

Carlos Roncero¹
Raúl F. Palma-Álvarez^{2,3,4}
Sira Díaz-Morán²
Lara Grau-López^{2,3,4}
Laia Rodríguez-Cintas^{2,3,4}
Elena Ros-Cucurull^{2,3,4}
Ana I. Álvarez⁵
Miguel Casas²
Constanza Daigre^{3,4}

Recaída en el uso de cocaína y calidad de vida relacionada con la salud: un estudio de 23 semanas de seguimiento

¹ Psychiatry Service, University of Salamanca Health Care Complex Salamanca, (Spain). Instituto de Biomedicina de Salamanca (IBSAL), Universidad de Salamanca, (España)

² Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Instituto de Neurociencias. Universidad Autónoma de Barcelona (España)

³ Sección de Adicciones y Patología Dual, Hospital Universitario Vall Hebron –Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB). Barcelona (España)

⁴ Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. CIBERSAM (Spain)

⁵ Psychiatry Service, University of Salamanca Health Care Complex Salamanca, (Spain). Instituto de Biomedicina de Salamanca (IBSAL), Universidad de Salamanca, (España)

Introducción. Las recaídas son frecuentes en la dependencia a cocaína, múltiples factores están involucrados en ellas. Además, la dependencia a cocaína se relaciona con un peor pronóstico en relación a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este estudio explora la CVRS percibida como un indicador de recaída en pacientes con dependencia a cocaína.

Metodología. Se llevó a cabo un estudio longitudinal en pacientes con dependencia a cocaína durante 23 semanas. En total 39 pacientes participaron (edad media 35,6 años), aunque solamente 15 completaron el periodo de seguimiento. Se utilizaron varias escalas e instrumentos psicométricos (SCID-I, SCID-II, BDI, STAI y la SF-36) en diferentes puntos del estudio. Los pacientes fueron seguidos y se evaluaron las recaídas. La muestra fue dividida de acuerdo con el momento de recaída (temprano vs. tardía). La información fue comparada y analizada para poder evaluar si la CVRS se podía relacionar con la recaída de cocaína.

Resultados. Hubo diferencias en la CVRS percibida entre los pacientes con y sin recaída temprana, especialmente en las dimensiones de Salud Mental y Funcionamiento Social ($p < 0,05$). Además, los pacientes con recaídas tardías presentaban una mejoría de la CVRS percibida si se comparaba con los que recaían de forma temprana.

Conclusiones. La CVRS percibida podría predecir parcialmente las recaídas tempranas y su medición podría ser una herramienta para evaluar posibles recaídas en el futuro. Sin embargo, es necesaria más investigación en esta área.

Palabras clave: Trastorno por Uso de Sustancias, Cocaína, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Recaídas, CVRS

Correspondencia:
Carlos Roncero
Servicio de Psiquiatría
Universidad de Salamanca
Paseo de San Vicente 58-182
37007 Salamanca (España)
Tel.: +34 923 29 12 00 - ext: 55448
Correo electrónico: croncero@saludcastillayleon.es

Actas Esp Psiquiatr 2019;47(2):37-44

Cocaine relapse and health-related quality of life: a 23 weeks study

Introduction. Cocaine dependence is a disorder where relapses are frequently presented and many factors are involved. Furthermore, cocaine dependence is associated with poor health-related quality of life (HRQoL) outcomes. This study aims to explore perceived HRQoL as an indicator of drug relapse in cocaine-dependent patients (CDP).

Subjects and Methods. A longitudinal study was carried out in CDP during 23 weeks. A consecutive sampling method was applied, 39 participants composed the initial sample (mean age 35.6 years), only 15 participants completed outpatient follow-up period. CDP were assessed with psychiatric and HRQoL instruments (SCID-I, SCID-II, BDI, STAI scale and SF-36) in different points of the study. The patients were followed up, and cocaine relapses were assessed. The sample was divided according with the relapse (early vs. late relapse). Data were compared and analyzed in order to evaluate whether HRQoL measure could be related to cocaine relapse.

Results. There are differences in perceived HRQoL measures between CDP with/without early relapse, especially in Mental health and Social functioning dimensions ($p < 0.05$). Furthermore, Late/relapse-patients have higher improvement of HRQoL than patients with early relapse.

Conclusions. Perceived HRQoL might predict early relapse and could be a possible predictor tool of potential future relapses. More research in this field is needed.

Keywords: Substance-use Disorder, Cocaine, Health-related Quality of Life, Relapse, HRQoL

INTRODUCCIÓN

El trastorno por uso de cocaína es considerado como un problema mundial de salud debido a las múltiples comorbilidades asociadas y consecuencias^{1,2}. Las recaídas de uso de sustancias son frecuentes en los trastornos por uso de sustancias (TUS)³⁻⁵, y específicamente en el trastorno por uso de cocaína se han descrito altas tasas de recaídas^{3,4}. Algunos investigadores informan que hasta el 57.2% de pacientes dependientes a cocaína (PDC) recaen a los tres meses posteriores a un ingreso hospitalario de desintoxicación³. Por esto, las recaídas son un problema mayor en el momento de abordar una adicción, además muchos factores parecen estar relacionados con las recaídas, tales como: el *craving*, comorbilidades y factores psicosociales entre otros⁶. Todos estos factores se interrelacionan, y aunque algunos podrían tener más peso, ninguno es una causa directa. En relación a esto, algunos investigadores puntualizan que las comorbilidades psiquiátricas (patología dual) podrían ser un factor importante en el TUS, siendo un factor de riesgo tanto para el inicio del TUS como para las recaídas^{6,7}. Así mismo, los PDC podrían tener algunas dificultades en el análisis de emociones y regulación de su respuesta emocional, por lo que las situaciones de riesgo podrían no ser identificadas o ser mal manejadas^{6,8}. No en vano, una de las psicoterapias más estudiadas en el consumo de cocaína (terapia cognitivo-conductual) hace especial énfasis en los factores de riesgo de recaída⁹.

Hasta hace poco tiempo la Calidad de Vida (CV) no se había considerado en el TUS¹⁰. La CV es un constructo multidimensional que se asocia con características personales, roles sociales, circunstancias objetivas y la percepción subjetiva de la vida en diversas áreas^{11,12}. Algunos autores clasifican la CV en dos tipos de conceptos: la CV general que comprendería la satisfacción del paciente con la vida en general y se relacionaría con el bienestar, no limitándose a las limitaciones de las enfermedades¹¹, mientras que la CV relacionada con la salud (CVRS) se asocia con la percepción del paciente sobre cómo el estado de salud podría afectar el funcionamiento y el bienestar físico, psicológico y social^{11,12}. Es importante mencionar que el campo de los TUS no hay una definición funcional de CV^{10,11,13}. Para los pacientes alcanzar algunos aspectos relacionados con CV podrían ser más importantes que los objetivos habituales en el tratamiento (por ejemplo, alcanzar la abstinencia)^{10,11}. Así, el uso de una sustancia como tal no motivaría la búsqueda de un tratamiento sino más bien las consecuencias y alteraciones que generarían en algunos aspectos de la vida del paciente¹¹. Además, algunos investigadores señalan que a mayor uso de cocaína, peor sería su CV/CVRS^{13,14}, y que la mejoría de la CV/CVRS podría ser una de las medidas del resultado de un tratamiento de TUS^{11,13}.

El cuestionario de salud 36 (SF-36) es un instrumento autoaplicado que mide el estado de salud percibido actual y, por lo tanto, las limitaciones en el funcionamiento debido a la enfermedad^{11,15}. El SF-36 tiene 36 ítems que miden ocho dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, función social, vitalidad, rol emocional, salud mental, percepción general de la salud.

Las puntuaciones se calculan para cada dimensión individual, que van desde 0 (peor) a 100 (mejor)¹⁵. Investigaciones anteriores han utilizado SF-36, sugiriendo aplicaciones útiles en el TUS¹⁶⁻¹⁹. Hasta donde sabemos, no hay estudios publicados que correlacionen la CVRS (usando SF-36) con las recaídas de cocaína. Esta investigación tiene por objetivo estudiar la CVRS como un indicador de recaída en el uso de cocaína en PDC.

METODOLOGÍA

Este estudio longitudinal se llevó a cabo entre enero de 2005 y abril de 2010, pertenece a un ensayo clínico más grande (FIS EC07/90713, para más información contactar con los autores). Este estudio fue aprobado con el Comité de Ética Médica del Hospital Universitario Vall d'Hebron (de acuerdo con la Declaración de Helsinki). Se obtuvo un consentimiento informado de todos los participantes del estudio, tras explicarse el estudio y entender completamente el mismo.

Definiciones preliminares:

- *Paciente dependiente de cocaína (PDC)*: pacientes que cumplían criterios para dependencia a cocaína de acuerdo al DSM-IV-TR.
- *Recaída*: reinicio de uso de sustancia. Fue definido como tres pruebas de orina positivas consecutivas o cinco pruebas positivas en 4 semanas, este criterio ha sido usado en estudios previos³.
- *Recaída temprana*: definida como la recaída en las primeras cuatro semanas después de la desintoxicación hospitalaria. Este periodo (un mes) es habitualmente usado en la investigación dado que algunos cambios neurobiológicos suceden en el primer mes después de la abstinencia en humanos y en modelos animales^{20,21}.
- *Recaída tardía*: la recaída que inician más allá del primer mes tras la desintoxicación hospitalaria (ver definición de *recaída temprana*)

Participantes

Se aplicó un método de muestreo consecutivo. En consecuencia, todos los pacientes en atención ambulatoria o

admitidos en la Unidad de desintoxicación del hospital (que cumplieran los criterios de inclusión) recibieron una información completa del estudio, los pacientes que aceptaron fueron reclutados. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, dependencia a cocaína de acuerdo al DSM-IV-TR, suficientes habilidades cognitivas y una buena comprensión de la información relativa a la investigación (fue medida mediante una entrevista clínica). Los participantes debían dar positivo a cocaína en la prueba de orina la visita de *screening*. Los criterios de exclusión fueron: presencia de otra drogodependencia (además de la dependencia de cocaína / nicotina) y/o la coocurrencia con otro trastorno médico o psiquiátrico grave. Las mujeres no podían estar embarazadas o en lactancia. Los pacientes no recibieron compensación financiera por su participación en el estudio.

Procedimientos e instrumentos

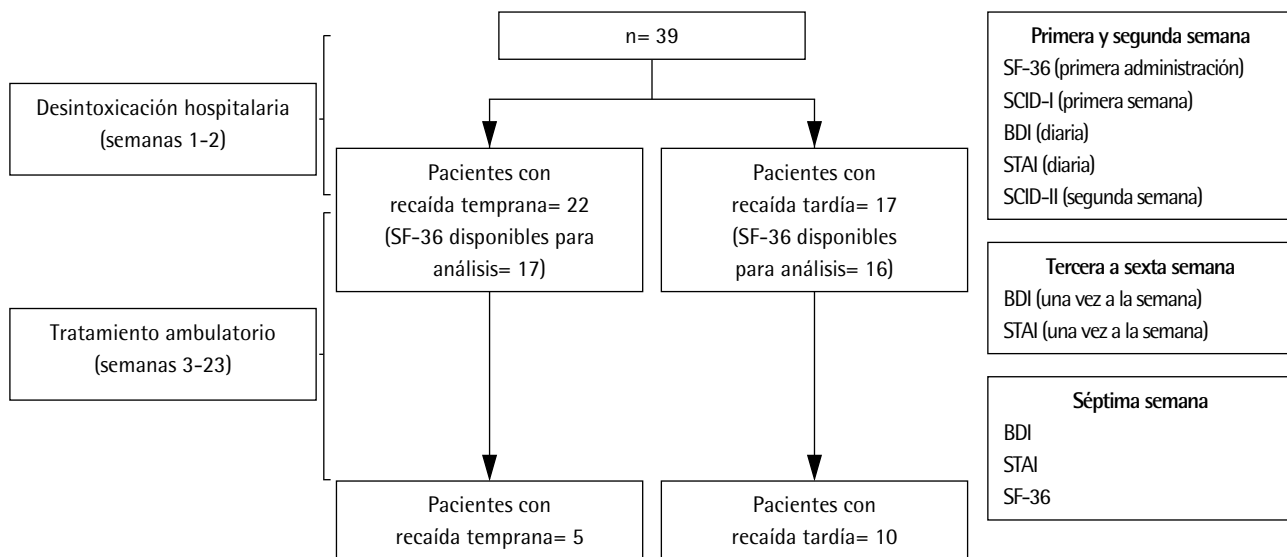
Los pacientes reclutados ingresaron en una desintoxicación hospitalaria, fueron seguidos en un centro ambulatorio durante un total de 23 semanas. Todos los pacientes fueron evaluados durante la hospitalización con: Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV

(SCID-I)²², Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II)²³, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)²⁴, la versión en español del Inventario de Depresión de Beck (BDI)²⁵, y el SF-36^{15,26}.

Durante el seguimiento ambulatorio fueron realizados el BDI y el STAI una vez a la semana, y el SF-36 en la séptima semana. Los controles de drogas en orina fueron realizados tres veces por semana en las primeras 12 semanas, y posteriormente dos veces por semana en las últimas 9 semanas. De acuerdo al momento de la recaída, la muestra fue dividida en dos grupos: un primer grupo de los PDC con recaída temprana y el segundo grupo eran los PDC con recaída tardía.

Análisis estadístico

La Odds ratio fue usada para las comparaciones en las medidas sociodemográficas y el patrón de abuso de sustancia entre los pacientes con y sin recaída temprana. Además, se aplicó la prueba de Mann-Whitney (para muestras independientes) y Wilcoxon (para medidas repetidas) para las dimensiones de la CVRS entre los pacientes, y las medidas adicionales de los signos/síntomas depresivos y de ansiedad (SPSS Windows 18.0.0, Inc., USA).



SCID-I: Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I); SCID-II: Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje II del DSM-IV; STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo; BDI: Inventario de Depresión de Beck

Figura 1 | Diagrama de flujo del estudio, el tamaño de muestra se especifica en cada paso. Los análisis de orina se realizaron tres veces a la semana, las primeras 12 semanas y dos veces a la semana durante las últimas 9 semanas (ver texto)

RESULTADOS

Aunque hubo 85 pacientes que empezaron el estudio, solamente 39 participantes cumplían los criterios de inclusión y aceptaron la admisión de desintoxicación; de estos, solo 15 participantes completaron el seguimiento ambulatorio. Después del ingreso de desintoxicación, 22 pacientes tuvieron una recaída temprana, mientras que 17 recayeron de forma tardía. El 89,7% eran hombres, tenían una edad media de 35,6 años (rango de edad entre 21 y 63 años). La mayor parte tenía estudios primarios (41,0%) y 38,5% estaban activos laboralmente. No había diferencias significativas entre el grupo de recaída precoz vs tardía en estado civil, nivel de educación, números de hijos o estado laboral (odds ratio, $p > 0,05$). Tampoco había diferencias relacionadas con el sexo (ver tabla 1). La cocaína era la sustancia primaria de adicción (82,2% también tenían dependencia a nicotina). También se reportó el abuso de alcohol, cannabis y sedativos (71,80%, 35,90% y 23,10% respectivamente; ver tabla 1).

No hubo diferencias en los síntomas depresivos durante la desintoxicación hospitalaria (Mann-Whitney test para dos muestras independientes), sin embargo durante el seguimiento ambulatorio se observó una diferencia significativa en las puntuaciones del BDI a las cuarta semana entre los pacientes que recaían temprano vs los que recaían tardíamente ($11,25 \pm 8,96$ y $2,00 \pm 3,20$, respectivamente; Mann-Whitney test para dos grupos independientes, $z = -2,123$, $p = 0,039$).

El coeficiente de fiabilidad de Cronbach fue de 0,90 para el cuestionario SF-36. Durante la desintoxicación hospitalaria, los pacientes con recaída temprana mostraban mejor CVRS percibida que los pacientes con recaída tardía, especialmente se detectaron diferencias significativas en las dimensiones de Salud Mental y Funcionamiento Social (todas $Zs(31) > -2,17$, $p < 0,05$; Tabla 2). Además, los pacientes mejoraron su percepción de CVRS durante el seguimiento ambulatorio, pero solo se detectaron diferencias significativas en los pacientes con recaídas tardías para la Salud General, el Funcionamiento Social, Rol Emocional y la Salud Mental ($Zs(13) > -2,67$, $p < 0,05$; Tabla 2). Este grupo de pacientes también mostró diferencias significativas para los componentes sumarios Físico y Mental (Z con $p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Este trabajo exploró la CVRS percibida entre PDC con recaída temprana vs tardía. Como en trabajos previos, estos pacientes presentan una peor CVRS comparado con las poblaciones sanas^{27,28}. En general, no se encontraron diferencias en los síntomas depresivos y en la ansiedad (estado/rasgo) al inicio, pero se observaron algunas diferencias en la CVRS percibida en el momento del ingreso hospitalario de desintoxicación. Los pacientes con recaída tempranas tenían mejores puntuaciones de la CVRS percibida (Funcionamiento Social y Salud Mental en particular) comparados con los

Tabla 1	Comparación entre los pacientes con recaídas tempranas vs tardías de acuerdo a las características sociodemográficas y el abuso de sustancias			
Características sociodemográficas				
	Muestra global (n=39)	Pacientes con recaída temprana (n=22)	Pacientes con recaída tardía (n=17)	OR (95% CI)
Edad en años (rango)	35,6 (21-63)	32,4 (20-48)	31,5 (22-44)	
Sexo (hombres %)	35 (89,7%)	20 (90,9%)	15 (88,2%)	1,33 (0,17 - 10,58)
Casados/convivencia	10 (26,2%)	7 (70%)	3 (30%)	2,33 (0,50 - 10,91)
Educación primaria	16 (41,0%)	12 (63,2%)	10 (62,5%)	1,02 (0,26 - 4,10)
Niños	11 (28,2%)	6 (27,2%)	6 (35,3%)	0,90 (0,22 - 3,66)
Activo laboralmente	15 (38,5%)	7 (31,8%)	6 (35,3%)	1,27 (0,34 - 4,70)
Características de la sustancia de abuso: historia de uso o actual uso de sustancia				
Alcohol	71,80%	68,20%	76,50%	1,51 (0,36 - 6,37)
Cannabis	35,90%	31,80%	41,20%	1,50 (0,40 - 5,61)
Nicotina	87,25	95,50%	76,50%	0,16 (0,20 - 1,54)
Sedantes	23,10%	27,30%	17,60%	0,57 (0,12 - 2,72)

OR: Odds ratio; 95% CI: intervalo de confianza. No uso de anfetaminas, heroína u otros opioides

Tabla 2 Comparación entre los pacientes con recaída temprana vs pacientes con recaída tardía de acuerdo al SF-36 en el inicio y a la séptima semana de seguimiento. Las dimensiones del SF-36 están especificadas		
SF-36 en la primera semana de tratamiento (Media±SD)		
	Pacientes con recaída temprana (n=17)	Pacientes con recaída tardía (n=16)
Funcionamiento físico	90,6 ± 16,3	89,7 ± 11,2
Rol físico	56,41 ± 38,3	47,50 ± 41,2
Dolor corporal	56,41 ± 38,3	47,50 ± 41,2
Salud general	56,8 ± 22,9	60,0 ± 22,3
Vitalidad	45,0 ± 17,8	47,6 ± 22,7
Funcionamiento social	58,8 ± 23,7*	40,6 ± 28,3
Rol emocional	51,0 ± 39,3	31,2 ± 39,4
Salud mental	48,2 ± 12,6*	37,5 ± 15,6
Sumatorios		
Componente sumario mental	203,0 ± 69,2	157,0 ± 85,1
Componente sumario físico	266,5 ± 73,8	261,6 ± 70,20
SF-36 en la séptima semana de tratamiento (Media±SD)		
	Pacientes con recaída temprana (n=17)	Pacientes con recaída tardía (n=16)
Funcionamiento físico	94,0 ± 8,2	90,0 ± 19,3
Rol físico	55,0 ± 51,2	75,0 ± 35,4
Dolor corporal	85,6 ± 14,0	84,0 ± 17,8
Salud general	62,2 ± 20,8	78,3 ± 16,1**
Vitalidad	61,4 ± 22,5	67,5 ± 15,1
Funcionamiento social	67,5 ± 37,1	82,3 ± 19,9**
Rol emocional	66,7 ± 40,8	79,9 ± 32,2**
Salud mental	65,6 ± 28,8	76,1 ± 7,6**
Sumatorios		
Componente sumario mental	261,2 ± 124,7	309,8 ± 59,3**
Componente sumario físico	296,8 ± 88,9	327,6 ± 75,1**
*Z con p<0,05 (Mann-Whitney test para dos muestras independientes), **Z con p<0,05 (Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para dos muestras relacionadas)		

pacientes con recaída tardía. Este hallazgo paradójico fue opuesto durante el seguimiento ambulatorio. Además, los resultados en general sugerirían que las dimensiones Salud Mental y Funcionamiento Social podrían predecir la presencia de una recaída temprana.

En cuanto a las puntuaciones diferenciales de CVRS entre los pacientes durante el período de desintoxicación, los pacientes con recaídas tempranas mostraban un mejor Funcionamiento Social y Salud Mental en las dimensiones de la CVRS comparados con el grupo de pacientes con recaídas tardías durante el momento de desintoxicación hospitalaria, pero estas diferencias desaparecían en el seguimiento ambulatorio. Este resultado fue inesperado y paradójico y necesitaría mayor investigación. Este resultado podría relacionarse con una peor conciencia de la adicción o tal vez con una negación de la enfermedad¹⁶, y es posible que estos pacientes no perciban la gravedad de su deterioro²⁹. Como similitud, en la esquizofrenia se ha informado que los pacientes con un peor *insight* podrían sobreestimar los puntajes de la CV porque no se perciben las consecuencias de su enfermedad³⁰. Sea como fuere, estos resultados sugieren que la relación entre recaída, severidad de la adicción y la CVRS percibida no tendrían una interpretación lineal y estarían involucrados muchos factores.

Adicionalmente, se observó una mejoría significativa en algunas dimensiones de la CVRS en los pacientes con recaídas tardías, y en línea con estudios previos, estos resultados sugieren que a mayor severidad de la adicción, peor CVRS y peor pronóstico⁵. Las dimensiones Funcionamiento Social y Salud Mental fueron mejores en el inicio del estudio en los pacientes con recaídas tempranas, pero en el seguimiento la mejoría en estas dimensiones fue mayor en los paciente con recaídas tardías (con significación estadística). Estas dimensiones hacen parte del componente sumatorio Mental, el cual refleja distrés psicológico (junto con las dimensiones Vitalidad y Rol Emocional)³¹. Puntuaciones altas en la dimensión Salud Mental reflejan emociones de felicidad, paz y calma^{32,33}, y puntuaciones altas de la dimensión Funcionamiento Social se relacionan con el desempeño social sin la interferencia de algunos problemas físicos/emocionales. Esta última dimensión no refleja la presencia o ausencia de problemas físicos o emocionales, en cambio alerta si estos problemas podrían interferir con la actividad social^{32,33}. Por lo tanto, a partir de estos resultados, las investigaciones futuras en CVRS y recaída deben estudiar más a fondo estas dos dimensiones con el fin de establecer la relación precisa con las recaídas.

La experiencia de vida y la percepción subjetiva del nivel de satisfacción con la vida han sido consideradas relativamente poco en los programas de tratamiento de las adicciones^{10,17,19,34}. Una de las razones por las cuales los profesionales de la salud han comenzado a considerar las experiencias

del paciente es que la percepción del paciente a menudo es diferente a la evaluación del especialista^{16,35}. Nuevas investigaciones han centrado su atención en los aspectos familiares y sociales en el uso de sustancias¹⁴, algunos de esos estudios han encontrado que una pobre CV se relaciona con un peor funcionamiento social, y además unas estructuras familiares diferentes en PDC¹³. Estos factores (funcionamiento social y entorno familiar) se relacionan con mayor riesgo de recaídas⁶, y también estos mismos factores se relacionan con algunas medidas de la CV/CVRS, por lo que deberían ser parte de investigaciones futuras en las recaídas de cocaína y también como parte de la deprivación.

Con respecto a los síntomas depresivos y la CVRS, la muestra presentó diferencias en estos síntomas solamente en la cuarta semana (específicamente en los pacientes con recaídas tempranas). La depresión y los síntomas depresivos se asocian con recaídas de cocaína⁴, y además, la depresión se relaciona con peor CV y CVRS^{12,36,37}. Así mismo, se ha reportado que la depresión es un factor aditivo en la disminución de la CVRS en paciente con uso de alcohol³⁸. En cualquier caso, los PDC con recaída temprana presentaron una disminución de la CVRS durante el período de seguimiento que podría asociarse a cualquiera de las variables (síntomas depresivos y consumo de cocaína)²⁷. No se encontraron síntomas depresivos significativos en el seguimiento en los pacientes con recaídas tardías, por lo que la recaída tardía podría de esta forma indicar una mejor evolución.

De acuerdo a estos resultados, la CVRS podría tener algún valor predictivo sobre el pronóstico, y por lo tanto, la CVRS podría reflejar las principales preocupaciones de los pacientes en cada fase concreta de la enfermedad. En este sentido, la evaluación de la CVRS puede ser útil para saber cómo los pacientes evalúan su estado actual y también cómo los pacientes sienten que se han cubierto sus necesidades y esperanzas³⁹.

Hasta donde conocemos, este es el primer estudio que relaciona la CVRS como factor predictor en las recaídas en PDC que buscan tratamiento y que no tienen dependencia a otras sustancias. En general, los hallazgos de este estudio son consistentes con estudios previos. Sin embargo, debido a las características de este estudio (no hubo grupo de control, una muestra pequeña y secuencial) y una pérdida significativa de la muestra en el seguimiento, podría limitar la generalidad de los hallazgos presentados. En este punto es importante señalar que los pacientes que recaen abandonan los programas de tratamiento más frecuentemente⁵, y esta podría ser una razón de las pérdidas de la muestra en el seguimiento, especialmente del grupo de pacientes con recaída temprana. Por otra parte, este estudio no dividió la muestra entre pacientes con o sin patología dual, esto es importante ya que los pacientes con patología dual tiene peor CVRS³⁷. Esto es especialmente relevante en los tras-

tornos de la personalidad debido a la alta prevalencia de trastornos de la personalidad con TUS, y también, porque algunos trastornos y rasgos de la personalidad podrían estar relacionados con mayor frecuencia de recaídas e incluso con el pronóstico³⁹⁻⁴¹. Además, otros factores no analizados como la dependencia a cocaína y las comorbilidades somáticas podrían afectar la CVRS⁴². También, sería importante en futuros estudios establecer si hay diferencias en la CVRS entre usuarios crack y usuarios de otros tipos de cocaína, dado que algunos estudios señalan peor pronóstico en pacientes usuarios de crack¹⁴.

De acuerdo a los resultados presentados en este estudio, la CVRS podría ser útil orientando la elección entre las diferentes opciones terapéuticas a fin de evitar recaídas y proporcionar un tratamiento más preciso. La extrapolación de los resultados aquí presentados a otras sustancias diferentes de cocaína debería hacerse de forma cuidadosa. Aunque en general, el SUD se relaciona con una peor CVRS independientemente de la sustancia^{11,17-19}, pero los hitos, la evolución y el pronóstico de cada sustancia son generalmente diferentes^{43,44}. Además, el uso de cocaína se asocia frecuentemente al uso de otras sustancias, o incluso se presenta dentro del policonsumo^{43,45}. Sin embargo, muchas de las intervenciones y objetivos del tratamiento son similares independiente de la sustancia⁴⁶, por lo que los resultados de este estudio podrían ser aprovechados con esa intención. En cualquier caso, es importante realizar mayor investigación en este campo. Para finalizar se puede concluir que la CVRS percibida podría predecir las recaídas tempranas y que (i) hay diferencias en la CVRS entre paciente con y sin recaídas tempranas, además (ii) los pacientes con recaídas tardías tienen mayor mejoría de la CVRS comparado con pacientes que recaen tempranamente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la Beca para el estudio de la dependencia a la cocaína del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Agradecemos la Beca FIS EC07/90713 del Instituto Carlos III, del Gobierno Español "Eficacia de la cafeína en el mantenimiento de la dependencia de la cocaína" y la beca de la Delegación del Gobierno en el Plan Nacional sobre Drogas 2013/044: "Complicaciones clínicas y accidentabilidad asociadas a la presencia de síntomas psicóticos en consumidores de cocaína". Además, agradecemos a nuestro equipo de investigación por su apoyo en este proyecto, particularmente a los Dres. Nieves Martínez-Luna, Begoña Gonzalvo, Ángel Egido y Joan Alvarós y a las Psicólogas Diana Romero y Susana Gómez-Baeza.

CONFLICTO DE INTERESES

Carlos Roncero ha dado charlas para Janssen-Cilag, Bristol-Myers Squibb, Ferrer-Brainpharma, Pfizer, Reckitt-

Benckiser, Lundbeck, Otsuka, Servier, Lilly, Shire, GSK, Rovi, y Adamed. Ha recibido compensación económica por su participación como miembro de los Boards de Janssen-Cilag, Lilly, y Shire. Llevó a cabo el proyecto PROTEUS, el cual fue financiado por una beca de Reckitt-Benckiser y de Indivior. No tiene otras afiliaciones o conflictos relevantes con ninguna organización o entidad que pueda tener interés económico, además no tiene conflicto económico con el tema aquí discutido aparte de los anteriormente expuestos.

Raul F. Palma-Álvarez ha dado charlas para Exeltis, MSD y Mundipharma. No tiene otras afiliaciones o conflictos económicos con ninguna organización o entidad que tenga intereses económico en los resultados aquí presentados.

Sira Díaz-Morán no tiene conflictos de interés.

Lara Grau-López ha dado charlas para Janssen-Cilag, Otsuka, y Pfizer. No tiene otras afiliaciones o conflictos económicos con ninguna organización o entidad que tenga intereses económico en los resultados aquí presentados.

Laia Rodríguez-Cintas no tiene conflictos de interés.

Elena Ros-Cucurull ha dado charlas para Janssen-Cilag, Lundbeck, Otsuka, Servier, y Rovi. Ha recibido compensaciones económicas por proyectos con Esteve y Pfizer. No tiene otras afiliaciones o conflictos económicos con ninguna organización o entidad que tenga intereses económico en los resultados aquí presentados.

Ana I. Álvarez no tiene conflictos de interés.

Miguel Casas ha dado charlas para Janssen-Cilag, Bristol-Myers Squibb, Ferrer-Brainpharma, Pfizer, Reckitt-Benckiser, Lundbeck, Otsuka, Servier, Lilly, Shire, GSK, Rovi, y Adamed. Ha recibido compensación económica por participación como miembro de los Boards de Janssen-Cilag, Lilly, y Shire. No tiene otras afiliaciones o conflictos económicos con ninguna organización o entidad que tenga intereses económico en los resultados aquí presentados.

Constanza Daigre no tiene conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Pitchot W, Scantamburlo G, Pinto E, Karila L. Cocaine addiction. *Rev Med Liege*. 2013;68(5-6):294-7.
- Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Valero S, Castells X, Grau-López L, et al. Risk factors for cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent patients. *Eur Psychiatry*. 2013;28(3):141-6.
- Grau-López L, Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Bachiller D, Rodríguez-Cintas L, et al. [Risk factors for relapse in drug-dependent patients after hospital detoxification]. *Adicciones*. 2012;24(2):115-22.
- Sánchez-Hervás E, Santonja Gómez FJ, Secades Villa R, García-Fernández G, García-Rodríguez O, Zacarés Romaguera F. Psychosocial predictors of relapse in cocaine-dependent patients in treatment. *Span J Psychol*. 2012;15(2):748-55.
- Xie H, McHugo GJ, Fox MB, Drake RE. Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2005;56(10):1282-7.
- Sánchez-Hervás E, Llorente del Pozo JM. Relapse in cocaine addiction: a review. *Adicciones*. 2012;24(3):269-79.
- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(2):122-9.
- Romero-Ayuso D, Mayoral-Gontán Y, Triviño-Juárez JM. Emotional intelligence, risk perception in abstinent cocaine dependent individuals. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44(2):72-8.
- Trujols J, Luquero E, Siñol N, Bañuls E, Tejero A, Batlle F, et al. Cognitive-behavioral therapy for the treatment of cocaine dependence. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(3):190-8.
- Roncero C, Díaz-Morán S, Comín M, Miquel L, Gonzalvo B, Casas M. Quality of life concept evolution: the subjective dimension as a relevant factor on drug addiction. *Vertex*. 2011;22(99):343-9.
- Laudet AB. The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addict Sci Clin Pract*. 2011;6(1):44-55.
- Zimmermann IR, Silva MT, Galvao TF, Pereira MG. Health-related quality of life and self-reported long-term conditions: a population-based survey. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017;39(1):62-8.
- Lozano OM, Domingo-Salvany A, Martínez-Alonso M, Brugal MT, Alonso J, de la Fuente L, et al. Health-related quality of life in young cocaine users and associated factors. *Qual Life Res*. 2008;17(7):977-85.
- Narvaez JC, Pechansky F, Jansen K, Pinheiro RT, Silva RA, Kapczinski F, et al. Quality of life, social functioning, family structure, and treatment history associated with crack cocaine use in youth from the general population. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015;37(3):211-8.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
- Díaz-Morán S, Palma-Álvarez RF, Grau-López L, Daigre C, Barral C, Ros-Cucurull E, et al. Self-perceived quality of life in cocaine dependents with or without dual diagnosis: a preliminary survey. *Salud Mental* 2015;38(6):397-402.
- Falck RS, Wang J, Siegal HA, Carlson RG. Longitudinal application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey with not-in-treatment crack-cocaine users. *Med Care*. 2000;38(9):902-10.
- Heslin KC, Stein JA, Heinzerling KG, Pan D, Magladry C, Hays RD. Clinical correlates of health-related quality of life among opioid-dependent patients. *Qual Life Res*. 2011;20(8):1205-13.
- Richter D, Eikelmann B, Berger K. Use of the SF-36 in the evaluation of a drug detoxification program. *Qual Life Res*. 2004;13(5):907-14.
- García-Fuster MJ, Fligel SB, Mahmood ST, Watson SJ, Akil H. Cocaine withdrawal causes delayed dysregulation of stress genes in the hippocampus. *PLoS One*. 2012;7(7):e42092.
- McHugh MJ, Demers CH, Salmeron BJ, Devous MD, Stein EA, Adinoff B. Cortico-amygdala coupling as a marker of early relapse risk in cocaine-addicted individuals. *Front Psychiatry*. 2014;5:16.
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M & First MB: The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(8):624-9.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II personality disorders (SCID-II). Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE: Questionnaire State-

- Trait Anxiety. Madrid: TEA Ediciones (second ed.); 1986.
25. Conde V, Useros E. Spanish adaptation of the behavioral assessment scale for depression Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*. 1997;12:217-36.
 26. Alonso J, Prieto L, Antó JM. [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(29):771-6.
 27. Chahua M, Sánchez-Niubò A, Torrens M, Sordo L, Bravo MJ, Brugal MT, et al. Quality of life in a community sample of young cocaine and/or heroin users: the role of mental disorders. *Qual Life Res*. 2015;24(9):2129-37.
 28. Morales-Manrique CC, Tomás-Dols S, Zarza-González M, Vidal-Infer A, Alvarez FJ, Valderrama-Zurián JC. Comparative study of the perceived quality of life of patients in treatment for cocaine and heroin dependence in Spain: differences by gender and time in treatment. *Subst Use Misuse*. 2014;49(10):1353-8.
 29. Lima A, Rossini S, Reimão R. Quality of life and sleep impairment in chronic cocaine dependents. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66(4):814-6.
 30. Aghababian V, Auquier P, Baumstarck-Barrau K, Lançon C. Relationship between insight and self-reported quality of life among schizophrenic patients. *Encephale*. 2011;37(3):162-71.
 31. Kopjar B. The SF-36 health survey: a valid measure of changes in health status after injury. *Inj Prev*. 1996;2(2):135-9.
 32. Connors GJ, Maisto SA, Donovan DM. Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*. 1996;9(suppl):S5-13.
 33. Ware JE, Kosinski M. Interpreting SF-36 summary health measures: a response. *Qual Life Res*. 2001;10(5):405-13.
 34. Pedrero Pérez E, Olivar A, Chicharro J. [CAD-4 Questionnaire, a biopsychosocial measure of self-perceived quality of life in drug-dependent patients]. *Trastornos Adictivos*. 2008;10(1):17-31.
 35. Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet*. 1999;353(9158):1101.
 36. Daly EJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Gaynes BN, Warden D, et al. Health-related quality of life in depression: a STAR*D report. *Ann Clin Psychiatry*. 2010;22(1):43-55.
 37. Lozano ÓM, Rojas AJ, Fernández Calderón F. Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *J Ment Health*. 2017;26(2):119-26.
 38. Levola J, Aalto M, Holopainen A, Cieza A, Pitkänen T. Health-related quality of life in alcohol dependence: a systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(6):369-84.
 39. Salazar-Fraile J, Ripoll-Alandes C, Bobes J. Open narcissism, covered narcissism and personality disorders as predictive factors of treatment response in an out-patient Drug Addiction Unit. *Adicciones*. 2010;22(2):107-12.
 40. Lorea I, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Landa N. Cocaine addiction and personality disorders: a study with the MCMI-II. *Adicciones*. 2009;21(1):57-63.
 41. van den Bosch LM, Verheul R. Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(1):67-71.
 42. Davila EP, Zhao W, Byrne M, Hooper MW, Messiah A, Caban-Martinez A, et al. Health-related quality of life and nicotine dependence, Florida 2007. *Am J Health Behav*. 2011;35(3):280-9.
 43. Leeman RF, Sun Q, Bogart D, Beseler CL, Sofuoglu M. Comparisons of Cocaine-Only, Opioid-Only, and Users of Both Substances in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Subst Use Misuse*. 2016;51(5):553-64.
 44. Horey JT, Mariani JJ, Cheng WY, Bisaga A, Sullivan M, Nunes E, et al. Comparison of substance use milestones in cannabis- and cocaine-dependent patients. *J Addict Dis*. 2012;31(1):60-6.
 45. Connor JP, Gullo MJ, White A, Kelly AB. Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(4):269-75.
 46. He RH, Tao R. Drug Therapy. *Adv Exp Med Biol*. 2017;1010:219-45.