

COMUNICACIONES BREVES

## Estudio de detección de probables casos psiquiátricos en una muestra de pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento ambulatorio

Francisco González Sáiz\*, Ignacio Ruz Franzí\*\*, Luis Salvador Carulla\*\*\*

\*Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz (España)

\*\*Grupo de Investigación en Medicina Psicosocial. Dpto. de Neurociencias.  
Universidad de Cádiz (España)

\*\*\*Instituto Social de la Marina. Barbate (Cádiz)

**Resumen:** La prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica en pacientes adictos a opiáceos (trastorno dual) es cuantitativamente importante. El diagnóstico de esta patología es un paso necesario para el establecimiento de un adecuado plan terapéutico individual. El objetivo de este trabajo es realizar un screening de la psicopatología no psicótica en una muestra de pacientes con adicción a opiáceos tratados en un servicio ambulatorio de toxicomanías. Se evaluaron 62 sujetos que reunían criterios DSM-IV de Dependencia de Opiáceos atendidos en el Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. Se utilizó la escala General Health Questionnaire-28 de Goldberg y el Addiction Severity Index de McLellan y cols. La prevalencia observada de "probables casos" psiquiátricos fue del 45,1%. Entre los "casos" encontramos más "síntomas somáticos", "ansiedad", "disfunción social" y "depresión" que entre los "no casos" ( $p < 0.01$ ). También es significativamente mayor la gravedad de los problemas "médicos" y "psicopatológicos" medidos con el ASI ( $p < 0.05$ ). Los "casos" tienen un mayor número de tratamientos previos ( $p < 0.05$ ) y en general su calidad de vida es peor. Estos datos apoyan los resultados de trabajos anteriores y subrayan la necesidad de iniciar programas estandarizados de screening de psicopatología en los centros de toxicomanías.

**Palabras clave:** Screening. Dependencia de opiáceos. Trastornos psiquiátricos. GHQ-28.

### CORRESPONDENCIA A:

Francisco González-Sáiz  
Grupo de Investigación en Medicina Psicosocial.  
Universidad de Cádiz.  
Urbanización El Bosque. Edificio CYCAS, 7º D.  
11405 Jerez de la Frontera, Cádiz (España)  
Tel. 956 300217

**Summary:** The rate of psychiatric comorbidity among opiate abusers (dual disorder) is significantly high. The diagnosis of this disorder is a necessary step to achieve a proper individual therapeutic approach. The aim of this paper is the development of a screening research of non psychotic psychopathology among a sample of opiate dependents treated in an outpatient drug abuse service. The General Health Questionnaire-28 items of Goldberg and Hillier and the Addiction Severity Index of McLellan and cols. were used. The observed rate of psychiatric "probably cases" was 0.45. The "somatic symptoms", "anxiety", "social disfunction" and "depression" were higher among "cases" than "non cases" ( $p < 0.05$ ). The severity of "medical" and "psychopathological" problems in ASI scales are higher among "cases" too ( $p < 0.05$ ). The psychiatric "probably cases" have more number of previous drug abuse treatments and its quality of live is worst. The data of this study support the results of other research papers. The implementation of psychopathology screening programs in drug abuse treatment center is necessary.

**Key words:** Screening. Opiate dependence. Psychiatric disorder. GHQ-28.

**Résumé:** La prévalence de comorbidité psychiatrique chez les patients dépendants aux opiacés (dual diagnosis) est quantitativement importante. Diagnostiquer cette pathologie est nécessaire pour établir un plan thérapeutique individuel. L'objectif de cette étude est de réaliser un screening de psychopathologie non psychotique dans un échantillon de patients dépendants aux opiacés traités dans un dispensaire. On a évalué 62 sujets selon les critères DSM-IV de dépendance aux opiacés, dans le Centro Provincial de Drogodependencias à Cádiz. On a utilisé le General Health Questionnaire-28 (Goldberg) et l'Addiction Severity Index (McLellan et al.). La prévalence observée de «cas psychiatriques probables» a été du 45,1%. Dans les «cas», on a trouvé plus de «symptômes somatiques», «anxiété», «inadaptation sociale» et «dépression» que dans les «non-cas» ( $p < 0.01$ ). La gravité des problèmes médicaux et psychopathologiques est aussi significativement plus grande, mesurée avec ASI ( $p < 0.05$ ). Les «cas» ont plus de traitements préalables ( $p < 0.05$ ) et leur qualité de vite est pire. Ces données confirment les résultats d'études préalables et soulignent la nécessité de réaliser programmes standards de screening de psychopathologie dans les centres de toxicomanies.

**Mots clé:** Screening. Dépendance aux opiacés. Troubles psychiatriques. GHQ-28.

## 1. Introducción

La comorbilidad entre la dependencia de sustancias y los trastornos psiquiátricos es muy frecuente, tanto en los servicios de drogodependencias como en los de salud mental. Distintos autores han estimado la prevalencia de los tras-

tornos psiquiátricos entre los pacientes con dependencia de opiáceos, oscilando estos valores entre el 47% y el 93% (Regier et al., 1990). Las tasas diferenciales por categorías diagnósticas difieren entre sí debido a aspectos método-lógicos como la utilización de distintos criterios e instrumentos diagnósticos, el período temporal de absti-

nencia previo, el tipo de muestra, etc. No obstante, todos coinciden en considerar entre los más frecuentes, los trastornos depresivos (23%-56%), los trastornos de personalidad antisocial (15%-37%), el abuso-dependencia del alcohol (14%-66%) y los trastornos de ansiedad (2%-32%).

El interés del diagnóstico psiquiátrico en esta población deriva de la expectativa de que el abordaje de estos trastornos mejora el resultado del tratamiento de la dependencia. Se acepta comunmente que los pacientes adictos con niveles altos de sintomatología psiquiátrica tienen un peor pronóstico. Aunque esto es así para la generalidad de las modalidades de intervención en la dependencia de distintas sustancias, estudios recientes no observan esta relación en los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. En cualquier caso, las medidas globales y dimensionales de la psicopatología en los pacientes con dependencia de opiáceos pueden ser útiles en la rutina diagnóstica de los servicios de drogodependencias para el *screening* de las distintas categorías nosológicas.

El objetivo de este trabajo es la detección de probables casos psiquiátricos actuales en un grupo de pacientes con dependencia de opiáceos en tratamiento ambulatorio, teniendo en cuenta los períodos de consumo-abstinencia previos, así como la determinación del perfil multidimensional de los problemas relacionados con el consumo.

## 2. Pacientes y métodos

### 2.1. Sujetos

Se realiza el estudio sobre una muestra total de 80 pacientes de ambos sexos que reunían criterios DSM-IV de Dependencia de Opiáceos. Se utilizó un muestreo consecutivo, reclutándose a los sujetos que acudían solicitando tratamiento para su adicción o que estaban ya en un programa de interven-

ción en el Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz (España). Se evaluó el estado en relación con el consumo según los criterios de Rounsaville (1992) modificados y adaptados (González-Saiz, 1997), excluyéndose a aquellos sujetos que se encontraban en estado de abstinencia (Síndrome de Abstinencia a Opiáceos, S.A.O.), en intoxicación aguda o en período continuado de ingesta. Sólo se incluirían en el análisis a aquellos pacientes en situación de abstinencia prolongada (1. El sujeto lleva un mínimo de diez días sin consumir la sustancia principal de abuso, objeto de la demanda de tratamiento. 2. En el momento de la entrevista el sujeto no presenta síntomas de abstinencia de sustancias según criterios DSM-IV). El número final de sujetos incluidos en el análisis fue de 62.

### 2.2. Instrumentos de medida

El *General Health Questionnaire-28* (GHQ-28) de Goldberg y Hillier (1979) es una escala autoadministrada para el *screening* y la evaluación general de la psicopatología actual no psicótica en el adulto. Consta de 28 ítems y las respuestas están construidas sobre la base de un sistema de codificación y escalación analógico-verbal. La puntuación total del GHQ-28 deriva de la suma de las puntuaciones parciales de las cuatro subescalas que contiene (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión). La versión española de esta escala ha sido objeto de diversos estudios de fiabilidad y validez predictiva y concurrente (Muñoz et al., 1979; Vázquez-Barquero et al., 1982; Lobo et al., 1986). Para el diagnóstico de probable caso psiquiátrico hemos empleado el punto de corte general (puntuación total igual o superior a 5).

El *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan et al., 1992) es una entrevista clínica semiestructurada para la evaluación de los problemas relacionados con el consumo de drogas. Consta de seis escalas in-

ESCALAS	CASOS n=28	NO CASOS n=34	P
VGE-Drogas	2,33	1,51	NS
PC-Drogas	0,05	0,04	NS
VGE-Alcohol	0,50	0,06	NS
PC-Alcohol	0,19	0,20	NS
VGE-Médica	3,10	2,03	*
PC-Médica	0,19	0,10	NS
VGE-Laboral	3,11	2,82	NS
PC-Laboral	0,79	0,66	NS
VGE-Legal	1,21	1,13	NS
PC-Legal	0,08	0,07	NS
VGE-Familiar	2,16	1,82	NS
PC-Familiar	0,19	0,11	NS
VGE-Psicopatológica	1,52	0,43	*
PC-Psicopatológica	0,06	0,01	*
Total GHQ-28	10,53	1,17	**
Síntomas somáticos	2,76	0,22	**
Ansiedad	2,93	0,48	**
Disfunción social	1,93	0,25	**
Depresión	2,70	0,57	**
N.º ttos. previos	2,60	1,08	*

Tabla 1. Diferencias entre los probables casos y no casos en función del perfil de gravedad de los problemas relacionados con el consumo medidos con el Addiction Severity Index (ASI) y el General Health Questionnaire-28. GHQ-28). (\*= $p < 0,05$ ; \*\*= $p < 0,01$ ; VGE=puntuación "Valoración de la Gravedad por el Entrevistador" de la escala correspondiente del ASI; PC= "Puntuación Compuesta" de la escala correspondiente del ASI).

dividuales, cuyas puntuaciones totales proporcionan una medida de la gravedad de cada uno de estos problemas (consumo de drogas y alcohol, estado médico, estado psicopatológico, problemas legales, familiar-social y laboral). Cada escala tiene dos tipos de puntuaciones totales: la Valoración de la Gravedad por el Entrevistador (VGE) es un juicio clínico realizado a través de un procedimiento estandarizado y basado en las puntuaciones individuales de determinados ítems. Su valor oscila en un rango de 0-9 y se interpreta como una medida general del nivel de deterioro en un área determinada. La Puntuación Compuesta (PC) deriva de

la suma ponderada de las puntuaciones de algunos ítems, su valor oscila en un rango de 0 a 1 y proporciona una medida de la gravedad de los problemas actuales evaluados por cada escala (30 días previos). El ASI ha sido recientemente validado en nuestro medio (González Sáiz, 1997).

El sistema SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) (Wing et al., 1990) está constituido por una batería de instrumentos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar, medir y clasificar la psicopatología y las conductas asociadas a los principales

trastornos psiquiátricos del adulto. Es una entrevista clínica semiestructurada, cuya información permite generar diagnósticos según criterios DSM-III-R y CIE-10. Este instrumento ha sido objeto de varios estudios de adaptación transcultural y ya ha sido validado en nuestro medio. El SCAN tiene una construcción modular, y algunas secciones, como aquellas que evalúan los trastornos por consumo de sustancias, pueden ser administradas independientemente. Utilizamos las secciones 11 y 12 (alcohol y otras drogas, respectivamente) para evaluar la dependencia de estas sustancias. La información aportada por este instrumento se revisó para poder efectuar el diagnóstico clínico según criterios DSM-IV.

### 2.3. Procedimiento y análisis

En el curso de una entrevista personal, se administró a cada sujeto seleccionado la escala GHQ-28, el ASI y las secciones 11 y 12 del sistema SCAN. Previamente, el entrevistador comentó los objetivos del estudio, aportó las instrucciones de cumplimentación y aseguró la confidencialidad. Para valorar la precisión de las estimaciones se calcularon los correspondientes intervalos de confianza del 95%. Con objeto de analizar las diferencias entre los probables casos y no casos para cada una de las puntuaciones totales de las escalas del ASI (comparación de medias entre grupos), se utilizó la prueba t de Student, fijándose el nivel de significación estadística en el 5% ( $p < 0.05$ ).

## 3. Resultados

Los sujetos de la muestra estudiada tienen una media de edad de 30,3 años ( $DT=6,6$ ), el 88,7% de ellos son hombres y el 11,2% mujeres. Un 59,6% del total son solteros, un 30,6% casados, un 8% separados y el 1,6% restante convive en pareja. Estos pacientes habían realizado una media de 1,7 tratamientos previos ( $DT=2,2$ ) y en el mo-

mento de ser entrevistados llevaban 5,5 meses como promedio en el programa correspondiente ( $DT=6,8$ ). El 51,6% de ellos ( $n=32$ ) estaban en tratamiento de mantenimiento con metadona, un 32,2% ( $n=20$ ) en deshabituación más naltrexona, un 12,9% ( $n=8$ ) en deshabituación sin naltrexona, mientras que 2 pacientes (3,2%) fueron entrevistados en su primera cita.

Considerando el punto de corte general del GHQ-28 ( $p \geq 5$ ), la prevalencia observada de probables casos psiquiátricos en esta muestra es del 45,16% (28 sujetos), siendo el intervalo de confianza del 95% de 0,33-0,57.

En la **tabla 1** aparecen las diferencias entre los sujetos clasificados por esta escala como probables casos y probables no casos en función del perfil multidimensional del ASI. Para cada una de sus escalas, aparecen sus correspondientes puntuaciones totales (VGE y PC) como medias muestrales. Como puede observarse, estos valores de gravedad son superiores entre los probables casos psiquiátricos que entre los probables no casos. Esta diferencia es estadísticamente significativa para las puntuaciones VGE-Médica, VGE-Psicopatológica y PC-Psicopatológica. El grado de significación está muy próximo al nivel de significación prefijado ( $p < 0,05$ ) para las diferencias entre ambos grupos respecto de las puntuaciones VGE-Laboral, VGE-Familiar y PC-Familiar.

Entre los probables casos es mayor el número de días durante el mes previo en los que se experimentan problemas psicológicos ( $p < 0,05$ ), la preocupación por estos problemas durante el mes previo ( $p < 0,05$ ) y la importancia de ponerse en tratamiento para estos problemas ( $p < 0,05$ ). Asimismo, también es mayor el número de tratamientos previos para su dependencia de opiáceos ( $p < 0,05$ ).

Puede observarse también que la puntuación total del GHQ-28 y las de cada una de sus subescalas son significativamente superiores entre los probables casos que entre los probables no casos ( $p < 0,01$ ).

#### **4. Discusión**

Los resultados de este estudio apoyan la presencia de una alta proporción de trastornos psiquiátricos no psicóticos entre los pacientes adictos a opiáceos. Asimismo, encontramos que la gravedad de los problemas relacionados con el consumo de drogas es mayor entre los probables casos psiquiátricos que entre los no casos. En términos generales estos hallazgos son consistentes con los trabajos previos de estimación de la prevalencia de psicopatología y sobre su asociación con perfiles diferenciales de gravedad de la adicción.

La puntuación media del GHQ-28 en la muestra estudiada es de 5.5, lo que está ligeramente por encima del punto de corte general aceptado para esta escala. La prevalencia encontrada del 45,1% apoya la presencia de un importante número de pacientes con una alta probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico asociado a su dependencia de opiáceos. Este porcentaje se sitúa en un rango de valores próximo al observado por otros autores en muestras similares, utilizando el mismo instrumento con el mismo punto de corte. Así, Darke y cols. (1992) encuentra una prevalencia del 59%, mientras que en el estudio de Swift y cols. (1990) ésta es del 61%.

El menor porcentaje de casos observados en este estudio, en relación a los dos trabajos citados, puede deberse, además de una genuina diferencia entre las prevalencias de las muestras, a que hemos tenido en cuenta unos criterios de exclusión más estrictos. Sólo hemos analizado aquellos sujetos en estado de abstinencia prolongado, ya que de este modo aumentamos la fiabilidad del

diagnóstico del trastorno dual (Rounsaville, 1992). De no utilizar este protocolo resultaría difícil establecer el diagnóstico diferencial entre los síntomas psicopatológicos con entidad propia (independientes), de aquellos que son directamente atribuibles al consumo de sustancias (por intoxicación o por síndrome de abstinencia). Así, y a pesar de que en esta muestra la puntuación media de la subescala de ansiedad es la mayor de las cuatro, este procedimiento en la estimación concede más validez a este síntoma presente.

La segunda conclusión de este trabajo apoya la existencia de un mayor deterioro psicosocial en los pacientes con probables diagnósticos psiquiátricos en relación a los no casos. Aunque estas diferencias se observan para las puntuaciones de todas las escalas del ASI, resultan significativas para los problemas médicos y psicopatológicos. Estos hallazgos son consistentes con los resultados de estudios previos. Así, Rounsaville y Kleber (1985) encuentran que los adictos a opiáceos diagnosticados de depresión tienen más problemas legales y peor funcionamiento social que los que no presentan este trastorno. Darke y cols. (1992) hallan una estrecha relación entre niveles altos de psicopatología (medidos con el GHQ-28) y un mayor consumo de heroína, peor funcionamiento social, más problemas legales, peor estado general de salud y más conductas de riesgo de contagio del VIH. Marina y cols. (1996) también encuentran una mayor frecuencia del consumo de heroína entre los probables casos psiquiátricos medidos con este instrumento. En la muestra evaluada por nosotros, el consumo de drogas es mayor entre los probables casos, aunque esta diferencia no es significativa. Esto puede deberse a dos factores; de un lado, la medida del consumo utilizada por el ASI (VGE-Drogas y PC-Drogas) sería poco sensible, ya que determina la gravedad del consumo de cualquier sustancia sin establecer ponderaciones entre ellas. De

hecho, comprobamos que la diferencia sí es estadísticamente significativa para el ítem de esta escala que mide el número de días de consumo de heroína en el último mes ( $p < 0.05$ ). Por otro lado, los criterios de selección utilizados han podido influir en la valoración de una muestra con niveles de consumo menores que en otros estudios.

Una de las limitaciones de nuestro trabajo viene determinada por el tamaño muestral utilizado. Aunque la estimación de la prevalencia es estadísticamente significativa, una muestra mayor habría aumentado la precisión de la misma. Es posible que con ello, también las diferencias entre los probables casos y no casos para las puntuaciones de algunas escalas del ASI, hubieran sido significativas. Por otro lado, uno de los problemas de la escala GHQ-28 es que no evalúa los trastornos psicóticos ni los de personalidad, por lo que se estaría subestimando la prevalencia global. De todos modos, sí detecta la psicopatología más frecuente en esta población. En este trabajo se ha utilizado el punto de corte del GHQ-28 para la población general, ya que aún no se ha determinado el específico para la población drogodependiente en nuestro medio. En estos momentos estamos realizando un estudio en este sentido. Cualquier trabajo de detección de trastornos psiquiátricos en muestras clínicas presenta el problema del sesgo de selección. Se sabe que los aspectos emotivos son importantes en la decisión de buscar tratamiento y que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos es mayor entre los drogodependientes en tratamiento que entre los que no lo están (Regier et al., 1990).

El conocimiento de la prevalencia de la patología psiquiátrica en la población drogodependiente tiene unas evidentes implicaciones prácticas. La realización sistemática y rutinaria del *screening* psiquiátrico en los servicios de toxicomanías permite detectar los probables casos sobre los

que se debería realizar un diagnóstico de confirmación (categorial). Este es el paso previo indispensable para la planificación individualizada del tratamiento y una intervención específica y de calidad.

## Agradecimientos

Queremos agradecer al Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz (Exma. Diputación Provincial) el haber posibilitado el trabajo de campo. Este estudio forma parte del proyecto de investigación PM-1170 financiado por la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT).

## Bibliografía

- Darke, S.; Wodak, A.; Hall, W.; Heather, N.; Ward, J. (1992) Prevalence and predictors of psychopathology among opioid users, *British Journal of Addiction*, 87: 771-776.
- Goldberg, D. P.; Hillier, V. F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9: 139-145.
- González-Sáiz, F. (1997) *Estandarización de un instrumento de evaluación multidimensional en los trastornos adictivos*, Tesis Doctoral, Universidad de Cádiz.
- Lobo, A.; Pérez-Echevarría, M.J.; Artal, J. (1986) Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population, *Psychological Medicine*, 16: 145-140.
- Marina, P.A.; Vázquez-Barquero, J.L.; Jiménez, J.M.; Erkoreka, I. (1996) Los beneficios de la abstinencia: un estudio de seguimiento de adictos a la heroína. *Adicciones*, 8(3): 295-309.
- McLellan, A. T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G.; Pettinati, H.; Argeriou, M. (1992) The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9: 199-213.
- Muñoz, P. E.; Vázquez, J. L.; Rodríguez-Insauti, F.; Pastrana, E.; Varó, J. (1979) Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg: un método de identificación de casos psiquiátricos en

la comunidad. *Archivos de Neurobiología*, 2: 139-158.

**Regier, D. A.; Farmer, M. E.; Rae, D. S.; Locke, B. Z.; Keith, S. J.; Judd, L. L.; Goodwin, F. K.** (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264: 2511-2518.

**Rounsaville, B. J.** (1992) Métodos para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en adictos a opiáceos. En: M. Casas (Ed.), *Trastornos psicóticos en las toxicomanías* Barcelona: Monografías de Toxicomanías.

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

**Swift, W.; Williams, G.; Neill, O.; Grenyer, B.** (1990) The prevalence of minor psychopathology in opioid users seeking treatment. *British Journal of Addiction*, 85: 629-634.

**Vázquez-Barquero, J. L.; Ochoteco, A.; Padierna, J. A.; Antón, J. A.; Arenal, A.; Peña, C.** (1982). El cuestionario de salud general (GHQ) como instrumento de "screening" de patología psiquiátrica en enfermos cardiológicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 10: 21-32.

**Vázquez-Barquero, J. L.; Gaité, L.; Artal, J.; Arenal, A.; Herrera, S.; Díez-Manrique, J. F.; Cuesta, M. J.; Higuera, A.** (1994). Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica "Sistema S.C.A.N." ("Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría"). *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 22 (3): 109-120.

**Wing, J.K.; Babor, T.; Brugha, T.; Burke, J.; Cooper, J.E.; Giel, R.; Jablenski, A.; Regier, D.; Sartorius, N.** (1990) SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47 : 589-593.