

Artículo original

Depresión y adicción

Depression and addiction

Moral, M.V.^{1*}, Sirvent, C.², Blanco, P.³, Rivas, C.⁴, Quintana L.⁵, Campomanes, G.⁶

Resumen

Es bien conocida la interrelación entre depresión y conducta adictiva: un sujeto depresivo puede recurrir al consumo de sustancias como medio paliativo. También es habitual que sujetos con trastorno por uso de sustancias padezcan depresión como patología asociada. El trabajo tenía por objetivo filiar y caracterizar la depresión asociada al consumo de drogas determinando la epidemiología de la misma comparando datos propio con otros procedentes de una revisión bibliográfica ajustada. También se pretendía examinar la utilidad de dos de las escalas más utilizadas para la depresión comparando los resultados de las escalas de Hamilton y Beck para la depresión entre los grupos control y diana. Finalmente se hace una descripción empírica de las características clínicas diferenciales entre la depresión convencional y la del adicto.

Las principales conclusiones del estudio son: La prevalencia de depresión entre la población adicta es alta y tiende a seguir aumentando. A lo largo de los últimos 3 años la media de adictos con depresión se sitúa en torno al 18% (14% varones y 26% mujeres). En nuestra experiencia la escala de Hamilton para la depresión es útil y tiene capacidad discriminativa. No obtuvimos resultados significativos con la escala de Beck. Respecto al diagnóstico diferencial entre la depresión convencional y la del adicto, la disforia es el principal síntoma. Además tiene valor predictivo, pues su presencia mantenida es el principal indicador de abandono terapéutico. (La disforia consiste en un estado de malestar mantenido con ánimo apagado, irritabilidad y desasosiego). Otros síntomas serían una mayor carga de impulsividad y ansiedad, un insomnio más anárquico refractario y una anhedonia más nerviosa y displacentera (la del depresivo convencional es desmotivacional y abúlica). Por último cabe reseñar que los adictos tienen una mayor tolerancia farmacológica y una tasa más elevada de resistencia al tratamiento biológico.

Palabras claves: Adicción, depresión, humor, conducta adictiva, epidemiología, evaluación, afecto, disforia, comorbilidad, trastorno dual.

Abstract

The relationship between depression and addictive behavior is well known: a depressed subject may resort to substance abuse as a means of palliation. It is also common for individuals with substance use disorders to suffer from depression as an associated pathology. The present work was intended to characterize depression associated with drug use, determining its epidemiology and comparing our own data with previous data extracted from a literature review. It was also intended to examine the utility of two of the most widely used scales for depression by comparing the results of the Hamilton and Beck scales for depression between control and target groups. Finally, an empirical description of the differential clinical characteristics between conventional depression and that of the addict is provided.

Conclusions: The prevalence of depression among the addict population is high and tends to increase further. Over the last three years the average percentage of addicts with depression was around 18% (14% male and 26% female). In our experience, the Hamilton scale for depression is useful and has discriminative power. No significant results were obtained with the Beck scale. Regarding differential diagnosis, dysphoria is the main differential symptom. In addition, it has predictive value as its sustained presence is the main indicator of therapeutic abandonment. (Dysphoria refers to a constant state of unwellness, sorrow, irritability and restlessness). Additional symptoms that characterize addiction associated depression are a greater degree of impulsiveness and anxiety. Insomnia is also more refractory and anarchic. Anhedonia is different, more deprivative and less motivational. Finally it is worth noting that addicts have a higher pharmacological tolerance and a higher rate of resistance to biological treatment.

Keywords: Addiction, depression, mood, addictive behaviour, epidemiology scale, affection, dysphoria, comorbidity, dual disorder.

Recibido: 22/11/2010 – Aceptado: 03/12/2010 – Publicado: 30/08/2011

* Correspondencia: csr@institutospiral.com

¹ Profesora Psicología Social Universidad de Oviedo

² Médico Psiquiatra Fundación Instituto Spiral

³ Médico Psicoterapeuta Fundación Instituto Spiral

^{4,5y6} Psicólogo Fundación Instituto Spiral

Introducción

Recordemos que las cifras de prevalencia de depresión para la población general oscilan entre el 2,6 y el 5% en varones y entre el 6 y el 12% en mujeres (Fava y Davidson, 1996 (1). En Estados Unidos el riesgo de padecer un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida es del 6% y el de sufrir cualquier otro trastorno del estado de ánimo es del 8% Cassem, 1995; Kashani y Nahir, 1995) (2) (3)

Por delimitar bien el proceso nos referiremos siempre al *episodio depresivo típico* tal y como lo define la CIE-10. La depresión puede ser incluso un efecto colateral de las drogas de abuso siendo posible su aparición bien durante una intoxicación por algunas sustancias (por ejemplo, cannabis,) o formar parte del síndrome de abstinencia de alguna de ellas (por ejemplo, cocaína) (First M. et als, 1996 (4). Prosiguen los autores afirmando que si el estado de ánimo depresivo es objeto de atención clínica y es mucho más intenso del que se observa habitualmente en las intoxicaciones o síndromes de abstinencia, puede ser más apropiado el diagnóstico de “trastorno del ánimo inducido por sustancias”. El diagnóstico diferencial con el trastorno primario del estado de ánimo se confirma porque el anterior aparece solo en relación con el consumo de sustancias. El manual DSM-IV sugiere esperar alrededor de 1 mes después de la finalización del consumo de sustancias con el fin de observar si los síntomas del estado de ánimo con el fin de observar si los síntomas del e. a. desaparecen espontáneamente, a pesar de que el intervalo de tiempo varía dependiendo del fármaco y de la situación clínica

Epidemiología

La incidencia de depresión asociada a adicción va en aumento

La morbilidad de los trastornos psiquiátricos en general y de los trastornos afectivos o depresivos asociados al consumo de drogas y alcohol se ha multiplicado en los últimos 10 años. Bohnert, Amy S. B.; Miech, 2010(5) afirman que el significado social de la cocaína ha cambiado desde los años 1980 y 1990. Examinando los cambios en el perfil psicológico de los consumidores de droga (datos del estudio epidemiológico Baltimore), el odds ratio (OR) de consumo de cocaína para las personas con depresión fue de 1,28 y 3,53 en 1981 y 1993-1994 respectivamente. Los resultados sugieren un efecto del período histórico en la asociación entre el consumo de cocaína y la depresión. (Conviene matizar que programa de entrevistas de diagnóstico medía el consumo de cocaína y los trastornos depresivos (distimia, trastorno depresivo severo).

Prevalencia de los trastornos psiquiátricos asociados a adicción

Compton et als., 2000 (6) en un estudio sobre comorbilidad de los trastornos psiquiátricos asociados a adicción encontraron tasas de prevalencia del 64% para la dependencia del alcohol, del 44% para el trastorno antisocial de la personalidad, del 39% de los trastornos fóbicos, del 24% para la depresión severa, del 12% para la distimia, un 10% para el trastorno de ansiedad generalizada, el 3% para el trastorno de pánico, 3% para la manía, el 3% para el trastorno obsesivo compulsivo, el 2% para la bulimia, el 1% para la esquizofrenia, y el 1% para la anorexia.

Comorbilidad

En la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS- EEUU; Agosti y Levi, 2006) relativa a sujetos usuarios de sustancias de por vida y depresión unipolar, la dependencia actual del consumo de sustancias aumentó el riesgo (OR =2.9) de depresión en años anteriores y los trastornos de ansiedad (OR = 2,2).

El estudio NESARC realizado sobre 43.093 individuos (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, EEUU, 2004) se obtenía una tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor del 6,35% para la población general y del 15,15% para los usuarios de drogas. La prevalencia de cualquier trastorno del humor ascendía al 8,19% para la población general y al 20,13% para usuarios de droga (extraído de Cañellas, 2009 (7). En dicha encuesta, en el grupo de abusadores y/o dependientes de estimulantes/alucinógenos se encontraron tasas elevadas de todos los trastornos psiquiátricos. Asimismo en el subgrupo de abusadores y/o dependientes de tranquilizantes, sedantes y opiáceos encontraron una tasa elevada de historia de trastornos de ansiedad. (8)

Campos y Larrea, 2002 (9) afirman que el 26,4% de sujetos con un trastorno relacionado con drogas padecían también un trastorno afectivo, añadiendo que la comorbilidad se asocia a riesgo elevado de suicidio y una resistencia a los tratamientos farmacológicos. Dichos autores (según recoge Vallejo (10) refieren que en la prevalencia de los síntomas depresivos de la dependencia de alcohol las tasas oscilan del 30 al 89%, dependiendo de diversos factores: muestra, momento de evaluación y criterios diagnósticos.

Curry et als, 2005, (11) encontraron que la prevalencia del trastorno depresivo severo en personas con un trastorno por consumo de sustancias tras 12 meses de consumo ascendió al 6,9% para el uso nocivo de alcohol. Por el contrario, la prevalencia de 12 meses de uso nocivo de alcohol, dependencia del alcohol y la dependencia de drogas en personas con un diagnóstico de trastorno depresivo severo fue del 12,3%. La dependencia de sustancias y el trastorno depresivo predijeron de forma independiente una mayor prevalencia de ideación suicida y de uso de tratamientos de salud mental.

Género depresión y adicción

Ser mujer adicta y no tener tratamiento específico incrementa las posibilidades de sufrir depresión, como muestra un estudio canadiense (Wild et als, 2005 (12) con usuarios de opiáceos que tenía como objetivo describir los patrones de depresión severa.

El factor tiempo de consumo

Mc Mahon et als., 1999 (13) analizaron la influencia del tiempo de consumo sobre la depresión, examinando las relaciones entre los años de historia de consumo de cocaína, alcohol y marihuana antes de entrar en tratamiento residencial para la dependencia primaria de la cocaína y –por un lado- niveles de depresión de entrada, y –por otro- niveles de consumo de cocaína en los seis meses ulteriores a la finalización del tratamiento. Los años de educación, la edad y los años de historia de consumo de cocaína y alcohol contribuyeron significativamente a la predicción de los niveles de depresión.

Morbilidad según tipo de depresión

No todas las depresiones son iguales, ¿cómo influye el consumo de sustancias en los diferentes subtipos depresivos? Niciu M.J. et als., 2009 (14) evaluaron las características que diferencian los subtipos de episodio depresivo severo (MDE) en el contexto de la dependencia de sustancias, comparando cuatro grupos: 1) No MDE registrado en ningún momento (sin MDE), 2) MDE independiente sólo (I-MDE), 3) MDE inducido por sustancias sólo (SI-MDE) y 4) ambos tipos de MDE.

Pues bien, los sujetos con ambos tipos de MDE informaron más de síntomas depresivos a lo largo de su vida y de trastornos comórbidos de ansiedad eran más propensos a haber intentado suicidarse que los sujetos con I-MDE o SI MDE. Los sujetos con ambos tipos de MDE, al igual que los I-MDE, también eran más propensos que los sujetos con SI-MDE a ser dependientes exclusivamente del alcohol que a ser dependientes tanto de drogas exclusivamente, como de alcohol y drogas de forma conjunta. En definitiva, los sujetos dependientes con ambos tipos de episodio depresivo severo tienen una mayor gravedad psiquiátrica que los que tienen episodio depresivo independiente o episodio depresivo inducido por el consumo únicamente.

Estas otras características que distinguen entre los subtipos MDE, tienen importantes implicaciones para su diagnóstico y potencial terapéuticos.

Estudio sobre población adicta con depresión

Características de la población atendida

En las tablas 1 y 2 se recogen las características de los pacientes ingresados a lo largo de 2009 diagnosticados de adicción en la Fundación Instituto Spiral que representan bien la tendencia del último quinquenio hacia el incremento progresivo de la tasa de trastornos psicopatológicos asociados a adicción

Tabla 1: Sujetos adictos atendidos. Año 2009. Nuevos casos (N = 466)

Tabla de contingencia tto_psicopatológico * sexo

		sexo		Total
		Mujer	Varón	
tto_psicopatológico	No	34 23,0%	187 58,8%	221 47,4%
	Sí	114 77,0%	131 50,6%	245 52,6%
Total		148 100,0%	318 100,0%	466 100,0%

Observamos que un 52% de los pacientes ingresados por adicción tenían un proceso psiquiátrico asociado de los que un 17,8% del total de pacientes presentaban diagnóstico concomitante de trastorno del estado de ánimo. Es llamativo que esa cifra se eleva al 33,3% en mujeres. (15)

Tabla 2: Distribución de los trastornos psiquiátricos asociados a adicción

Trastornos psiquiátricos en población adicta	SEXO		Total
	M	V	
<i>Período enero-diciembre de 2009</i>			
Ausencia de trastornos no adictivos	34 23%	187 58,8%	221 47,42%
F06.0 Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación	0 0,00%	1 0,31%	1 0,21%
F20-29 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	3 2%	21 6,66%	24 5,15%
F31-32-22-43 Trastornos del estado de ánimo	38 25,6%	45 14,1%	83 17,81%
F40-41-42 Trastornos de ansiedad	47 31,7%	39 12,2%	86 18,45%
F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	0 0,00%	2 0,62%	2 0,43%
F45 y 50 Trastorno de somatización y disfunciones fisiológicas	14 9,4%	2 0,62%	16 3,43%
F52 Disfunción sexual no orgánica	0 0,00%	1 0,31%	1 0,21%
F60 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	12 8,78%	20 6,2%	32 6,87%
TOTAL	148 31,76%	318 68,24%	466 100,00%

La tasa de trastornos del estado de ánimo es del 17,81%, en línea con las cifras encontradas por otros autores (ver apartado epidemiología)

Un 14, 8% en varones y nada menos que un 25,6% de mujeres portaban diagnóstico de trastorno del estado de ánimo al ingreso. Como es sabido, esta patología afecta en mucha mayor medida a las mujeres con prevalencias que pueden llegar a duplicar a las de los varones.

Más de la mitad (un 60, 2%) de los trastornos del estado de ánimo corresponden a episodios depresivos. Destacan también los episodios depresivos recurrentes con cifras que llegan casi al 30% del total (V. tabla 3)

Tabla 3: Distribución de los trastornos del humor asociados a adicción (Período enero-diciembre de 2009)

T. estado de ánimo	Mujeres	Hombres	Total
Trastorno bipolar	3 7,8%	2 4,4%	5 6,0%
Episodios depresivos	24 63,1 %	26 57,7%	50 60,2%
Trastorno depresivo recurrente	8 21,0%	16 35,5%	24 28,9%
Trastornos del humor (afectivos) persistentes	3 7,9%	1 2,2	4 4,8%
Total	38 33,3%	45 14,4%	83 17,8 %

Estudio sobre depresión y adicción

Muestra

Para el estudio hemos utilizado una muestra de 82 sujetos adictos (F10-19 en la clasificación CIE-10) de edad comprendida entre los 18 y 63 años con juicio crítico y capacidad cognitiva suficiente atendidos a lo largo de 2010 subdivididos en dos grupos:

1.- Grupo control clínico: Sujetos adictos sin otro proceso psicopatológico asociado ni sintomatología psicopatológica alguna al margen de la adictiva.

2.- Grupo depresión: Sujetos adictos que reúnan al menos dos de las siguientes condiciones: 1) portar al ingreso diagnóstico de depresión, 2) no portar diagnóstico de depresión al ingreso pero haber sido diagnosticado de sintomatología depresiva en el centro y 3) haber sido tratado con antidepresivos

En ambos casos las pruebas se aplicaron dentro de los 20 primeros días del ingreso

Instrumentos

Se aplicaron las escalas de Beck y Hamilton para la depresión.

Además se recogieron datos observacionales procedentes de la denominada base de datos clínicos REI con tres niveles categoriales: síntoma, síndrome y trastorno

Tratamiento estadístico

Los datos se analizaron mediante paquete estadístico SPSS, empleándose las pruebas de T para sexo y grupo, mientras que para edad y tiempo de estancia, se utilizó el anova de un factor.

Resultados

En la tabla de características sociodemográficas podemos comprobar que la mayoría eran poliadictos (un 55%) (generalmente dos sustancias principales) seguidos de consumidores de alcohol (38%). (V. tabla 4)

Tabla 4: Características socio demográficas de la muestra estudiada

	Grupo	Control		Depresión	
	N	38	46,34%	44	53,66%
Sexo	Hombres	25	30,49%	18	21,95%
	Mujeres	13	15,85%	26	31,71%
Edad	< 30 años	3	3,66%	0	0,00%
	30 - 50	16	19,51%	15	18,29%
	>50	19	23,17%	29	35,37%
E. Civil	CASADO/A	5	6,10%	9	10,98%
	DIVORCIADO/A	10	12,20%	10	12,20%
	SOLTERO/A	23	28,05%	25	30,49%
Sit. laboral	Desconocido	2	2,44%	0	0,00%

	Estudia	2	2,44%	1	1,22%
	I.L.T.	7	8,54%	11	13,41%
	Parado	18	21,95%	25	30,49%
	Pensionista	2	2,44%	2	2,44%
	Trabajo estable	7	8,54%	5	6,10%
Nivel socio económico	Desconocido	5	6,10%	4	4,88%
	Alto	5	6,10%	1	1,22%
	Medio	20	24,39%	18	21,95%
	Bajo	6	7,32%	16	19,51%
	Muy bajo	2	2,44%	5	6,10%
Causas judiciales	No	21	25,61%	31	37,80%
	Sí	17	20,73%	13	15,85%
Estudios	Desconocido	3	3,66%	0	0,00%
	Primaria	5	6,10%	5	6,10%
	Secundaria	25	30,49%	31	37,80%
	Universitarios	5	6,10%	8	9,76%
Motivo del ingreso	ALCOHOL	9	10,98%	14	17,07%
	COCAÍNA	2	2,44%	4	4,88%
	OPIÁCEOS	4	4,88%	1	1,22%
	OTRA ADICCIÓN	2	2,44%	1	1,22%
	POLIADICCIÓN	21	25,61%	24	29,27%

Escala de depresión de Hamilton

En la tabla y gráfica siguientes podemos comprobar los resultados de la escala de depresión de Hamilton. La media del grupo “depresión” es 9,45 (el umbral global de depresión es 7), el grupo control queda por debajo de dicha puntuación

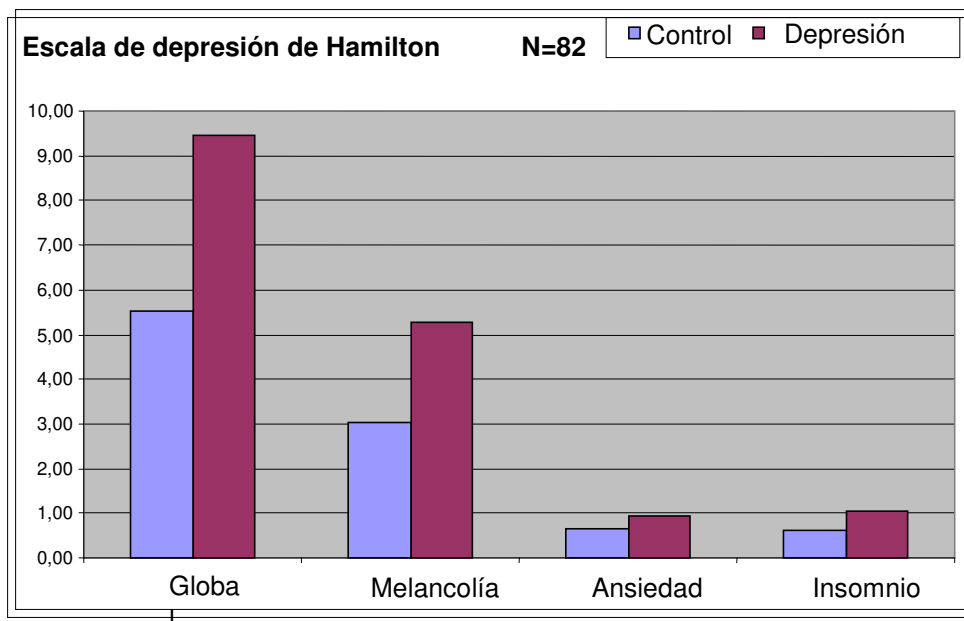
En todas las subescalas (melancolía, ansiedad e insomnio) el grupo “depresión” queda entre un 30” y un 80% por encima. (V. tabla 5 y gráfico 1)

Tabla 5: Datos globales Escala de depresión de Hamilton o N=82 Umbral depresión= ≥ 7

Grupo	Global	Melancolía	Ansiedad	Insomnio	N
-------	--------	------------	----------	----------	---

Control	5,53	3,03	0,66	0,61	38
Depresión	9,45	5,27	0,93	1,05	44

Gráfico 1: Datos globales Escala de depresión de Hamilton N=82 Umbral depresión= ≥ 7



Parece que la escala discrimina mejor en el grupo de mujeres, donde los resultados resultan más contrastados. Varios datos llaman la atención: (V. tabla 6 y gráficos 2 y 3)

- 1.- Las diferencias varón control vs. “varón depresión” son notables, aunque este segundo grupo se sitúa solo ligeramente por encima del umbral de positividad (7,72 sobre 7).
- 2.- Llama la atención la elevada puntuación de todas las mujeres. Aunque se mantiene la misma distancia entre el grupo control y el “depresión” (unos 3 puntos) llama la atención la elevada puntuación del grupo control, lo que atribuimos por un lado a que el grupo control es un grupo “control clínico” y en consecuencia tienen un elevado nivel de sintomatología basal, y por otro a que la mujer tiene una mayor predisposición a sufrir sintomatología depresiva y la padece en mayor medida. (véanse las estadísticas de prevalencia de depresión)

Tabla 6: Según sexo Escala de depresión de Hamilton N=82 Umbral depresión= ≥ 7

Grupo	Sexo	Global	Melancolía	Ansiedad	Sueño	N
Control	M	7,92	4,54	1,31	1,15	13
Depresión	M	10,65	6,00	1,35	1,27	26

Control	V	4,28	2,24	0,32	0,32	25
Depresión	V	7,72	4,22	0,33	0,72	18

Gráfico 2: Según sexo Escala de depresión de Hamilton N=82 Umbral depresión= ≥7

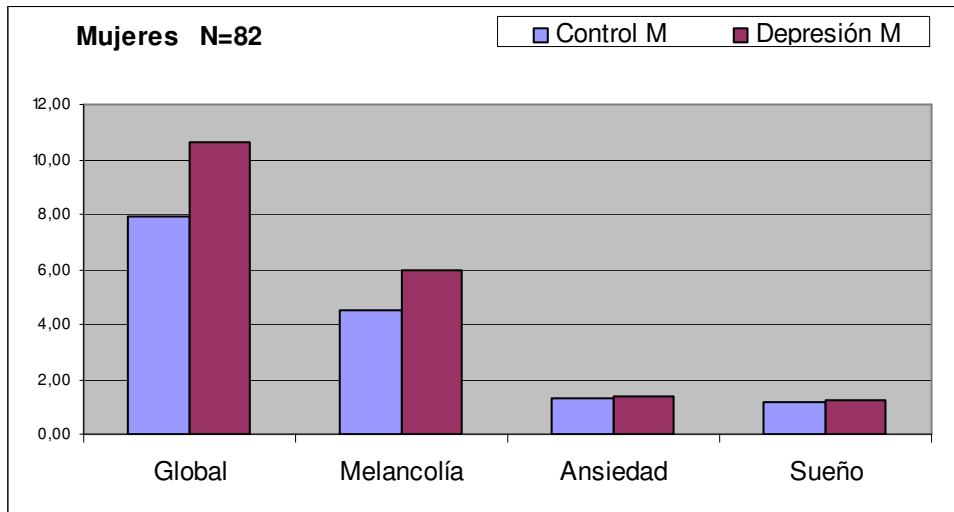
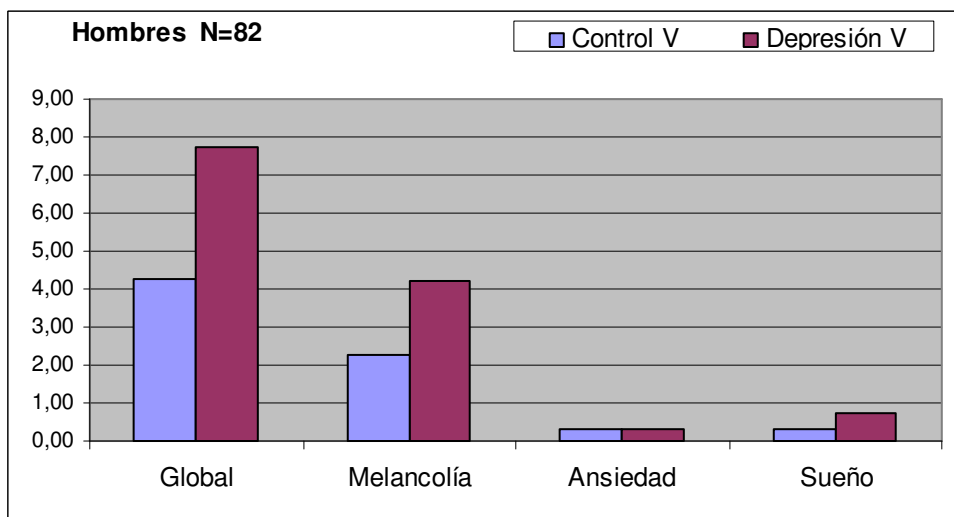


Gráfico 3: Según sexo Escala de depresión de Hamilton N=82 Umbral depresión= ≥7



Escala de depresión de Beck

Los resultados de la escala de depresión de Beck en nuestro caso han sido infructuosos por la escasa capacidad discriminativa de los datos obtenidos. En la tabla podemos comprobar que la puntuación el grupo control se acercaba en límite del umbral depresivo (15). Si observamos las diferencias según sexo, el grupo de mujeres discrimina bastante (15,3 vs. 21,73), pero el de varones ofrece puntuaciones similares entre el grupo control y el “depresión” (15,39 vs. 15,25), con lo que no podemos inferir (al menos en nuestro caso) que dicha prueba sirva como referente evaluativo entre sujetos adictos con o sin depresión asociada. (V. tablas 7 y 8)

Tabla 7: Datos globales Escala de depresión de Beck N=82

Grupo	Puntuación
Control	15,33
Depresión	18,85

Umbral depresión= 15

Tabla 8: Según sexo Escala de depresión de Beck N=82

Grupo	Sexo	Puntuación
Control	M	15,24
Depresión	M	21,73
Control	V	15,39
Depresión	V	15,25

Umbral depresión= 15

Diagnóstico diferencial

Clínica de la depresión asociada a adicción¹ (Sirvent, 2004 (16)

Digamos enseguida que lo que más caracteriza a la depresión del adicto, el principal síntoma diferencial es la disforia, que además tiene valor predictivo pues su presencia mantenida es el principal indicador de abandono terapéutico. Otros elementos diferenciadores son una mayor carga de impulsividad y ansiedad con mayor tolerancia o resistencia al tratamiento farmacológico. (16)

¹ Recordemos que la descripción de la CIE-10 del episodio depresivo típico alude a un humor depresivo con pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, y una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y un cansancio exagerado. Otros síntomas adicionales se comentan y comparan a continuación con los propios de la depresión comórbida a adicción

La disforia se refiere a un estado mantenido de malestar, ánimo apagado, irritabilidad y desasosiego. Es lo contrario al placer: el displacer. Todos hemos conocido el estado entre abatido y malhumorado del adicto en sus etapas interconsumo. Da igual el tipo de sustancia que consume, cocaína, alcohol, opiáceos, estimulantes, el sujeto muestra un talante apesadumbrado, quejumbroso de permanente enfado. Nada le complace ni le motiva. El mantenimiento de este estado de disforia implica riesgo elevado de suicidio Ya vimos en anteriores apartados que la autolisis es mucho más frecuente entre adictos depresivos. No se conocen los mecanismos íntimos o biológicos pero el hecho de que se puede inducir químicamente mediante sustancias como en agonista del receptor kappa de los opioides (17) abunda en la relación entre disforia y dependencia de sustancias.

Hay que conceder especial importancia a los denominados sentimientos negativos que no pocas veces pasan desapercibidos, sobre todo cuando dichos síntomas se exteriorizan poco. Es decir, un estado de malestar elevado y mantenido es potencial causa de renuncia al tratamiento. De hecho este dato se ha cotejado y confirmado en la revision historica de dos años de altas por abandono: en más del 50% de sujetos estaban presentes la disforia y/ o los sentimientos negativos como concausa de claudicación terapéutica. (Sirvent, 2010, 16)

Diferencias sintomatológicas entre la depresión convencional y la depresión asociada a adicción? (ver cuadro 1)

El consumo de sustancias influye en el sujeto depresivo, sea cual sea el tipo de depresión que padece, condicionando el perfil sintomático y marcando algunas diferencias que –aunque no siempre están presentes- si delimitan una clínica diferencial que bien vale la pena exponer.

Además del estudio de antecedentes si efectuamos una comparación sindrómica entre la depresión convencional y la asociada a adicción podemos encontrar algunas diferencias sintomáticas que enunciaremos a título orientativo, habiendo numerosas excepciones) (ver cuadro 1)

En la depresión asociada a adicción el síndrome anímico-afectivo o humoral se caracteriza por disforia, irritabilidad y sensación permanente de malestar psicofísico en tanto que la depresión convencional tiene una mayor componente de tristeza, un tinte pesimista y en definitiva un humor más depresivo.

Cuadro 1: Algunas diferencias sintomáticas entre la depresión convencional y depresión asociada a adicción (Sirvent, 2010)

Sintomatología	D. convencional	D. con adicción
Humor y sentimientos vitales	Humor depresivo Tristeza Pesimismo	Disforia irritabilidad Sentimientos adversos o negativos
Placer	Anhedonia por desmotivación	Displacer más química (por privación)

Ideación	Ideas de culpa Desesperanza Autodepreciación	Mayor tasa de suicidios e ideación suicida
Vitalidad	Astenia o cansancio	Inhibición
Hábitos de Sueño	Insomnio de despertar precoz	Insomnio de conciliación y despertar precoz
Alteraciones circadianas	Empeoramiento matutino Despertar precoz Empeoramiento estacional	Biorritmos anárquicos secundarias al tipo de vida llevado
Respuesta a medicamentos (Sensibilidad Tolerancia Refractariedad)	Respuesta a los antidepresivos más previsible	Mayor tolerancia, refractariedad y fadding o cansancio farmacológico

En la esfera hedonista el sujeto depresivo normal suele sufrir una incapacidad para el disfrute que le desmotiva. Al adicto depresivo además cabe sumarle una anhedonia fruto de la nostalgia por los efectos placenteros de la sustancia. Sentiría pues el adicto un displacer por privación química, por añoranza del placer que le proporcionaba la droga. En definitiva la anhedonia del adicto es “menos primaria”. El deseo de recuperar el placer o capacidad hedónica puede conducir a la recaída.

En el plano ideatorio, como hemos visto en el apartado epidemiológico la población adicta depresiva presenta una mayor tasa de suicidios y pensamientos autolíticos.

Las alteraciones de los biorritmos y el insomnio del sujeto adicto suele ser más refractario y tiene una cadencia más anárquica que la del depresivo no adicto. Este suele precisar menor cantidad de preparado hipnótico y tiene un ritmo matutino más definido (despertar precoz, empeoramiento matinal). Por contra, el depresivo adicto tarda en conciliar y además de despertar precoz suele presentar despertares nocturnos. Estos trastornos caóticos del sueño vienen condicionados por el desajuste de ritmos biológicos y hábitos sómnicos debidos al tipo de vida desestructurada que suelen llevar estos pacientes.

Un dato bien conocido por psiquiatras y médicos de atención primaria es la mayor tolerancia a los psicofármacos por el general abuso de sustancias y principios psicotrópicos que suelen tener los adictos. Los adictos depresivos además de presentar una mayor tolerancia medicamentosa, son más refractarios a los tratamientos y presentan un fadding farmacológico más frecuente.

Conclusiones

La prevalencia de depresión entre la población adicta es alta y tiende a seguir aumentando. A lo largo de los últimos 3 años la media de adictos con depresión se sitúa en torno al 18% (14% varones y 26% mujeres). Recordemos que las cifras de prevalencia de depresión para la población general oscilan entre el 2,6 y el 5% en varones y entre el 6 y el 12% en mujeres. También se observa una mayor tasa de suicidios e ideas autolíticas entre adictos con depresión.

En nuestra experiencia la escala de Hamilton para la depresión es útil y tiene capacidad discriminativa. No obtuvimos resultados significativos con la escala de Beck

Respecto al diagnóstico diferencial entre la depresión convencional y la del adicto, la disforia es el principal síntoma. Además tiene valor predictivo, pues su presencia mantenida es el principal indicador de abandono terapéutico. (La disforia consiste en un estado de malestar mantenido con ánimo apagado, irritabilidad y desasosiego).

Otros síntomas serían una mayor carga de impulsividad y ansiedad, un insomnio más anárquico refractario y una anhedonia más nerviosa y displacentera (la del depresivo convencional es desmotivacional y abúlica)

Por último cabe reseñar que los adictos tienen una mayor tolerancia farmacológica y una tasa más elevada de resistencia al tratamiento biológico.

Referencias

1. Fava M., Davidson KG. Definition and epidemiology of treatment- resistant depression. *Psychiatric Annals* 24: 281-290. 1994
2. Cassem E.H. Depressive disorders in the medically ill: an overview. *Psychosomatics* 36: S2-S10, 1995
3. Kashani JH, Nair J: Affective/mood disorders, in *Diagnosis and Psychopharmacology of Childhood and Adolescent Disorders*, 2nd Edition. Edited by Weiner JM. New York, Wiley, 1995, pp229-263
4. First M., Frances A., Pincus H. A. *Manual de diagnóstico diferencial DSM-IV*. pp 64-69 (1996)
5. Amy S. B.; Miech, Richard A.. Changes in the Association of Drug Use with Depressive Disorders in Recent Decades: The Case of Cocaine. By: Bohnert, Substance Use & Misuse, 2010, Vol. 45 Issue 10, p1452-1462,
6. Compton Ill, Wilson M.; Cottler, Linda B.; Abdallah, Arbi Ben; Phelps, Deborah L.; Spitznagel, Edward L.; Horton, Joseph C. Substance Dependence and Other Psychiatric Disorders Among Drug Dependent Subjects: Race and Gender Correlates. *American Journal on Addictions*, Apr2000, Vol. 9 Issue 2, p113-125, 13p
7. Cañellas F. "Epidemiología y prevalencia de la Patología Dual". *Jornadas sobre alcohol y otras drogas*. Palma de Mallorca. Infodrogues 2009
8. Agrawal,; Lynskey, Michael T.; Madden, Pamela AF, Bucholz, Kathleen K.; Heath, C. Andrés A latent class analysis of illicit drug abuse/dependence: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. Por: Arpana. *Adicción*, Jan 2007, vol. 102 Número 1, p94-104
9. M.S. Campos, J.A. Martínez-Larrea. Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. *Anales del sistema Sanitario de Navarra*. Monográfico Trastornos depresivos. Vol 25. Suplemento 3, 2002 pp117-137
10. Santodomingo J, Rubio G. Depresión y alcoholismo. En: Vallejo J, Gastó C, editores. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión 2ª edición* Barcelona: Masson,
11. Currie, Shawn R.; Patten, Scott B.; Williams, Jeanne V. A.; JianLi Wang; Beck, Cynthia A.; El-Guebaly, Nady; Maxwell, Colleen. Comorbidity of Major Depression With Substance Use Disorders. By:. *Canadian Journal of Psychiatry*, Sep 2005, Vol. 50 Issue 10, p660-666.
12. Wild, T. Cameron; el-Guebaly, Nady; Fischer, Benedickt; Brissette, Suzanne; Brochu, Serge; Bruneau, Julie; Noël, Lina; Rehm, Jürgen; Tyndall, Mark; Mun, Phil. Comorbid Depression Among Untreated Illicit Opiate Users: Results From a Multisite Canadian Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, Aug 2005, Vol. 50 Issue 9, p512-518
13. McMahon, Robert C.; Malow, Robert; Loewinger, Lisa. Substance Abuse History Predicts Depression and Relapse Status Among Cocaine Abusers. *American Journal on Addictions*, Jan1999, Vol. 8 Issue 1, p1-8.
14. Niciu, Mark J.; Chan, Grace; Gelernter, Joel; Arias, Albert J.; Douglas, Kara; Weiss, Roger; Anton, Raymond F.; Farrer, Lindsay; Cubells, Joseph F.; Kranzler, Henry R. Subtypes of major depression in substance dependence. .. *Addiction*, Oct2009, Vol. 104 Issue 10, p1700-1709.
15. Memoria asistencial 2009 Fundación Instituto Spiral. Madrid 2010
16. Sirvent C.. Predicción del abandono (vs. éxito) terapéutico en adicciones (presentación del cuestionario Vpa-30 (Sirvent, C 2009), de variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. *Interpsiquis* 2010. 11º congreso virtual de psiquiatria. 2010
17. Peralta, V., Cuesta M.J. Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. *Anales del sistema Sanitario de Navarra*. Monográfico Trastornos depresivos. Vol 25. Suplemento 3, 2002



Trabajo seleccionado para su publicación en la revista *Psiquiatría.com*, de entre los presentados al **XII Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011**.

Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):

Moral MV, Sirvent C, Blanco P, Rivas C, Quintana L, Campomanes G. Depresión y adicción. *Psiquiatría.com* [Internet]. 2011 [citado 30 Ago 2011];15:27. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4330>