevalences obtingudes són superiors a les referides per la població general.

1.3.4 Estudis en dependents d'opiacis que inicien un tractament de manteniment amb metadona

Els estudis publicats han evidenciat una gran variabilitat en la prevalença actual i vida de trastorns psiquiàtrics No-TUS en pacients dependents d'opiacis que inicien tractament ambulatori. Aquestes prevalences oscil·len entre el 44% i el 93% (Taula 6).

S'ha comentat prèviament que els factors que explicarien l'existència d'aquesta àmplia variabilitat són, entre altres, la manca d'homogeneïtat en els instruments d'avaluació i els criteris diagnòstics emprats en els estudis així com, l'heterogeneïtat de les diferents mostres avaluades (per exemple, persones empresonades, població general, mostres amb ambdós sexes versus mostres únicament masculines, pacients en tractament o consumidors reclutats al carrer).

Segons la Taula 6 el trastorn mental NO-TUS més freqüent entre els consumidors d'opiacis és el trastorn depressiu, amb una prevalença al llarg de la vida entre el 4% i el 54%. Alguns dels resultats d'aquests estudis s'aproximen a la prevalença de trastorns afectius del 26% detectada en la població general als EEUU (Regier i cols., 1990). Per contra, les dades obtingudes en els estudis clínics amb dependents d'opiacis, són poc consistents amb els resultats de l'estudi epidemiològic europeu ESEMeD/MHEDEA (2004), en el qual els autors van detectar una prevalença vida de trastorns afectius del 14%. Aquest resultat s'aproxima més a les dades obtingudes en estudis amb mostres de dependents d'opiacis reclutats al carrer en el nostre medi (Rodríguez-Llera i cols., 2006).

És conegut que els trastorns de la personalitat apareixen en proporcions elevades entre els consumidors de substàncies en general, així com també entre els dependents d'opiacis. Els estudis han demostrat que entre una i dues terceres parts d'aquests pacients compleixen criteris per algun trastorn de la personalitat, i que el diagnòstic més freqüent és el TAP. Els resultats respecte aquesta prevalença són consistents al llarg dels diversos estudis i clarament superiors als percentatges obtinguts en la població general (Regier i cols., 1990; Kessler i cols., 1994). S'ha descrit que el TAP apareix en major proporció entre els homes dependents d'opiacis (Rodríguez-Llera i cols., 2006; Grella i cols., 2009), mentre que les dones tenen major probabilitat d'experimentar un trastorn paranoide de la personalitat (Grella i cols., 2009). Les diferències en els percentatges de TAP podrien relacionar-se amb les proporcions d'homes i dones inclosos en els diversos estudis.

Taula 6. Prevalença de trastorns psiquiàtrics comòrbids en pacients dependents d'opiacis en tractament ambulatori.

Estudi	Tamany mostra (n)	Instrument avaluació	Criteris diagnòstics	Trastorns depressius				Trastorns ansietat				
				Prevalença vida (%)	Prevalença actual (%)	Prevalença vida (%)	Prevalença actual (%)	Prevalença vida (%)	Prevalença actual (%)	Trastorn personalitat	Trastorn Antisocial	
Abbot i cols. (1994)	144	SCID	DSM-III-R	85	8	25	17	27	46	31		
Bronner i cols. (1997)	716	SCID	DSM-III-R	48	3	16	5	8	35	25		
Cacciola i cols. (2001)	278	SCID	DSM-III-R	—	25	—	—	—	—	37		
Darke i cols. (1992)	222	CIDI	DSM-III-R	—	25	33	51	60	—	—		
Khantzian i Trecece (1985)	133	Clinical	DSM-III-R	93	26	35	—	11	65	35		
King i cols. (2000)	109	SCID	DSM-III-R	44	4	9	—	—	—	29		
Kokkevi i Stefanis (1995)	176	DIS	DSM-III	86	10	15	32	17	—	10		
Kosten i cols. (1982)	384	SADS	RDC	—	—	—	—	—	68	55		
Krausz i cols. (1999)	219	CIDI	CIE-10	62	—	—	—	42	31	27		
Mason i cols. (1998)	75	c-DIS	DSM-III-R	—	19	—	—	—	—	37		
Rounsaville i cols. (1982)	533	SADS-L	RDC	87	24	54	—	16	—	27		
Woody i cols. (1983)	110	SADS-L	RDC	—	—	43	—	—	—	15		
Strain i cols. (1991)	66	ARC	DSM-III-R	47	—	20	—	2	—	30		
Grella i cols. (2009)	578	AUDADIS-IV	DSM-IV	70	—	60	—	39	50	30		

El tercer diagnòstic més freqüent entre els consumidors d'opiacis són els trastorns d'ansietat (Taula 6). Les prevalences vida obtingudes en alguns dels estudis amb dependents d'opiacis varien del 11% al 60% (Rounsaville i cols., 1982; Khantzian i Treece, 1985; Darke i cols., 1992; Kokkevi i Stefanis, 1995). La gran variabilitat en aquestes prevalences podria ser deguda a la diversitat i la combinació de trastorns d'ansietat avaluats en els diferents estudis. Per exemple, tot i que el trastorn per estrés post traumàtic freqüentment s'ha associat als consumidors de substàncies, no tots els estudis clínics valoren aquest trastorn. A més a més, existeixen estudis que només avaluen el diagnòstic de trastorn de pànic (amb/sense agorafòbia) i el trastorn d'ansietat generalitzada, mentre que d'altres avaluen també la fòbia social, la fòbia simple i/o el trastorn obsessiu-compulsiu.

La prevalença actual i vida de trastorns psicòtics primaris en mostres de dependents d'opiacis generalment és inferior al 7% detectat en la població general (Flynn i Brown, 2008). La distinció que alguns dels estudis clínics fan entre psicosis primàries i psicosis induïdes per substàncies podrien explicar aquesta diferència, doncs si s'agrupen aquestes dues categories les prevalences obtingudes ja s'apropen més a les de la població general. En un estudi dut a terme amb la major mostra de dependents d'opiacis, es van detectar unes prevalences, actual i vida (0.1% en ambdós casos), de trastorns psicòtics clarament inferiors a les descrites en altres estudis (Brooner i cols., 1997).

En resum, els estudis de comorbiditat psiquiàtrica en pacients amb trastorn per dependència d'opiacis mostren prevalences elevades d'altres trastorns psiquiàtrics No-TUS respecte la població general. Els principals diagnòstics detectats en aquesta població són els trastorns afectius, el TAP i els trastorns d'ansietat.

1.4 QUALITAT DE VIDA EN CONSUMIDORS DE SUBSTÀNCIES D'ABÚS

1.4.1 Concepte i mesures de qualitat de vida

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) entenem per qualitat de vida "la percepció que un individu té del seu lloc en l'existència, en el context cultural i del sistema de valors en els que viu i en relació amb els seus objectius, les seves expectatives, les seves normes i les seves inquietuds. Aquest és un concepte molt ampli que està influït per la salut física de l'individu, pel seu estat psicològic, les seves creences personals, el seu nivell d'independència, les seves relacions socials, així como la seva relació amb els elements essencials del seu entorn".

Aquesta definició compren sis dimensions que són: 1) la física, 2) la psicològica, 3) el grau d'independència, 4) les relacions socials, 5) l'entorn i, 6) l'espiritualitat. Tot i l'intent d'operativitzar-lo, el concepte de qualitat de vida segueix sent un concepte massa ampli per a ser estudiat en un context global de salut. Per tant, sembla més útil avaluar la qualitat de vida en contextos clínics.

La qualitat de vida fa referència a la percepció subjectiva que la persona té d'ella mateixa. Es defineix per l'impacte que té la seva percepció de la qualitat de vida envers la pròpia capacitat per portar a terme una vida subjectivament satisfactòria. La qualitat de vida informa sobre l'autopercepció que les persones tenen respecte la seva salut i permet una visió diferent/alternativa per a l'estudi de la salut.

L'avaluació de la qualitat de vida en malalts crònics ha experimentat un interès creixent. L'aparició de diferents mesures per a valorar-la ha permès comparar l'impacte del propi trastorn així com els resultats dels tractaments davant les diverses malalties (per exemple, en la malaltia pulmonar obstructiva crònica, en malalties coronàries...) (McDowell i Newell, 1996). Per tant, els canvis en la qualitat de vida són una mesura de l'eficàcia dels tractaments i una eina rellevant en l'avaluació dels programes de tractament. La qualitat de vida s'ha estudiat en múltiples poblacions, inclosa la població general (Alonso i cols., 2004) i altres poblacions amb malalties específiques, especialment en malalties cròniques (Alonso i cols., 2004).

La qualitat de vida es pot mesurar amb diferents escales. Actualment existeixen més de 200 instruments diferents (Irarugi, 2002), i poden classificar-se com escales genèriques o específiques. Mitjançant les genèriques s'obté una avaluació global de l'estat de salut sense valorar cap problema concret. Els instruments genèrics més utilitzats són el Perfil de Salut de Nottingham (Hunt i cols., 1981); el SF-36 (Ware i Gandek, 1994); SF-12 (Ware i cols., 2002); EUROQoL (EUROQoL Group, 1990) i l'Index de Benestar de la OMS ([WHO]-Five Well-Being Index; Bech i cols., 2003). Els instruments específics valoren problemes relacionats amb una malaltia concreta. En el cas de la dependència d'opiacis, es disposa d'un instrument per mesurar la qualitat de vida en els pacients dependents d'opiacis, el Injection Drug User Quality of Life (IDUQoL; Brogly i cols., 2003).

1.4.2 Qualitat de vida i dependència d'opiacis

La dependència d'opiacis es considera una malaltia crònica i difícil de curar que habitualment obliga als pacients a estar en tractament durant anys. Generalment, va associada a complicacions mèdiques importants. Els problemes més comuns entre els consumidors d'opiacis per via endovenosa són les infeccions derivades de compartir el material d'injecció i d'emprar mesures poc higièniques, l'aparició de lesions neurològiques i/o múscul esquelètiques i altres problemes ocasionats per les substàncies tòxiques amb les que s'adultera l'heroïna. Totes aquestes conseqüències físiques empitjoren la salut i la qualitat de vida dels consumidors d'heroïna (Ryan i White, 1996). En els darrers anys, diferents estudis portats a terme amb pacients dependents d'opiacis que inicien tractament, han mostrat com aquests pacients refereixen una baixa qualitat de vida (Ryan i White, 1996; Torrens i cols., 1997; Calsyn i cols., 2004; Millson i cols., 2004; Puigdollers i cols., 2004).

En aquest sentit, tant els programes de reducció de danys com l'estabilització del consum, s'ha demostrat que ajuden a incrementar les expectatives de vida i millorar la qualitat de vida dels pacients dependents d'opiacis (Ponizovsky i Grinshpoon, 2007).

Els programes de manteniment amb metadona (PMM) són part dels programes de reducció de danys del nostre país posats en marxa l'any 1992. Tot i que inicialment aquests programes es van dissenyar orientats a l'abstinència de l'heroïna, ràpidament es va detectar que no només reduïen l'ús d'opiacis

il·legals sinó que també disminuïen els problemes legals, reduïen la mortalitat, augmentaven la retenció en el tractament i incrementaven les taxes d'ocupació entre els usuaris dels PMM. A més a més, la implementació dels PMM va contribuir a prevenir l'expansió de la infecció pel VIH entre els consumidors d'heroïna per via parenteral (Torrens i cols., 1997; 1999).

Posteriorment es van portar a terme estudis de seguiment amb l'objectiu d'avaluar els canvis en la qualitat de vida durant el tractament, en pacients dependents d'heroïna en PMM. Tot i que les mesures d'avaluació emprades no van ser homogènies entre els estudis, els resultats van ser consistents entre els diferents treballs. Tots ells van coincidir en que els PMM no solament milloraven significativament la qualitat de vida d'aquests pacients a l'inici del PMM, sinó que la millora obtinguda amb el tractament es mantenia fins als 12 mesos de l'inici del tractament (Torrens i cols., 1997; Ponizovsky i Grinshpoon, 2007; Maremmani i cols., 2007).

Segons la definició de la OMS, l'ajustament psicològic, juntament amb la salut física i el funcionament social, és una àrea especialment rellevant en la qualitat de vida. Es coneix que la presència de comorbiditat psiquiàtrica No-TUS en pacients dependents d'opiacis és elevada. Aquests resultats suggereixen la necessitat de realitzar estudis de seguiment que permetin valorar la repercussió de la patologia dual en la qualitat de vida durant el tractament dels malalts drogodependents.

CAPÍTOL 1

Prevalença de comorbiditat psiquiàtrica i implicacions vers el tractament en pacients que ingressen per a desintoxicació en una unitat de desintoxicació hospitalària

2.1

DUAL DIAGNOSIS IN AN INPATIENT DRUG-ABUSE DETOXIFICATION UNIT

A. Nocon, D. Bergé, M. Astals, R. Martín-Santos, M. Torrens

European Addiction Research 2007, 13: 192-200

RESUM

Diagnòstic Dual en pacients ingressats en una Unitat de Desintoxicació Hospitalària

Objectius:

Avaluar la prevalença de comorbiditat psiquiàtrica en subjectes amb dependència de substàncies que ingressen en una Unitat de Desintoxicació Hospitalària (UDH) i valorar les seves implicacions en el tractament de desintoxicació, la gravetat de l'addicció i les complicacions mèdiques.

Mètode:

Estudi amb disseny transversal en el qual es van incloure els pacients amb diagnòstic TUS que ingressaren consecutivament en una UDH d'un Hospital General durant un període de 18 mesos. A l'inici de l'ingrés es recolliren les dades sociodemogràfiques i clíniques dels pacients. Es valorà el consum de substàncies a l'inici i durant el tractament mitjançant controls d'orina. Els símptomes/quadres d'abstinència de l'alcohol, els sedants, els opiacis i la cocaïna s'avaluaren tant a l'inici com durant el període d'ingrés mitjançant les escales CIWA-Ar, CIWA-B, SOWS, CSSA. Els diagnòstics psiquiàtrics TUS i No-TUS es valoraren mitjançant l'entrevista PRISM (criteris DSM-IV), una vegada havien desaparegut els símptomes d'abstinència a la substància. Finalment, es classificaren els pacients segons la presència o no de comorbiditat psiquiàtrica, actual o al llarg de la vida, i s'avaluaren les diferències entre ells. Per tal de valorar els factors de risc associats a la comorbiditat psiquiàtrica, es va dur a terme una regressió logística.

Resultats:

Un total de 115 pacients ingressats per a desintoxicació va completar l'avaluació. El 67% eren homes amb una edat mitja (anys + DE) de 31.9 + 6.4 anys. La durada mitja de l'ingrés (dies + DE) va ser de 15 + 5.3 dies i el 82% de la mostra va completar la desintoxicació hospitalària. Els diagnòstics per dependència actuals (darrers 12 mesos) més freqüents van ser els relacionats amb la cocaïna (55%), l'heroïna (38%) i els sedants (36%). El 67% dels pacients eren policonsumidors i més de la meitat de la mostra avaluada presentava més d'un diagnòstic TUS en el moment de l'ingrés. Les prevalences actual i vida de diagnòstics de l'Eix I i II No-TUS obtinguts amb la PRISM van ser del 59% i el 67%, respectivament. Els trastorns afectius (27%) i el trastorn antisocial de la personalitat (18%) van ser els diagnòstics més freqüents. Els pacients amb comorbiditat actual mostraven diferències respecte els pacients no comòrbids en relació als mesos treballats en el darrer any (1.8 + 2.6 versus 2.9 + 2.7; OR = 0.9, 95% IC = 0.7-0.99), la convivència en entorn familiar (56% versus 74.5%; OR = 2.3, 95% IC = 1.05-5.2) i la prevalença vida de diagnòstics de dependència de substàncies (3.4 + 1.5 versus 2.8 + 1.1; OR = 1.5, 95% IC = 1.08-2.1). No s'observaren diferències en relació al tractament de desintoxicació hospitalària entre els que tenien o no comorbiditat psiquiàtrica.

Conclusions:

- Més de la meitat de la mostra que ingressa per a desintoxicació en una unitat hospitalària presenta comorbiditat psiquiàtrica.
- Els pacients amb comorbiditat psiquiàtrica actual presenten pitjor funcionament psicossocial i més diagnòstics TUS que els pacients sense patologia dual.
- La comorbiditat psiquiàtrica no sembla rellevant per a finalitzar satisfactòriament el tractament de desintoxicació hospitalari.

Dual Diagnosis in an Inpatient Drug-Abuse Detoxification Unit

Agnes Nocon^a Daniel Bergé^a Mónica Astals^{a, b} Rocío Martín-Santos^a
Marta Torrens^a

^aDepartment of Psychiatry, Hospital del Mar, Barcelona, and ^bDoctorat en Psiquiatria i Psicologia Mèdica, Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Spain

Key Words

Detoxification · Dual diagnosis · Co-morbidity · General hospital · Illegal drugs · Mental disorders · Substance use disorders

Abstract

In Spain, detoxification in general hospitals plays an important role in the medical care of patients. We aim to provide clinicians with information on the prevalence and correlates of psychiatric co-morbidity in drug abusers in detoxification. A sample of 115 substance-abuse inpatients (mean age 31.9 ± 6.4 years) in a Detoxification Unit of a general university hospital was studied using the Spanish version of the PRISM. Most of the patients had multiple dependence diagnoses and co-morbid axis I or axis II psychiatric disorders. Patients with dual diagnosis showed lower psychosocial functioning than patients without co-morbidity and more dependence diagnoses due to cannabis and sedatives. A total of 80% of the patients successfully completed the detoxification process. The present results enhance the value of detoxification in a general hospital as a first step of the overall treatment strategy.

Copyright © 2007 S. Karger AG, Basel

Introduction

Different epidemiological and clinical studies have shown a high co-occurrence of substance use disorders (SUD) and psychiatric disorders in substance abusers. In clinical samples of substance users, the prevalence of current or lifetime psychiatric disorders varies from 8 to 86% [1–9].

It is likely that differences in rates of co-morbidity are related to (1) variations in trends in the population due to availability of drugs, social tendencies and health department policies; (2) variations in diagnostic criteria systems; these have progressed from the unclear definition of primary vs. secondary psychiatric disorders in DSM-III-R and previous criteria, to the clearer criteria for 'primary' and 'substance-induced' psychiatric disorders and 'expected effects' in DSM-IV [10]; (3) differences in the source of the sample, such as outpatient services, drug free programs, inpatient psychiatric services, and inpatient detoxification units; or specific substance dependency samples, with an overrepresentation of alcohol- and illicit opiate-abusing patients. Among them, very few studies have been reported in Detoxification Inpatient Unit samples. This kind of sample may represent a major addiction severity, higher rates of psychiatric co-morbidity [11] and a less homogeneous sample in the sense that all of the patients do not have the same specific substance of misuse. Some of these studies focus on the factors that

KARGER

Fax +41 61 306 12 34
E-Mail karger@karger.ch
www.karger.com

© 2007 S. Karger AG, Basel
1022-6877/07/0134-0192\$23.50/0

Accessible online at:
www.karger.com/ear

Marta Torrens
Department of Psychiatry and Drug Abuse and Psychiatric Research Group
Hospital del Mar, Institut Municipal d'Investigació Mèdica
Passeig Marítim 25–29, E–08003 Barcelona (Spain)
Tel. +34 93 2483 175, Fax +34 93 2483 445, E-Mail mtorrens@imas.imim.es

predict addiction severity, such as a major psychiatric severity [12], specifically co-morbidity with antisocial personality disorder [11], recent cocaine consumption [13] or the presence of both heroin and cocaine dependence [11, 14].

The aim of this study is to provide clinicians with data from patients attending a detoxification unit of an acute-care teaching hospital on the prevalence of psychiatric co-morbidity according to DSM-IV criteria, as well as its implications in short-term detoxification outcome, addiction severity and medical complications. In particular, to address the following five questions: (1) What is the prevalence of SUD in this population and what are the patterns of drug use? (2) What is the prevalence of non-SUD in this population? (3) Do those with and without co-morbid non-SUD differ with respect to sociodemography and psychosocial functioning? (4) Are there any differences in those with and without non-SUD with respect to patterns of drug use? (5) Are there any differences in those with and without non-SUD with respect to short-term detoxification outcome?

Methods

Subjects and Setting

Study participants were 115 substance-abuse patients (DSM-IV), admitted to an Inpatient Drug-Abuse Detoxification Unit of a general and university hospital in Barcelona, Spain, during a period of 18 months. After full explanation of the purposes of the study, written informed consent was obtained from all participants. The study protocol was approved by the Ethical Committee of Clinical Trials of the hospital.

The ward is a six-bed unit offering assessment and medically assisted withdrawal to individuals with substance dependence disorder. It is located in the psychiatric department of a general teaching hospital, and resourced with a psychiatrist, nurses and an internal medicine consultant. Criteria for admission in the unit included: substance dependence with a risk for severe or medically complicated withdrawal symptoms (i.e. polysubstance abuse), co-morbid general medical conditions that made ambulatory detoxification unsafe, and a documented history of not engaging in or benefiting from treatment in outpatient facilities. Admissions into the ward had to be voluntary and planned; there were no emergency admissions. During all the admission period, patients were requested to stay on the ward and only allowed to leave it escorted by a nurse. Visitors were forbidden during the entire period of detoxification. Patients knew their right to leave the unit at any time and consequently stop the inpatient treatment. Forced discharge was indicated only in case of aggressive behavior and drug consumption or trafficking during the hospitalization. Patients with psychiatric co-morbidity that needed an involuntary or urgent admission because of the severity of their psychiatric symptoms (e.g. acute psychosis or severe suicide risk) were transferred into the general psychiatric unit instead. During

their stay in the unit, patients were assessed for physical and psychiatric co-morbid disorders. The treatment consisted of pharmacological detoxification according to general guidelines of the department for each substance use diagnosis (i.e. methadone tapering to zero in case of heroin dependence, clonazepam tapering to zero for sedatives dependence) with daily one-to-one assessment sessions. The length of stay of the patients depended on the individual characteristics of each case (e.g. type of substances abused, severity of dependence). Any subject that completed the individual detoxification treatment designed by a psychiatrist was considered a detoxification success. In contrast, when patients left the unit treatment for voluntary or forced discharge reasons before finishing detoxification, this was considered a detoxification failure.

Instruments

A close-ended questionnaire was used to register the patient's demographic characteristics, employment, criminal status, as well as infection risk behaviors and substance use background. Urine analysis to detect opioid, cocaine, cannabis, and amphetamine use was made at admission and randomly repeated during the entire admission period. Serological status of human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis B (HBV) and C virus (HCV) were tested. Short-term outcome-related variables such as duration of the admission, destination at discharge and discharge reasons, were also registered in the same close-ended questionnaire at the end of the admission period. On entry to the unit, all patients provided a urine sample under direct supervision by a nurse in order to verify the presence of different drugs of abuse: illicit opioid, cocaine, cannabis, benzodiazepine, amphetamine and alcohol. During the admission period, daily urine samples were collected and analyzed regularly to check the subjects' abstinence in substance of abuse. Different withdrawal scores were administered to monitor the detoxification process according to the kind of drug of abuse (i.e. Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for alcohol (CIWA-Ar) [15], Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for benzodiazepine dependence (CIWA-B) [16], Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS) for opiate dependence [17] and Cocaine Selective Severity Assessment (CSSA) for cocaine dependence [18]).

To diagnose substance and non-substance use, co-morbid disorders according to DSM-IV criteria, the Spanish version of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) [19, 20], was used. The PRISM-IV was selected because, as we are aware, it is the only interview that test-retest reliability in substance-abuse populations has been provided for [19]. Furthermore, in a validity study comparing diagnoses obtained through the PRISM-IV and SCID-IV in substance users using the LEAD procedure, for major depression, substance-induced psychosis, anxiety disorders, antisocial and borderline personality disorders, PRISM-LEAD agreement showed a substantially higher than SCID-LEAD agreement [20]. Diagnoses were assigned using two time frames: 'current' (criteria were met within the last 12 months) and 'past' (criteria were met before the last year). Personality disorders are assumed to be characteristic of both current and past adult functioning. Of particular interest is the fact that the PRISM interview allows assessment of any SUD individually and without hierarchical diagnostic criteria, i.e. one subject can fulfill diagnostic criteria for abuse and dependence of the same individual substance. We report data on current and lifetime dis-

orders. Lifetime prevalence, taking into accounts both current and past diagnoses, was used to present the frequency of SUD, non-SUD and psychiatric co-morbidity. The interview was administered by an experienced psychologist who received PRISM training.

Procedures

Patients were examined after a mean of 6 days after admission at the Inpatient Detoxification Unit, once the early withdrawal symptoms subsided (CIWA-Ar <10 for alcohol dependence [15], CIWA-B <41 for benzodiazepine dependence [16], SOWS <20 for opiate dependence [17] and CSSA <21 for cocaine dependence [18]). Subjects were assessed with the Spanish version of the PRISM by one experienced research interviewer. Previous studies have shown a good to excellent PRISM validity when PRISM was administered during this period of time [20].

Data Analysis

For categorical variables, crude current and lifetime rates are reported. For continuous variables, means are given in combination with standard deviation (mean \pm SD). Logistic regressions were used to evaluate specific risk factors for classification into co-morbidity groups. In case that logistic regression was impossible due to empty cells, we went back to comparison of rates using two-tailed Fisher exact tests. We report results on the significance level $p < 0.05$. In case a result was significant only on the level $p < 0.1$, we indicate it as a tendency. All analyses were carried out with the SPSS 10.0 statistical software package [21] or with the Stata 7 program [22].

Results

The 115 participants constituted 70.1% (115/164) of eligible consecutive admissions to the Detoxification Unit during the study period (18 months). Reasons for non-participation in the study were: 37 subjects left treatment before having completed the assessment (26 patients were voluntarily discharged, 11 patients for disruptive behaviors) and 12 subjects refused to participate in the study.

Of the 115 patients assessed, 67% were male (mean age: 31.9 ± 6.4 years, range: 20–49 years), 67% were single or separated, mostly (81%) living with company, and in most cases mainly with their original family (64%). Primary or secondary school educational level was achieved by 83%, and 44% were currently employed at the moment of admission. The patients had in large part a history of criminal conviction (63%), 12% had been detained at some time during the 6 months previous to the admission and 8% had been imprisoned in the same time period. On the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale, 33% were rated as having serious problems or impairment (GAF ≤ 50), 51% had at least moderate symptoms or difficulties (GAF ≤ 60).

Most patients (67%) were infected by HCV, 30% by HIV and 46% showed HBV core antibodies. Lifetime and current risk behaviors for infectious disorders were as follows: the majority (78%) had injected a substance of abuse at least once in their lifetime (mean age of first injection: 20.7 ± 5.4 years), 47% had shared the injection equipment in the past, and 5% were sharing injection material in the present. In the 6 months prior to admission, 47% reported sexual risk behavior (did not always use condoms) and 14% reported having a partner using illicit drugs.

The mean stay in the unit was 15.1 ± 5.3 days. 82% of the assessed patients completed detoxification which we considered a detoxification success, and 18% left the unit before finishing the detoxification treatment (9% voluntarily, 9% forced discharge).

Prevalence of SUD and Patterns of Use

In our sample, main substance that motivates detoxification in the unit was cocaine ($n = 35$, 30.4%), heroin ($n = 32$, 27.8%), methadone ($n = 24$, 20.9%), benzodiazepines ($n = 14$, 12.2%), alcohol ($n = 4$, 4%), codeine ($n = 2$, 1.7%), inhalants ($n = 1$, 0.9%) and others ($n = 2$, 1.7%). A total of 61 patients (53%) were currently polysubstance users and 54 (47%) were single drug users.

At admission, 98% of the subjects fulfilled criteria for at least one diagnosis of current DSM-IV substance dependence (55% of the patients had more than one, 40% had two, 15% three or more); the average number of current dependence diagnoses other than nicotine in the sample was 1.7 ± 0.9 . The most frequent current dependence diagnosis was due to cocaine (55%), heroin (38%) and sedatives (36%). Other substance use diagnoses are shown in table 1.

By far the majority of patients with current heroin use disorder (abuse or dependence) used heroin by intravenous route (67%), 19% snorted it and 14% smoked it. The mainly current route for cocaine was also mainly intravenous (57%), followed by snorting (24%) and smoking (16%).

Mean age of onset of regular use was 19.8 ± 5.0 years for heroin users and 20.2 ± 5.1 years for cocaine users. Those who fulfilled criteria for any heroin or cocaine SUD had used it on average 25 (heroin) and 21 (cocaine) days in the month prior to admission. The onset of regular alcohol (mean age of onset: 15.7 ± 3.2 years) and cannabis use (mean age of onset: 15.1 ± 3.0 years) was at an earlier age, and that of sedatives and others at the age of 21.5 ± 6.4 years. Other patterns of use are shown in table 1.

Table 1. SUD and patterns of use in 115 inpatients in a drug detoxification unit

Substance	Lifetime n (%)	Current n (%)	Age of regu- lar use (years ± SD)	Days used last 30 days (days ± SD)
Heroin				
Dependence	103 (89.6)	44 (38.3)	19.8 ± 5.0	10.9 ± 14.0
Abuse	5 (4.4)	3 (2.6)		
Other opioids				
Dependence	30 (26.1)	17 (14.8)	n.a.	n.a.
Abuse	12 (10.4)	2 (1.7)		
Cocaine				
Dependence	90 (78.3)	63 (54.8)	20.2 ± 5.1	13.1 ± 14.1
Abuse	22 (19.1)	10 (8.7)		
Alcohol				
Dependence	45 (39.1)	24 (20.9)	15.7 ± 3.2	9.5 ± 13.0
Abuse	20 (17.4)	7 (6.1)		
Cannabis				
Dependence	16 (13.9)	7 (6.1)	15.1 ± 3.2	9.5 ± 13.0
Abuse	54 (47.0)	16 (13.9)		
Sedatives and others				
Dependence	56 (48.7)	41 (35.7)	21.5 ± 6.4	13.6 ± 14.5
Abuse	18 (15.7)	12 (10.4)		
Amphetamines				
Dependence	16 (13.9)	1 (0.9)	n.a.	n.a.
Abuse	33 (28.7)	1 (0.9)		
Hallucinogens				
Dependence	5 (4.4)	0	18.1 ± 4.3	0
Abuse	18 (15.7)	0		
Number of dependence diagnoses	3.2 ± 1.3	1.7 ± 0.9		
Only 1	9 (7.8)	50 (43.5)		
2	30 (26.1)	46 (40.0)		
3 and more	76 (66.1)	17 (14.8)		

n.a. = Not assessed.

Prevalence of Non-SUD

The current and lifetime prevalence of any non-substance use axis I diagnosis as well as antisocial personality disorder (APD) or borderline personality disorder (BPD) in the sample were 59 and 67% respectively. The current and lifetime prevalence of any axis I disorder excluding SUD were 35% (current) and 50% (lifetime). 40% of the sample met criteria for only one current non-substance use diagnosis (37% lifetime), and 19% had two or more non-substance use diagnoses (30% lifetime). The most frequent non-substance use diagnosis was that for mood disorders, followed by personality disorders, anxiety disorders and psychotic disorders. Results and other non-substance psychiatric co-morbid disorders are shown in table 2.

Sociodemographic Characteristics and Psychosocial Functioning in Patients with versus without Psychiatric Co-Morbidity

Patients were classified according to the presence of non-SUD (i.e., any axis I disorder or axis II disorder) in: 'lifetime co-morbid' (LC, n = 77), 'lifetime non-co-morbid' (LNC, n = 38), 'current co-morbid' (CC, n = 68) and 'current non-co-morbid' (CNC, n = 47).

Current Co-Morbidity Status: In terms of sociodemographic characteristics, the CC group had a lower average of months worked during the last year than the CNC group (CC: 1.8 ± 2.6, CNC: 2.9 ± 2.7; OR = 0.9, 95% CI = 0.7–0.99) and was less frequently living with their family than the CNC group (CC: 55.9%, CNC: 74.5%; OR = 2.3, 95% CI = 1.05–5.2). Moreover, CC patients showed a tendency to more often have not completed pri-

Table 2. Prevalence of current and lifetime non-SUD diagnoses in 115 subjects admitted to a detoxification unit

	Current prevalence n (%)	Lifetime prevalence n (%)
Any mood disorder	31 (27.0)	47 (40.9)
Major depressive disorder	12 (10.4)	28 (24.4)
Dysthymic disorder	4 (3.5)	7 (6.1)
Bipolar I disorder, recent mania	0	0
Bipolar I disorder, recent hypomania	1 (0.9)	1 (0.9)
Substance-induced mood disorder	15 (13.0)	15 (13.0)
Any psychotic disorder	6 (5.2)	7 (6.1)
Schizophrenia	2 (1.7)	2 (1.7)
Substance-induced psychotic disorder	4 (3.5)	4 (3.5)
Psychotic disorder NOS	0	1 (0.9)
Any anxiety disorder	14 (12.2)	19 (16.5)
Panic disorder with/without agoraphobia	6 (5.2)	7 (6.1)
Agoraphobia without history of panic disorder	0	1 (0.9)
Simple phobia	4 (3.5)	4 (3.5)
Social phobia	6 (5.2)	7 (6.1)
Obsessive-compulsive disorder	1 (0.9)	1 (0.9)
Posttraumatic stress disorder	0	5 (4.4)
Generalized anxiety disorder	0	0
Any eating disorder	1 (0.9)	2 (1.7)
Any personality disorder		38 (33.0)
Antisocial personality disorder (APD)		21 (18.3)
Borderline personality disorder (BPD)		14 (12.2)
Any axis I (non-SUD) diagnosis	40 (34.8)	57 (49.6)
Any axis I (non-SUD) or APD or BPD	68 (59.1)	77 (67.0)
Number of diagnoses (non-SUD)		
None	47 (40.9)	38 (33.0)
Only 1	46 (40.0)	43 (37.4)
2	13 (11.3)	16 (13.9)
3 and more	9 (7.8)	18 (15.7)

mary school than the CNC (OR = 0.5, 95% CI = 0.1–1.2). No other significant differences between both groups were found in terms of sociodemographic, employment, legal status, infectious variables or characteristics of the admission.

Lifetime Co-Morbidity Status. Patients with LC did not differ in any sociodemographic variables from the LNC group.

Patterns of Drug Use in Patients with versus without Psychiatric Co-Morbidity

Current Co-Morbidity Status. In respect to drug use patterns, CC patients had a higher average number of lifetime substance dependence disorders than CNC patients (CC: 3.4 ± 1.5 , CNC: 2.8 ± 1.1 ; OR = 1.5, 95% CI = 1.08–2.1). There was no such difference in terms of number of current dependence diagnoses. However, there were some differences with regard to specific current diagnoses.

Compared to CNC patients, the CC group had a tendency for less current heroin dependence (CC: 31%, CNC: 49%, OR = 0.5, 95% CI = 0.2–1.1), they had started to use alcohol later in life (mean age of onset: CC: 16.2 ± 3.8 , CNC: 15.0 ± 2.0 ; OR = 1.3, 95% CI = 1.01–1.6), and more often had lifetime dependence on sedatives (CC: 57% vs. CNC: 36%, OR = 2.4, 95% CI = 1.08–5.5). The groups differed considering cannabis dependence, because CNC patients had no current or lifetime cannabis dependence at all (current cannabis dependence: CC: 10% vs. CNC: 0%; Fisher $p < 0.05$; lifetime cannabis dependence: CC: 24% vs. CNC: 0%, Fisher $p < 0.05$).

Lifetime Co-Morbidity Status. Differences between the lifetime co-morbidity groups were similar but somewhat less pronounced than those between the current co-morbidity groups. LC patients had a higher number of lifetime dependence diagnoses than LNC patients (LC: 3.4 ± 1.4 , LNC: 2.7 ± 1.1 ; OR = 1.5, 95% CI = 1.07–2.1).

LC patients more often had a lifetime cannabis dependence (LC: 21%, LNC: 0%, Fisher $p < 0.5$), or a lifetime dependence on sedatives (LC: 56%, LNC: 34%, OR = 2.4, 95% CI = 1.1–5.1) than the LNC group.

Short-Term Outcome of Detoxification in Patients with versus without Psychiatric Co-Morbidity

No significant differences were found between co-morbid and non-co-morbid groups in terms of length of the admission and discharge reason, although there was a tendency for association of lifetime co-morbidity with less voluntary discharge (OR = 0.3, 95% CI = 0.0–1.2).

Discussion

The main findings of this study indicate that axis I or axis II psychiatric co-morbidity is present in most of the patients admitted to a hospital detoxification unit at the moment of admission. Patients with co-morbid psychiatric disorders present more severity criteria such as a lower psychosocial functioning and a higher number of SUD. According to our data, psychiatric co-morbidity does not seem to interfere with the outcome of general hospital detoxification.

To our knowledge, this is the first study to present the prevalence and characteristics of dual diagnosis in general hospital detoxification by using an especially designed diagnostic instrument for substance users such as the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders. As far as possible, we discuss our findings comparing them with other studies on detoxification samples.

Prevalence of SUD and Patterns of Use

More than half the patients admitted in the detoxification unit were polysubstance users with typical rates of low social functioning, medical complications and risk behaviors for infectious disorders. Most of the patients had more than one current or lifetime dependence diagnosis, mainly due to heroin, cocaine and sedatives. The drug use patterns in the sample reflect current trends of cocaine abuse in heroin addicts in Spain [e.g. 14] and the most commonly abused substances are identical to those of a detoxification sample in Valencia, Spain [11] and in The Hague, the Netherlands [23]. 80% of the sample completed detoxification.

Prevalence of Non-SUD

Most of the patients had additional current non-substance use co-morbid diagnosis. Personality disorders (33%, particularly APD 18%), mood disorders (27%) and anxiety disorders (12%) were the most prevalent co-morbid disorders. Although these rates are considerably lower than those reported in other studies on detoxification patients from the USA and the Netherlands using the CIDI or DIS (36–51% depressive disorders, 36–61% anxiety disorders, 60% APD) [1, 24, 25], they show a similar pattern of co-morbidity. Unfortunately, this comparison is of limited value, and particularly so in the case of the older Dutch study, due to a number of factors such as different drug use patterns in the Netherlands, the USA and Spain, changes in drug use over time, heroin being the principal drug of abuse in the Dutch sample, as well as different diagnostic criteria and assessment instrument. Using clinical and semistructured interviews, Chen et al. [4] found 61.7% DSM-III-R lifetime axis I disorders and 66.0% of axis II disorders in male heroin addicts that voluntarily sought help in a general hospital in Taiwan. The major non-SUD diagnoses were APD (61.7%), dysthymia (14.9%) and major depression (8.5%). Craig and DiBuono [6] report 84% of co-morbid axis I or axis II disorders in patients referred to drug detoxification in the USA, of whom only a minority was recognized. Comparisons with previous Spanish studies using the same instruments but outpatient samples (methadone maintenance patients [26]; heroin users outside the healthcare context [27]), reveal that rates of axis I disorders are higher in our inpatient sample. Further they confirm the impairment severity of the patients admitted to our detoxification unit according to the inclusion criteria as explained in the Methods section.

Our results on personality disorders (23% APD, 18% BPD) lie within the range that was reported on personality disorders in substance abusers in treatment (18–30% of APD and 7–22% of BPD) [for a review, see 28]. More recent studies found even 58–66% of co-morbid personality disorder, mainly APD, in detoxification samples [4, 11]. Two studies in Spain assessed drug users using the PRISM. The study of Rodríguez-Llera et al. [27] investigated the prevalence of disorders in young heroin users in Barcelona and found somewhat higher rates of APD (33%) and BPD (22%) than our study. The other, studying outpatients in a methadone maintenance program, found 9% of APD and 7% of BPD [26]. The prevalence rates of personality disorders of our study lie in between, and suggest that detoxification patients have an intermediate position between those in general population and those engaged in long-time treatment.

Sociodemographic Characteristics and Psychosocial Functioning in Patients with versus without Psychiatric Co-Morbidity

We found a lower tendency in dual-diagnosis patients to live with their family and to currently be employed, indicating a lower level of psychosocial functioning. We did not find any significant association between demographic characteristics and short-term detoxification outcome, which widely is in line with the results of Hien and Scheier [29] on a sample of women in alcohol and drug detoxification in the USA and with the results of Franken and Hendriks [23] in an inpatient detoxification clinic in the Netherlands. Other studies however report a relationship between discharges against medical advice and being single and attribute this to social isolation and lack of affiliation [30]. Also, higher education and not living with a spouse or children was found to be a predictor of greater length of stay in detoxification [31].

Patterns of Drug Use in Patients with versus without Psychiatric Co-Morbidity

Current co-morbidity was associated with more lifetime dependence diagnoses, particularly due to heroin, cannabis and sedatives. This is consistent with previous studies using other samples in that major depressive disorder in drug-dependent subjects in treatment predicts using a larger number of substances and having more drug dependence diagnoses [5] and that psychiatric symptoms in substance-abuse patients are more closely linked to polysubstance use than to opiate use alone [32]. We were surprised to find a very clear difference between patients with and without psychiatric co-morbidity in the rates of cannabis dependence. Cannabis dependence was only present in patients with psychiatric co-morbidity. The specific nature of cannabis in co-morbidity with axis I disorders merits further investigation.

Short-Term Outcome of Detoxification in Patients with versus without Psychiatric Co-Morbidity

We did not observe any significant differences in the rate of recovery between the different co-morbidity groups. However, there was a tendency for a lower risk for voluntary dismissal in case of lifetime co-morbid disorder. Given the small number of patients and the low power to detect differences, this result failed to become significant, but it could be an indication that co-morbidity status may play a role in detoxification and be associated with higher treatment compliance. San et al. [12] for example could show that a greater percentage of detoxification successes was obtained in patients with major psy-

chopathologic disturbances. However, this tendency is contrary to other studies that did not find a relationship between psychopathology and detoxification outcome [23] or that have identified co-morbid non-drug psychiatric disorders in general and personality disorders in particular as one of the most important predictors of negative treatment outcome with SUD, and report worse functioning and psychosocial adjustment in psychiatric co-morbid patients [5, 33–39]. We can only speculate about the reasons for the tendency in our sample. First, this could reflect the specific characteristics of the patients in our unit. Possibly the low rates of personality disorders mark the difference between the short-term outcomes of our study and the aforementioned works, as for example APDs increase the chance of worse opiate- and alcohol-abuse outcomes [5, 11, 39]. In addition, severe cases of psychopathology were transferred into the psychiatric unit. Current co-morbidity with axis I disorders and particularly with major depression might be a reason for drug abusers to seek treatment [4, 40] and might be related to positive short-term treatment outcomes but not to positive long-term treatment outcomes. However, there have been some reports on depression being a condition for favorable treatment outcome [39] that even applies to patients with a complication by APD [41]. This would be of particular interest in the case of substance-induced depressive disorder. Second, inpatient detoxification being a rather low-threshold treatment program compared to other studies does not impose commitment on the patients equal to inpatient treatment and due to its short-time duration may not reveal outcome differences between the co-morbidity groups. Last, outcome measures vary widely across the studies. Most of the co-morbidity studies in drug users have been made in outpatient facilities or in prisons and mainly on groups with a specific main substance of use. Only few studies have been reported using samples from inpatient detoxification units, which probably is the consequence of early negative findings for short-term detoxification outcomes [42]. In our sample, any subject that completed the individual detoxification treatment of roughly 2 weeks designed by a psychiatrist was considered a detoxification success, while most of the studies reporting an association of psychiatric co-morbidity and treatment outcome are more demanding. In any case, caution is necessary when applying results of inpatient or outpatient treatment outcome studies to inpatient detoxification programs, as different mechanisms might be implicated and outcomes are not comparable. Franken and Hendriks [23] defined the transfer to inpatient rehabilitation treat-

ment as positive detoxification outcome and found equally that psychopathology did not predict outcome in a sample of Dutch drug-abuse patients in detoxification. Furthermore, a history of previous detox hospitalizations has been reported to be associated with positive detoxification outcome [29], brief inpatient detoxification to be followed by immediate and stable reduced drug use over several months that are accompanied by substantial treatment-seeking behavior [42] and a history of previous treatment to be associated with retention in treatment [36]. On the other hand, there are other studies showing that greater involvement in treatment was associated with variables that predicted worse outcome in opiate addicts and alcoholics [39, 43, 44].

Limitations

The findings in this study should be viewed in light of their methodological limitations. One could be related to the representativeness of the clinical sample. Although we assessed most of the eligible subjects (70%), we have no information about 30% of the initial patients that left the ward before completing the interview. As we did not assess psychopathology in these patients, we were not able to control for selective dropout and cannot estimate the bias of the reported use and co-morbidity patterns. A previous study however showed that psychopathology was not associated with early dropout from detoxification [23]. Thus, the chance of selection bias in our sample may be moderate. Next, our hospital covered the 30% of the admissions in hospital detoxification units in Barcelona during the study period. Although few data are available from other hospitals in the city and in Spain, to our knowledge the other three general hospital detoxification units in Barcelona had similar work-functioning, similar admission criteria, and similar mean stays (from

10.5 to 14.0 days) to those of our hospital [45]. Particularly, we do not consider the exclusion of patients with severe psychiatric disorders a selection bias that would skew the findings but the usual practice in detoxification units. After these considerations we deem the studied sample to be an approximation to the hospitals in the region. Last, drug use patterns and the legal situation in Spain are of limited generalization and therefore comparisons with detoxification patients in other countries should be made with caution. In spite of the high prevalence of psychiatric co-morbidity, sample sizes of the studied subgroups were too small to fully evaluate the nature of the association between dual diagnosis and particular characteristics. Sample size and polysubstance consumption was also a limitation for a possible statistical analysis correlating specific non-SUD diagnostics and specific substance use.

In summary, we studied psychiatric co-morbidity in detoxification patients with a valid and reliable instrument and could show that a high percentage of these patients have multiple co-morbid psychiatric disorders. Under the co-morbid condition, these patients show some indicators of lower psychosocial functioning. However, most of them successfully terminated the detoxification process in our unit. Given the reported reduced drug use and higher treatment-seeking behavior in brief detoxification patients, the results enhance the value of general hospital detoxification.

Acknowledgements

Supported by grants 98/0176 and G03/005 from Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), Madrid, Spain.

We thank the nurses team of the detoxification unit.

References

- 1 Havassy BE, Alvidrez J, Owen KK: Comparisons of patients with co-morbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. *Am J Psychiatry* 2004;161:139–145.
- 2 Pettinati HM, Pierce JD Jr, Belden PP, Meyers K: The relationship of axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *Am J Addict* 1999;8:136–147.
- 3 Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW Jr, Bigelow GE: Psychiatric and substance use co-morbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:71–80.
- 4 Chen CC, Tsai SY, Su LW, Yang TW, Tsai CJ, Hwu HG: Psychiatric co-morbidity among male heroin addicts: differences between hospital and incarcerated subjects in Taiwan. *Addiction* 1999;94:825–832.
- 5 Compton WM III, Cottler LB, Jacobs JL, Ben Abdallah A, Spitznagel EL: The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *Am J Psychiatry* 2003;160:890–895.
- 6 Craig TJ, DiBuono M: Recognition of comorbid psychopathology by staff of a drug detoxification unit. *Am J Addict* 1996;5:76–80.
- 7 Kraus L, Muller-Kalthoff T: Psychosoziale Belastung bei Drogentoten. [Psychosocial stress preceding drug-related deaths]. *Gesundheitswesen* 2002;64:548–553.
- 8 Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C: Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav* 1998;23:841–853.

- 9 Kidorf M, Disney ER, King VL, Neufeld K, Beilenson PL, Brooner RK: Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug Alcohol Depend* 2004;74:115–122.
- 10 American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, APA, 1994.
- 11 Haro G, Mateu C, Martínez-Raga J, Valderama JC, Castellano M, Cervera G: The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *Eur Psychiatry* 2004;19:187–192.
- 12 San L, Cami J, Peri JM, Mata R, Porta M: Success and failure at inpatient heroin detoxification. *Br J Addict* 1989;84:81–87.
- 13 Perez de los Cobos Peris JC: El problema de los trastornos psiquiátricos concomitantes en las drogodependencias de opiáceos y cocaína. [The problem of psychiatric disorders associated with dependence on opiates and cocaine (review)]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1988;16:37–48.
- 14 Torrens M, San L, Peri JM, Olle JM: Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. *Drug Alcohol Depend* 1991;27:29–34.
- 15 Foy A, March S, Drinkwater V: Use of an objective clinical scale in the assessment and management of alcohol withdrawal in a large general hospital. *Alcohol Clin Exp Res* 1988;12:360–364.
- 16 Busto UE, Sykora K, Sellers EM: A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. *J Clin Psychopharmacol* 1989;9:412–416.
- 17 Gossop M: The development of a Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS). *Addict Behav* 1990;15:487–490.
- 18 Kampman KM, Volpicelli JR, Mulvaney F, Rukstalis M, Alterman AI, Pettinati H, Weinrieb RM, O'Brien CP: Cocaine withdrawal severity and urine toxicology results from treatment entry predict outcome in medication trials for cocaine dependence. *Addict Behav* 2002;27:251–260.
- 19 Hasin D, Samet S, Nunes E, Meydan J, Matsoane K, Waxman R: Diagnosis of co-morbid disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2006;163:689–696.
- 20 Torrens M, Serrano D, Astals M, Pérez-Domínguez G, Martín-Santos R: Diagnosing co-morbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the psychiatric research interview for substance and mental disorders and the structured clinical interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2004;161:1231–1237.
- 21 SPSS Inc: *SPSS 10.0 for Windows*. Munich, SPSS Inc, 2000.
- 22 Stata Corporation: *Stata Statistical Software: Release 7*. College Station/TX, Stata Corp LP, 2001.
- 23 Franken IH, Hendriks VM: Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatr Serv* 1999;50:813–817.
- 24 Hendriks VM: Psychiatric disorders in a Dutch addict population – rates and correlates of DSM-III diagnosis. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:158–165.
- 25 Franken IH, Hendriks VM: Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II co-morbidity, not with axis-I co-morbidity. *Drug Alcohol Depend* 2000;59:305–308.
- 26 Astals M, Torrens M, Domingo-Salvany A, Tato J, Vazquez JM, Martín-Santos R, Castillo C: Health-related quality of life and non-substance use psychiatric disorders in methadone maintenance treatment. *Subst Use Misuse* 2006 (in press).
- 27 Rodríguez-Llera MC, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Silva TC, Sánchez-Niubó A, Torrens M: Psychiatric co-morbidity in young heroin users. *Drug Alcohol Depend* 2006;84:48–55.
- 28 Verheul R: Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry* 2001;16:274–282.
- 29 Hien D, Scheier J: Trauma and short-term outcome for women in detoxification. *J Subst Abuse Treat* 1996;13:227–231.
- 30 Perez de los Cobos J, Trujols J, Ribalta E, Casas M: Cocaine use immediately prior to entry in an inpatient heroin detoxification unit as a predictor of discharges against medical advice. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1997;23:267–279.
- 31 McCusker J, Bigelow C, Luippold R, Zorn M, Lewis BF: Outcomes of a 21-day drug detoxification program: retention, transfer to further treatment, and HIV risk reduction. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995;21:1–16.
- 32 Marsden J, Gossop M, Stewart D, Rolfe A, Farrell M: Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence – Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Psychiatry* 2000;176:285–289.
- 33 Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD: The relationship of psychiatric co-morbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug Alcohol Depend* 2001;61:271–280.
- 34 Krausz M, Degkwitz P, Kuhne A, Verthein U: Co-morbidity of opiate dependence and mental disorders. *Addict Behav* 1998;23:767–783.
- 35 Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville BJ: Co-occurrence of axis I and axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:110–118.
- 36 Carroll KM, Power ME, Bryant K, Rounsaville BJ: One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers. Psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:71–79.
- 37 Krausz M, Verthein U, Degkwitz P: Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *Eur Addict Res* 1999;5:55–62.
- 38 Weiss RD, Martínez-Raga J, Hufford C: The significance of a coexisting opioid use disorder in cocaine dependence: an empirical study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996;22:173–184.
- 39 Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE: Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:505–513.
- 40 Rounsaville BJ, Kleber HD: Untreated opiate addicts. How do they differ from those seeking treatment? *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1072–1077.
- 41 Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP: Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1081–1086.
- 42 Chutuape MA, Jasinski DR, Fingerhood MI, Stitzer ML: One-, three-, and six-month outcomes after brief inpatient opioid detoxification. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001;27:19–44.
- 43 McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA: Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:620–625.
- 44 Rounsaville BJ, Kosten TR, Weissman MM, Kleber HD: Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts. A 2.5-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:739–745.
- 45 Direcció General de Drogodependències i SIDA: Informe anual 2001. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2002.

CAPÍTOL 3

**Prevalença de comorbiditat psiquiàtrica
i la seva repercussió en la qualitat de vida
en una mostra de pacients dependents
d'opiacis que inicien un tractament
de manteniment amb metadona**

3.1

IMPACT OF SUBSTANCE DEPENDENCE AND DUAL DIAGNOSIS ON THE QUALITY OF LIFE OF HEROIN USERS SEEKING TREATMENT

M. Astals, A. Domingo-Salvany, C. Castillo, J. Tato, J.M^a. Vázquez, R. Martín-Santos, M. Torrens

Substance Use and Misuse 2008, 43: 612-632

RESUM

Impacte de la Dependència de Substàncies i el Diagnòstic Dual en la Qualitat de Vida dels consumidors d'heroïna que inicien tractament

Objectius:

1. Avaluar la prevalença de diagnòstics TUS i No-TUS en una mostra de pacients dependents d'opiacis que iniciaven un PMM.
2. Valorar les diferències en la seva qualitat de vida segons la presència de comorbiditat psiquiàtrica.

Mètode:

Estudi amb disseny transversal. Es van incloure tots els pacients amb un trastorn per dependència d'opiacis que iniciaren consecutivament, durant dos anys, un PMM en tres centres ambulatoris de Barcelona. Es va avaluar a tots els pacients durant el primer mes d'inici del PMM. Es recolliren dades sociodemogràfiques, laborals, legals, mèdiques, conductes de risc, història de consum de substàncies i tractament psiquiàtric previ mitjançant un qüestionari. Els diagnòstics psiquiàtrics TUS i No-TUS, actuals i previs, es valoraren, segons criteris DSM-IV, amb l'entrevista PRISM. La qualitat de vida s'avaluà amb el qüestionari SF-12. La combinació de les seves respostes, permet obtenir el resultat de les escales física (PCS-12) i mental (MCS-12) de l'instrument. Es va classificar als pacients segons la presència o no de comorbiditat psiquiàtrica i es van valorar les diferències entre ells. Respecte la qualitat de vida, es va realitzar una regressió múltiple per a determinar quines variables s'associaven amb les escales PCS-12 i MCS-12. Es compararen els resultats obtinguts en la mostra amb les dades disponibles de la població general.

Resultats:

Es va avaluar un total de 189 pacients (77% homes, edat mitja [anys + DE] 33.8 + 7.5) que iniciaven un PMM. La prevalença actual de TUS i No-TUS va ser del 59% i 32%, respectivament. Els diagnòstics TUS actuals més freqüents, a part de la dependència de l'heroïna, van ser la dependència de la cocaïna (36%) i dels sedants (11.6%). Els trastorns d'ansietat (14.3%) i els trastorns afectius (7.4%), i el trastorn antisocial de la personalitat (8.5%) van ser els diagnòstics No-TUS actuals de l'Eix I i II més freqüents. Els pacients amb comorbiditat psiquiàtrica diferien significativament dels que no en el percentatge de dones (61.4% versus 38.6%, $p = 0.008$), en el nombre de mesos treballats (mitja mesos + DE) durant els 6 mesos previs a l'avaluació (2.1 + 2.4 versus 2.9 + 2.7, $p = 0.027$), en el nombre de serologies positives pel VHC (63% versus 46.5%, $p = 0.025$) i en els antecedents de tractament psiquiàtric (26.5% versus 6.6%, $p < 0.001$). Respecte la qualitat de vida, les mitges (DE) totals obtingudes en les escales PCS-12 i MCS-12 van ser 44.1 (10.1) i 36.9 (11.7), respectivament. Les variables que s'associaren al component físic van ser el nivell educatiu ($p = 0.04$), els antecedents legals ($p = 0.03$) i el consum regular d'estimulants ($p = 0.04$) i cocaïna ($p = 0.04$) els 30 dies previs a l'avaluació. Únicament la variable via de consum inicial de cocaïna ($p = 0.04$) va associar-se al component mental. No s'observaren diferències en la qualitat de vida en relació a la comorbiditat psiquiàtrica. Per contra, les diferències en les mitges en ambdues escales, PCS-12 i MCS-12, mostraren que els pacients dependents d'opiacis referien una pitjor qualitat de vida que la població general ($p < 0.001$).

Conclusions:

- Una tercera part dels dependents d'opiacis presenten comorbiditat psiquiàtrica a l'inici del PMM.
- Els dependents d'opiacis amb comorbiditat psiquiàtrica són principalment dones i presenten major gravetat psicossocial i mèdica.
- Els pacients que inicien un PMM tenen una qualitat de vida pitjor que la població general, però sense diferències entre la comorbiditat psiquiàtrica.

Quality of Life: M-M Treatment

Impact of Substance Dependence and Dual Diagnosis on the Quality of Life of Heroin Users Seeking Treatment

MÒNICA ASTALS,^{1,2} ANTÒNIA DOMINGO-SALVANY,³
CLAUDIO CASTILLO BUENAVENTURA,¹ JORDI TATO,⁴
JOSÉ M^a VAZQUEZ,⁵ ROCÍO MARTÍN-SANTOS,¹
AND MARTA TORRENS¹

¹Department of Psychiatry and Drug Abuse and Psychiatric Research Group, Hospital del Mar (IAPS) and Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona, Spain

²Doctorat en Psiquiatria i Psicologia Mèdica. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra, Barcelona, Spain

³Health Services Research Unit, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona, Spain

⁴Centre d'Atenció i Seguiment Creu Roja, Barcelona, Spain

⁵Centre d'Atenció i Seguiment Sants, Barcelona, Spain

In 189 opioid-dependent subjects on methadone maintenance treatment in Barcelona (Spain), we assessed the prevalence of co-occurrence substance use and non-substance-use disorders (dual diagnosis) by the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders [PRISM], and the impact on quality of life (HRQoL) by the SF-12 (PCS-12 and MCS-12 scales). Rates of substance and non-substance-use diagnoses were 59% and 32%, respectively. Mean scores for PCS-12 and MCS-12 were 44.1 ± 10.1 and 39.9 ± 11.7 , without differences by presence or absence of dual diagnosis. Heroin users on methadone treatment showed a high prevalence of dual diagnosis and a very impaired HRQoL.

Keywords heroin dependence; dual diagnosis; psychiatric comorbidity; quality of life; methadone

Introduction

Clinical and epidemiological studies have documented a high degree of co-occurrence of substance use disorders and non-substance-use disorders (dual diagnosis). When compared

Address correspondence to Dr. Marta Torrens, Department of Psychiatry and Drug Abuse and Psychiatric Research Group, Hospital del Mar, Passeig Marítim, 25-29, E-08003 Barcelona, Spain. E-mail: mtorrens@imas.imim.es

with individuals manifesting *either* disorder alone, dual diagnosed patients manifest an increase in the use of emergency department services (Curran et al., 2003), high prevalence of suicide (Aharonovich, Liu, Nunes, and Hasin, 2002) and increased rate of risk behaviors and related infections, such as HIV (King, Kidorf, Stoller, and Brooner, 2000). In opioid-dependent patients in different clinical and nonclinical samples, lifetime rates of non-substance-use disorders reported a range between 44% and 86% (Bronner, King, Kidorf, Schmidt, and Bigelow, 1997; Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay, and Mulvaney, 2001; Chen et al., 1999; Eland-Goossensen, Van der Goor, Garretsen, Shudel, 1997; King, Kidorf, Stoller, and Brooner, 2000; Krausz, Verthein, and Degkwitz, 1999; Rodriguez-Llera, Domingo-Salvany, and Brugal, 2006), major depression being the most prevalent axis I disorder (4% to 44%) and antisocial personality disorder (25% to 39%) being the most common axis II disorder. This wide range of rates might be due to (a) temporal trends in the population related to either changes in illicit drug availability and price, drug culture preference, drug user treatment policies or presence of other concurrent diseases (i.e., HIV infection); (b) setting of assessment (clinical vs. nonclinical samples); and (c) methodological issues, particularly the diagnostic criteria and the assessment instruments used. Variations in diagnostic criteria systems may produce different rates of non-substance-use psychiatric disorders. Although *DSM-III-R* and earlier nomenclatures were unclear in differentiating primary from other psychiatric disorders, *DSM-IV* provided clearer guidelines in diagnosing psychiatric disorders in "heavy" users of alcohol and drugs according to the following three categories: "primary" psychiatric disorders, "substance-induced" disorders, and "expected effects" of the substances, meaning expected intoxication and/or withdrawal symptoms that should not be diagnosed as symptoms of a psychiatric disorder.

The World Health Organization (WHO) has defined quality of life as "individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, personal beliefs, social relationships and their relationship to salient features of their environment." Patient-perceived health-related quality of life (HRQoL) has become an important outcome in health care as an indicator of treatment effectiveness. HRQoL has been investigated in many populations, including general population and populations with specific diseases, especially chronic illnesses (Alonso et al., 2004). Studies indicate that chronic psychiatric patients report HRQoL scores as low or lower than those observed for several serious medical conditions (Spitzer et al., 1995). Moreover, studies in opioid-dependent subjects seeking treatment document that very poor HRQoL (Calsyn et al., 2004; Millson et al., 2004; Puigdollers et al., 2004; Ryan, 1996; Torrens et al., 1997) improves when subjects participate in substitution treatment (Giacomuzzi et al., 2003; Puigdollers et al., 2003; Torrens, Domingo-Salvany, Alonso, Castillo, San, 1999; Torrens et al., 1997).

A few studies research the influence of psychiatric disorders on HRQoL in heroin users. Fassino, Daga, Delsedime, Rogna, and Boggio (2004) found a more impaired quality of life in opioid-dependent patients with personality disorders than in those without personality disorders or nonclinical controls. Recently, Bizzarri et al. (2005) studied 57 patients with opioid dependence alone and 41 with opioid dependence and a psychiatric axis-I disorder and found that dual diagnosis was associated with poorer quality of life. These authors emphasize the need to target treatment for mental disorder concomitantly with the dependence problem in patients in treatment for opioid dependence.

The present study was conducted to explore the aspect of quality of life in opiate users and to further contribute to the knowledge of this important dimension in substance users. To have information available regarding the influence of concurrent disorders on the quality

of life of heroin users will help to design more appropriate strategies for the integral care of these subjects and to strengthen the recommendation of measuring quality of life for future studies in this field. We hypothesized that HRQoL of heroin users admitted to methadone maintenance treatment (MMT) may be affected by co-occurrence of substance use and non-substance-use psychiatric disorders. The main aims were to assess the prevalence of substance and non-substance-use axis I disorders and two (antisocial and borderline) axis II disorders according to *DSM-IV* criteria, and to evaluate differences in HRQoL depending on the presence or absence of non-substance use psychiatric disorders.

Material and Methods

Patients

The study participants were 189 opioid-dependent patients (*DSM-IV*) admitted consecutively to three municipal outpatient low-threshold methadone-maintenance programs (Puigdollers et al., 2003) in Barcelona, Spain. The sample size was calculated considering an estimated prevalence of non-substance-use psychiatric disorders/dual diagnosis of 50% (Brooner, King, Kidorf, Schmidt, Bigelow, 1997), and allowing a maximum 95% confidence interval of 15% ($\pm 7.5\%$). The study was carried out in three municipal outpatient treatment centers during the period between June 21, 2000, and March 6, 2002. First of all, at admission to MMT, they were fully informed by a nurse about the aims of the study. Moreover, they were told that to have information available regarding the influence of concurrent disorders on the quality of life of heroin users would help to design more appropriate strategies for the integral care of these subjects. Subjects who agreed gave written informed consent before inclusion in the study. Second, the same nurse used a close-ended questionnaire (described below), designed ad hoc, in order to register the patient's background characteristics and the 12-item Short-Form (SF-12) to assess HRQoL. This took about 45 minutes. Finally, the same psychologist, research interviewer, with a masters degree and clinical experience with patients manifesting substance use or mental disorders assessed psychiatric diagnoses with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV) in all patients. The PRISM interview administration took approximately 2 hours depending on the clinical and toxicological characteristics of each patient. The study was approved by the institutional review board.

Selection exclusion criteria were language-related barriers, severe cognitive impairment, or any medical disorder that would interfere with the research assessments. The 189 participants constituted 75.3% (189/251) of eligible new admissions to the treatment program during the study period. Thirty-five patients refused to take part in the study and 27 cases left treatment before completing initial assessment. No statistically significant age and gender differences were found between participants and nonparticipants.

Measures

A close-ended questionnaire was used to register the patient's demographic characteristics (age, sex, family situation), employment status (currently employed, number of months employed), criminal status (criminal history; detention, number of detentions, imprisonment, number of imprisonments in the last 6 months), serological status (positive antibodies against HIV and hepatitis B and C virus), HIV risk behaviors (any intravenous [IV] drug use, currently IV drug use [last 30 days], age of first injection, any sharing injection material, currently sharing injection material, not always use of condom during last 6 months),

substance use history (age of onset of regular use, days of use during the last 30 days, initial and current route of use and mean of amount use/day), and previous psychiatric treatment.

Substance use and non-substance-use psychiatric disorders were diagnosed according to *DSM-IV* criteria using the PRISM-IV (Hasin et al., 2006; Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez, Martín-Santos, 2004). Although other interviews for psychiatric diagnoses based on *DSM-IV* criteria like SCID-IV (First, Spitzer, Gibbon, and Williams.), SCAN (Janca, Ustun, and Sartorius, 1994), and CIDI (World Health Organization [WHO], 1998) were available, the PRISM-IV was selected because, as we are aware, there is the only one interview in which test–retest reliability in the substance users population has been provided (Hasin et al., 2006). Furthermore, in a validity study comparing diagnoses obtained through the PRISM-IV and SCID-IV in substance users using the Longitudinal Expert All Data (LEAD) procedure, for major depression, substance-induced psychosis, anxiety disorders, and antisocial and borderline personality disorders, the PRISM-LEAD agreement showed kappas substantially higher than did the SCID-LEAD agreement (Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez, Martín-Santos).

Quality of life was assessed at admission to MMT with the 12-item Short-Form (SF-12) questionnaire (Ware et al., 2002). The SF-12 is a reliable and valid generic quality-of-life instrument composed of 12 items derived from the SF-36 (Ware and Gandek, 1994). The SF-36 was used to validate the Addiction Severity Index (ASI) (McLellan et al., 1980) medical and psychiatric composite score (Calsyn et al., 2004) and SF-12 has been used as a measure of HRQoL in the European Study of the epidemiology of mental disorders (ESEMed/MHEDEA 2000 investigators, 2004). In addition, the SF-12 was used in a large U.S. national survey on drugs, alcohol and psychiatric comorbidity (Grant et al., 2004), to validate the diagnoses assessed in the survey. SF-12 responses are combined to generate both physical and mental component summary scales (PCS-12 and MCS-12, respectively) that are scored using norm-based methods. In our study, raw scores were weighted with the U.S. coefficients that produced a mean of 50 and a standard deviation of 10 (therefore, scores above and below 50 are better and worse than average, respectively) in the American general population. To assess the degree of impairment in HRQoL of our patients we compared our data to SF-12 data obtained in the ESEMed study with a general population sample (ESEMed/MHEDEA 2000 investigators).

Statistical Analysis

Lifetime comorbidity data were used when analyzing sociodemographic features, substance use patterns, serological status, HIV risk behavior, and previous treatments; current comorbidity data were used when analyzing HRQoL. Categorical variables were compared using the chi-square test (χ^2), when 20% or more of the cells had expected counts of less than five, and the Fisher's exact test was used. The Student's *t* test and one-way analysis of variance were used to determine the relationship between a normally distributed quantitative variable and categorical variables with two or three levels, respectively. A logistic regression model was used to assess the independent contribution of non-substance-use disorders/dual diagnosis of variables with *p* values <0.15 in the univariate analysis (Hosmer–Lemeshow statistics were used to assess the goodness of fit of the model). A multiple regression model was constructed to determine predictor variables associated with the physical and mental components of the SF-12 scale. Variables that in the univariate analysis had a *p* value <0.15 were assessed in the model and withdrawn in a backwards technique. Age and gender were forced into the model. Current non-substance-use disorders were also forced in the final model. To assess whether HRQoL scores of the general population (the

ESEMED database was accessible to us) and heroin-dependent patients were statistically different, we used the Welch test in those cases where variances were different and the Student *t* test if they were not.

Results

Of the 189 studied patients, 77% were male with a mean (*SD*) age of 33.8 (7.5) years (range 18–56); 54% were single, most (73%) living with relatives; 40.2% had achieved only primary school, near 60% were currently employed; 66.7% had had at least one lifetime detention; and 90% had received previous treatment for opioid dependence. Almost 54% were infected with hepatitis C (HCV) and 24.3% were infected with HIV. Most (70.4%) had injected drugs intravenously at least once in their life, 33.3% shared injection materials, and 52.4% reported a sexual risk behavior in the last 6 months (Table 1). At the time of admission to MMT, more than half (51.4%) were using heroin intravenously, whereas 27.4% were smoking it and 21.2% were snorting. The current route for cocaine use was mainly intravenous (57%) followed by snorting (22.8%) and smoking (20.2%) (Table 2).

All patients had been diagnosed as manifesting a *DSM-IV* lifetime heroin dependence diagnosis. About 61% also had a lifetime cocaine dependence diagnosis. Most of the subjects (71.4%; *n* = 135) showed more than one lifetime substance dependence diagnoses (mean [*SD*] 3.9 [1.8]). The most frequent current substance dependence diagnoses, other than heroin, were cocaine (35.8%) and sedatives (11.6%). Other substance use diagnoses are noted in Table 3. The overall rate for any lifetime substance use diagnosis other than heroin dependence was 88.9%.

About 34% of the sample was diagnosed with a lifetime non-substance axis I psychiatric disorder. Mood (18%) and anxiety (15.3%) disorders were the most common. Antisocial or borderline personality disorders were observed in 15.3% of the subjects. Overall, about 44% of the sample was diagnosed with either a lifetime axis I disorder or antisocial personality disorder or borderline personality disorder (detailed results are in Table 3). Current prevalence (last 12 months) of any axis I disorder was 20.6% being most prevalent anxiety (14.3%) and mood disorders (7.4%). Overall, 32.3% of the sample was diagnosed with either a current axis I disorder or antisocial or borderline personality disorder (Table 3). About 70% showed only one; 13.3%, two; 12%, three; and 4.8%, four or more non-substance-use axis I disorder or antisocial or borderline personality disorder diagnoses. Only 15.3% patients had received some lifetime psychopharmacological treatment for psychiatric disorder.

Patients were classified into two groups based on the presence or absence of lifetime non-substance use disorders (i.e., any axis I disorder and/or antisocial personality disorder and/or borderline personality disorder): 83 patients had a non-substance-use psychiatric disorder/dual diagnosis (“comorbid” group), and 106 patients did not present a concomitant non-substance-use psychiatric disorder (“noncomorbid” group). The comorbid group differed significantly from the noncomorbid in the percentage of women (61.4% vs. 38.6%) and in the mean (*SD*) number of months employed in last 6 months (2.1 [2.4] vs. 2.9 [2.7] months). Also, the comorbid group had longer history of lifetime psychiatric treatment (26.5% vs. 6.6%). In relation to concurrent infectious diseases, comorbid patients showed more HCV infectious status (63.3% vs. 46.5%,) than did noncomorbid patients (Table 1).

HRQoL data from the SF-12 were available for 175 patients. Mean (*SD*) values for the physical and mental component summary scales were 44.1 [10.1] and 36.9 [11.7], respectively. There were no significant differences between patients with and without current dual diagnosis in physical (43.8 [9.8] vs. 44.3 [10.3]) and mental (36.7 [11.3] vs. 37.1 [12.1])

Table 1
Selected sociodemographic and clinical characteristics of 189 opioid-dependent patients with or without comorbidity admitted to a MMT

Variable	Overall sample N = 189, N (%)	Noncomorbid N = 106 N (%)	Comorbid N = 83 N (%)	χ^2 or t	df	p
Male	145 (76.7)	89 (61.4)	56 (38.6)	$\chi^2 = 7.089$	1	0.008
Female	44 (23.3)	17 (38.6)	27 (61.4)			
Age (mean \pm SD, years)	33.85 \pm 7.47	33.93 \pm 6.88	33.73 \pm 8.21	$t = -0.181$	187	0.856
Marital status						
Single	102 (54)	51 (48.1)	51 (61.4)	$\chi^2 = 3.552$	2	0.169
Currently married	57 (30.1)	35 (33)	22 (26.5)			
Separated/divorced	30 (15.9)	20 (18.9)	10 (12)			
Living						
Relatives	138 (73)	81 (76.4)	57 (68.7)	$\chi^2 = 1.581$	2	0.454
Alone	38 (20.1)	18 (17)	20 (24.1)			
Homeless	13 (6.9)	7 (6.6)	6 (7.2)			
Education level						
Primary school	76 (40.2)	38 (35.8)	38 (45.8)	$\chi^2 = 3.172$	2	0.205
Secondary school	70 (37)	45 (42.5)	25 (30.1)			
High school or university	43 (22.8)	23 (21.7)	20 (24.1)			
Number months employed ^a (mean \pm SD)	4.2 \pm 1.93	2.88 \pm 2.65	2.06 \pm 2.37	$t = -2.235$	183	0.027
Any detention lifetime	126 (66.7)	67 (63.2)	59 (71.1)	$\chi^2 = 1.300$	1	0.254
Serological status						
HIV- Ab positive (n = 185)	45 (24.3)	24 (23.1)	21 (25.9)	$\chi^2 = 0.201$	1	0.654
HCV-Ab positive (n = 180)	97 (53.9)	47 (46.5)	50 (63.3)	$\chi^2 = 5.009$	1	0.025
HBV- Ab positive (n = 175)	59 (33.7)	25 (25.3)	34 (44.7)	$\chi^2 = 7.304$	1	0.007
HIV risk behaviours						
Any IV drug use	133 (70.4)	69 (65.1)	64 (77.1)	$\chi^2 = 3.222$	1	0.073
Currently IV drug use ^b	95 (50.3)	54 (50.9)	41 (49.4)	$\chi^2 = 0.044$	1	0.833

(Continued on next page)

Table 1
Selected sociodemographic and clinical characteristics of 189 opioid-dependent patients with or without comorbidity admitted to a MMT (*Continued*)

Variable	Overall sample N = 189, N (%)	Noncomorbid N = 106 N (%)	Comorbid N = 83 N (%)	χ^2 or <i>t</i>	df	<i>p</i>
Age of 1st injection (mean, <i>SD</i> , years)	22.46 ± 6.16	23.13 ± 5.82	21.73 ± 6.46	<i>t</i> = -1.310	131	0.192
Any sharing injection material	63 (33.3)	31 (29)	32 (39)	χ^2 = 2.111	1	0.146
Currently sharing injection material	6 (3.2)	3 (2.8)	3 (3.6)	χ^2 = 0.093	1	1
Previous substance abuse treatments						
Detoxification	154 (81.5)	84 (79.2)	70 (84.3)	χ^2 = 0.800	1	0.371
Naltrexone	71 (37.8)	40 (38.1)	31 (37.3)	χ^2 = 0.011	1	0.917
Drug free	108 (57.4)	55 (52.4)	53 (63.9)	χ^2 = 2.497	1	0.114
MMT	74 (39.2)	41 (38.7)	33 (39.8)	χ^2 = 0.023	1	0.880
No previous treatments	19 (10.1)	13 (12.3)	6 (7.2)	χ^2 = 1.305	1	0.253
Previous psychiatric treatment	29 (15.3)	7 (6.6)	22 (26.5)	χ^2 = 14.195	1	<0.001

scales. Furthermore, neither the physical nor the mental component summary scales were related to the number of dependence diagnoses and other psychiatric diagnoses.

The physical component of the SF-12 was significantly related to marital status, education level, criminal record, and initial route of heroine use ($p < 0.05$) (Table 4). In the multivariate analysis, educational level, criminal record, and regular use of stimulants and cocaine during the last 30 days were associated with the physical component (Table 5). The mental component of the SF-12 was significantly related to starting route of cocaine use either in the univariate (Table 4) and the multivariate analysis when age, gender, and dual diagnosis were included (Table 5).

Mean (*SD*) values for the physical and mental summary scales in the European general population were 52 (7.7) and 49.8 (9.3), respectively (28). These scales were both substantially and significantly higher in the general population than the means observed in this sample of heroin-dependent patients ($p < 0.001$), indicating the severe impairment in the patient group, even though subjects of the European survey were older (mean age 47 years) and included a lower proportion of men (48%). When comparing our results for individuals with specific psychiatric disorders, the mean scores especially for the mental scale were very low for subjects with heroin dependence even when this was the only diagnosis. However,

Table 2
Substance use characteristics of 189 opioid-dependent patients with or without comorbidity admitted in MM

Drug use	Overall N = 189	Noncomorbid N = 106	Comorbid N = 83	χ	t	df	P
Heroin							
Age of regular use (years \pm SD)	23.0 \pm 6.4	23.3 \pm 5.7	22.8 \pm 7.3		-0.49	151	0.626
Cases using last 30 days [n, (%)]	179 (94.7)	99 (93.4)	80 (96.4)	0.830		1	0.362
Days of use last 30 days (days \pm SD)	25.8 \pm 7.7	25.3 \pm 8.3	26.4 \pm 6.9		0.969	177	0.334
Mean of amount use/day (mg \pm SD)	641 \pm 507	640 \pm 493 ^a	636 \pm 526 ^a		-0.060	178	0.952
Other opioids							
Age of regular use (years \pm SD)	24.6 \pm 7.7	26.8 \pm 7.9	22.6 \pm 7.1		-2.04	52	0.046
Cases using last 30 days [n, (%)]	30 (15.9)	18 (17.0)	12 (14.5)	0.222		1	0.638
Days of use last 30 days (days \pm SD)	16.8 \pm 10.4	18.1 \pm 8.9	13 \pm 11.6		-1.364	28	0.184
Cocaine							
Age of regular use (years \pm SD)	23.7 \pm 6.4	24.4 \pm 6.8	23.0 \pm 5.9		-1.21	135	0.229
Cases using last 30 days [n, (%)]	84 (44.4)	49 (46.2)	35 (42.2)	0.310		1	0.577
Days of use last 30 days (days \pm SD)	13.8 \pm 12.4	12.6 \pm 12.2	13.7 \pm 12.7		0.416	82	0.678
Mean of amount use/day (mg \pm SD)	691 \pm 611 ^a	692 \pm 662 ^a	615 \pm 513 ^a		-0.587	83	0.559
Alcohol							
Age of regular use (years \pm SD)	18.8 \pm 5.2	19.8 \pm 5.9	17.4 \pm 3.8		-2.124	86	0.037
Cases using last 30 days [n, (%)]	68 (36)	40 (37.7)	28 (33.7)	0.323		1	0.570

(Continued on next page)

Table 2
Substance use characteristics of 189 opioid-dependent patients with or without comorbidity admitted in MM (*Continued*)

Drug use	Overall N = 189	Noncomorbid N = 106	Comorbid N = 83	χ	t	df	P
Days of use last 30 days (days \pm SD)	19.2 \pm 10.8	20.2 \pm 10.6	15.0 \pm 11.5		-1.929	66	0.058
Mean of amount use/day (mg \pm SD)	49 \pm 48 ^b	45.9 \pm 40.9 ^b	49.2 \pm 54.1 ^b		0.284	65	0.777
Cannabis							
Age of regular use (years \pm SD)	16.6 \pm 3.6	16.5 \pm 3.2	16.8 \pm 4.1		0.415	144	0.680
Cases using last 30 days [n, (%)]	101 (53.4)	54 (50.9)	47 (56.6)	0.604		1	0.437
Days of use last 30 days (days \pm SD)	19.9 \pm 11.6	21.2 \pm 11.9	17.8 \pm 12		-1.417	99	0.160
Mean of amount use/day (mg \pm SD)	2.3 \pm 2.6 ^c	3.0 \pm 2.7 ^c	3.0 \pm 2.4 ^c		0.087	79	0.931
Sedatives							
Age of regular use (years \pm SD)	24.3 \pm 7.2	25.6 \pm 6.7	22.9 \pm 7.5		-1.727	84	0.080
Use last 30 days [n, (%)]	71 (37.6)	39 (36.8)	32 (38.6)	0.062		1	0.804
Days of use last 30 days (days \pm SD)	20.9 \pm 10.2	17.7 \pm 10.3	21.2 \pm 11.0		1.402	69	0.166
Mean of amount use/day (mg \pm SD)	45.2 \pm 60 ^d	43.9 \pm 40.1 ^d	48.9 \pm 75.0 ^d		0.362	69	0.719
Stimulants							
Age of regular use (years \pm SD)	17.9 \pm 2.7	18.1 \pm 2.5	17.6 \pm 3.0		-0.553	39	0.584
Cases using last 30 days [n, (%)]	3 (1.6)	2 (1.9)	1 (1.2)	0.139		1	1
Days of use last 30 days (days \pm SD)	4.5 \pm 0.7	4.5 \pm 0.7	4.0 \pm (0)		NA		

Table 3
Lifetime and current substance and non-substance-use disorders in 189 opioid-dependent patients in MMT

Substance use disorder	Lifetime N = 189 (%)	Current N = 189 (%)
Heroin		
Dependence	100	98.4
Abuse	—	0.9
Other opioids		
Dependence	11.6	5.3
Abuse	2.6	1.6
Cocaine		
Dependence	60.8	35.8
Abuse	11.6	3.2
Alcohol		
Dependence	20.6	7.4
Abuse	16.4	2.1
Cannabis		
Dependence	10.6	3.7
Abuse	49.2	16.4
Sedative		
Dependence	21.7	11.6
Abuse	9	3.7
Stimulants		
Dependence	11.1	0.9
Abuse	12.5	1.6
Any substance-use disorders	88.9	59.3
Non-substance-use disorders		
Mood disorder	18	7.4
Major depression	12.7	4.8
Induced depression	5.3	2.6
Psychotic disorders	5.8	2.6
Schizophrenia	2.6	2.6
Induced psychosis	3.2	0
Anxiety disorders	15.3	14.3
Panic with/without agoraphobia	6.9	6.3
Social phobia	5.3	5.3
Simple phobia	4.2	4.2
Posttraumatic stress	3.7	0
Obsessive compulsive	2.1	2.1
Eating disorders	2.1	0.5
Anorexia	2.1	0
Bulimia	1.1	0.5
Any antisocial or borderline personality disorder	15.3	
Antisocial (APD)	8.5	
Borderline (BPD)	6.9	
Any axis I disorder	34.4	20.6
Any axis I or APD or BPD	43.9	32.3

Table 4

Mean values of SF-12 physical and mental component summary scales by sociodemographic, toxicological, medical, and psychiatric variables in 175 opioid-dependent patients in MMT

Variable	PCS-12			MCS-12		
	Mean (SD)	<i>t</i> of	df <i>p</i>	Mean (SD)	<i>t</i> of	df <i>p</i>
Gender						
Male (n = 132)	43.3 (10.1)	<i>t</i> = -1.874	1 0.065	37.1 (11.2)	<i>t</i> = 364	1 0.717
Female (n = 43)	46.5 (9.8)			36.3 (13.0)		
Age (range)						
18-29 (n = 52)	44.7 (9.9)			38.5 (12.5)		
30-36 (n = 61)	43.6 (11.3)	<i>f</i> = 0.194	2 0.824	35.8 (10.8)	<i>f</i> = 735	2 0.481
≥37 (n = 62)	43.9 (9.0)			36.6 (11.9)		
Marital status						
Single (n = 90)	46.8 (9.0)			37.1 (11.4)		
Currently married (n = 56)	43.1 (9.9)	<i>f</i> = 3.051	2 0.050	36.5 (12.3)	<i>f</i> = 0.19	2 0.981
Separated/divorced (n = 29)	42.7 (10.5)			36.9 (11.8)		
Education level						
Primary school (n = 67)	43.1 (10.2)			36.4 (11.3)		
Secondary school (n = 66)	46.6 (9.2)	<i>t</i> = 3.583	2 0.030	38.5 (11.9)	<i>f</i> = 1.087	2 0.339
University (n = 42)	41.7 (10.6)			35.2 (11.9)		
Any time in prison						
Yes (n = 116)	42.9 (10.4)	<i>t</i> = -2.064	1 0.040	37.1 (11.8)	<i>t</i> = 0.318	1 0.751
No (n = 59)	46.2 (9.2)			36.5 (11.5)		
HIV risk behaviors						
Any IV drug use (n = 123)	43.2 (10.1)	<i>t</i> = -1.747	1 0.082	36.5 (11.1)	<i>t</i> = -.623	1 0.534
Not IV drug use (n = 52)	46.1 (9.7)			37.7 (13.0)		
Any sharing injection equip (n = 57)	43.9 (10.1)	<i>t</i> = -.104	1 0.917	35.0 (10.8)	<i>t</i> = -1.516	1 0.131
Not sharing injection equip (n = 118)	44.1 (10.1)			37.8 (12.0)		
HIV-Ab						
Positive (n = 42)	43.3 (8.2)	<i>t</i> = -.634	1 0.528	36.7 (10.6)	<i>t</i> = -.162	1 0.871
Negative (n = 129)	44.3 (10.7)			37.0 (12.1)		

(Continued on next page)

Table 4

Mean values of SF-12 physical and mental component summary scales by sociodemographic, toxicological, medical, and psychiatric variables in 175 opioid-dependent patients in MMT (*Continued*)

Variable	PCS-12			MCS-12				
	Mean(SD)	<i>t</i> of	df	<i>p</i>	Mean (SD)	<i>t</i> of	df	<i>p</i>
HCV-Ab								
Positive (n = 88)	43.0 (9.8)	$t = -1.247$	1	0.214	35.3 (11.6)	$t = -1.831$	1	0.069
Negative (n = 78)	45.0 (10.61)				38.6 (11.7)			
Heroin, initial route								
Smoking (n = 49)	43.0 (10.5)				37.7 (10.6)			
Snorting (n = 97)	45.6 (9.9)	$f = 3.258$	2	0.041	37.8 (12.0)	$f = 2.536$	2	0.082
Injecting (n = 29)	40.6 (9.0)				32.5 (11.5)			
Other opioids, regular use								
Yes (n = 125)	43.5 (9.1)	$t = 0.443$	1	0.658	34.6 (9.9)	$t = -1.805$	1	0.074
No (n = 50)	44.3 (10.5)				37.8 (12.2)			
Cocaine								
Days of use last 30 days								
0 (n = 100)	42.7 (10.5)				37.3 (11.6)			
<30 (n = 52)	46.6 (9.2)	$f = 2.624$	2	0.075	36.0 (11.6)	$f = 0.235$	2	0.790
30 (n = 23)	44.1 (9.0)				37.2 (12.7)			
Initial route								
Smoking (n = 27)	42.8 (8.5)				34.6 (12.2)			
Snorting (n = 119)	44.2 (10.4)	$f = 0.581$	2	0.560	38.5 (11.0)	$f = 3.441$	2	0.034
Injecting (n = 21)	42.0 (9.2)				32.4 (12.3)			
Stimulants, regular use								
Yes (n = 37)	41.3 (9.5)	$t = -1.880$	1	0.062	36.2 (9.5)	$t = -.488$	1	0.627
No (n = 138)	44.8 (SD 10.1)				37.1 (12.1)			
Primary psychotic disorder								
Yes (n = 5)	43.7 (10.1)	$t = -.089$	1	0.929	42.6 (11.1)	$t = 1.105$	1	0.271
No (n = 170)	44.1 (SD 10.1)				36.7 (11.7)			
Current psychiatry comorbidity								
Yes (n = 61)	43.4 (9.9)	$t = -.617$	1	0.538	37.1 (11.0)	$t = .177$	1	0.860
No (n = 114)	44.4 (SD 10.2)				36.8 (12.1)			

Table 5
Multiple regression models for physical and mental component summary scales (PCS-12 and MCS-12, respectively) in 175 opioid-dependent patients in MMT

Variable PCS-12	β (SE) ^a	95% CI ^a	β	t ^a	P
Age	-0.08 (0.10)	-0.28 – 0.12		-0.81	0.42
Gender					
Male	-2.98 (1.72)	-6.4 – 0.42		-1.73	
Female	0	—		—	0.08
Education level					
Primary school	1.45 (1.99)	-2.48–5.37		0.73	
Secondary school	4.62 (1.95)	0.78–8.46		2.4	
University	0	—		—	0.04
Any time in prison					
Yes	-3.61 (1.62)	-6.8–0.43		-2.24	
No	0	—		—	0.03
Stimulants, regular use					
Yes	-3.84 (1.84)	-7.45–0.20		-2.08	
No	0	—		—	0.04
Cocaine, days of use last 30 days					
0	-1.53 (2.27)	-6.02–2.96		-0.67	
<30	2.74 (2.48)	-2.15–7.62		1.11	
30	0	—		—	0.04
Current dual diagnosis					
Yes	-0.67 (1.61)	-3.86–2.51		-0.42	0.68
No	0	—		—	
Variable MCS-12					
Age	-0.03 (0.12)	-0.27–0.20		-0.28	0.78
Gender					
Male	0.08 (2.17)	-4.19–4.36		0.04	
Female	0	—		—	0.97
Cocaine, initial route					
Smoking	2.28 (3.46)	-4.55–9.12		0.66	
Snorting	6.25 (2.73)	0.85–11.64		2.29	
Injecting	0	—		—	0.04
Current psychiatric comorbidity					
Yes	0.02(1.88)	-3.69–3.74		0.01	
No	0	—		—	0.99

SE = standard error; CI = confidence interval; t = student t test.

only comorbid “any anxiety disorder” contributed an additional significant decrement in the SF-12 mental scale compared to the general population (Table 6).

Discussion

This study documents that co-occurrence of substance use and non-substance-use disorders is frequently diagnosed in opioid-dependent subjects admitted to MMT. A total of 32% of heroin users had current and 44% had lifetime diagnoses of non-substance-use axis I

Table 6
 Comparison of physical and mental component summary scales (PCS-12 and MCS-12, respectively) for particular disorders for the ESEMeD general population and heroin-dependent patients

	PCS-12						MCS-12					
	EGP ^a			HDP ^a			EGP			HDP		
	n	Mean	CI	n	Mean	CI	p	Mean	CI	Mean	CI	p
No disorder	6,137	52.95	52.6–53.3					54.43	54.1–54.8			
No current disorder	19,325	49.59	49.4–49.8					54.55	54.4–54.7			
Any mood disorder	970	45.79	44.8–46.8	14	42.99	34.5–47.5	0.46*	40.36	39.3–41.4	37.82	32.0–43.6	0.56 ^b
Any anxiety disorder	1,324	45.85	45.0–46.7	26	42.07	38.0–46.7	0.15*	45.86	45.0–46.7	36.57	32.3–40.8	0.01 ^b
Alcohol dependence	51	49.79	47.3–52.3	13	42.59	36.5–48.7	0.58 [†]	45.61	42.0–49.2	38.47	32.4–44.6	0.59 ^c
Heroin dependence				15	42.95	37.2–48.7				35.55	30.3–40.8	
Heroin and other dependence				79	44.35	42.3–46.4				37.96	35.3–40.6	

^aEGP, ESEMeD General Population (n = 21,425); HDP, heroin-dependent patients (n = 175).

^bWelch test.

^cStudent *t* test.

or axis II (antisocial or borderline personality) disorders. Moreover, opioid-dependent patients manifesting only a substance use disorder or manifesting concomitant substance use and non-substance-use disorders manifested a very poor HRQoL, especially in the mental domain of the SF-12 scale. To our knowledge this is the first study in which HRQoL was examined in opioid patients according to both axis I and II dual diagnoses. The use of a reliable and valid research instrument to assess comorbid *DSM-IV* disorders, the PRISM, also strengthens the present results. According to these findings, assessment of non-substance-use psychiatric disorders and measurement of HRQoL can be considered important elements for the integral care of opioid users seeking MMT.

Study Limitations

The following study limitations are noted. Although the sample size was calculated to achieve good precision in studying co-occurrence of non-substance-use disorders, it may not have been sufficient to study differences in HRQoL by comorbidity, although a significant difference was found for comorbid anxiety disorders. Further, information was not available about the patients with whom assessments could not be completed, although our response rate (75%) was well within the acceptable level. Additionally, although antisocial and borderline personality disorders (the more frequent personality disorders described among substance users) were assessed; other personality disorders were not evaluated. This may have led to an underestimation of overall personality disorder diagnoses in the study population. However, a U.S. national survey documents a very high level of association between personality disorders (Grant, Stinson, Dawson, Chou, Ruan, 2005), so that it may be assumed that any underestimation may not have been relevant. Another study limitation might be related to the generalizability of results. Although our sample represents about half of the total MMT new admissions in the city of Barcelona during the study period, subjects' gender, age distribution, and proportion of injectors did not differ from the overall MMT admissions (Direcció General de Drogodependències i SIDA, 2002).

Our HRQoL results using the SF-12 are consistent with studies using other instruments in showing that MMT patients have a very impaired HRQoL (Calsyn et al., 2004; Millson et al., 2004, Puigdollers et al., 2004; Ryan and White, 1996; Torrens et al., 1997) that is not further reduced by most types of concurrent non-substance-use psychiatric disorders or the number of substance dependence diagnoses. Recently results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed/MHEDEA 2000 investigators, 2004) showed that in the general population, both physical and mental mean scores were related to the number of disorders and also specific diagnoses. In our study, heroin dependent subjects presented a very impaired HRQoL, mainly affecting the mental domain (which was 14.3 points lower than the standard population mean, which was 50; thus 1.5 *SD* below the mean). As other current diagnoses did not significantly affect the mean impairment in our sample, heroin dependence itself appears to be the main reason for the low HRQoL, not leaving room for further impairment in ambulatory, noninstitutionalized individuals. Although this fact could suggest an SF-12 "floor effect," its component summaries are not prone to such a problem and, in fact, lower mean values of the MCS-12 with SF-36 having been reported in old depressed patients (Heiligenstein et al., 1995). Nevertheless, because patients referred poor HRQoL at entry to MMT, future studies assessing changes in HRQoL according to non-substance-use disorders after being in methadone treatment for a period of time would clarify the role of dual diagnosis in HRQoL of opioid-dependent patients. These results agree with those found by Calsyn et al. (2004) using the SF-36 MCS-12: opioid addicts showed lower correlation between the ASI psychiatric

composite score and the SF-36 MCS than subjects with alcohol or cocaine use. We did not observe differences in HRQoL (neither SF-12 physical nor mental scores) when considering physical comorbidity (i.e., HIV and HCV infection), whereas they observed a significant correlation between physical severity assessed by the ASI medical composite score and the physical component scale of SF-36 on their sample of opioid addicts (Calsyn et al., 2004).

The prevalence of non-substance-use axis I disorders comorbidity found in this study is similar to other MMT samples (Stain, Brooner, and Bigelow, 1991; Brooner, King, Kidorf, Schmidt, and Bigelow, 1997; King, Kidorf, Stoller, and Brooner, 2000) and twice the prevalence found in the general population (ESEMed/MHEDEA 2000 investigators, 2004). Major depression, including primary (independent) and substance induced was the most common lifetime non-substance-use axis I disorder, whereas anxiety disorders were the most frequent current non-substance-use psychiatric disorder diagnosed. The prevalence of both lifetime and current depression was similar to the 16% and 3% respectively, reported by Brooner, King, Kidorf, Schmidt, and Bigelow, although in contrast with this study we found that major depression diagnoses were mainly primary and not substance induced. Differences in diagnostic criteria (*DSM-IV* and *DSM-III-R*) and instruments used (PRISM and SCID) between the present study and the study of Brooner et al. may account for the differences observed. Our finding that primary major depression was more common than substance-induced major depression is consistent with comorbidity data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC; Grant, Stinson, Dawson, Chou, and Ruan, 2005), a general population study in which most of the mood disorders diagnosed in substance users were primary. The diagnosis of primary or substance-induced major depression in substance users is a relevant issue for adequate treatment. Differences in the diagnosis accuracy of samples included in clinical trials for major depression in substance users might explain the controversial results on antidepressant treatment efficacy reported. (Torrens et al., 2005)

Furthermore, the increased risk of non-substance-use disorders in women and an extra increased risk for every additional substance use disorder are consistent with results from previous studies in substance users (Hernandez-Avila, Rounsaville, and Kranzler, 2004; Kidorf et al., 2004; Rodriguez Llera, Domingo-Salvany, and Brugal, 2006). Otherwise, in contrast to previous studies that have documented that psychiatric and substance use comorbidity are associated to higher rates of HIV risky behaviors (Strain, Brooner, and Bigelow, 1991), in our sample, neither differences in HIV status nor in risk behaviors were found between comorbid and noncomorbid groups. HIV risk behaviors in opiate addicts have been related mostly to the presence of antisocial personality disorder (Brooner, Greenfield, Schmidt, and Bigelow, 1993), and the low rates of antisocial personality disorder found in our study might justify the lack of differences.

Health-related quality of life of heroin-dependent patients seeking treatment has shown up once more as very impaired, especially its mental component, even in the absence of comorbid psychiatric disorders. With the development of additional designs such as longitudinal studies, more can be learned about the impact of co-occurrence of non-substance-use disorders in health-related quality of life.

Acknowledgments

This research was supported by Grants 00/810 and G03/005 from Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), Madrid, Spain. We thank Marta Pulido, M.D., for editing the manuscript and for editorial assistance; Deborah Hasin, Ph.D., for useful comments; and the nurses from treatment centers, for their support to this study.

RESUMÉ

Impact de la dépendance de substances et le diagnostic duel sur la qualité de vie des consommateurs d'héroïne qui cherchent traitement

On étudie la prévalence de la cooccurrence de troubles par l'usage de substances et de troubles non liés aux substances (diagnostic duel) parmi 189 sujets avec dépendance des opiacés, avec l' " Enquête de Recherche Psychiatrique pour troubles de substances et mentaux " (PRISM) et leur impact sur la Qualité de Vie Liée à la Santé (QVLS) avec la SF-12 (échelles physique (PCS-12) et mentale (MCS-12)). Le taux de diagnostics par substance et non-liés aux substances était de 59% et 32%, respectivement. Les valeurs moyennes pour la PCS-12 et MCS-12 étaient 44.1 (s.d.: 10.1) et 39.9 (s.d.: 11.7), sans différences liées à la présence ou non de diagnostic duel. Les consommateurs d'héroïne en traitement avec de la méthadone avaient un taux élevé de diagnostic duel et une QVLS très détériorée.

Mot-clé: la dépendance d'héroïne; diagnostic duel; comorbidité psychiatrique; qualité de la vie; méthadone

RESUMEN

Impacto de la dependencia de sustancias y el diagnóstico dual en la calidad de vida de los consumidores de heroína que inician tratamiento.

Se evaluó la prevalencia concomitante de trastornos por uso de sustancias (TUS) y trastornos no relacionados con el uso de sustancias (No-TUS) (diagnóstico dual) en 189 dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona, mediante la entrevista PRISM, y su impacto en la calidad de vida mediante el SF-12 (componentes PCS-12 y MCS-12). La prevalencia actual de TUS y No-TUS fue del 59% y del 32%, respectivamente. Los valores medios del PCS-12 y el MCS-12 fueron 45.5 (ds 9.8) y 33.9 (ds 12.7). No se observaron diferencias entre los pacientes con o sin diagnóstico dual. Los dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona mostraron una elevada prevalencia de diagnóstico dual y una peor calidad de vida.

Palabras clave: dependencia de opiáceos; diagnóstico dual; comorbilidad psiquiátrica; calidad de vida; metadona

THE AUTHORS



Mònica Astals, B.A., Psychologist, is currently working at the "Instituto de Atención Psiquiátrica (IAPs)." Her main research lines are related to psychiatric comorbidity in drug abusers.



Antònia Domingo-Salvany, Phys., Ph.D. in Medicine, has been investigating drug abuse epidemiology at the Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) since 1989. Her current research focus is drug user psychiatric comorbidity and health services research.



Claudio Castillo Buenaventura, M.D., Psychiatrist, is currently working at the “Instituto de Atención Psiquiátrica (IAPS).” His main research interests are related to methadone maintenance treatment and drug user psychiatric comorbidity.

Jordi Tato, M.D., Psychiatrist, is currently working at the “Unidad de Patología Dual del Sagrat Cor de Martorell.” He was working as Head of the Outpatient Drug Abuse Treatment Center “CAS Creu Roja” when this study was carried out. His main research interests are related to psychiatric comorbidity in drug abusers and HIV.



José M^a Vazquez, Physician, works as physician at the CAS-Sants and has been in the drug abuse field since 1990.



Rocío Martín-Santos, Senior Consultant in Psychiatry, Ph.D., in Medicine. She has been working in the anxiety disorders field since 1988 at the Psychiatry & Drug Abuse Department of the Hospital del Mar in Barcelona. Currently she is Head of the Psychiatric Genetics Research Group at the Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) in Barcelona. Her main research interests are related to anxiety, depression disorders, and psychiatric comorbidity in drug abusers.



Marta Torrens, Psychiatrist, Ph.D. in Medicine, has been working in the drug abuse field since 1985 and currently is Head of the Drug Abuse Unit of the Psychiatry & Drug Abuse Department of the Hospital del Mar in Barcelona. Her main research interests are related to methadone maintenance treatment, drug abusers, and psychiatric comorbidity.

Glossary

Heroin dependence. Heroin dependence is the sustained substance use indicated through cognitive, behavioral, and physiological symptoms and characterized by repeated self-administration that usually results in tolerance, withdrawal, and compulsive drug-taking behavior.

Dual diagnosis. Dual diagnosis is defined by the co-occurrence of substance use disorders and non-substance-use disorders.

Psychiatric comorbidity. Psychiatric comorbidity is defined as the presence of any non-substance-use disorder in a subject with a substance use disorder.

Quality of life. Quality of life is defined as the individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns.

Methadone. Methadone is a typical mu-receptor opioid agonist widely used for maintenance treatments in heroin dependence.

References

- Aharonovich, E., Liu, X., Nunes, E., Hasin, D. S. (2002). Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 159:1600–1602.
- Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E. Jr., Aaronson, N. K., Mosconi, P., et al. (2004). Health related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research* 13:283–298.

- Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., et al. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use Misuse* 40:1765–1776.
- Broner, R. K., 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.
- Broner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., Bigelow, G. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry* 54:71–80.
- Cacciola, J., Alterman, A., Rutherford, M., McKay, J., Mulvaney, F. (2001). The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence* 61:271–280.
- Calsyn, D. A., Saxon, A. J., Bush, K. R., Howell, D. N., Baer, J. S., Sloan, K. L., et al. (2004). The Addiction Severity Index medical and psychiatric composite scores measure similar domains as the SF-36 in substance-dependent veterans: concurrent and discriminant validity. *Drug and Alcohol Dependence* 76:165–171.
- Chen, C. C., Tsai, S. Y., Su, L. W., Yang, T. W., Tsai, C. J., Hwu, H. G. (1999). Psychiatric comorbidity among male heroin addicts: differences between hospital and incarcerated subjects in Taiwan. *Addiction* 94:825–32.
- Curran, G. M., Sullivan, G., Williams, K., Han, X., Collins, K., Keys, J., et al. (2003). Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. *Annals of Emergency Medicine* 41:659–667.
- Direcció General de Drogodependències i SIDA. (2002). Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya. Informe anual 2001. Barcelona.
- Eland-Goossens M. A., Van der Goor L. A. M., Garretsen, H. F. L., Shudel, W. J. (1997). Opiate addicts in and outside treatment compared on psychopathology. *European Addiction Research* 3:164–172.
- ESEMeD/ MHEDEA 2000 investigators. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (Suppl 420):38–46.
- Fassino, S., Daga, G. A., Delsedime, N., Rogna, L., Boggio, S. (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence* 76:73–80.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 1997.
- Giacomuzzi, S. M., Riemer, M., Ertl, M., Rossler, H., Hinterhuber, H., Kurz, M. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: A health-related quality of life assessment. *Addiction* 98:693–702.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry* 61:807–816.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry* 46:1–5.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. A conceptual model of patients outcomes. *Annals of Internal Medicine* 118:622–629.
- Hasin, D. S., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K., Waxman, R. (2006). Diagnosis of comorbid disorders in substance users: Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV). *American Journal of Psychiatry* 163:689–696.
- Heiligenstein, J. H., Ware, J. E. Jr., Beusterien, K. M., Roback, P. J., Andrejasich, C., Tollefson, G. D. (1995). Acute effects of fluoxetine versus placebo on functional health and well-being in late-life depression. *International Psychogeriatrics* 7:125–137.
- Hernandez-Avila, C. A., Rounsaville, B. J., Kranzler, H. R. (2004). Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 74:265–272.

- Janca, A., Ustun, T. B., Sartorius, N. (1994). New versions of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90:73–83.
- Kidorf, M., Disney, E. R., King, V.L., Neufeld, K., Beilenson, P.L., Brooner, R. K. (2004). Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug and Alcohol Dependence* 74:115–122.
- King, V. L., Kidorf, M. S., Stoller, K. B., Brooner, R. K. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *Journal of Addictive Diseases* 19:65–83.
- Krausz, M., Verthein, U., Degkwitz, P. (1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 5:55–62.
- Mason, B., Kocsis, J., Melia, D., Khuri, E. T., Sweeney, J., Wells, A., et al. (1998). Psychiatric comorbidity in methadone maintained patients. *Journal of Addictive Diseases* 17:75–89.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease* 168:26–33.
- Millson, P. E., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Fischer, B., Strike, C. J., Myers, T., et al. (2004). Self-perceived health among Canadian opiate users: A comparison to the general population and to other chronic disease populations. *Canadian Journal of Public Health* 95 (Suppl 2, Health Module):99–103.
- Puigdollers, E., Cots, F., Brugal, M.T., Torralba, L., Domingo-Salvany, A., Costas, F. (2003). Methadone maintenance programs with supplementary services: A cost-effectiveness study. *Gaceta Sanitaria* 17:123–130.
- Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvaros, J., Castillo, C., et al. (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance: Quality of life and gender. *Substance Use and Misuse* 39:1353–1368.
- Rodriguez Llera, M. C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence* 84:48–55.
- Ryan, C.F., White, J. (1996). Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction* 91:39–45.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S.R., Williams, J.B., deGruy, F.V., 3rd., Broody, D., Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *Journal of the American Medical Association* 274:1511–1517.
- Strain, E. C., Brooner, R. K., Bigelow, G. E. (1991). Clustering of multiple substance use and psychiatric diagnoses in opiate addicts. *Drug and Alcohol Dependence* 27:127–134.
- Torrens, M., Domingo-Salvany, A., Alonso, J., Castillo, C., San, L. (1999). Methadone and quality of life. *Lancet* 353:1101.
- Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G., Farré, M. (2005). Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 78:1–22.
- Torrens, M., San, L., Martinez, A., Castillo, C., Domingo-Salvany, A., Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction* 92:707–716.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G., Martín-Santos, R. (2004). Diagnosing psychiatric comorbidity in substance abusers. Validity of the Spanish versions of Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV). *American Journal of Psychiatry* 161:1231–1237.
- Ware, J. E., Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health* 23:49–73.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M., Gandek, B. (2002). *How to score version 2 of the SF-12 Health Survey*. Quality Metrics: Lincoln, RI.
- World Health Organization (WHO). (1998). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Core, Version 2.1.

CAPÍTOL 4

Discussió

En el present capítol es presenta, en primer lloc, un resum de la discussió de cada treball i, en segon lloc, una discussió conjunta d'ambdós treballs i la informació aportada en capítols anteriors. Els treballs que es comenten a continuació han permès aprofundir en l'estudi de la prevalença de la patologia psiquiàtrica concomitant a l'ús de substàncies així com avançar en el coneixement de les seves implicacions en els tractaments i en la qualitat de vida dels consumidors de substàncies. Els dos estudis que es presenten són els primers portats a terme en el nostre medi on s'avalua la comorbiditat psiquiàtrica en dues mostres de pacients dependents de substàncies amb l'entrevista estructurada PRISM. Els estudis de fiabilitat i validesa de l'entrevista han demostrat que, fins a l'actualitat, és l'únic instrument vàlid i fiable per al diagnòstic dels trastorns psiquiàtrics No-TUS concomitants en pacients consumidors de substàncies (Torrens i cols., 2004; Hasin i cols., 2006).

4.1 PREVALENÇA DE COMORBIDITAT PSIQUIÀTRICA I IMPLICACIONS VERS EL TRACTAMENT EN PACIENTS QUE INGRESSEN PER A DESINTOXICACIÓ EN UNA UNITAT DE DESINTOXICACIÓ HOSPITALÀRIA

Més de la meitat dels pacients admesos en una unitat de desintoxicació presentaven comorbiditat psiquiàtrica en l'Eix I o l'Eix II al moment de l'ingrés. Aquests pacients amb comorbiditat psiquiàtrica patien major gravetat addictiva (més diagnòstics TUS) i pitjor funcionament psicossocial, que els pacients sense comorbiditat psiquiàtrica. La majoria (82%) dels pacients admesos per a desintoxicació van completar correctament el tractament independentment de la presència o no de comorbiditat psiquiàtrica.

Més de la meitat dels pacients ingressats eren policonsumidors. Els principals diagnòstics per abús o dependència de substàncies van ser els relacionats amb l'heroïna, la cocaïna i els sedants.

Respecte als diagnòstics No-TUS, gran part de la mostra presentava comorbiditat psiquiàtrica actual. Els diagnòstics més freqüents van ser els trastorns de la personalitat (23% T Antisocial; 18% T Límit), els trastorns afectius (27%) i els trastorns d'ansietat (12%). Tot i que aquests taxes són inferiors a les detectades en altres estudis amb malalts ingressats per a desintoxicació que han emprat altres instruments diagnòstics (Hendriks, 1990;

Lehman i cols., 1994; Craig i DiBuono, 1996; Busto i cols., 1996; Driessen i cols., 1998; Chen i cols., 1999; Franken i Hendriks, 2000; Verheul, 2001; Haro i cols., 2004; Rodríguez-Jiménez i cols., 2008), la mostra presentava un patró de comorbiditat psiquiàtrica similar al observat en aquests estudis.

Els diagnòstics vida No-TUS més freqüents han estat els trastorns afectius. Les prevalences detectades en la mostra actual són clarament superiors a les descrites en altres estudis amb pacients ingressats (Busto i cols., 1996; Driessen i cols., 1998; Chen i cols., 1999; Carroll i cols., 2009). Els autors de diversos treballs suggereixen que aquests pacients podrien estar més motivats per al tractament. Tanmateix, s'han descrit diferències en la freqüència de trastorns afectius en relació al gènere. Carroll i cols. (2009), en una mostra de pacients ingressats per a desintoxicació, van detectar que les dones referien aproximadament el doble de trastorns afectius que els homes.

Existeixen pocs estudis clínics que hagin diferenciat entre trastorns afectius primaris i trastorns induïts per substàncies en aquestes mostres de pacients. Entre els pacients ingressats en una UDH amb trastorn afectiu, es va trobar que un terç d'aquests diagnòstics era induït per substàncies. Aquestes xifres són força inferiors a les descrites per Lehman i cols. (1994), que utilitzant criteris DSM-III-R, van descriure que tres quartes parts dels trastorns afectius eren induïts per substàncies.

El diagnòstic actual més freqüent en pacients ingressats va ser el trastorn antisocial de la personalitat (TAP). Els estudis amb mostres clíniques han descrit unes prevalences de TAP que van del 2% al 88% (Lehman i cols., 1994; Craig i DiBuono, 1996; Busto i cols., 1996; Driessen i cols., 1998; Chen i cols., 1999; Haro i cols., 2004; Rodríguez-Jiménez i cols., 2008). La presència d'aquest trastorn s'associa a un major nombre de conductes de risc pel VIH de manera que s'ha identificat com un factor de risc per al contagi del VIH entre consumidors per via endovenosa (Haro i cols., 2004). Tot i que el trastorn límit de la personalitat (TLP) va ser el diagnòstic més freqüent, els autors varen detectar que els pacients dependents d'opiacis amb un TAP concomitant eren més greus en tant que havien realitzat major nombre de tractaments previs: més ingressos per a desintoxicació i més tractaments de manteniment amb metadona. Segons Chen i cols. (1999), la presència d'un trastorn de la personalitat està associat a una major vulnerabilitat a desenvolupar un trastorn afectiu i a un inici precoç (abans dels 25 anys) del consum per via endovenosa.

Es van detectar diferències al comparar als pacients amb i sense comorbiditat psiquiàtrica respecte el funcionament psicosocial i el patró de consum. S'observà que els pacients comòrbids havien conviscut menys en família i presentaven taxes superiors d'atur mostrant així un pitjor funcionament psicosocial respecte els pacients no comòrbids. La presència de comorbiditat actual es va associar a un major nombre de diagnòstics vida de dependència de l'heroïna, el cànnabis i els sedants. Concretament, el diagnòstic de dependència al cànnabis únicament es realitzà entre els pacients amb comorbiditat psiquiàtrica.

En quant al tractament de desintoxicació hospitalària, s'observà que els pacients comòrbids tendien a demanar menys altes voluntàries i, per tant, finalitzaven el tractament correctament. Aquest troballa és consistent amb l'estudi de San i cols. (1989), en el qual també detectaren que a major problemàtica psicopatològica associada, millors resultats en el tractament de desintoxicació. Tot i això, existeixen estudis anteriors els quals, o bé no han trobat cap relació entre la presència de comorbiditat psiquiàtrica No-TUS i la resposta al tractament (Franken i Hendriks, 1999), o bé han descrit que la presència de patologia dual, en concret el TAP, és un dels predictors de mala resposta al tractament més importants (Rounsaville i cols., 1987; Carroll i cols., 1992; Weiss i cols., 1996; Krausz i cols., 1999; Verheul i cols., 2000; Compton i cols., 2003; Carroll i cols., 2009). En el cas del present treball, la menor prevalença de trastorns de la personalitat detectada entre la mostra podria explicar els millors resultats del tractament. D'altra banda, l'elevada presència de comorbiditat psiquiàtrica actual de l'Eix I, concretament de depressió major, també podria haver contribuït en l'èxit del tractament en tant que, possiblement, els pacients estaven més motivats envers el tractament que els pacients sense comorbiditat (Rounsaville i Kosten., 1985; Chen i cols., 1999).

4.2 PREVALENCIA DE COMORBIDITAT PSIQUIÀTRICA I REPERCUSSIÓ EN LA QUALITAT DE VIDA EN PACIENTS DEPENDENTS D'OPIACIS QUE INICIEN UN TRACTAMENT DE MANTENIMENT AMB METADONA

Aquest és el primer estudi portat a terme amb dependents d'opiacis en el qual s'avalua la qualitat de vida en relació a la comorbiditat psiquiàtrica. Els dependents d'opiacis presenten una baixa qualitat de vida, especialment en l'escala mental del qüestionari SF-12, independentment de la presència o no de comorbiditat psiquiàtrica. La prevalença actual i vida de comorbiditat psiquiàtrica entre dependents de l'heroïna que inicien un PMM va ser del 32% i el 44%, respectivament.

La baixa qualitat de vida obtinguda amb l'escala SF-12 és consistent amb estudis previs portats a terme amb altres instruments també en poblacions de dependents d'opiacis (Ryan i White, 1996; Torrens i cols., 1997; Calsyn i cols., 2004; Millson i cols., 2004; Puigdollers i cols., 2004). No es van trobar diferències en la baixa qualitat de vida entre els pacients amb i sense comorbiditat psiquiàtrica ni en el factor físic ni el mental, ni tampoc amb diagnòstics comòrbids específics. Això coincideix amb l'estudi de Fassino i cols. (2004), amb pacients dependents d'opiacis en tractament en comunitat terapèutica, i contrasta amb els resultats de l'estudi europeu amb població general (ESEMeD/MHEDEA, 2004), el qual va mostrar que les escales física i mental del SF-12 es relacionaven no solament amb la presència de comorbiditat psiquiàtrica sinó també amb la presència de diagnòstics específics. Aquests resultats suggereixen que la dependència de l'heroïna per si mateixa ja empitjora significativament la qualitat de vida. Es necessiten estudis de seguiment que avaluïn els canvis esdevinguts en la qualitat de vida dels pacients en PMM en relació a la presència de comorbiditat psiquiàtrica.

El 44% de comorbiditat psiquiàtrica vida obtingut en la mostra de dependents d'opiacis que inicien un PMM és similar a la d'altres estudis amb pacients en PMM (Strain i cols., 1991; Brooner i cols., 1997; King i cols., 2000), inferior a les taxes detectades en altres mostres de pacients en PMM que arriben al 86% (Abbot i cols., 1994; Kokkevi i Stefanis, 1995; Grella i cols., 2009). Watkins i cols. (2005), van valorar una mostra de consumidors de substàncies que iniciaven tractament ambulatori mitjançant una entrevista de cribatge. Els autors van

detectar que al menys el 50% de la mostra tenia probabilitats de tenir un diagnòstic psiquiàtric concomitant a l'ús de substàncies.

El principal diagnòstic vida de l'Eix I va ser el trastorn depressiu major, incloent els primaris i els induïts per substàncies, mentre que els trastorns d'ansietat van ser el diagnòstic actual més freqüent. La prevalença vida de trastorn depressiu major detectada en la mostra és clarament inferior al 46% referit per Chen i cols. (2009) en el seu estudi, amb criteris DSM-IV, portat a terme amb una mostra de pacients en PMM en tractament en comunitat terapèutica. Tanmateix, la prevalença actual i vida d'aquest trastorn és similar a la observada en altres estudis amb criteris DSM-III o DSM-III-R (Strain i cols., 1991; Kokkevi i Stefanis, 1995; Brooner i cols., 1997). A diferència del treball de Brooner i cols. (1997), la major part dels diagnòstics en els pacients en PMM eren primaris i no induïts per substàncies. S'ha descrit, a més a més, que la presència d'un trastorn depressiu, primari o induït, a l'inici del tractament, empitjora l'evolució del TUS i incrementa el risc de tenir un altre trastorn depressiu en el seguiment a 18 mesos (Nunes i cols., 2006). Donades les implicacions clíniques d'aquesta troballa és important, per tant, detectar els trastorns afectius a l'inici del tractament.

Els estudis publicats amb dependents d'opiacis han descrit unes taxes de comorbiditat amb trastorns de la personalitat al voltant del 60% (Rounsaville i cols., 1998; Skodol i cols., 1999; Frei i Rhem, 2002), essent els diagnòstics de TAP, TLP i trastorn dependent de la personalitat els més freqüents en aquests pacients. Les prevalences detectades entre els dependents d'opiacis en tractament en el nostre medi són clarament inferiors a les referides tant en estudis previs amb mostres clíniques com amb mostres de dependents sense tractament (Rodríguez-Llera i cols., 2006).

En el cas dels trastorns psicòtics, les prevalences vida obtingudes en la mostra són similars a les obtingudes en una mostra de dependents d'opiacis en PMM en tractament en comunitat terapèutica (Chen i cols., 2009). S'ha detectat que entre els consumidors d'heroïna sense tractament, els percentatges de psicosis induïda al llarg de la vida es dispara considerablement (9.4%) respecte aquells amb el mateix diagnòstic TUS però que estan en tractament (3.2%) (Rodríguez-Llera i cols., 2006).

Tanmateix, s'observaren diferències de gènere. En primer lloc, hi havia una

major proporció de dones amb un trastorn No-TUS. Segon, cada diagnòstic TUS addicional en les dones implicava un risc augmentat de tenir un altre diagnòstic No-TUS. Aquestes troballes són consistents amb les obtingudes en estudis anteriors amb dependents de substàncies en tractament (Hernández-Avila i cols., 2004; Kidorf i cols., 2004) i amb dependents d'opiacis sense tractament (Rodríguez-Llera i cols., 2006). Globalment, les dones presenten més trastorns afectius i TLP i els homes més TAP.

En resum, els dependents d'opiacis que inicien un PMM presenten una baixa qualitat de vida, especialment en l'escala mental, independentment de la presència o no de comorbiditat psiquiàtrica. Són necessaris més estudis longitudinals els quals permetin avaluar l'impacte de la comorbiditat psiquiàtrica en la qualitat de vida d'aquests pacients i els resultats del tractament.

4.3 DISCUSSIÓ GENERAL

4.3.1 Prevalença de comorbiditat psiquiàtrica en pacients dependents de substàncies hospitalitzats per a desintoxicació i dependents d'opiacis en tractament de manteniment amb metadona

Els dos treballs són els primers portats a terme en el nostre medi on s'ha avaluat la presència de comorbiditat psiquiàtrica i la seva repercussió en la qualitat de vida i els resultats del tractament de desintoxicació hospitalària amb un instrument vàlid i fiable dissenyat específicament per a consumidors de substàncies: l'entrevista PRISM.

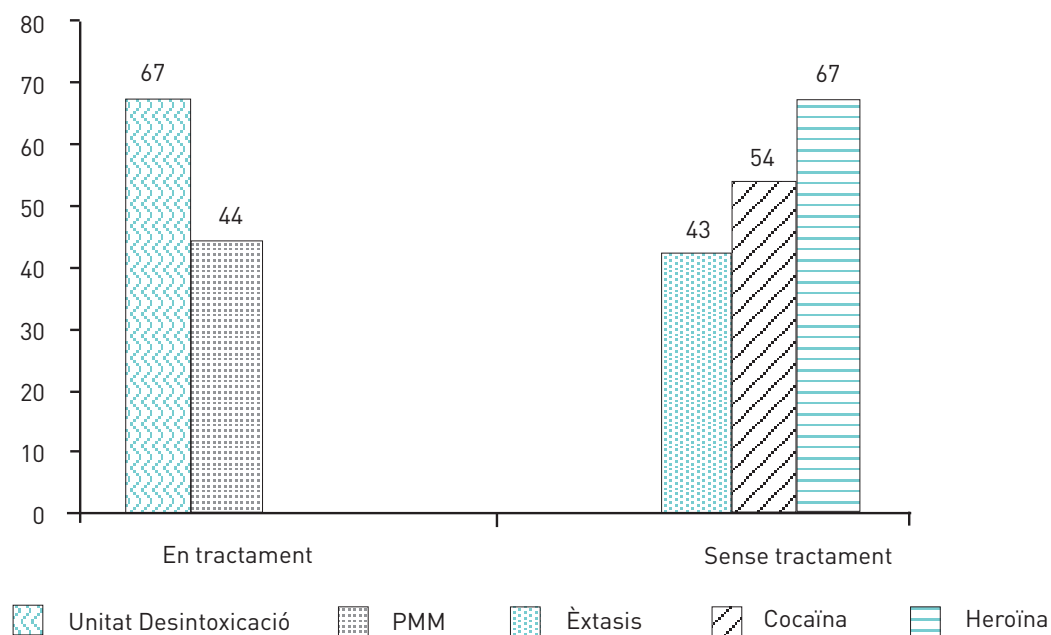
Les prevalences de comorbiditat psiquiàtrica actual i vida detectades en pacients que ingressen per a desintoxicació han estat del 59% i el 67%, respectivament. Aquestes taxes són clarament superiors al 32% de prevalença actual i el 44% de prevalença vida, detectats entre dependents d'opiacis que inicien un PMM, el que suggereix que els pacients que ingressen en una UDH presenten major gravetat psicopatològica que els pacients ambulatoris.

Aquests dos treballs formen part d'un estudi més ampli sobre l'epidemiologia de la comorbiditat psiquiàtrica en consumidors de drogues il·legals, en

tractament o no, a la ciutat de Barcelona, el projecte "PsyCoBarcelona". Aquest projecte ha estudiat la comorbiditat psiquiàtrica en 629 consumidors de substàncies il·legals, d'ambdós sexes, reclutats en centres de tractament i en unitats de recerca farmacològica i epidemiològica. Tots ells han estat estudiats emprant la mateixa metodologia diagnòstica (criteris DSM-IV, diagnòstics psiquiàtrics obtinguts mitjançant l'entrevista PRISM, realitzada per investigadors entrenats), durant el mateix període de temps (2001-2005) i amb la mateixa accessibilitat tant als dispositius assistencials com a les drogues legals i il·legals. En concret, el treball que es presenta fa referència a la part del projecte "PsyCoBarcelona" portat a terme amb la subpoblació de consumidors de drogues il·legals que sol·licitaren tractament de metadona o de desintoxicació hospitalària.

En la figura 1 es comparen les prevalències vida de comorbiditat psiquiàtrica dels pacients que sol·licitaren tractament respecte dels consumidors de drogues reclutats fora del centres de tractament.

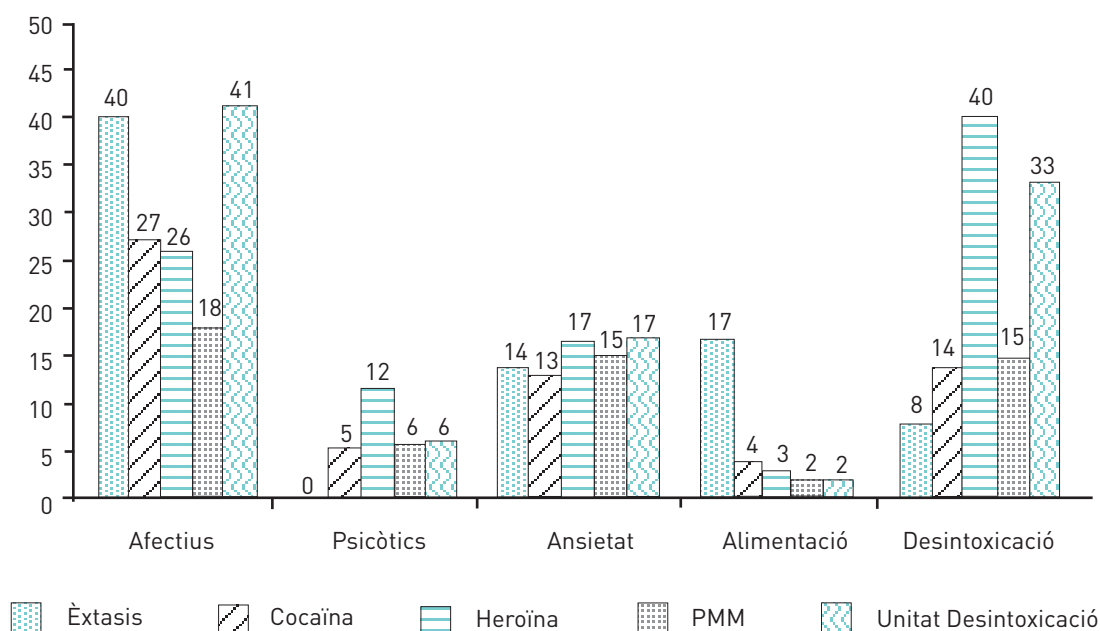
Figura 1. Prevalença vida de comorbiditat psiquiàtrica dels pacients en tractament i dels consumidors sense tractament.



Rodríguez-Llera i cols., 2006; Nocon i cols., 2007; Herrero i cols., 2008; Astals i cols., 2008; Martín-Santos i cols., en revisió.

Globalment, no hi ha diferències de comorbiditat psiquiàtrica entre consumidors que sol·liciten tractament i els que no. Aquesta troballa pot indicar en primer lloc, que la presència de comorbiditat psiquiàtrica no és un factor que incrementa la demanda de tractament, com altres autors havien suggerit (Rounsaville i Kleber, 1985; Montoya i cols., 1995; Eland-Gossensen i cols., 1997; Conner i cols., 2008). Segon, que els recursos assistencials disponibles no són suficientment atractius per als consumidors amb problemes psiquiàtrics comòrbids i per aquest motiu no arriben a tractament. En la figura 2 es comparen les prevalences vida dels principals diagnòstics comòrbids dels pacients que sol·licitaren tractament respecte dels consumidors de drogues reclutats fora del centres de tractament.

Figura 2. Principals diagnòstics comòrbids dels pacients en tractament i dels consumidors sense tractament.

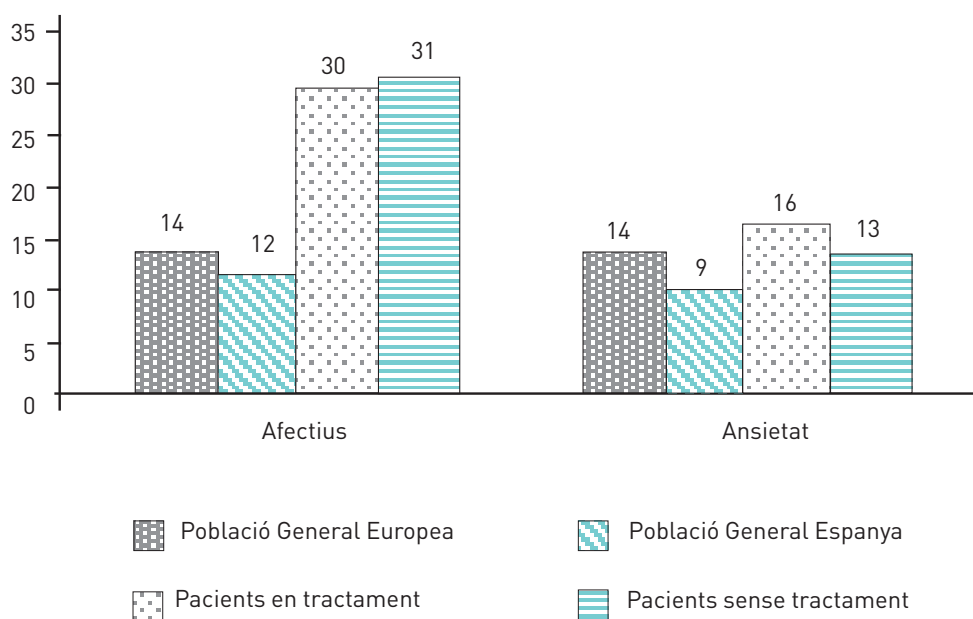


Rodríguez-Llera i cols., 2006; Nocon i cols., 2007; Herrero i cols., 2008; Astals i cols., 2008; Martín-Santos i cols., en revisió.

D'acord amb estudis publicats anteriorment (Carroll i Rounsaville, 1992; Darke i Ross, 1997; Brienza i cols., 2000), i en contra d'altres autors (Rounsaville i Kleber, 1985; Montoya i cols., 1995; Eland-Gossensen i cols., 1997; Conner i cols., 2008), no es trobaren diferències en les prevalències de trastorns afectius, trastorns d'ansietat, trastorns psicòtics o TLP entre els pacients en tractament i els consumidors reclutats fora dels dispositius assistencials. D'altra banda, els consumidors sense tractament presentaren prevalències més elevades de trastorns de l'alimentació i TAP respecte els pacients en tractament.

En la figura 3 es comparen les prevalències vida dels principals trastorns psiquiàtrics de l'Eix I en consumidors de substàncies amb/sense tractament i la població general espanyola i europea.

Figura 3. Prevalença vida dels principals trastorns psiquiàtrics de l'Eix I en consumidors de substàncies amb/sense tractament i la població general espanyola i europea.



Rodríguez-Llera i cols., 2006; Nocon i cols., 2007; Herrero i cols., 2008; Astals i cols., 2008; Martín-Santos i cols., en revisió.

En comparació amb els resultats dels estudis epidemiològics espanyol (ESEMeD-Espanya) (Haro i cols., 2006) i europeu (ESEMeD) (Alonso i cols., 2004) sobre prevalença de trastorns mentals, els consumidors de drogues il·legals presenten majors prevalences vida de trastorns afectius i trastorns d'ansietat que la població general espanyola i europea. D'acord amb els resultats de l'estudi europeu (Alonso i cols., 2004), les dones consumidores en tractament tenen el doble de probabilitats de tenir un trastorn de l'Eix I al llarg de la vida.

Les diferències observades en relació al gènere entre mostres de consumidors de drogues il·legals amb/sense tractament són consistents amb els resultats obtinguts en la població general europea i americana (ESEMeD/MHEDEA, 2004; Haro i cols., 2006; Grella i cols., 2009).

4.3.2 Repercussió de la comorbiditat psiquiàtrica en consumidors de substàncies en tractament

Globalment, els pacients inclosos en els dos estudis presentaven més antecedents legals, tenien més TAP, consumien més per via endovenosa i estaven més infectats pel VIH i pel VHC que els consumidors reclutats fora dels centres de tractament de l'estudi PsyCoBarcelona (Rodríguez-Llera i cols., 2006; Nocon i cols., 2007; Astals i cols., 2008; Herrero i cols., 2008; Martín-Santos i cols., en revisió). Aquests resultats suggereixen que les complicacions mèdiques i legals associades al consum de drogues il·legals poden ser factors decisius per buscar tractament.

En quant a la resposta al tractament, ja s'han comentat prèviament els resultats dels pacients ingressats per a desintoxicació. De forma global, aquests indiquen que la presència de comorbiditat psiquiàtrica no interfereix amb l'èxit del tractament de desintoxicació hospitalària. Tot i l'evidència que els TMM incrementen la qualitat de vida dels pacients en tractament (Torrens i cols., 1997; Ponizovsky i Grinshpoon, 2007; Maremmani i cols., 2007), manquen estudis de seguiment en els quals s'hagi valorat la continuïtat de la millora en la qualitat de vida d'aquests pacients en tractament en relació a la comorbiditat psiquiàtrica.

CAPÍTOL 5

Conclusions

-
- 1- Més de la meitat dels pacients ingressats, de forma programada, en una unitat de desintoxicació hospitalària, presenten comorbiditat psiquiàtrica en l'Eix I i/o l'Eix II al moment de l'ingrés.
 - 2- Els pacients amb comorbiditat psiquiàtrica que ingressen per a desintoxicació, presenten major gravetat addictiva (són més policonsumidors) que els pacients sense comorbiditat psiquiàtrica.
 - 3- Els pacients amb comorbiditat psiquiàtrica que ingressen per a desintoxicació, presenten pitjor funcionament psicosocial (menys nivell d'escolarització, més desvinculació familiar, més atur) que els pacients sense comorbiditat psiquiàtrica.
 - 4- Els diagnòstics de comorbiditat psiquiàtrica actuals més freqüents en pacients que ingressen per a desintoxicació són: els T. Afectius, 27%; el T. Antisocial de la Personalitat, 23%; el T. Límit de la Personalitat, 18%, i els T. d'Ansietat, 12%.
 - 5- La presència de comorbiditat psiquiàtrica al moment de l'ingrés no interfereix amb el resultat del tractament de desintoxicació hospitalària.
 - 6- La prevalença actual i vida de comorbiditat psiquiàtrica entre dependents de l'heroïna que inicien un PMM és del 32% i el 44%, respectivament.
 - 7- Els diagnòstics de comorbiditat psiquiàtrica actuals més freqüents en dependents de l'heroïna que inicien un PMM són: els T. d'Ansietat, 14%; el T. Antisocial de la Personalitat, 9%; el T. Límit de la Personalitat, 7%, i els T. Afectius, 7%.
 - 8- Entre dependents de l'heroïna que inicien un PMM hi ha diferències de gènere en la comorbiditat psiquiàtrica. Les dones presenten més T. Afectius i T. Límit de la Personalitat i els homes més T. Antisocial de la Personalitat.
 - 9- Els dependents d'opiacis que inicien un PMM presenten una baixa qualitat de vida, independentment de la presència o no de comorbiditat psiquiàtrica actual.

- 10- No hi ha diferències en la prevalença de comorbiditat psiquiàtrica entre consumidors de drogues il·legals que sol·liciten tractament (desintoxicació hospitalària o PMM) i els consumidors de drogues il·legals (heroïna, cocaïna, èxtasis) que no demanen tractament.
- 11- Els consumidors de drogues il·legals (en tractament o no) presenten majors prevalences de T. Afectius i T. d'Ansietat que la població general espanyola i europea.
- 12- Les diferències de comorbiditat psiquiàtrica observades en relació al gènere entre consumidors de drogues il·legals amb/sense tractament són consistents amb els resultats obtinguts en la població general europea i americana.
- 13- Els consumidors de drogues il·legals que sol·liciten tractament presenten més complicacions legals i mèdiques que els consumidors que no demanen tractament.
- 14- Amb l'oferta de tractament actual, les complicacions legals i mèdiques són factors més decisius per demanar tractament a dispositius de la xarxa de drogodependències que la presència de comorbiditat psiquiàtrica.
- 15- Els dispositius assistencials de drogodependències han de ser més accessibles a la comorbiditat psiquiàtrica dels consumidors o, alternativament, els dispositius assistencials de salut mental han de ser més accessibles als pacients amb patologia psiquiàtrica que presenten consum de drogues concomitant.

CAPÍTOL 6

Limitacions

Les limitacions principals dels dos treballs presentats són:

1) Representativitat de la mostra:

- Els pacients ingressats en la unitat de desintoxicació hospitalària seleccionada representen un 30% dels ingressos per a desintoxicació de Barcelona en el mateix període d'estudi, i un 30% dels pacients no van completar l'avaluació.

- En l'estudi de pacients en metadona, la mostra representa la meitat de les admissions a PMM de Barcelona. No es detectaren diferències en l'edat, el sexe i la proporció de consumidors per via endovenosa respecte el total de noves admissions a tractament durant el període d'estudi; un 25% dels pacients que iniciaren un PMM no van completar l'avaluació; i, finalment, el tamany de la mostra estava calculat per a l'estudi de la prevalença de comorbiditat psiquiàtrica i no per a avaluar les diferències en la qualitat de vida en relació a la comorbiditat psiquiàtrica.

2) En ambdós estudis únicament s'ha avaluat la presència dels trastorns antisocial i límit de la personalitat.

3) Les característiques específiques del patró de consum i les condicions legals de consum a Espanya dificulten la comparació amb altres països.

CAPÍTOL 7

Referències

Abbott, P.J., Weller, S.B., i Walker, S.R. (1994). Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data. *Journal of Addiction Disease*, 13: 1-11.

Abram, K.M., i Teplin, L.A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees. Implications for public policy. *The American psychologist*, 4: 1036-1045.

Aharonovich, E., Liu, X., Nunes, E., i Hasin, D. (2002). Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159: 1600-1602.

Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J.E., Aaronson, N.K., Mosconi, P., i cols. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Reserch*, 13: 283-98.

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., i cols. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420): 38-46.

Astals, M., Domingo-Salvany, A., Castillo, C., Tato, J., J.M^a. Vázquez, Martín-Santos, R., Torrens, M. Impact of Substance Dependence and Dual Diagnosis on the Quality of Life of Heroin Users Seeking Treatment. *Substance Use and Misuse* 2008, 43: 612-632.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed. (1980). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed, rev. (1987). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (1994). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed – TR. (2000). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Appleby, L. (2000). Drug misuse and suicide: a tale of two services. *Addiction*, 95: 175-177.
- Bech, P., Olsen, L.R., Kjoller, M., i Rasmussen, N.K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12: 85-91.
- Brienza, R.S., Stein, M.D., Chen, M., Gogineni, A., Sobota, M., Maksad, J., i cols. (2000). Depression among needle exchange program and methadone maintenance clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18: 331-337.
- Brogly, S., Mercier, C., Bruneau, J., Palepu, A., i Franco, E. (2003). Towards more effective public health programming for injection drug users: development and evaluation of the injection drug user quality of life scale. *Substance Use and Misuse*, 38: 965-92.
- Bronner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W., i Bigelow, G. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54: 71-80.
- Bryant, K.J., Rounsaville, B.J., Spitzer, R.L., i Williams, J.B.W. (1992). Reliability of dual diagnosis: Substance dependence and psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180: 251-257.
- Bulbena, A., Berrios, G.E., i Fernandez de Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Busto, U., Romach, M., i Sellers, E. (1996). Multiple drug use and psychiatric comorbidity in patients admitted to the hospital with severe benzodiazepine dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(1): 51-57.
- Cacciola, J., Alterman, A., Rutherford, M., McKay, J., i Mulvaney, F. (2001). The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 61: 271-280.

Calsyn, D.A., Saxon, A.J., Bush, K.R., Howell, D.N., Baer, J.S., Sloan, K.L., i cols. (2004). The Addiction Severity Index medical and psychiatric composite scores measure similar domains as the SF-36 in substance-dependent veterans: concurrent and discriminant validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 76: 165-71.

Carey, M.P., Carey, K.B., Maisto, S.A., Gordon, C.M., i Venable, P.A. (2001). Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behavior among psychiatric outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 846-850.

Carey, M.P., Carey, K.B., i Meisler, A. (1991). Psychiatric symptoms in mentally ill chemical abusers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179: 136-138.

Carroll, C.P., Triplett, P.T., i Mondimore, F.M. (2009). The Intensive Treatment Unit: A Brief inpatient detoxification facility demonstrating good postdetoxification treatment entry. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2): 111-119.

Carroll, K.M., i Rounsaville, B.J. (1992). Contrast of treatment seeking and untreated cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 49(6): 464-71.

Caton, C.L., Shrout, P.E., Eagle, P.F., Opler, L.A., Felix, A., i Domínguez, B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case control study. *American Journal of Public Health*, 84: 265-270.

Chen, C.C., Tsai, S.Y., Su, L.W., Yang, T.W., Tsai, C.J., i Hwu, H.G. (1999). Psychiatric co-morbidity among male heroin addicts: differences between hospital and incarcerated subjects in Taiwan. *Addiction*, 94(6): 825-832.

Chen, T., Masson, C.L., Sorensen, J.L., i Greenberg, B. (2009). Residential Treatment Modifications: Adjunctive Services to Accommodate Clients on Methadone. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35: 91-94.

Compton, W.M., Cottler, L.B., Jacobs, J.L., Ben Abdallah, A., i Spitznagel, E.L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160: 890-895.

- Conner, K.R., Pinquart, M., i Duberstein, P.R. (2008). Meta-analysis of depression and substance use and impairment among intravenous drug users (IDUs). *Addiction, 103*: 524-534.
- Craig, T., i DiBuono, M. (1996). Recognition of Comorbid Psychopathology by Staff of a Drug Detoxification Unit. *American Journal on Addictions, 5(1)*: 76-80.
- Cuffel, B., Shumway, M., i Chouljian, T. (1994). A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*: 704-708.
- Curran, G.M., Sullivan, G., Williams, K., Han, X., Collins, K., Keys, J., i cols. (2003). Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. *Annals of Emergency Medicine, 41*: 659-667.
- Darke, S., Wodak, A., Hall, W., Heather, N., i Ward, J. (1992) Prevalence and predictors of psychopathology among opioid users. *British Journal of Addiction, 87*: 771-776.
- Darke, S., i Ross, J. (1997). Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug and Alcohol Dependence, 48*: 135-141.
- Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U., i Dilling, H. (1998). Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*: 77-86.
- Endicott, J., i Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 35*: 837-844.
- Eland-Goossensen, M.A., van de Goor, I., Garretsen, H.F.L., i Schudel, W.J. (1997). Opiate addicts in and outside treatment compared on psychopathology. *European Addiction Research, 3*: 164-172.
- ESEMeD/ MHEDEA 2000 investigators. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109(420)*: 38-46.

EUROQoL Group (1990). EuroQoL, a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16: 199-208.

Fassino, S., Abbate Daga, G., Delsedime, N., Rogna, L., i Boggio, S. (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76: 73-80.

Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G., i Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26: 57-63.

Flynn, P., i Barry, B. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34: 36-47.

Franken, I.H., i Hendriks, V.M. (2000). Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II co-morbidity, not with axis-I co-morbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, 59: 305-308.

Frei, A., i Rehm, J. (2002). Co-morbidity: psychiatric disorder of opiate addicts at entry into heroin assisted treatment. *Psychiatrische Praxis*, 29(5): 251-257.

Grella, C., Karno, M., Warda, U., Niv, N., i Moore, A. (2009). Gender and comorbidity among individuals with opioid use disorders in the NESARC study. *Addictive Behaviors*, 34: 498-504.

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., i Compton, W. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61: 807-816.

Haro, G., Mateu, C., Martínez-Raga, J., Valderrama, J.C., Castellano, M., i Cervera, G. (2004). The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *European Psychiatry*, 19: 187-192.

- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., i Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126(12):445-51.
- Hasin, D., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K., i Waxman, R. (2006). Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 163: 689-696.
- Hasin, D., Trautman, K., Miele, G., Samet, S., Smith, M., i Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 153: 1195-201.
- Havassy, B.E., Alvidrez, J., i Owen, K.K. (2004). Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. *American Journal of Psychiatry*, 161: 139-145.
- Hendriks, V.M. (1990). Psychiatric disorders in a Dutch addict population –rates and correlates of DSM-III diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 158-165.
- Hernández-Avila, C.A., Rounsaville, B.J., i Kranzler, H.R. (2004). Opioid-, cannabis- and alcohol- dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74: 265-272.
- Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., Brugal, M.T., i ITINERE Investigators. (2008). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*, 103(2): 284-93.
- Hunt, G., Bergen, J., i Bashir, M. (2002). Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after relapse. *Schizophrenia Research*, 54: 253-264.
- Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., i Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine*, 15: 221-229.

Irarugi, I. (2002). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en toxicomanías. A I. Iraurgi i F. Gonzalez-Saiz (Eds), Instrumentos de evaluación en drogodependencias (pp: 481-511). Barcelona: Aula Médica.

Kadden, R., Kranzler, H., i Rounsaville, B. (1995). Validity of the distinction between "substance-induced" and "independent" depression and anxiety disorders. *American Journal of Addiction, 4*: 107-117.

Kamali, M., Kelly, L., Gervin, M., Browne, S., Larkin, C., i O'Callaghan, E. (2001). Psychopharmacology: insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 52*: 161-166.

Khantzian, E.J., i Treece, C. (1985). DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings. *Archives of General Psychiatry, 42*: 1067-1071.

Kessler, R., Crum, R., Warner, L., Nelson, C., Schulenberg, J., i Anthony, J. (1997). The lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 54*: 313-321.

Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., i cols. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*: 8-19.

Kidorf, M., Disney, E.R., King, V.L., Neufeld, K., Beilenson, P.L., i Brooner, R.K. (2004). Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug and Alcohol Dependence, 74*: 115-122.

King, V.L., Kidorf, M.S., Stoller, K.B., i Brooner, R.K. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *Journal of Addiction Disease, 19*: 65-83.

Kokkevi, A., i Stefanis, C. (1995). Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry, 36*: 329-37.

- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., i Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviours*, 23: 841-853.
- Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., i Kleber, H.D. (1982). DSM-III personality disorders in opiate addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 23: 572-81.
- Kranzler, H., Kadden, R.M., Babor, T., Tenne, H., i Rounsaville, B. (1996). Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction*, 91: 859-868.
- Kranzler, H., Tennen, H., Babor, T., Kadden, R., i Rounsaville, B. (1997). Validity of the longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 45: 93-104.
- Krausz, L., i Muller-Kalthoff, T. (2002). Psychosoziale Belastung bei Drogentoten. [Psychosocial stress preceding drug-related deaths]. *Gesundheitswesen*, 64: 548-553.
- Krausz, M., Verthein, U., i Degkwitz, P. (1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *European Addiction Research*, 5: 55-62.
- Lambert, M.T., LePage, J.M., i Schmitt, A.L. (2003). Five-year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. *American Journal of Psychiatry*, 160: 1350-1353.
- Lehman, A., Myers, C., Corty, E., i Thompson J. (1994). Prevalence and patterns of "dual diagnosis" among psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 35: 106-112.
- McDowell, I., i Newell, C. (1996). *Measuring health*. 2nd edn. New York: University Press.
- Maremmanni, I., Pani, P.P., Pacini, M., i Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33: 91-98.

Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J.M., Imaz, M.L., Navinés, R., i cols. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European Journal of Psychiatry*, 20(3): 147-156.

Martín-Santos, R., Torrens, M., Poudevida, S., Langohr, K., Cuyás, E., Pacifici, R., i cols. 5-HTTLPR polymorphism, mood disorders and MDMA use in a 3-year follow-up study. *En revisió*.

Mason, B., Kocsis, J., Melia, D., Khuri, E., Sweeney, J., Wells, A., i cols. (1998). Psychiatric comorbidity in methadone maintained patients. *Journal of Addictive Disease*, 17: 75-89.

Millson, P.E., Challacombe, L., Villeneuve, P.J., Fischer, B., Strike, C.J., Myers, T., i cols. (2004). Self-perceived health among Canadian opiate users: a comparison to the general population and to other chronic disease populations. *Canadian Journal of Public Health*, 95: 99-103.

Montoya, I.D., Haertzen, C., Hess, J.M., Covi, L., Fudala, P.J., Johnson, R.E., i cols. (1995). Comparison of Psychological Symptoms Between Drug Abusers Seeking and Not Seeking Treatment. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 183: 50-53.

Morgello S., Holzer, C.E., Ryan, E., Young, C., Naseer, M., i Castellon, S.A. (2006). Interrater reliability of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders in an HIV-infected cohort: experience of the National NeuroAIDS Tissue Consortium. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(3): 131-138.

Nocon, A., Bergé, D., Astals, M., Martín-Santos, R., Torrens, M. Dual diagnosis in an Inpatient Drug-Abuse Detoxification Unit. *European Addiction Research* 2007, 13: 192-200.

Nunes, E., i Levin, F. (2004). Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 291: 1887-1896.

Nunes, E., Liu, X., Samet, Sh., Matseoane, K., i Hasin, D. (2006). Independent versus Substance-Induced Major Depressive Disorder in Substance-Dependent Patients: Observational Study of Course During Follow-Up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10): 1561-1567.

Nunes, E., i Rounsaville, B.J. (2006). Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) to DSM-V. *Addiction*, 101(1): 89-96.

Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales del comportamiento y el desarrollo. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992). Madrid: Meditor.

Owen, R., Fischer, E., Booth, B., i Cuffel B. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47: 853-858.

Oyefeso, A., Ghodse, H., Clancy, C., i Corkery, J. (1999). Suicide among drug addicts in the United Kingdom. *British Journal of Psychiatry*, 175: 277-282.

Pettinati, H.M., Pierce, J.D., Belden, P.P., i Meyers, K. (1999). The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *American Journal of Addiction*, 161: 139-145.

Petitjean, S. (2005). *Diagnostic Issues in Dual Diagnosis Patients*. A Stoler, R. i Rösler, W. (Ed), *Dual Diagnosis. The Evolving Conceptual Framework* (p. 105-114). Basel: Biblioteca Psychiatrica, Karger.

Ponizovsky, A.M., i Grinshpoon, A. (2007). Quality of Life Among Heroin Users on Buprenorphine versus Methadone Maintenance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33: 631-642.

Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Torrens, M., Alvarós, J., Castillo, C., i cols. (2004). Characteristics of Heroin Addictis Entering Methadone Maintenance Treatment: Quality of Life and Gender. *Substance Use and Misuse*, 39(9): 1353-1368.

Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L., i cols. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264: 2511-2518.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., i Ratcliff, KS. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38: 381-389.

Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M.A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagny, A., i cols. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Investigación Clínica*, 49(2): 195-208.

Rodríguez-Llera, M.C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Silva, T., Sánchez-Niubó, A., Torrens, M., i ITINERE Investigators. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, 84: 48-55.

Rosenberg, S.D., Goodman, L.A., Osher, F.C., Swartz, M.S., Essock, S.M., Butterfield, M.I., i cols. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 91: 31-37.

Ross, H.E., Swinson, R., Doumani, S., i Larkin, EJ. (1995). Diagnosing comorbidity in substance abusers: a comparison of the test-retest reliability of two interviews. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2: 167-185.

Rounsaville, B.J., Anton, S.F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B., i Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48: 43-51.

Rounsaville, B.J., Dolinsky, Z.S., Babor, T.F., i Meyer, R.E. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 44: 505-513.

Rounsaville, B.J., i Kleber, H. (1985). Untreated opiate addicts: how do they differ from those seeking treatment?. *Archives of General Psychiatry*, 42: 1072-1077.

Rounsaville, B.J., Kosten, T., i Kleber, H. (1985). Success and failure at outpatient opioid detoxification. Evaluating the process of clonidine- and methadone assisted withdrawal. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173: 103-110.

Rounsaville, B.J., Kranzler, H.R., Ball, S. Tennen, H., Poling, J., i Triffeman, E. (1998). Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186: 87-95.

Rounsaville, B.J., Weissman, M., Kleber, H., i Wilber, C. (1982). Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39: 161-166.

Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Cameron Wild, T., Strike, C., i cols. (2008). Prevalence of Co-occurring Substance Use and Other Mental Disorders in the Canadian Population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12): 800-809.

Ryan, C., i White, J. (1996). Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction*, 91(1): 39-45.

Samet, Sh., Waxman, R., Hatzenbuehler, M., i Hasin, D. (2007). Assessing Addiction: Concepts and Instruments. *Addiction Science and Clinical Practice*, 4(1): 19-31.

San, L., Camí, J., Peri, J.M^a., Mata, R., i Porta, M. (1989). Success and failure at inpatient heroin detoxification. *British Journal of Addiction*, 84: 81-87.

Skodol, A.E., Oldham, J.M., i Gallaher, P.E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156: 733-738.

Spitzer, R.L., Endicott, J., i Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35: 773-782.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., i First, MB. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), I: history, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49: 624-629.

Stinson, F., Grant, B., Dawson, D., Ruan, W., Huang, B., i Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 80: 105-116.

Strain, E.C., Brooner, R.K., i Bigelow, GE. (1991). Clustering of multiple substance use and psychiatric diagnoses in opiate addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 27: 127-134.

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20: 315-320.

Torrens, M., Domingo-Salvany, A., Alonso, J., Castillo, C., i San, L. (1999). Methadone and quality of life. *The Lancet*, 353: 1101.

Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G., i Farré, M. (2005). Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 78: 1-22.

Torrens, M., Martín-Santos, R., i Samet, Sh. (2006). Importance of Clinical Diagnoses for Comorbidity Studies in Substance Use Disorders. *Neurotoxicity Research*, 10: 253-261.

Torrens, M., San, L., Martínez, A., Castillo, C., Domingo-Salvany, A., i Alonso, J. (1997). Use of Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92(6): 707-716.

Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G., i Martín-Santos, R. (2004). Diagnosing psychiatric comorbidity in substance abusers. Validity of the Spanish versions of psychiatric research interview for substance and mental disorders (PRISM-IV) and the structured clinical interview for DSM-IV (SCID-IV). *American Journal of Psychiatry*, 161: 1231-1237.

Vázquez, C., Muñoz, M., i Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95: 523-530.

- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16: 274-282.
- Verheul, R., Kranzler, H.R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S., i Rounsaville, B.J. (2000). Co-occurrence of axis I and II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 110-118.
- Ware, J.E., i Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 23: 49-73.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D.M., i Gandek, B. (2002). How to score version 2 of the SF-12 Health Survey. Lincoln: Quality Metrics.
- Watkins, K.E., Hunter, S.B., Wenzel, S.L., Tu, W., Paddock, S.M., Griffin, A., i cols. (2005). Prevalence and Characteristics of Clients with Co-Occurring Disorders in Outpatient Substance Abuse Treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(4): 749-764.
- Weiss, R.D., Martínez-Raga, J., i Hufford, C. (1996). The significance of a coexisting opioid use disorder in cocaine dependence: an empirical study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22: 173-184.
- Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., i cols. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49: 630-636.
- Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Beck, A.T., Blaine, J., i cols. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40: 639-45.

CAPÍTOL 8

Annex

Annex 1:

The American Journal of Psychiatry, 2004; 161: 1231-1237

Article

Diagnosing Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Abusers: Validity of the Spanish Versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV

Marta Torrens, M.D., Ph.D.

Domènec Serrano, M.D.

Mònica Astals, Psy.D.

Gustavo Pérez-Dominguez,
Psy.D.

Rocío Martín-Santos, M.D., Ph.D.

Objective: The authors' goal was to assess the validity of DSM-IV diagnoses obtained with the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) compared with the longitudinal, expert, all data (LEAD) procedure in a group of substance abusers.

Method: A total of 105 substance abusers recruited at a drug abuse treatment center in Barcelona, Spain, were assessed. The PRISM and SCID were administered blindly by independent research interviewers. LEAD diagnoses were made by two senior psychiatrists who were blind to PRISM and SCID diagnoses. The kappa statistic was used to measure concordance between the LEAD procedure and the PRISM and SCID.

Results: Affective and anxiety disorders were diagnosed more frequently by the PRISM and SCID than by the LEAD procedure. Use of the PRISM resulted in more

diagnoses of substance-induced depression, and use of the SCID resulted in more diagnoses of primary major depression than the LEAD procedure. Kappas between the LEAD procedure and the PRISM in current major depression, past substance-induced depression, and borderline personality disorder were better than those obtained between the LEAD procedure and the SCID. The concordance among the three methods for diagnoses of current dependence disorders was good or excellent for alcohol, anxiolytic, cocaine, and heroin dependence and fair for cannabis dependence. Abuse diagnoses showed poor concordance.

Conclusions: Using the LEAD procedure as a "gold standard," the authors conclude that the Spanish version of the PRISM seems to be a better instrument than the Spanish version of the SCID for diagnosing major depression and borderline personality disorders in substance abusers.

(Am J Psychiatry 2004; 161:1231-1237)

Diagnosing and treating comorbid psychiatric disorders in substance abusers have become increasingly important in the last 10 years. Many clinical and epidemiologic studies have revealed a high degree of co-occurrence of substance abuse and psychiatric disorders, a finding that may have important consequences from a health and social point of view (1). However, the identification of reliable and valid diagnoses of comorbid psychiatric disorders in substance abusers has long been problematic. The core problem is that of accurate diagnosis, which has two main difficulties. First, the acute or chronic effects of substance abuse can mimic symptoms of many other mental disorders, making it difficult to differentiate psychiatric symptoms that represent a primary disorder from those representing the effects of acute or chronic substance use or withdrawal. Second, psychiatric diagnoses are defined by their manifestations rather than by direct biological markers. Furthermore, it has been shown that most of the

diagnostic criteria used for diagnosing psychiatric disorders offer little specific guidance for determining other psychiatric diagnoses from the clinical records of patients affected by drug abuse/dependence. Studies using Research Diagnostic Criteria (2), DSM-III criteria, and DSM-III-R criteria, even with structured diagnostic instruments such as the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia—Lifetime Version (3), the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (4), and the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (5), have shown poor reliability and validity for mood and anxiety disorders in substance abusers (6-11).

In response to the increasing recognition of the relevance of comorbid psychiatric disorders in drug users, DSM-IV placed more emphasis on comorbidity, replacing the dichotomous terms "organic" versus "nonorganic" to distinguish three categories: "primary," "substance-induced," and "expected effects" of the substances. In con-

DIAGNOSING COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS

trast to previous diagnostic systems, DSM-IV provides guidelines for distinguishing psychiatric symptoms in ongoing substance use. In consequence, it can be hypothesized that the use of DSM-IV criteria, through structured diagnostic interview, would be the best strategy to increase the validity of comorbid psychiatric diagnoses in substance abusers.

At the present time, two interviews for psychiatric diagnosis based on DSM-IV criteria have been developed: the DSM-IV versions of the SCID (12, 13) and of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) (14). The SCID is a semistructured interview that allows diagnosis of primary or substance-induced disorders but provides no more specific guidelines than are stated in the criteria. Reliability data for the SCID in substance-abusing samples are not yet available. The PRISM is a structured interview developed in response to the lack of a diagnostic interview suitable for comorbidity research. Three important characteristics of the PRISM that are specific to comorbidity include 1) adding specific rating guidelines throughout the interview, including frequency and duration requirements for symptoms, explicit exclusion criteria, and decision rules for frequent sources of uncertainty; 2) positioning of the alcohol and drug sections of the PRISM near the beginning of the interview, before the mental disorder sections, so that the history of alcohol and drug use is available at the time of beginning the assessment of mental disorders; and 3) more structured alcohol and drug histories to provide a context for assessing comorbid psychiatric disorders. The first version of PRISM, based on DSM-III-R criteria, showed good to excellent reliability for many diagnoses, including affective disorders, substance use disorders, eating disorders, some anxiety disorders, and psychotic symptoms (15). To address the changes in DSM-IV, the PRISM has been updated and revised to provide diagnoses of primary and substance-induced disorders and to include the expected effects of intoxication or withdrawal. In addition, the revised version of the PRISM provides a method for operationalizing the term "in excess of" the expected effects of substance in chronic substance abusers (16).

In the absence of suitable standardized measures against which to examine the validity of psychiatric diagnoses (i.e., a "gold standard"), the longitudinal evaluation performed by an expert, using all data available (the longitudinal, expert, all data [LEAD] procedure) was conceived as a standard for validating psychiatric diagnoses (17). The LEAD procedure has been employed as a criterion for the assessment of the procedural validity of diagnostic instruments. Nevertheless, the reliability and validity of the LEAD procedure for diagnosing some psychiatric comorbidity according to DSM-III-R criteria have been questioned in previous studies (18, 19).

We hypothesized that, in substance users, the PRISM based on DSM-IV criteria will allow clinicians to obtain psychiatric diagnoses with more concordance to diag-

nos based on the LEAD procedure than the SCID in primary versus substance-induced disorders. The aim of the present study was to assess the validity of DSM-IV diagnoses obtained by two diagnostic instruments, the PRISM and SCID, compared with diagnoses based on the LEAD procedure in patients with substance use disorders.

Method

Subjects

A total of 105 patients were recruited from an inpatient (N=85) or outpatient (N=20) program at the Drug Abuse Treatment Center of a 350-bed acute-care teaching hospital in the city of Barcelona, Spain. The subjects were predominantly male (N=72, 69%). The mean age of the subjects was 33.3 years (SD=7.7). Most of the patients (N=81, 77%) were living with their families, and 60 patients (57%) were unemployed. With regard to serologic status, 30 (29%) were infected by the human immunodeficiency virus, 42 (40%) by the hepatitis B virus, and 58 (55%) by the hepatitis C virus.

Because the present study was focused on methodological issues and was not designed to address prevalence rates of comorbid psychiatric disorders, the study was conducted with subjects drawn from a group selected according to the patients' availability during their first 15 days of treatment. After full explanation of the purposes of the study, written informed consent was obtained from all participants. The study protocol was approved by the Ethical Committee of Clinical Trials of the hospital. Exclusion criteria were severe cognitive impairment or a medical disorder that would interfere with the research assessments. Patients were interviewed after their acute withdrawal symptoms subsided.

Measures and Procedures

All patients were diagnosed according to DSM-IV criteria by using Spanish versions of the PRISM, the SCID for axis I disorders, clinical version (20), and the SCID for axis II personality disorders (SCID-II) (21). All patients were also diagnosed by using the LEAD procedure. Diagnoses were described in two time frames: "current" (criteria were met within the past year) and "past" (criteria were met before the previous 12 months).

The Spanish version of the PRISM was obtained after translation of the original version (provided by the authors of PRISM) by a bilingual research translator (whose native language was Spanish) and back-translated by one experienced bilingual research translator (whose native language was English). Following the back-translation, both the Spanish version and the back-translation were sent to the original authors for revision. The final version was the result of corrections for inconsistencies and problems detected by the research team.

The PRISM includes the following disorders: 1) substance use disorders, including substance abuse and dependence for alcohol, cannabis, hallucinogens, licit and illicit opiates, and stimulants; 2) primary affective disorders, including major depression, manic episode (and bipolar I disorder), psychotic mood disorder, hypomanic episode (and bipolar II disorder), dysthymia, and cyclothymic disorder; 3) primary anxiety disorders, including panic, simple phobia, social phobia, agoraphobia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and posttraumatic stress disorder; 4) primary psychotic disorders, including schizophrenia, schizoaffective disorder, schizophreniform disorder, delusional disorder, and psychotic disorder not otherwise specified; 5) eating disorders, including anorexia, bulimia, and binge-eating disorder; 6) personality disorders, including antisocial and borderline personality disorders; and 7) substance-induced disorders, including major depression, mania, dysthymia, psychosis, panic disorder, and generalized anxiety disorder.

The Spanish version of the PRISM was administered in all cases by two research interviewers with a master's degree and clinical experience with patients with substance abuse or mental disorders (D.S. and M.A.). The interviewers conducted a series of practice interviews together to enhance interrater reliability before beginning their interviews with patients.

We used the Spanish version of the SCID and SCID-II diagnoses (20, 21). The SCID-II involved a two-stage process in which the patient initially completed a self-report questionnaire followed by a detailed clinician inquiry cued by positive responses. The SCID is the semistructured interview more widely used for psychiatric diagnoses in psychiatric population studies. All of the Spanish versions of the SCID and SCID-II were administered by an independent research interviewer experienced in the use of these instruments for mental disorders (G.P.D.) who was blind in respect to diagnoses obtained by the PRISM instrument.

The LEAD procedure diagnosis was conducted by two clinical experts, both psychiatrists, who were experienced in the diagnosis and treatment of psychoactive substance use and other psychiatric disorders (M.T. and B.M.S.). Each patient's attending psychiatrist served as the expert for that patient. At the beginning of the study, LEAD experts were informed that at the end of assessment they would give all the DSM-IV diagnosis of each patient in two time frames: current (within the past year) and past (before the previous 12 months). To develop the LEAD diagnoses, the experts used the following material: their own clinical interviews during the admission period (interview at admission day, complete standard clinical interview of the department, and daily clinical contact with the patient), the patient's complete clinical record (including evaluations conducted by staff nurses, evaluations by medical consultants, laboratory results, and, when available, medical records from previous treatment in both inpatient and outpatient settings), and data provided from a family informant about each patient, when possible. The clinical interview was not structured and provided only general guidelines for assessing all clinical areas (i.e., sociodemographic features, family and personal background, employment, legal status, and toxicological, psychopathological, somatic, and psychiatric examination). At the end of the procedure, the experts had to fill in a questionnaire about the presence or absence of all DSM-IV diagnoses listed (current or past) in each patient. The LEAD experts were blind to diagnoses obtained by the PRISM and SCID.

After a mean of 6 days after admission at the Drug Abuse Treatment Center, patients were assessed with the Spanish version of the PRISM and, a mean of 3.9 days later (SD=4.9), with the Spanish version of SCID and SCID-II. The LEAD procedure was conducted at the end of treatment period, after a mean of 13.8 days of admission (SD=5.8).

Although most psychiatric diagnoses were assessed, analysis was done only when the diagnosis was made by all three systems. These included borderline personality disorder and antisocial personality disorder.

Data Analysis Strategy

For each diagnosis assessed by LEAD as the gold standard, the probability of observing an equal or greater number of patients (or alternatively equal or smaller number of patients) with the diagnosis than obtained by the PRISM or SCID was calculated by the McNemar's test based on binomial distribution ($df=1$). The cutoff *p* value for statistical significance was 0.02 (two-tailed) according to Bonferroni's method (22). The agreement between diagnoses in each pair of assessments was calculated by using the kappa statistic and the 95% confidence interval (23). Values range from 1.00 (perfect agreement) to -1.00 (total disagreement). Kappa values of 0.75 and higher indicate excellent agreement, values from 0.65 to 0.74 indicate good agreement, values of 0.40 to 0.64 indicate fair agreement, and values of 0.39 or lower indicate

poor agreement (24). Kappa values were calculated by using two-by-two comparisons of each diagnosis obtained by the different methods, then pairs of diagnoses obtained with PRISM and LEAD (and SCID and LEAD). Only disorders with a prevalence lower than 10% (probability of positive response or 10/(1-probability of positive response)) were considered to have a reasonable sample size to calculate kappa values (25). For concordance in group diagnosis (i.e., affective disorders) when one patient had more than one affective diagnosis, only one diagnosis was taken into account to calculate the kappa index among the three instruments. Subjects could be counted in more than one diagnostic category if multiple diagnoses were given.

The nonparametric bootstrapping with 1,000 replicates to obtain 95% confidence intervals (bias-corrected) was used to calculate the significance of the difference between the kappas (PRISM-LEAD and SCID-LEAD) (26). The difference was significant at the 5% level if zero was not included in the 95% confidence interval.

McNemar's test and the kappa statistics with 95% confidence intervals were analyzed with the SPSS 10.0 statistical software package (Chicago, SPSS, Inc.). Bootstrapping was carried out with the STATA 7 program (College Station, Tex., Stata Corp.).

Results

Diagnoses of Substance Use Disorders

The prevalence of current and past diagnoses of substance abuse and dependence obtained by using the PRISM, SCID, and LEAD instruments was fairly similar. The only statistically significant difference found was related to the diagnosis of past cannabis abuse; the SCID diagnosed fewer patients than the LEAD procedure (Table 1).

Overall, concordances of PRISM, SCID, and LEAD instruments in current and past substance use dependence disorders were good or excellent. However, the PRISM and LEAD showed significantly better concordance in current cannabis and cocaine dependence, as well as past alcohol abuse and dependence, than the SCID and LEAD (Table 2). Because of the small number of subjects, a few abuse diagnoses were studied, but the kappas found between diagnostic tools were poor to fair (Table 2).

Diagnoses of Primary, Non-Substance-Use Psychiatric Disorders

Significant differences in the percentages of current and past diagnoses of affective disorders were observed; the PRISM and SCID diagnosed a larger number of patients than the LEAD procedure (Table 1). The PRISM detected a similar number of cases of primary major depression as the LEAD procedure, and the SCID diagnosed a similar number of cases of substance-induced depression but more cases of primary major depression than the LEAD procedure (Table 1). The concordance for any current affective disorders was fair between PRISM and LEAD and poor between SCID and LEAD; the systems differed in the number of patients diagnosed as having primary major depression (Table 2). Concordances for past affective disorders were fair between both PRISM-LEAD and SCID-LEAD pairs, although concordance was better between PRISM and LEAD than between SCID and LEAD in cases of substance-induced depression.

DIAGNOSING COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS

TABLE 3. Prevalence of Current and Past Disorders in 105 Patients Diagnosed According to the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM), the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), and the Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) Procedure

Disorder	Current Diagnoses						Past Diagnoses					
	PRISM		SCID		LEAD		PRISM		SCID		LEAD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dependence												
Alcohol	29	28	35	33	27	26	53	50	47	45	47	45
Anxiolytic	33	31	26	25	27	26	37	35	32	30	31	29
Cannabis	11	11	17	16	17	16	21	20	30	29	33	31
Cocaine	47	45	48	46	47	45	67	64	61	58	66	63
Hallucinogens	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	5	5	3	3	3	3
Heroin	35	33	37	35	38	36	81	77	82	78	81	77
Licit opiates	3	3	2	2	3	3	13	12	5	5	5	5
Stimulants	1	1	2	2	1	1	14	13	9	9	8	8
Abuse												
Alcohol	6	6	3	3	8	8	12	11	8	8	10	10
Anxiolytic	5	5	0 ^b	0	8	8	7	7	0 ^b	0	16	15
Cannabis	10	10	3	3	13	13	40	38	14	13 ^c	30	29
Cocaine	9	9	1	1	6	6	13	12	2	2	10	10
Hallucinogens	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	19	18	12	11	16	15
Heroin	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	2	2	0 ^b	0	2	2
Licit opiates	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	6	6	0 ^b	0	0 ^b	0
Stimulants	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a	24	23	8	8	15	14
Affective												
Major depression	14	14	25	24 ^d	11	11	36	34	43	41 ^e	27	26
Dysthymia	4	4	5	5	3	3	4	4	5	5	2	2
Hypomania	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Substance-induced depression	16	15	6	6	7	7	16	15 ^f	8	8	6	6
Any depression (major or substance-induced)	31	29 ^g	33	31 ^g	18	17	49	47 ^g	51	52 ^g	34	32
Any affective diagnosis ^d	33	31 ^g	38	36 ^g	20	19	54	51 ^g	55	52 ^g	34	32
Psychotic												
Schizophrenia	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2
Psychosis not otherwise specified	0	0	1	1	0 ^b	0	0	0	1	1	0 ^b	0
Substance-induced psychosis	6	6	6	6	4	4	11	10	13	12 ^e	6	6
Any psychotic diagnosis ^d	8	8	10	10	6	6	13	12	17	16 ^e	8	8
Anxiety												
Panic with/without agoraphobia	10	9	11	10	7	7	13	12	14	13	8	8
Social phobia	7	7	6	6	4	4	7	7	7	7	4	4
Simple phobia	6	6	6	6	1	1	5	5	6	6	1	1
Obsessive-compulsive	1	1	4	4	1	1	1	1	5	5	1	1
Any anxiety diagnosis ^d	23	22 ^g	21	20	13	12	24	23 ^g	24	23 ^g	14	13
Personality												
Antisocial	11	12	4	4	10	10						
Borderline	12	11	7	7	9	9						

^a This diagnosis was not made by all three systems.

^b McNemar's test not available.

^c McNemar's test, $df=1$, $p<0.02$.

^d Some patients in this group had more than one diagnosis.

Despite the fact that there were no differences in the rates of current psychotic diagnoses, more diagnoses of past psychosis were obtained with the SCID than with LEAD. For current and past psychotic disorders, the concordance between the PRISM and LEAD was excellent to good and significantly better than concordance between SCID and LEAD (Table 2).

More diagnoses of current and past anxiety disorders were found with the PRISM or SCID than the LEAD procedure; both instruments tended to diagnose more simple phobia, but there were no significant differences for any specific anxiety disorders. The concordance obtained was excellent to good for any anxiety diagnoses and panic with or without agoraphobia. Although no significant differences among the PRISM, SCID, and LEAD were found in regard to personality disorder diagnoses, the SCID tended

to diagnose fewer patients as having antisocial personality disorder than the PRISM or the LEAD procedure. In both personality diagnoses, concordances between PRISM and LEAD were good, whereas kappa values for the concordance for these diagnoses between the SCID and LEAD were fair and poor (Table 2).

Discussion

Using the LEAD procedure as a gold standard, we found that the Spanish version of the PRISM seems to be a better structured interview for diagnosing comorbid psychiatric disorders than the Spanish version of the SCID in a group of drug abusers. The main differences are related to major depression, substance-induced psychosis, and borderline personality disorders.

TABLE 2. Diagnostic Concordance of Current and Past DSM-IV Disorders in 105 Patients Diagnosed According to the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM), the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), and the Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) Procedure

Disorder	Concordance of Current Diagnoses				Concordance of Past Diagnoses			
	PRISM Versus LEAD		SCID Versus LEAD		PRISM Versus LEAD		SCID Versus LEAD	
	Kappa	95% CI	Kappa	95% CI	Kappa	95% CI	Kappa	95% CI
Dependence								
Alcohol	0.80	0.67-0.93	0.77	0.64-0.90	0.70	0.56-0.84 ^a	0.58	0.42-0.74
Amniolytic	0.72	0.57-0.87	0.77	0.63-0.91	0.65	0.50-0.80	0.66	0.50-0.82
Cannabis	0.67	0.46-0.88 ^a	0.44	0.21-0.67	0.46	0.28-0.64	0.39	0.20-0.58
Cocaine	0.81	0.70-0.92 ^a	0.67	0.52-0.82	0.65	0.50-0.80	0.62	0.47-0.77
Heroin	0.90	0.81-0.99	0.81	0.69-0.93	1.00		0.97	0.92-1.00
Stimulants	— ^b		— ^b		0.60	0.35-0.85	0.68	0.42-0.94
Abuse								
Alcohol	0.39	0.00-0.56	0.15	0.00-0.46	0.39	0.15-0.63 ^a	0.05	0.00-0.25
Cannabis	0.20	0.00-0.47	0.10	0.00-0.35	0.32	0.14-0.50	0.17	0.00-0.36
Hallucinogens	— ^b		— ^b		0.49	0.27-0.71	0.59	0.36-0.82
Affective								
Major depression	0.68	0.47-0.89 ^a	0.28	0.07-0.49	0.66	0.55-0.81	0.54	0.39-0.69
Substance-induced depression	0.33	0.07-0.59	0.29	0.00-0.63	0.40	0.14-0.66 ^a	0.08	0.00-0.34
Any depression (major or substance-induced)	0.56	0.38-0.74 ^a	0.37	0.18-0.56	0.61	0.46-0.76	0.50	0.34-0.66
Any affective diagnosis	0.53	0.35-0.71 ^a	0.36	0.18-0.54	0.63	0.49-0.77	0.53	0.38-0.68
Psychotic								
Substance-induced psychosis	— ^b		— ^b		0.68	0.42-0.94	0.60	0.34-0.86
Any psychotic diagnosis	0.85	0.64-1.00 ^a	0.33	0.02-0.60	0.74	0.52-0.96 ^a	0.60	0.37-0.83
Anxiety								
Panic with/without agoraphobia	0.81	0.61-1.00	0.76	0.54-0.98	0.74	0.52-0.96	0.70	0.48-0.92
Any anxiety diagnosis	0.67	0.49-0.85	0.58	0.37-0.79	0.68	0.50-0.86	0.56	0.36-0.76
Personality								
Antisocial	0.66	0.43-0.89	0.40	0.07-0.73				
Borderline	0.63	0.38-0.88 ^a	0.32	0.00-0.64				

^a Nonparametric bootstrap, $p < 0.05$.

^b This diagnosis was not made by all three systems.

The finding that fewer diagnoses of current and past affective and anxiety diagnoses were obtained with the LEAD procedure than with the PRISM and SCID instruments is probably related to the structure of the PRISM and SCID as opposed to the less structured clinical assessment. In the case of current major depression, the number of diagnoses obtained with the PRISM and the LEAD procedure were very similar (14% and 11%, respectively) with good concordance ($\kappa = 0.68$). Since these figures are better than those obtained for the SCID (24% of major depression and $\kappa = 0.28$), it can be suggested that the PRISM is a better instrument than the SCID to diagnose current episodes of major depression in drug abusers. For substance-induced depression diagnoses, some considerations should be commented on. First, the higher number of diagnoses obtained with the PRISM in respect to the LEAD procedure and the SCID may be explained as an overdiagnosing effect of the PRISM. Alternatively, the expert, in the absence of specific rating guidelines, might tend to assess the depressive symptoms as expected effects of chronic substance use and, as a consequence, might underdiagnose the substance-induced depressive disorders. Finally, since similar rates of depressive disorders (substance-induced plus primary) were found with the SCID and PRISM, but the SCID obtained more diagnoses of major depression and fewer diagnoses of substance-induced depression than the PRISM, it can be argued that major depression may be overdiagnosed by the

SCID in drug users rather than substance-induced depression underdiagnosed by the SCID. Taking into account the good reliability in mood disorders previously described by the PRISM (15), we suggest that future studies of test-retest reliability with the SCID and LEAD procedure will be useful to clarify this point.

With regard to psychotic diagnosis and the limitation of the number of patients analyzed, our findings suggest that the PRISM is a better instrument than the SCID for diagnosing substance-induced psychotic disorders in substance users and that it should be used for differential diagnosis. The finding that the concordance in anxiety disorders between the PRISM and the LEAD procedure was good is in contrast to previous studies using DSM-III-R criteria obtained by the SCID (11), in which anxiety disorders showed poor validity. Furthermore, in respect to diagnoses of panic disorders (with or without agoraphobia), the concordance between the LEAD procedure and each of the other procedures was good. The difference between rates of current and past anxiety disorders seems to be related to simple phobia diagnoses. Simple phobia disorders are the most frequently overlooked diagnoses by clinicians not using structured interviews when patients come for other psychiatric disorders (27); these diagnoses are better recognized by interviews like the PRISM and SCID because of their structured design.

The PRISM and the LEAD procedure were more similar in diagnosing antisocial and borderline personality disorder

ders than the SCID-II. Differences might be due to differences among the three procedures in methodology in obtaining information. The PRISM, like the LEAD procedure, is administered face-to-face with the patient, but the SCID-II involves a two-stage process in which the patient initially completes a self-report questionnaire followed by a detailed clinician inquiry cued by positive responses; this filtering process might explain the divergences observed.

Finally, in terms of substance use disorder diagnoses, the three diagnostic systems showed good or excellent agreement with DSM-IV for most dependence diagnoses except for cannabis, although the small number of patients with a diagnosis of cannabis dependence limits this result. Low concordance for the DSM-IV diagnosis of cannabis dependence has been previously described with other instruments (the Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule—Alcohol/Drug—Revised, Composite International Diagnostic Interview, and Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) (28). Differences in diagnoses of cannabis dependence may be attributable to the nature of the study group and/or the nature of cannabis problems. Participants in this study were in treatment programs mainly for alcohol, heroin, and cocaine problems and, therefore, were not primarily cannabis users. The validity of the cannabis dependence diagnosis obtained with the three methods might be better tested in individuals who seek treatment for cannabis use.

In respect to abuse disorders, the concordances between the PRISM and LEAD and between the SCID and LEAD showed poor to fair agreement for alcohol, cannabis, and hallucinogen abuse. This low agreement on abuse diagnoses have been described in other studies (29–31) and might indicate that conceptualization and operationalization have not yet reached a satisfactory level even with the new diagnostic classification in DSM-IV. This could be attributable to the fact that, although these categories are still not well-defined conditions, they are not merely transitional states between extended use and dependence (32). Additionally, it may be caused by the subjectivity of the criteria of harm or hazard to daily life, in contrast to the more “biological” criteria of withdrawal, tolerance, and craving.

Some limitations of the study have to be taken into account before generalization of the results. The first limitation is related to the LEAD procedure as a gold standard for validation diagnosis. In previous studies using DSM-III-R criteria (18), it was shown that the LEAD procedure yielded good test-retest reliability between experienced clinicians for most psychoactive substance use disorders but that reliability was lower for major depression and anxiety disorders. Later, evaluating the validity of the LEAD procedure according to DSM-III-R criteria in drug abusers, it was found that, overall, LEAD-derived substance use diagnoses showed good concurrent, discriminant, and predictive validity. The validity of comorbid di-

agnoses obtained using the LEAD procedure was poor for anxiety disorders, fair for borderline personality disorder, and good for major depression and antisocial personality disorder (19). As far as we are aware, no previous studies diagnosing non-substance-use psychiatric diagnoses using DSM-IV have been carried out.

A second limitation is the comparatively small number of patients given some diagnoses and their recruitment primarily from an inpatient substance abuse treatment program, limiting the extent to which these results can be generalized to other patient groups. Another limitation associated with the use of only one investigator for SCID interviews is the possibility that findings may be partly a function of an interviewer effect. Finally, differences in patients' reported information in different interviews might be considered a possible source of disagreement among the three diagnostic systems used.

In conclusion, the most relevant finding of the present study is that the PRISM seems to be a better instrument than the SCID for diagnosing primary major depression, substance-induced psychotic disorders, and borderline personality disorders in substance-abusing patients, whereas these interviews are similar in diagnosing anxiety disorders in these patients. Other approaches to the validation of psychiatric diagnoses include genetics and other biological markers, and we should still look for better diagnostic criteria in patients with dual diagnoses. The use of the PRISM might improve the characterization of subjects in future epidemiologic studies and clinical trials for therapeutic approaches.

Received April 24, 2002; revision received March 17, 2003; accepted Oct. 27, 2003. From the Department of Psychiatry and Drug Abuse and Psychiatric Research Group, Hospital del Mar, and the Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Address reprint requests to Dra. Torrens, Department of Psychiatry and Drug Abuse and Psychiatric Research Group, Hospital del Mar, Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Passeig Marítim 25-29, E-08003 Barcelona, Spain; mtorens@imim.es (e-mail).

Supported by grants FIS 98/0176 and ORIT (CGR 99/92).

The authors thank Fernando Gutierrez and Antonia Domingos-Salvany for useful comments, Juan Vila and Sòphía Ribó-Hesketh for assistance in the analysis of data, and Marta Pulido, M.D., for editorial assistance.

References

- Kranzler HR, Rounsaville BJ (eds): *Dual Diagnosis and Treatment*. New York, Marcel Dekker, 1998
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:773–782
- Endicott J, Spitzer RL: A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:837–844
- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS: The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 381–389
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB: The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), 1: history, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:624–629

6. Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff B, Garwin F. Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:43-51
7. Bryant KJ, Rounsaville BJ, Spitzer RL, Williams JBW. Reliability of dual diagnosis: substance dependence and psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180:251-257
8. Ross H, Swinson R, Doumani S, Larkin E. Diagnosing comorbidity in substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21: 176-185
9. Williams JBW, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Bonus J, Howes MJ, Kane J, Pape HG, Rounsaville B, Wittchen HU. The Structured Clinical Interview for DSM-IV-R (SCID), II: multi-site test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:630-636
10. Kadden R, Kranzler H, Rounsaville B. Validity of the distinction between "substance-induced" and "independent" depression and anxiety disorders. *Am J Addict* 1995; 4:107-117
11. Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF, Tenne H, Rounsaville BJ. Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction* 1996; 91:159-166
12. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997
13. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II): Interview and Questionnaire. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997
14. Hasin D, Trautman K, Miele G, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM). New York, New York State Psychiatric Institute/Columbia University, 1995
15. Hasin DS, Trautman KD, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1195-1201
16. Hasin D, Trautman K, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders: phenomenologically based diagnosis in patients who abuse alcohol or drugs. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34:3-8
17. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983; 24:399-411
18. Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF, Rounsaville BJ. Longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182:277-283
19. Kranzler HR, Tenne H, Babor TF, Kadden RM, Rounsaville BJ. Validity of the longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 1997; 45:93-104
20. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV, Versión clínica. Barcelona, Spain, Masson, 1999
21. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Smith BL. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV. Barcelona, Spain, Masson, 1999
22. Perneger T. What's wrong with Bonferroni adjustments. *BMJ* 1998; 316:1236-1238
23. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychol Measurement* 1960; 20:37-46
24. Fleiss J. *Statistical Methods for Rates and Proportions*, 2nd ed. New York, John Wiley & Sons, 1981
25. Kraemer HC, Perisakol V, Noda A. Tutorial in biostatistics: kappa coefficients in medical research. *Stat Med* 2002; 21: 2109-2129
26. Efron B, Tibshirani RJ. *An Introduction to the Bootstrap*. New York, Chapman & Hall, 1993
27. Zimmerman M, Mattia JI. Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Compr Psychiatry* 1999; 40: 182-191
28. Cottler LB, Grant BF, Blaine J, Maveas V, Pull C, Hasin D, Compton WM, Rubio-Speck M, Mager D. Concordance of DSM-IV alcohol and drug use disorder criteria and diagnoses as measured by AUDADIS-ADR, CIDI, and SCAN. *Drug Alcohol Depend* 1997; 47:195-205
29. Üstün B, Compton W, Mager D, Babor T, Bahyew O, Chatterji S, Cottler L, Gogus A, Maveas V, Peters L, Pull C, Saunders J, Smeets R, Stipek MR, Vradi R, Hasin D, Room R, Van den Brink W, Regier D, Blaine J, Grant BF, Sartorius N. WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug Alcohol Depend* 1997; 47:161-169; correction, 1998; 50:185-186
30. Rounsaville BJ, Bryant K, Babor T, Kranzler H, Kadden R. Cross system agreement for substance use disorders: DSM-IV-R, DSM-IV and ICD-10. *Addiction* 1993; 88:337-348
31. Hasin DS, Van Rossem R, McCloud S, Endicott J. Differentiating DSM-IV alcohol dependence and abuse by course: community heavy drinkers. *J Subst Abuse* 1997; 9:127-135
32. Hasin DS, Grant B, Endicott J. The natural history of alcohol abuse: implications for definitions of alcohol disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1537-1541

Annex 2:

Torrens Melich, M.; Astals Vizcaino, M.; Castillo Buenaventura, C. 2006. Diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica. En Tratado SET de los Trastornos Adictivos (p. 341-346). Madrid: Ed Médica Paramericana.

8.

COMORBILIDAD

8.1. Comorbilidad psiquiátrica

8.1.1. Diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica

M. Torrens Melich, M. Astals Vizcaíno y C. Castillo Buenaventura

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas principales que presentan los individuos con trastorno por uso de sustancias es la dificultad de identificar de forma fiable y válida la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante. Éste es un punto especialmente relevante para los clínicos, que necesitan tener criterios diagnósticos y entrevistas adecuadas para decidir cuándo hay que iniciar un tratamiento específico para los trastornos psiquiátricos en pacientes drogodependientes. También en los estudios epidemiológicos es imprescindible poder realizar los diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica para poder planificar los recursos asistenciales necesarios para atender a esta población. Así mismo, para avanzar en el conocimiento de los factores genéticos implicados en las adicciones y los trastornos mentales es importante disponer de criterios e instrumentos diagnósticos que ayuden a la mejor caracterización fenotípica de los sujetos.

Pero la realización de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos que están consumiendo sustancias psicoactivas plantea dos problemas fundamentales. Por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente. Por otro lado, los trastornos psiquiátricos son más «síndromes» (patrones de síntomas con algunas pruebas de validez clínica) que «enfermedades»,

con una fisiopatología conocida y unos marcadores biológicos claros¹. A pesar de que en las últimas décadas se ha profundizado mucho en el conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades mentales, todavía no disponemos de marcadores con suficiente sensibilidad y especificidad que sirvan como «patrón oro» para comparar las medidas de las entidades diagnósticas basadas en conjuntos de criterios y entrevistas clínicas estructuradas. A falta de pruebas de laboratorio o de otros procedimientos directos para la validación de los diagnósticos psiquiátricos, el método del «Longitudinal Expert with All Data» (LEAD) se considera como el «patrón oro» con el que podrían evaluarse las entrevistas diagnósticas². LEAD es un acrónimo que implica tres conceptos esenciales: evaluación longitudinal, realizada por expertos y utilizando todos los datos disponibles. «Longitudinal» quiere decir que el diagnóstico no está limitado a una única exploración. Los síntomas que aparecen o desaparecen tras una evaluación inicial también se consideran al diagnosticar un episodio de enfermedad. La duración del período longitudinal puede ser breve o de años. «Experto» indica que los diagnósticos son realizados por clínicos expertos. «Todos los datos» se refiere a que los expertos clínicos no sólo evalúan sistemáticamente en el tiempo, sino que también entrevistan a otros informantes, tales como familiares y allegados y tienen acceso a los datos que provienen de otras fuentes como el personal de la sala, terapeutas, análisis de laboratorio e historias clínicas.

En este capítulo se revisa la evolución en las últimas décadas de los criterios diagnósticos y los instrumentos utilizados para el diagnóstico de los síndromes psiquiá-

tricos cuando aparecen de forma concomitante con los trastornos por uso de sustancias. Se realiza especial énfasis en los criterios DSM-IV y las entrevistas diagnósticas basadas en estos criterios.

FUNDAMENTOS DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: FIABILIDAD Y VALIDEZ

Uno de los aspectos fundamentales del diagnóstico de una enfermedad es su *fiabilidad* y *validez*.

La *fiabilidad interexaminadores* se refiere a la capacidad de evaluadores independientes de coincidir si está presente un determinado diagnóstico. La fiabilidad se puede medir evaluando al mismo sujeto dos o más examinadores de forma independiente a la vez, o en tiempos diferentes («fiabilidad test-retest»). Los resultados se expresan en el estadístico κ , que oscila de -1 a 1 y mide el grado de acuerdo. Un índice κ de 1 indica un acuerdo perfecto; un índice κ mayor de 0,75 se considera un acuerdo excelente; un índice κ entre 0,40 y 0,75, regular a bueno, y un índice κ menor de 0,40, pobre. Se considera que un índice κ de 0,60 es el mínimo necesario tanto en investigación como en clínica para proceder al diagnóstico de una entidad. Si un diagnóstico o un método diagnóstico no es fiable, investigadores o clínicos independientes no estarán de acuerdo en qué pacientes calificar para determinado estudio o si se pueden beneficiar de un tratamiento determinado, y no se podrá avanzar en el conocimiento. Aparte de que el paciente dé una información diferente a cada examinador, lo cual no se puede evitar, las fuentes de confusión más importantes que dificultan la fiabilidad de un diagnóstico en psiquiatría son: la discrepancia en la información (cuando los evaluadores recaban y usan distinta información para llegar al diagnóstico) y la discrepancia en los criterios (cuando los evaluadores usan distintos criterios diagnósticos). La utilización de criterios estándar, basados en síntomas conductuales observables directamente y su incorporación en entrevistas estructuradas minimiza las discrepancias entre evaluadores a la hora de realizar un diagnóstico.

La validez del diagnóstico en psiquiatría se refiere al significado de un criterio o de una entidad diagnóstica. Podemos distinguir entre: *validez de reconocimiento*, *concurrente* y *predictiva*. La *validez de reconocimiento* se refiere al significado común del diagnóstico o criterio y debe ser confirmada a través de la evaluación de la validez concurrente y la predictiva. La *validez concurrente* se refiere a la capacidad del criterio o diagnóstico de predecir otras características clínicas concomitantes (por ejemplo, gravedad de los síntomas, nivel de disfunción o historia familiar). La *validez predictiva* se refiere a la capacidad del criterio o del diagnóstico de predecir

el curso natural de la enfermedad o su respuesta al tratamiento.

Aparte de la validez del diagnóstico, también debe evaluarse la validez de los instrumentos que usamos para realizar diagnósticos. La validez de los instrumentos diagnósticos a menudo se evalúa por comparación con un procedimiento existente. Se utiliza el término *validez del procedimiento* para describir en qué medida un nuevo procedimiento de evaluación produce resultados similares a los de un procedimiento más establecido.

APROXIMACIONES AL DIAGNÓSTICO DE COMORBILIDAD

A lo largo de los años, los criterios diagnósticos para las enfermedades mentales han ido cambiando, y estos cambios también se han producido con respecto a la relación entre el consumo de sustancias y la presencia de otros síntomas psiquiátricos concurrentes.

En los criterios de Feighner se utilizaban los términos «primario-secundario» como relación causa-efecto y, con mayor frecuencia, como edad de inicio del trastorno. En este caso, el trastorno que aparecía antes se denominaba *primario*. Esta aproximación sugería que el primer trastorno era independiente de trastornos posteriores, pero no era útil para distinguir si el segundo trastorno era independiente del primero o cómo se relacionaban ambos trastornos. Esta distinción tenía una validez limitada para predecir la respuesta al tratamiento.

Posteriormente, en los criterios RDC, DSM-III y DSM-III-R, el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica en trastornos por uso de sustancias se basaba fundamentalmente en el criterio de si la etiología del trastorno psiquiátrico era «orgánica» o «no-orgánica». El término «orgánico» derivaba de la psicopatología clásica e indicaba un trastorno mental causado por alguna condición física conocida, tal como una enfermedad médica, neurológica o una toxina. Estas clasificaciones no facilitaban criterios específicos para distinguir entre trastornos orgánicos y no orgánicos. Los estudios que se realizaron usando estos criterios diagnósticos, incluso mediante la utilización de entrevistas diagnósticas estructuradas adecuadas, como la «Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia» (SADS-L), la «Diagnostic Interview Schedule» (DIS) y la «Structured Clinical Interview for DSM-III-R» (SCID), mostraron escasa fiabilidad y validez para la mayor parte de los diagnósticos psiquiátricos (principalmente trastornos afectivos y de ansiedad) cuando se estudiaban sujetos con trastornos por uso de sustancias (Tabla 1).

En respuesta a cada vez mayor reconocimiento de la relevancia de la comorbilidad psiquiátrica en el grupo de los pacientes consumidores de drogas, los

Tabla 1. Desarrollo histórico de los criterios diagnósticos para los síndromes psiquiátricos cuando co-ocurren con trastornos por uso de sustancias y entrevistas diagnósticas correspondientes

Distinción	Criterios	Entrevistas
Primario-secundario	Feighner	
Orgánico-no orgánico	RDC (Research Diagnostic Criteria)	«Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia» (SADS)
	DSM-III	«Diagnostic Interview Schedule» (DIS)
	DSM-III-R	«Structured Clinical Interview for DSM-III-R» (SCID)
Primario-inducido por sustancias	DSM-IV	«Structured Clinical Interview for DSM-III-R» (SCID) «Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders» (PRISM) «Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule» (AUDADIS)

criterios del DSM-IV incrementaron el énfasis en la comorbilidad, sustituyendo la dicotomía «orgánico» frente a «no orgánico» por tres categorías: «primario» (trastornos mentales que no son inducidos por sustancias ni debidos a una enfermedad médica), «efectos esperados» (síntomas considerados habituales que aparecen como consecuencia del consumo o la abstinencia de una sustancia) o «inducido por sustancias» (síntomas considerados como excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación por consumo o abstinencia a una sustancia), con la finalidad de poder facilitar un diagnóstico más preciso.

ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS

En la actualidad, se dispone de tres entrevistas diagnósticas estructuradas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV, que son: la «Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV» (PRISM-IV)³ y la «Structured Clinical Interview for DSM-IV» (SCID)^{4,5} para poblaciones clínicas, y la «Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV version» (AUDADIS)⁶ utilizada en estudios comunitarios.

Entrevista PRISM-IV³

La PRISM-IV es una entrevista estructurada basada en los criterios diagnósticos DSM-IV y diseñada específicamente para diferenciar los trastornos mentales primarios de los trastornos inducidos por sustancias y de los efectos esperados de la intoxicación y de la abstinencia en sujetos con consumo elevado de alcohol y otras sustancias. Las características más importantes que hacen que la PRISM sea un instrumento específico para el estudio de la comorbilidad en sujetos drogodependientes son: 1) añade pautas específicas de evaluación/clasificación a lo largo de la entrevista, tales como la estipulación de frecuencia y duración de los síntomas, los criterios explícitos de exclusión y las guías

de resolución en caso de dudas; 2) sitúa las secciones sobre el alcohol y las otras drogas casi al principio de la entrevista, previas a las de trastornos mentales, y 3) mediante una anamnesis más estructurada sobre el alcohol y las otras drogas, proporciona un contexto más adecuado para el seguimiento de la comorbilidad psiquiátrica.

La PRISM evalúa 20 trastornos del eje I y 2 trastornos del eje II según el DSM-IV. Éstos son: trastorno por uso de sustancias, incluyendo el abuso y la dependencia para cada una de las sustancias (alcohol, *cannabis*, alucinógenos, opiáceos y estimulantes); trastorno afectivo primario (depresión mayor, episodio maníaco, trastorno bipolar I, trastorno afectivo con síntomas psicóticos, episodio hipomaniaco, trastorno bipolar II, distimia y trastorno ciclotímico); trastorno de ansiedad primario (trastorno de pánico, fobia simple, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés posttraumático); trastorno psicótico primario (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado); trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia y trastorno por atracones); trastornos de la personalidad (trastorno antisocial y límite de la personalidad) y trastornos inducidos por sustancias (depresión mayor, manía, distimia, psicosis, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada). Con el objetivo de facilitar la recogida de información, la entrevista está estructurada en distintos apartados. En primer lugar, se recoge información general sobre los tratamientos psiquiátricos recibidos durante toda la vida, la historia del consumo de sustancias y alcohol, así como, los períodos de consumo intenso y de abstinencia de sustancias a lo largo de la vida, recogidos mediante una tabla temporal. En segundo lugar, se evalúan los diferentes apartados diagnósticos del eje I y el eje II valorando la presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos actuales (durante los últimos 12 meses) y

previos. La entrevista proporciona pautas que permiten diferenciar entre síntomas inducidos por la sustancia y síntomas primarios. Al mismo tiempo, ayuda a determinar la relación temporal entre los síntomas psiquiátricos y el consumo de sustancias para finalmente realizar los diagnósticos. Para aumentar la fiabilidad de los diagnósticos obtenidos a lo largo de toda la entrevista, se ofrecen pautas específicas para puntuar, incluyendo requisitos de frecuencia, duración y exclusión, así como reglas de decisión. Aparecen también preguntas estandarizadas para explorar las respuestas del sujeto. Los conceptos diagnósticos operativos de la PRISM son:

Efectos esperados de la intoxicación y la abstinencia. El concepto «efectos esperados de la intoxicación y la abstinencia» hace referencia a los efectos fisiológicos que cabe esperar del abuso y la dependencia de sustancias. Estos efectos están recogidos en los síntomas de la intoxicación y abstinencia descritos para cada una de las principales sustancias (por ejemplo, anfetaminas, alucinógenos), de acuerdo con los criterios DSM-IV. Los efectos de la intoxicación y la abstinencia de sustancias en ocasiones son idénticos a los síntomas de los trastornos mentales primarios, como son, por ejemplo, el insomnio, la disminución de la capacidad para concentrarse y las alucinaciones.

Trastorno inducido por sustancias. Se realiza un diagnóstico de «trastorno inducido por sustancias» cuando: 1) se cumplen todos los criterios para el trastorno según el DSM-IV; 2) el episodio ocurre totalmente durante un período de consumo de sustancias excesivo o en las cuatro semanas posteriores a la interrupción del consumo; 3) la sustancia consumida es «relevante» para el trastorno (es decir, sus efectos pueden provocar síntomas que son idénticos a los del trastorno que se está evaluando), y 4) los síntomas son claramente excesivos respecto a los efectos esperados de la intoxicación y/o abstinencia. Para diferenciar los síntomas de una depresión mayor de los efectos esperados de la intoxicación/abstinencia, el evaluador debe determinar si ha habido un cambio importante en el consumo; es decir, un claro incremento o disminución desde la aparición de los síntomas. La PRISM proporciona pautas para efectuar esta diferenciación, las cuales hacen referencia al momento en que se produjeron cambios en los síntomas con respecto al consumo inicial de la sustancia. Por ejemplo, en un consumidor excesivo de sustancias se pueden identificar los síntomas que corresponden más a un estado de ánimo depresivo que al uso de la sustancia. Para diferenciar entre un síntoma psicótico relacionado con un trastorno psicótico primario de los efectos de la intoxicación/abstinencia, la PRISM evalúa la posibilidad de que el sujeto reconozca que las alucinaciones psicóticas estaban causadas por el

consumo de la sustancia. La entrevista proporciona pautas de codificación y preguntas para llevar a cabo esta diferenciación.

Trastorno mental primario. Se diagnostica un trastorno mental primario cuando el episodio (por ejemplo, una depresión mayor) se produce durante un período de abstinencia o con el consumo ocasional de la sustancia. Cabe señalar que una proporción importante del episodio debe producirse cuando el sujeto no consume ninguna sustancia, o cuando la cantidad de la misma no es suficiente para provocar intoxicación o abstinencia. En la PRISM, los trastornos mentales primarios pueden producirse en tres circunstancias diferentes: 1) el episodio se produce durante un período prolongado de abstinencia o de consumo ocasional de la sustancia; 2) el episodio comienza por lo menos 2 semanas antes del inicio de un período de consumo excesivo de sustancias, y 3) el episodio comienza durante el consumo excesivo de la sustancia y continúa por lo menos durante 4 semanas o más después de que finalice el consumo. Por tanto, al menos una proporción importante del episodio se produce sin que aparezcan los efectos esperados de la intoxicación o la abstinencia.

La PRISM se utiliza en estudios clínicos y de respuesta terapéutica, aunque también se puede emplear para hacer el seguimiento de los sujetos en estudios longitudinales. Una vez que el entrevistador se ha familiarizado con la entrevista, se necesitan aproximadamente dos horas para administrarla, aunque el tiempo requerido depende de la complejidad del consumo de sustancias y de la historia psiquiátrica del sujeto.

En un primer estudio de fiabilidad test-retest llevado a cabo con la primera versión de la entrevista, basada en los criterios DSM-III-R, la PRISM mostró una buena fiabilidad en el diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias, los trastornos afectivos primarios, los trastornos de alimentación, parte de los trastornos de ansiedad y los síntomas psicóticos obtenidos a través de esta entrevista, en una muestra de 172 pacientes con trastorno por uso de sustancias⁷. Con la aparición del DSM-IV, que, como se ha mencionado previamente, introdujo cambios en los criterios diagnósticos para la detección de la comorbilidad psiquiátrica en el grupo de pacientes consumidores de sustancias, se llevó a cabo una revisión y actualización de la PRISM permitiendo así la diferenciación entre diagnóstico «primario», «secundario» y «efectos esperados de la intoxicación y/o abstinencia». En un segundo estudio de fiabilidad de la entrevista revisada, basada en los criterios DSM-IV, realizado recientemente con una población de 285 pacientes con trastorno por uso de sustancias, se confirmó la fiabilidad test-retest de la PRISM para la mayoría de los diagnósticos de trastorno por dependencia de

sustancias (incluidos alcohol, cocaína, heroína, *cannabis* y sedantes), para el trastorno depresivo mayor primario e inducido actual y previo, para algunos de los trastornos primarios de ansiedad actuales y previos, para el trastorno psicótico primario y para los inducidos por sustancias aparecidos en los últimos 12 meses, así como para los trastornos antisocial y límite de la personalidad y los trastornos de la alimentación. Para el resto de los diagnósticos que evalúa la PRISM (trastorno por abuso de sustancias, distimia, parte de los trastornos de ansiedad primarios e inducidos), se obtuvo una fiabilidad test-retest pobre⁸.

El estudio de validación de los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista PRISM se realizó considerando como «patrón oro» los diagnósticos obtenidos a través del método LEAD⁹. En este estudio, llevado a cabo en 105 pacientes con trastorno por uso de sustancias, se observó una buena correlación (mediante los índices estadísticos κ) entre los diagnósticos obtenidos mediante la PRISM-IV y el sistema LEAD en depresión mayor primaria, psicosis inducida, trastornos de pánico con y sin agorafobia, y trastornos de personalidad antisocial y límite (Tabla 2).

La entrevista SCID-IV^{4, 5}

La SCID-IV, una entrevista semiestructurada que requiere ser manejada por clínicos con experiencia, es la más utilizada en psiquiatría general. Permite realizar

los diagnósticos de trastorno primario o inducido por sustancias, pero con la desventaja de que no proporciona unas guías específicas para la valoración de los criterios psicopatológicos propuestos por el DSM-IV. El tiempo de administración se sitúa entre una y dos horas. Existen dos entrevistas clínicas distintas, una para la valoración de los trastornos del eje I (SCID)⁴ y otra para los trastornos del eje II (SCID-II)⁵. Las versiones españolas de la entrevista SCID para eje I y de los trastornos de la personalidad antisocial y límite han sido validadas recientemente comparando los diagnósticos obtenidos con la SCID con respecto a los obtenidos mediante el sistema LEAD como «patrón oro»⁹. En este estudio se demostró que los diagnósticos obtenidos mediante la SCID de depresión mayor primaria e inducida, psicosis inducida y trastornos de personalidad antisocial y límite, tenían unos índices κ pobres y significativamente inferiores a los índices κ (buenos) obtenidos mediante la entrevista PRISM (Tabla 2). Respecto a la fiabilidad de los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista SCID en sujetos con uso de sustancias, todavía no se dispone de datos que demuestren su fiabilidad en los diagnósticos realizados en este subgrupo de pacientes.

Entrevista AUDADIS-IV⁶

La AUDADIS-IV es una entrevista estructurada, utilizada en estudios comunitarios y que permite ser administrada por investigadores poco expertos que pue-

Tabla 2. Concordancia diagnóstica de los diagnósticos psiquiátricos comórbidos DSM-IV actuales y previos obtenidos mediante las entrevistas PRISM-IV, SCID-IV y el método LEAD

Trastorno	Diagnósticos actuales concordancia (κ y 95% CI)		Diagnósticos previos concordancia (κ y 95% CI)	
	PRISM-IV vs. LEAD	SCID-IV vs. LEAD	PRISM-IV vs. LEAD	SCID-IV vs. LEAD
	κ (95% CI)	κ (95% CI)	κ (95% CI)	κ (95% CI)
Afectivos				
Depresión mayor	0,68 (0,47-0,89)*	0,28 (0,07-0,49)	0,66 (0,55-0,81)	0,54 (0,39-0,69)
Depresión inducida	0,33 (0,07-0,59)	0,29 (0,00-0,63)	0,40 (0,14-0,66)*	0,08 (0,00-0,34)
Cualquier depresión (mayor + inducida)	0,56 (0,38-0,74)*	0,37 (0,18-0,56)	0,61 (0,46-0,76)	0,50 (0,34-0,66)
Cualquier diagnóstico afectivo	0,53 (0,35-0,71)*	0,36 (0,18-0,54)	0,63 (0,49-0,77)	0,53 (0,38-0,68)
Psicosis				
Psicosis inducida	-	-	0,68 (0,42-0,94)	0,60 (0,34-0,86)
Cualquier diagnóstico psicótico	0,85 (0,64-1,00)*	0,33 (0,02-0,60)	0,74 (0,52-0,96)*	0,60 (0,37-0,83)
Ansiedad				
Pánico con/sin agorafobia	0,81 (0,61-1,00)	0,76 (0,54-0,98)	0,74 (0,52-0,96)	0,70 (0,48-0,92)
Cualquier diagnóstico ansiedad	0,67 (0,49-0,85)	0,58 (0,37-0,79)	0,68 (0,50-0,86)	0,56 (0,36-0,76)
Personalidad				
Antisocial	0,66 (0,43-0,89)	0,40 (0,07-0,73)		
Límite	0,63 (0,38-0,88)*	0,32 (0,00-0,64)		

* Bootstrap no paramétrico $p < 0,05$.

den demorarse entre una y dos horas en la realización de la entrevista. Los diagnósticos del DSM-IV que evalúa la AUDADIS-IV son: los trastornos por abuso y dependencia del alcohol, sedantes, tranquilizantes, opiáceos –excepto heroína y metadona–, estimulantes, alucinógenos, *cannabis*, cocaína e inhalantes; el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno maniaco, el trastorno hipomaniaco, el trastorno de pánico con/sin agorafobia, el trastorno de fobia social, el trastorno de fobia específica y el trastorno por ansiedad generalizada. En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, la AUDADIS-IV permite hacer la distinción entre trastorno independiente, cuando el episodio aparece de forma aislada del consumo, y trastorno inducido por sustancias cuando lo hace vinculado a un período de intoxicación o abstinencia de la droga.

Los estudios de fiabilidad test-retest de la AUDADIS-IV han mostrado unos índices buenos para realizar diagnósticos de abuso y dependencia del trastorno por uso de alcohol, depresión mayor y trastorno distímico, y pobres para los trastornos de ansiedad¹⁰. La validez de los diagnósticos afectivos y de ansiedad actuales mediante la entrevista se realizó considerando como «patrón oro» las puntuaciones en la escala mental del cuestionario sobre calidad de vida SF-12. Excepto para el trastorno de hipomanía, se observó una buena correlación entre la presencia de cualquier trastorno afectivo o de ansiedad y puntuaciones peores en la escala mental del SF-12, de manera que los sujetos con un trastorno psiquiátrico de esta categoría referían mayor malestar y disfunción social o laboral que aquellos sin ningún diagnóstico en la AUDADIS.

CONCLUSIONES

En los últimos años, las graves consecuencias sanitarias y sociales de la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos en pacientes dependientes de opiáceos han incrementado el interés por mejorar el diagnóstico y el tratamiento de estos trastornos. La identificación fiable y válida de otro trastorno psiquiátrico concomitante en los sujetos con drogodependencias ha mejorado sustancialmente con la utilización de los criterios DSM-IV y de la entrevista diagnóstica «Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders», especialmente diseñada para realizar diagnósticos de comorbilidad en poblaciones clínicas, y la entrevista AUDADIS-IV para estudios comunitarios.

La correcta identificación de los trastornos psiquiátricos comórbidos en sujetos consumidores de sustancias psicoactivas es imprescindible para poder realizar estudios epidemiológicos, determinar claramente el fenotipo de los sujetos para realizar los análisis genéticos que nos permitan avanzar en el conocimiento de la genética de las adicciones, así como para seleccionar más adecuadamente las muestras de pacientes en los estudios de eficacia terapéutica.

Este trabajo ha sido financiado por la Red de Trastornos Adictivos G05/003.

BIBLIOGRAFÍA

- Nunes EV, Hasin DS. Overview of diagnostic methods: diagnostic criteria. Structured and semistructured interviews, and biological markers. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ, editors. *Dual diagnosis and treatment*. New York: Marcel Dekker, Inc; 1998. p. 55-85.
- Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry*. 1983;24:399-411.
- Hasin D, Trautman K, Miele G, Endicott J. *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)*. New York: New York State Psychiatric Institute/Columbia University; 2001.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV. Versión clínica*. Barcelona: Masson; 1999.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson; 1999.
- Grant BF, Dawson DA, Hasin DS. *The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version*. Bethesda, Md: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2001.
- Hasin DS, Trautman KD, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers*. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1195-201.
- Samet S, Nunes E, Meydan J, Matsoosane K, Hasin D. *PRISM-IV: Reliable diagnoses in alcohol and drug abusers*. College on Problems of Drug Dependence, 66th Annual Scientific Meeting, San Juan, Puerto Rico, 12-17/VI/04.
- Torrens M, Serrano D, Astals M, Pérez-Domínguez G, Martín-Santos R. *Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV*. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1231-7.
- Grant DF, Dawson DA, Stinson FS, Chou PS, Kay W, Pickering R. *The alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample*. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71:7-16.

