

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS CON DEPENDENCIA DE LA NICOTINA Y DEPENDENCIA DE COCAÍNA QUE DEMANDAN TRATAMIENTO

Ana López Durán¹ y Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela

Resumen

La presencia de sintomatología depresiva en los consumidores de sustancias psicoactivas es un tema con gran relevancia en la actualidad, independientemente del tipo de sustancia consumida, debido a su alta prevalencia y las implicaciones que tiene para el tratamiento. El objetivo del presente estudio es analizar la prevalencia de sintomatología depresiva en una muestra de personas con dependencia de la cocaína y en una muestra de personas con dependencia de la nicotina, cuando inician el tratamiento. La muestra está formada por 230 sujetos, 115 con dependencia de la cocaína y 115 con dependencia de la nicotina que inician tratamiento en distintas Unidades Asistenciales de Galicia y en la Unidad de Tabaquismo de la USC. Se les administra el BDI dentro de un protocolo de evaluación más amplio. Los resultados muestran que el grupo de personas con dependencia de la cocaína tienen unos niveles de sintomatología depresiva muy superiores a los del grupo de dependencia de la nicotina.

PALABRAS CLAVE: *cocaína, tabaco, BDI, depresión, evaluación*

Abstract

The presence of depressive symptomatology in consumers of psychoactive substances is currently a topic of great relevance, independently of the type of substance consumed, because of its high prevalence and the implications for treatment. The purpose of this study is to analyze the prevalence of depressive symptomatology in a sample of people addicted to cocaine and a sample of nicotine addicts at the beginning of treatment. The sample comprised 230 subjects, 115 cocaine addicts, and 115 nicotine addicts, who began treatment in diverse Assistantial Units of Galicia and in the Unit for Tobacco Addiction of

¹ *Correspondencia:* Ana López Durán. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario Sur. 15782. Santiago de Compostela. Galicia. España. E-mail: alduran@usc.es.

Fecha de recepción del artículo: 17-9-2007.

Fecha de aceptación del artículo: 13-11-007.

the University of Santiago de Compostela. They completed the BDI within a broader assessment protocol. The results show that the group of cocaine addicts had much higher levels of depressive symptomatology than the group of nicotine addicts.

KEYWORDS: cocaine, tobacco, BDI, depression, assessment

Introducción

La presencia de psicopatología entre los consumidores de sustancias psicoactivas es un tema recurrente debido a las importantes repercusiones que tiene en la planificación y evolución del tratamiento. First y Gladis (1996), Ochoa (2000), Rosenthal y Westreich (1999), San (2004), Swendsen y Merikangas (2000) y Ziedonis (1992) apuntan distintas razones para analizar la presencia de problemas psicopatológicos en los consumidores de sustancias psicoactivas: en primer lugar por la importante prevalencia de los mismos, y en segundo lugar, porque implica condiciones más crónicas, mayor resistencia al tratamiento y experimentan un deterioro psicosocial más severo. Además, desde el punto de vista del tratamiento los sujetos con problemas psicopatológicos buscan ayuda profesional con más frecuencia (sesgo de Berkson; Galdbud du Fort, Newman y Bland, 1993), hay implicaciones etiológicas, ya que la aparición conjunta puede tener distintas explicaciones, consecuencias a nivel del tratamiento clínico, puede ser más adecuado agrupar a los consumidores en función de la patología común que presentan porque requieren tratamientos distintos a los tradicionales, y la respuesta al tratamiento también puede variar siendo con frecuencia el su pronóstico es más pobre.

El análisis de la presencia de problemas psicopatológicos en los consumidores de cocaína en ocasiones puede resultar complicado, especialmente en el caso de los síntomas de depresión. Es preciso esperar a que cese el consumo de cocaína y se resuelva el síndrome de abstinencia para evitar la confusión con los síntomas de depresión y descartar un trastorno inducido por sustancias (APA, 2002). En las investigaciones no siempre se respeta este periodo. Los porcentajes de prevalencia de asociación entre síntomas depresivos y consumo de cocaína son muy variados, principalmente por las características de los estudios, como el instrumento de evaluación que se usa, el momento en el que se realiza la evaluación o las características de la población evaluada (personas con abuso o dependencia de la cocaína) (López y Becoña, 2005).

Diversos estudios apuntan altos porcentajes de prevalencia de problemas de depresión entre los consumidores de cocaína (Ball, Carroll, Babor y Rounsaville, 1995; Brady, Grice, Dustan y Randall, 1993; Heil, Badger y Higgins, 2001; Karan, Haller y Schnoll, 1998; López y Becoña, 2007).

La relación entre consumo de tabaco y depresión ha sido analizada ampliamente en las dos últimas décadas (Piasecki, 2000). Estudios como los de Breslau, Kilbery y Andreski (1991; 1993) y Glassman, Helzer, Covey, Cottler, Stetner, Tipp, *et al.* (1990) señalan una mayor prevalencia de problemas de depresión entre las personas que fuman que entre las que no fuman, que los sujetos con mayor nivel de dependencia de la nicotina presentan mayores porcentajes de problemas de depresión y que las personas con problemas de depresión previos tienen una mayor probabilidad de empezar a fumar. Además, un porcentaje importante de las personas que demandan tratamiento para dejar de fumar tienen problemas de depresión (Becoña y Míguez, 2004), y la presencia de depresión está relacionada con peores resultados en el tratamiento para dejar de fumar (Glassman *et al.*, 1990).

Al explicar la relación entre problemas de depresión y consumo de sustancias psicoactivas se plantean diversas relaciones etiológicas: la presencia de un problema psicopatológico es previo al consumo de sustancias, o el consumo continuado lleva a la aparición de problemas psicopatológicos. En el primer caso hay diversas explicaciones sobre las causas que llevan al sujeto al consumo de sustancias (First y Gladis, 1996): la sustancia se utiliza para disminuir el malestar que provocan los síntomas del trastorno psiquiátrico (hipótesis de la automedicación), el consumo se utiliza como mecanismo de afrontamiento ante las consecuencias negativas derivadas de la psicopatología o los síntomas psicopatológicos (como la baja autoestima dentro de los trastornos del estado de ánimo) son un factor de riesgo para desarrollar un trastorno por consumo de sustancias. En el caso de la dependencia de la nicotina hay estudios que confirman que las personas con depresión son más vulnerables a la adicción a la nicotina (Escobedo, Reddy y Giovino, 1998; Kandel y Davis, 1998).

Respecto a la aparición de problemas psicopatológicos tras el consumo continuado de sustancias, la explicación viene dada por las consecuencias que tiene dicho consumo en la vida del individuo (pérdida de trabajo, problemas familiares.....). Así el abandono del mismo implicará mejoras en estas áreas aunque puede ser necesaria algún tipo de intervención para la normalización de las mismas, por lo tanto, se convierte en un trastorno independiente (Meyer, 1986; Ochoa, 2000; Rosenthal y Westreich, 1999).

La presencia de síntomas de depresión y de problemas con el consumo de sustancias tiene una gran relevancia dado que implica: a) pobres resultados en el tratamiento aunque mejoran si se abordan en el tratamiento ambos problemas; b) más abandonos del tratamiento; y c) una mayor necesidad de consumir dichas sustancias en situaciones estresantes (Ochoa, 2000; San, 2004; Ziedonis, 1992).

El objetivo del presente estudio es comparar la presencia de síntomas de depresión en dos grupos de sujetos con dependencia de sustancias psicoactivas, uno de la nicotina y otro de la cocaína, cuando inician tratamiento por dichos consumos.

Método

Participantes

La muestra está formada por 230 personas, 151 hombres y 79 mujeres, que demandan tratamiento por dependencia del tabaco o de la cocaína. Fueron seleccionados de forma consecutiva entre los años 2002 y 2005.

Participaron 115 personas que estaban en tratamiento por dependencia de la cocaína en seis Centros públicos de Drogodependencias de Galicia. Los criterios de inclusión fueron: la cocaína es la droga principal que motiva el tratamiento, dependencia de la cocaína según criterios del DSM-IV-TR, y llevar un mínimo de tres semanas y un máximo de seis semanas abstinentes en el consumo de cocaína, para evitar la confusión de los síntomas del síndrome de abstinencia con los síntomas de depresión. Los criterios de exclusión fueron: presencia de alteraciones psicóticas graves e incapacidad de responder a los instrumentos de evaluación.

En el caso de la dependencia del tabaco participaron 115 personas con dependencia del tabaco que demandaron tratamiento en la Unidad de Tabaquismo de la Universidad de Santiago de Compostela. Los criterios de inclusión fueron demandar tratamiento para dejar de fumar y tener dependencia de la nicotina evaluada con el Test de Fagerström (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991), utilizando el punto de corte sugerido de seis. Los criterios de exclusión fueron: presencia de alteraciones psicóticas graves e incapacidad de responder a los instrumentos de evaluación.

Instrumentos utilizados

- *Entrevista Estructurada de DSM-IV (SCID)* en su versión española (First, Spitzer, Gibbon, Williams y Smith-Benjamin, 1998), para evaluar la dependencia de la cocaína para el grupo que demanda tratamiento por cocaína.

Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (Heatherton *et al.*, 1991) para determinar la dependencia de la nicotina, en el grupo que demanda tratamiento por su consumo de tabaco, en su versión española (Becoña y Vázquez, 1998). Es un cuestionario de seis ítems, dos de ellos con cuatro opciones de respuesta y los cuatro restantes con dos opciones. La puntuación oscila entre cero y diez, siendo la interpretación la siguiente: entre cero y cinco, dependencia media o baja, y de seis en adelante, dependencia alta (Fagerström, Kunze, Scoberberger, Breslau, Hughes, Hurt *et al.*, 1996).

- *Inventario de depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) en su versión española de Vázquez y Sanz (1997). Está formado por 21 ítems, cada uno consta de cuatro alternativas entre las que el sujeto debe de elegir la frase que mejor refleje como se ha sentido durante la última semana,

incluyendo el día presente. Cada ítem indica un síntoma de depresión y las alternativas de respuesta están ordenadas de menor a mayor gravedad del síntoma, siendo el cero ausencia del síntoma y el tres muy intenso. Utilizamos el punto de corte de 21 recomendado por Kendall, Hollon, Beck, Hammen e Ingram (1978).

Procedimiento

En el caso de las personas con dependencia de la cocaína, fueron seleccionadas consecutivamente por los psicólogos de los Centros de Drogodependencias, entre septiembre de 2003 y abril de 2005. Si cumplían los criterios de inclusión en el estudio eran citados para ser evaluados independientemente. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

En el caso de las personas con dependencia de la nicotina, demandaron tratamiento en la Unidad de Tabaquismo de la Universidad de Santiago de Compostela entre los años 2003 y 2005. La evaluación se realizó dentro del protocolo habitual de evaluación pre-tratamiento. Los psicólogos que trabajan en dicha unidad fueron los responsables de la misma. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Tratamiento estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 13.0). Se realizaron análisis de frecuencias, tablas de contingencia con el estadístico chi-cuadrado y comparaciones entre medias utilizando el estadístico t.

Resultados

Las características de la muestra que participó en el estudio son las siguientes. El 65.7% de la muestra ($n = 151$) son hombres y el 34.3% ($n = 79$) son mujeres, con una edad media de 35.22 años (D. T. = 9.20).

Las características de cada grupo de consumidores están en la tabla 1. Hay un mayor porcentaje de mujeres que de hombres en el grupo de personas con dependencia de la nicotina (54.8% y 45.2%, respectivamente), mientras que en el grupo de personas con dependencia de la cocaína es a la inversa, hay un mayor porcentaje de hombres (86.1%) que de mujeres (13.9%) grupos ($\chi^2_1 = 41.049$, $p < .001$). La edad media de las personas que demandan tratamiento es superior en el grupo con dependencia de la nicotina (39.51 años; D. T. = 9.57) que en el grupo de dependencia de la cocaína (30.93 años; D. T. = 6.41) ($t = 7.985$; $p < .001$).

Tabla 1. Características de los sujetos que forman la muestra de personas con dependencia de la cocaína (n = 115) y de los sujetos con dependencia de la nicotina (n = 115).

	Sexo				Edad	
	Hombres		Mujeres		Media	D. T.
	n	Porcentaje	n	Porcentaje		
Personas con dependencia de la cocaína	99	86.1	16	13.9	30.93	6.41
Personas con dependencia de la nicotina	52	45.2	63	54.8	39.51	9.57
Total	151	65.7	79	34.3	35.22	9.20

La puntuación media obtenida por el total de la muestra (N = 230) en el BDI es de 11.70 (D.T. = 9.37). Utilizando el punto de corte de 21 recomendado por Kendall *et al.* (1978) se obtiene que 38 sujetos (16.5%) presentan una puntuación igual o superior a 21, y por lo tanto, sospecha de presencia de depresión.

Los resultados obtenidos al comparar entre ambos grupos las puntuaciones medias obtenidas en el BDI, señalan la existencia de diferencias significativas en el momento de la demanda de tratamiento ($t = -3.239$, $p < .01$). La puntuación media del grupo de dependencia de la nicotina es de 9.74 (D. T. = 7.85), mientras que la media del grupo de dependencia de la cocaína es superior, 13.66 (D. T. = 10.34).

Si analizamos la presencia de depresión utilizando el punto de corte de 21 recomendado por Kendall *et al.* (1978), también se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2_1 = 10.214$, $p < .01$) (ver tabla 2). Es más probable que tengan sospecha de depresión en el momento en el que demandan tratamiento las personas con dependencia de la cocaína (n = 28; 24.3%) que las personas con dependencia de la nicotina (n = 10; 8.7%).

Tabla 2. Diferencias entre el grupo de personas con dependencia de la nicotina (n = 115) y el grupo con dependencia de la cocaína (n = 115), en función del punto de corte de 21 en el BDI.

	Personas con dependencia de la nicotina		Personas con dependencia de la cocaína		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Sospecha de presencia de depresión. BDI \geq 21	10	8.7	28	24.3	38	16.5	10.214**
No presencia de depresión. BDI < 21	105	91.3	87	75.7	192	83.5	

$p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Discusión

Los resultados del presente estudio indican que hay una mayor prevalencia de problemas de depresión entre las personas con dependencia de la cocaína que demandan tratamiento, que entre las personas con dependencia de la nicotina.

Las puntuaciones medias obtenidas en el BDI por el grupo con dependencia de la cocaína (13.66) son significativamente superiores a la media del grupo de dependencia de la nicotina (9.74). Además, el porcentaje de sujetos con sospecha de depresión, utilizando el punto de corte de 21 en dicho cuestionario, es significativamente mayor en el grupo de dependencia de la cocaína (24.3% vs. 8.7% para la nicotina).

La presencia de depresión es superior en el grupo de cocaína, a pesar de que el grupo de nicotina estaba formado por un porcentaje superior de mujeres. Los estudios realizados en población general apuntan que hay el doble de prevalencia de problemas de depresión en mujeres que en hombres (Pérez y García, 2001).

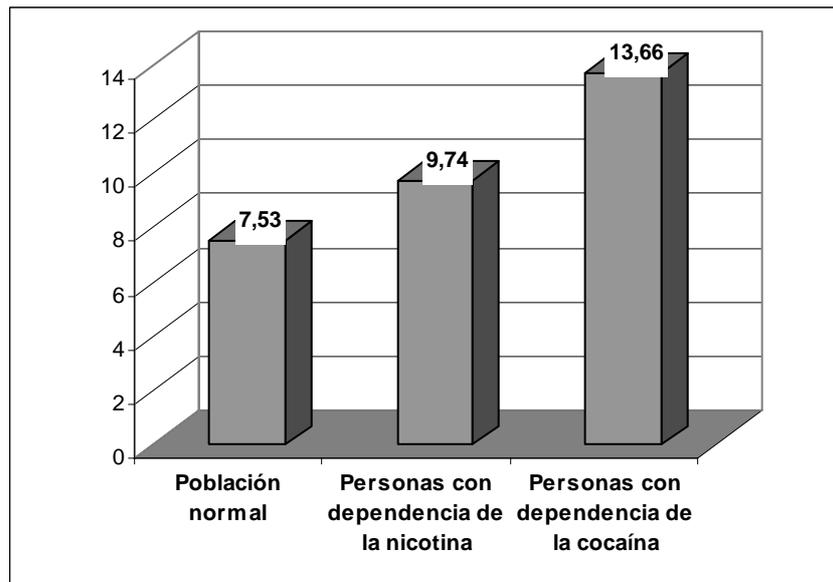
El porcentaje de prevalencia de problemas de depresión en la muestra de personas con dependencia de la nicotina, 8.7%, es similar al porcentaje de prevalencia de la depresión en la población normal (Pérez y García, 2001). Mientras que el porcentaje de personas con dependencia de la cocaína con problemas de depresión, 24.3%, es muy superior.

Si nos centramos en los datos en función del instrumento de evaluación utilizado, la puntuación media de la población general española en el BDI es de 7.53 (Vázquez y Sanz, 1997). Por lo tanto, las puntuaciones obtenidas por el grupo de dependencia de la nicotina y el de dependencia de la cocaína son superiores a la media de la población normal española, aunque el grupo de nicotina se acerca más a dicha puntuación media (ver figura 1).

Estos datos señalan que las personas que demandan tratamiento por dependencia de una sustancia psicoactiva, presentan más sintomatología depresiva que la población normal. Y son los consumidores de cocaína, sustancia con una consideración social más negativa que el tabaco y con mayores consecuencias negativas a nivel familiar, económico y legal, los que tienen una mayor prevalencia de dichos síntomas.

Cuando una persona demanda tratamiento por problemas con el consumo de drogas, es con frecuencia porque presenta un nivel de malestar derivado de dicho consumo (Barrio-Anta, López-Gigosos, de la Fuente de Hoz y Rodríguez-Artalejo, 1997; Bobes, Sáiz, González, y Bascarán, 2001; Muga, 2001), de ahí la explicación de que la puntuación media de estos sujetos sea superior a la media de la población normal. En muchos casos este malestar va a disminuir con la intervención terapéutica sobre el problema con el consumo de drogas, pero en otros puede precisar una intervención específica.

Figura 1. Puntuaciones medias en el BDI en una muestra de población normal, el grupo de personas con dependencia de la nicotina y el de dependencia de la cocaína.



Este planteamiento apoya la hipótesis etiológica sobre la asociación entre depresión y consumo de drogas, señalada previamente. Debido a las consecuencias negativas que tiene el consumo de sustancias sobre distintas áreas de la vida del sujeto, aparecen síntomas depresivos. Y es el malestar que generan, el que empuja al sujeto a demandar tratamiento, de ahí que haya una mayor prevalencia de problemas psicopatológicos entre los sujetos que demandan tratamiento por problemas con el consumo de sustancias psicoactivas que en la población normal (prejuicio de Berkson; Galdbud du Fort *et al.*, 1993).

Este planteamiento se puede explicar en términos de un balance de costes-beneficios: una persona demanda tratamiento cuando los costes que acarrea el consumo de una sustancia (problemas de salud, económicos, familiares, judiciales...), superan los beneficios que obtienen con su consumo.

El tabaco, a pesar de las importantes consecuencias que tiene sobre la salud, sigue sin afectar de forma importante a otros ámbitos de la vida del sujeto como son el área laboral, económica o familiar. En cambio, el consumo de

cocaína está muy relacionado con problemas familiares (cuando descubren el consumo), económicos (el alto coste de la sustancia) o laborales (no rendir lo suficiente, faltas continuas...), de ahí que las puntuaciones que obtienen en la evaluación de síntomas depresivos sean superiores.

Estos resultados señalan la necesidad de la realización de evaluaciones de la sintomatología psicopatológica que presentan las personas que demandan tratamiento por problemas con el consumo de sustancias: en primer lugar por la alta prevalencia de dichos síntomas, y en segundo lugar, porque hay que tenerlos en cuenta en la planificación del tratamiento y en su evolución.

Futuros estudios deben de ir dirigidos al análisis de la evolución de estos síntomas depresivos durante el tratamiento, para determinar en que casos los síntomas desaparecen al mejorar el problema con el consumo de sustancias, y en cuáles son precisas intervenciones terapéuticas específicas porque constituyen trastornos independientes.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Original 2000).
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Babor, T. F. y Rounsaville, B. J. (1995). Subtypes of cocaine abusers: support for a type A- type B distinction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 115-124.
- Barrio-Anta, G., López-Gigosos, R., de la Fuente de Hoz, L., y Rodríguez-Artalejo, F. (1997). Patrones de uso de la cocaína en un grupo de consumidores de esta droga sin consumo de heroína captados fuera de los servicios asistenciales. *Medicina Clínica*, 10, 364-369.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guildford Press (Trad. española en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).
- Becoña, E. y Míguez, M. C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1, 99-112.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström test for nicotine dependence in a spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458.
- Bobes, J., Sáiz, P.A., González, M.P., y Bascarán, M.T. (2001). Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 13 (Sup.2), 23-36.
- Brady, K.T., Grice, D. E., Dustan, L. y Randall, C. (1993). Gender difference in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1707-1711.
- Breslau, N., Kilbery, M. M. y Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.

- Breslau, N., Kilbery, M. M. y Andreski, P. (1993). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults: New evidence from a prospective investigation. *Archives of General Psychiatry*, 50, 31-35.
- Escobedo, L., Reddy, M. y Giovino, G. (1998). The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescents. *Addiction*, 93, 433-440.
- Fagerström, K. O., Kunze, M., Scoberberger, R., Breslau, N., Hughes, J. R., Hurt, R. D., Puska, P., Ramstrom, L. y Zatonski, W. (1996). Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control*, 5, 52-56.
- First, M. B. y Gladis, M. M. (1996). Diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. En: J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico Dual* (pp.41-56). Barcelona: Ediciones Neurociencias.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. y Smith-Benjamin, L. (1998). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- SCID-I*. Barcelona: Masson.
- Galdbud du Fort, G., Newman, S. C. y Bland, R. C. (1993). Psychiatric comorbidity and treatment seeking. Sources of selection bias in the study of clinical populations. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 181, 467-474.
- Glassman, A. H., Heltzer, J. E., Covey, L. S., Cottler, L. B., Stetner, F., Tipp, J. E. y Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation and major depression. *JAMA*, 264, 1546-1549.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127.
- Heil, S. H., Badger, G. J. y Higgins, S. T. (2001). Alcohol dependence among cocaine-dependent outpatients: demographics, drug use, treatment outcome and other characteristics. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 14-22.
- Kandel, D. B. y Davies, M. (1998). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 255-262.
- Karan, L. D., Haller, D. L. y Schnoll, S. H. (1998). Cocaine and stimulants. En: R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (168-201). New York: The Guilford Press.
- Kendall, P. C., Hollin, S. D., Steven, D. H., Beck, A. T., Hammen, C. L. e Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroine and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- López, A. y Becoña, E. (2007). Depression and cocaine dependence. *Psychological Reports*, 100, 520-524.
- Meyer, R.E. (1986). How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the eggs. En: R.E. Meyer (Eds.), *Psychopathology and addictive disorders* (3-16). New York: Guildford Press.

- Muga, R. (2001). Y ahora la cocaína. *Medicina Clínica*, 117, 584-585.
- Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 40-52.
- Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Piasecki, M. (2000). Smoking, cocaine and mood. En: M. Piasecki (Ed.). *Nicotine in Psychiatry* (pp. 131-147). Washington, DC: American Psychiatry Press.
- Rosenthal, R. N. y Westreich, L. (1999). Treatment of persons with diagnoses of substance use disorders and other psychological problems. En : B.S. McCrady y E.E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp.105-120). New York: Oxford University Press.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. y Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-785.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española para el inventario para la depresión de Beck de 1978 *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Ziedonis, D. M. (1992). Comorbid psychopathology and cocaine addiction. En: T. R. Kosten y H. D. Kleber (Eds.), *Clinician's guide to cocaine addiction. Theory, research and treatment* (335-358). New York: The Guildford Press.