

Original breve

Depresión en jóvenes usuarios regulares de cocaína reclutados en la comunidad

Marcela Chahua^a, Luis Sordo^{b,c,d,*}, Gemma Molist^{b,c}, Antonia Domingo-Salvany^{e,f},
María Teresa Brugal^{e,g,h}, Luis de la Fuente^{b,c}, María José Bravo^{b,c} y Grupo ITINERE¹

^a Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^b Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^e Red de Trastornos Adictivos (RTA), Madrid, España

^f Programa Epidemiología y Salud Pública, IMIM-Hospital del Mar, Barcelona, España

^g Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^h Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de junio de 2013

Aceptado el 8 de septiembre de 2013

On-line el 3 de diciembre de 2013

Palabras clave:

Consumidor de cocaína

Depresión

Epidemiología

España

R E S U M E N

Objetivo: Identificar el perfil, la prevalencia de depresión y factores asociados en usuarios regulares de cocaína captados en la comunidad.

Método: Estudio transversal de 630 usuarios regulares de cocaína que no consumían heroína. La depresión, el apoyo social y la dependencia se evaluaron con los instrumentos *Composite International Diagnostic Interview*, *Duke-Functional Social Support Questionnaire* y *Severity Dependence Scale*, respectivamente.

Resultados: La edad media fue de 23 años y un 33% eran mujeres. El perfil predominante de consumo de cocaína fue recreativo-intenso. Un 88% había terminado sus estudios secundarios. El 45,9% había recibido atención en urgencias el pasado año y un 7,8% tratamiento de la dependencia/psiquiátrico. El 14,6% tuvo depresión. Los factores relacionados con padecerla identificados en el análisis multivariado fueron el sexo femenino, no tener hogar, consumir ketamina y menor apoyo confidencial.

Conclusiones: Los consumidores regulares de cocaína podrían necesitar atención específica en servicios sanitarios generales. Es necesario facilitar su acceso al tratamiento de la depresión.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Depression in young regular cocaine users recruited in the community

A B S T R A C T

Objective: To identify the profile of community-recruited regular cocaine users and the prevalence of recent depression and associated factors.

Method: A cross-sectional study was carried out in 630 regular cocaine users who were not heroin consumers. Depression, social support and dependence were evaluated with the Composite International Diagnostic Interview, the Duke-Functional Social Support Questionnaire, and the Severity of Dependence Scale, respectively.

Results: The mean age was 23 years and 33% of users were women. The predominant profile of cocaine use was recreational-intense. Most (88%) participants had completed secondary education. The use of emergency services in the previous year was 45.9% and 7.8% were under drug-dependence/psychiatric treatment. The prevalence of depression was 14.6%. In the multivariate analysis, the factors associated with recent depression were female gender, homelessness, ketamine consumption, and less confidential support.

Conclusions: Regular cocaine users may require specific attention in general health services. Greater access to treatment for depression is needed among this group.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Cocaine users

Depression

Epidemiology

Spain

Introducción

Las implicaciones de la coexistencia de depresión y consumo de drogas son diversas: incrementa la demanda de servicios

sociosanitarios¹, aumenta las conductas de riesgo para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C², reduce el cumplimiento del tratamiento antirretroviral³, incrementa el riesgo de sobredosis⁴ y suicidio, y conlleva mayores tasas de recaídas tras el tratamiento de la dependencia de drogas⁵. La mayoría de los estudios centrados en dicha coexistencia en consumidores de cocaína analizan poblaciones en tratamiento y generalmente con consumo concomitante de heroína, mostrando una prevalencia de depresión entre el 17% y el 50%⁵⁻⁷.

La prevalencia de consumo reciente (último año) de cocaína en España es muy alta, del 4,4% en 2009 en personas de 15 a 34 años

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsordo@isciii.es (L. Sordo).

¹ Grupo ITINERE: Gregorio Barrio, Albert Espelt, Rosario Ballesta, Yolanda Castellano, Fermín Fernández, Daniel Lacasa, José Pulido, Fernando Vallejo y Albert Sanchez-Niubó

de edad⁸, y la mayoría nunca han ido a tratamiento y no consumen heroína^{5,8}. Hasta donde conocemos, no existen en España estudios sobre la depresión en consumidores de cocaína que no consumen heroína captados en la comunidad. Este amplio grupo ha sido escasamente caracterizado en relación con problemas de salud. La importancia de su estudio radica en que esta población ha demostrado tener un perfil diferente a aquella que sí consume heroína⁹, al tiempo que el efecto mostrado por la heroína y la cocaína sobre la vulnerabilidad a la depresión es diferente^{4,7}.

Nuestro objetivo es describir el perfil de usuarios regulares de cocaína que no consumen heroína captados en la comunidad, estimar su prevalencia de depresión e identificar los factores asociados con ésta.

Métodos

Estudio transversal en una submuestra basal de la cohorte ITINERE de usuarios regulares de cocaína entrevistada entre 2004 y 2006 en Madrid, Barcelona y Sevilla¹⁰. Los criterios de selección fueron tener entre 18 y 30 años de edad, haber consumido cocaína al menos 50 días en los últimos 12 meses y alguna vez en los 3 meses previos, y no haber consumido heroína en los últimos 12 meses. Los participantes fueron reclutados y seleccionados directamente en la comunidad mediante métodos de referencia en cadena¹⁰.

La depresión se evaluó mediante la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) de la Organización Mundial de la Salud, aplicada y validada en nuestro medio¹¹. La depresión reciente se definió como depresión mayor en los últimos 12 meses según criterios DSM-IV. Se excluyeron 13 participantes sin respuesta a la CIDI. La dependencia a la cocaína se evaluó mediante la escala de gravedad de la dependencia (intervalo de 0 a 5), considerando una puntuación de 3 como punto de corte para la dependencia¹². Con el *Duke-Functional Social Support Questionnaire*¹³ se evaluó el apoyo social autopercibido en dos dimensiones (intervalo de 1 a 5): confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y afectiva (demostraciones de amor, cariño y empatía); una mayor puntuación indica un mayor apoyo social percibido.

Además, se determinaron las características sociodemográficas, los patrones de consumo de cocaína y otras drogas, y el uso de servicios sociosanitarios. El consumo reciente y otras conductas se refirieron a los últimos 12 meses. Se tomaron muestras de sangre en papel secante y se determinaron los anticuerpos frente a la hepatitis C¹⁰.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, seguido de un análisis bivariado para identificar su relación con la depresión en los últimos 12 meses, rechazando la hipótesis nula para valores de $p < 0,05$.

Con el fin de identificar los factores asociados a la depresión ajustando por otros factores, se realizó un modelo de regresión logística estimando las *odds ratio* y sus intervalos de confianza del 95%. Se incluyeron en el modelo las variables que mostraran $p < 0,10$ en el análisis bivariado, y se evitó la introducción simultánea de variables correlacionadas. La bondad de ajuste se valoró con la prueba de Hosmer-Lemeshow.

Resultados

Se incluyeron 630 sujetos, de los cuales un 33% eran mujeres. La edad media fue de 23 años (desviación estándar [DE]: 3,3). El 8,4% había nacido fuera de España. El 88% tenía estudios secundarios, y de éstos, el 21,3% carrera universitaria. Un 2,7% había estado en la cárcel. El tiempo promedio de consumo de cocaína era de 6 años (DE: 3,0), el 96% generalmente la esnifaban y el 54% la consumían como máximo uno o dos días por semana. El 20,3% había

consumido ketamina recientemente (tabla 1), en general esnifada (95,2%), y ninguno la consumió más de 11 días en el último año. El 0,7% y el 1,5% tenían, respectivamente, anticuerpos frente al VIH y la hepatitis C.

El 33,3% había tenido depresión alguna vez y el 14,6% depresión reciente. En el análisis bivariado se observaron diferencias en la prevalencia de depresión reciente para variables sociodemográficas, de consumo de cocaína, otras drogas, uso de servicios y apoyo social. De éstas, en el análisis multivariado se mantuvieron relacionadas con mayor prevalencia de depresión ($p < 0,05$) ser mujer, vivir sin hogar, haber consumido recientemente ketamina, tener un menor apoyo confidencial y haber recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico en ese periodo (tabla 2).

Discusión

La prevalencia de depresión reciente fue del 14,6%, cifra muy superior a la de la población general (3,9%)¹⁴, pero menor que lo indicado en la mayoría de los estudios previos en consumidores de cocaína. Posiblemente se deba a que estos estudios se han realizado mayoritariamente en muestras clínicas y con consumidores concomitantes de heroína^{6,7}. Nuestro estudio confirma que la depresión es un problema relevante en la población de usuarios regulares de cocaína que no usa heroína y captada en la comunidad. La mayoría son hombres, con estudios secundarios o superiores, y empleo actual o estudiando. Consumen cocaína unas dos veces por semana, en general esnifándola, lo que sugiere un usuario intenso pero recreativo, preferentemente de fin de semana. Con frecuencia acompañan este consumo con el de otras drogas, sobre todo alcohol. Todo ello sugiere un patrón de usuario funcional con buen estatus socioeconómico, ya descrito en la literatura⁹.

Contrasta que sólo un 3,5% de los consumidores acuden a tratamiento por dependencia o abuso de sustancias, cuando más del 65% son clasificados como dependientes de la cocaína. No obstante, acuden con frecuencia a los servicios de urgencias o los ambulatorios de salud, aunque no por causas necesariamente relacionadas con el consumo de drogas. Esto apoya hallazgos previos sobre el gran consumo de servicios de urgencia debidos a la cocaína⁸. Además, en este estudio se observa un uso excesivo de servicios generales, que es muy probable que incrementen los gastos en salud¹, y sugieren la necesidad de medidas preventivas o de gestión adecuadas; quizá ni el usuario sepa cómo pedir ayuda, ni el sistema tenga los mecanismos apropiados para brindársela. Respecto a los factores relacionados con la depresión, ser mujer, vivir sin hogar y tener bajo apoyo confidencial ya se habían relacionado con la depresión tanto en población general como en usuarios de cocaína^{6,7,14}, aunque en otros contextos. La asociación con recibir tratamiento puede explicarse por ser un indicador indirecto de la gravedad de la salud mental. Su relación con el consumo de ketamina es destacable. Una posible explicación es que éste se relacione con mayor policonsumo, que se ha asociado a una peor condición mental¹, aunque habría que investigar la posibilidad de un consumo no reglado y automedicado de ketamina como antidepresivo¹⁵.

Como limitaciones al estudio cabe señalar que su diseño transversal no permite conocer la dirección de la asociación ni establecer causalidad. Además, podría haber sesgos de memoria o de deseabilidad social, aunque se pusieron los medios para minimizarlos¹⁰.

El presente estudio viene a paliar en alguna medida la ausencia de información sobre una población muy poco estudiada en relación con la salud mental. Es preocupante su gran uso de servicios, así como la alta prevalencia de depresión respecto a la población general¹⁴. Sería conveniente investigar en profundidad

Tabla 1
Características de la muestra y de los subgrupos con y sin depresión (N = 630)

	Total	Depresión reciente ^a n = 92 (14,6%)		p
		Sí (%)	No (%)	
Características sociodemográficas				
Mujer	212	50,0	30,9	<0,001
Edad >25 años ^{a,b}	148	30,4	22,3	0,089
Con enseñanza secundaria o superior	554	88,0	87,9	0,973
Situación laboral durante la mayor parte del tiempo ^a				0,238
Empleo regular	303	47,8	48,1	
Desempleo	154	30,4	23,4	
Estudiando u otros	173	21,7	28,4	
Sin hogar la mayor parte del tiempo ^{a,c}	54	16,3	7,2	0,004
La principal fuente de ingresos es ilegal o marginal ^{a,d}	100	21,7	14,9	0,099
Consumo de cocaína				
Frecuencia de consumo ^a				0,219
1-2 días/semana o menos	388	58,2	62,3	
3-6 días/semana	228	37,4	36,1	
Diario	13	4,4	1,7	
Consumo de cocaína > 1 g/día ^{a,e}	88	20,7	12,8	0,045
Consumo de cocaína en forma de base ^a	97	25,0	13,8	0,006
Tipo de cocaína más frecuentemente consumida ^a				0,296
Siempre, la mayoría o la mitad de las veces en base	76	15,4	11,5	
Siempre en polvo	553	84,6	88,5	
Vía habitual de consumo de cocaína ^a				0,022
Esnifada en polvo	604	92,4	96,5	
Fumada	23	5,4	3,3	
Inyectada	3	2,2	0,2	
Dependencia de cocaína (SDS \geq 3)	415	76,1	64,1	0,025
Tiempo de consumo de cocaína > 5 años	319	60,4	49,3	0,048
Consumo de otras drogas^a				
Alcohol (g/día) ^f				0,732
No o consumo moderado	194	33,7	30,3	
Consumo de riesgo	219	31,5	35,3	
Consumo de alto riesgo	217	34,8	34,4	
Ketamina	128	33,7	18,0	0,001
Éxtasis o drogas de diseño	463	79,3	72,5	0,168
Éxtasis líquido, GHB	95	13,0	15,5	0,550
Anfetaminas o speed	370	62,0	58,3	0,509
Tranquilizantes/somníferos	128	27,2	19,2	0,078
Opiáceos diferentes a heroína o metadona	81	18,5	11,9	0,081
Cannabis, hachís, marihuana	589	88,0	94,4	0,022
Acceso a servicios de salud^a				
Tratamiento psicológico/psiquiátrico o relacionado con el uso de drogas				<0,001
Ninguno	581	82,6	93,9	
Sólo psicológico o psiquiátrico	27	10,9	3,2	
Sólo para dejar o controlar el consumo de drogas	16	3,3	2,4	
Ambos tratamientos	6	3,3	0,6	
Atención de urgencias ^g	289	44,6	46,1	0,785
Servicios ambulatorios de salud ^h	352	67,0	54,2	0,022
Apoyo social (FSSQ)^a				
Apoyo confidencial, media (DE)	78,3 (19,7)	72,7 (19,8)	79,3 (19,5)	0,003
Apoyo afectivo, media (DE)	81,5 (19,7)	74,9 (23,8)	82,6 (18,7)	0,001

SDS: Severity Dependence Scale; GHB: ácido gamma-hidroxibutírico; FSSQ: Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire; DE: desviación estándar.

^a Últimos 12 meses.^b Se usó la categoría >25 años para preservar la comparabilidad con otros estudios y usar categorías quinquenales (>25-30); los participantes de 18-20 años se agruparon en \leq 25 años.^c Viviendo en la calle, instituciones, casas abandonadas o sin domicilio fijo.^d Prostitución, tráfico de drogas, robo o venta de cosas robadas, venta ambulante en la calle, recoger chatarra o cartón, realizar espectáculos en la calle o vigilar aparcamientos, otros.^e Referido a los días de consumo.^f No consumo o consumo moderado: hombres <40 g/día, mujeres <20 g/día; de riesgo: hombres 40-80 g/día, mujeres 20-40 g/día; de alto riesgo: hombres >80 g/día, mujeres >40 g/día.^g Urgencias de instituciones públicas o privadas o atención por ambulancia.^h Atención en centros sanitarios excluidas urgencias e ingresos.

Tabla 2
Factores sociodemográficos y de consumo de drogas, y depresión reciente^a. Análisis bivariado y multivariado

	Depresión reciente	
	ORb (IC95%)	ORa (IC95%)
Características sociodemográficas		
Sexo		
Hombre	1	1
Mujer	2,24 ^f (1,43-3,51)	2,60 ^f (1,58-4,26)
Edad ^a		
≤25 años	1	
>25 años	1,52 ^h (0,94-2,48)	
Tipo de alojamiento ^b		
En hogar	1	1
Sin hogar ^c	2,49 ^g (1,31-4,74)	2,11 ^g (1,05-4,27)
Consumo de cocaína		
Consumo de cocaína total al día ^{b,d}		
≤1 g	1	
>1 g	1,77 ^g (1,01-3,11)	
Vía habitual de consumo de cocaína ^b		
Esnifada en polvo	1	
Fumada	1,70 (0,61-4,69)	
Inyectada	12,21 ^g (1,10-136,15)	
Consumo de cocaína en forma de base ^b		
No	1	
Sí	2,09 ^g (1,23-3,56)	
Dependencia de cocaína (SDS)		
No	1	
Sí	1,78 ^g (1,07-2,97)	
Tiempo de consumo de cocaína		
0-5 años	1	
>5 años	1,57 ^h (1,00-2,48)	
Consumo de otras drogas^b		
Ketamina		
No	1	1
Sí	2,31 ^g (1,42-3,75)	2,30 ^g (1,36-3,90)
Tranquilizantes/somníferos		
No	1	
Sí	1,57 ^h (0,95-2,61)	
Opiáceos diferentes a heroína o metadona		
No	1	
Sí	1,68 ^h (0,93-3,02)	
Cannabis, hachís, marihuana		
No	1	
Sí	0,44 ^g (0,21-0,90)	
Acceso a servicios de salud^{b,e}		
Tratamiento psicológico/psiquiátrico o relacionado con el uso de drogas		
Ninguno	1	1
Sólo psicológico o psiquiátrico	3,91 ^g (1,73-8,85)	3,06 ^g (1,25-7,48)
Sólo para dejar o controlar el uso de drogas	1,53 (0,43-5,51)	1,08 (0,27-4,33)
Ambos tratamientos	6,64 ^g (1,32-33,52)	3,60 (0,57-22,54)
Servicios ambulatorios de salud		
No	1	
Sí	1,72 ^g (1,08-2,75)	
Apoyo social (FSSQ)^b		
Apoyo confidencial	0,98 ^g (0,97-1,00)	0,98 ^g (0,97-0,99)
Apoyo afectivo	0,98 ^g (0,97-0,99)	

SDS: Severity Dependence Scale; FSSQ: Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire; ORb: odds ratio bruta; ORa: odds ratio ajustada; IC95%: intervalo de confianza del 95%; DE: desviación estándar. Bondad de ajuste: prueba de Hosmer y Lemeshow ($p=0,276$).

^a Se usó la categoría >25 años para preservar la comparabilidad con otros estudios y usar categorías quinquenales (>25-30); los participantes de 18-20 años se agruparon en ≤25 años.

^b Últimos 12 meses.

^c Viviendo en la calle, instituciones, casas abandonadas o sin domicilio fijo.

^d Referido a los días de consumo.

^e Ante la falta de robustez de esta variable, se evaluó el modelo introduciéndola como dicotómica («sin tratamiento» o «con tratamiento»). «Con tratamiento» se mantuvo positiva y significativamente asociada; el resto del modelo no varió, ni tampoco la prueba de bondad de ajuste.

^f $p < 0,001$.

^g $p < 0,05$.

^h $p < 0,1$.

sus visitas a urgencias o al médico, que podrían utilizarse como una vía para identificar un consumo oculto de cocaína o de otras sustancias. Es necesario facilitar el acceso de los dependientes de la cocaína al correspondiente tratamiento de la dependencia y la depresión.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Existen muchos estudios sobre consumidores de cocaína, pero muy pocos con participantes captados en la comunidad y que no incluyan consumo reciente de heroína. La coexistencia de depresión y cocaína es de gran trascendencia desde el punto de vista de salud pública y uso de servicios, y ha sido poco estudiada.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se identifica una población de usuarios con perfil muy diferente al de los que usan regularmente heroína. Esta población está integrada en la sociedad, es vulnerable a la depresión y hace un gran uso de servicios de salud. La relación con depresión de ser mujer y consumir ketamina debe estudiarse más profundamente. Es necesario facilitar el acceso de estos consumidores a los tratamientos psiquiátricos o de dependencia.

Editor responsable del artículo

Pere Godoy, M.D.

Declaraciones de autoría

M.J. Bravo, M.T. Brugal, A. Domingo-Salvany y L. de la Fuente diseñaron el estudio y escribieron el protocolo. M. Chahua, L. Sordo y M.J. Bravo realizaron la revisión de la literatura de los estudios previos y plantearon la pregunta de investigación. G. Molist y M. Chahua realizaron los análisis estadísticos. M. Chahua y L. Sordo escribieron el primer borrador del artículo, que fue mejorado y aprobado sucesivamente por todos los autores hasta la versión definitiva.

Financiación

Fundación para la Prevención de Sida en España (Fipse 486 3035/99). Las ayudas EPY-020/029 (ISCIII) y RD06/0001/1018 (RTA) permitieron el análisis y la redacción del manuscrito.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecemos la contribución de todos los participantes del estudio y de las instituciones involucradas en su reclutamiento. En Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), Programas Municipales de Sida e Instituto de las Adicciones, Médicos del Mundo, CAID de Torrejón de Ardoz, Centro Sanitario Sandoval, Subdirección General de Sanidad de Instituciones Penitenciarias y Agencia Antidroga. En Barcelona: ABD, Spott, Ambit, CECAS, Secretaría de Serveis Penitenciaris y Rehabilitació i Justícia Juvenil. En Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla, Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de la Diputación Provincial de Sevilla, Centro de Tratamiento del Alcoholismo Anclaje, Antaris, Centro de Día AVAT y Asociación Aspad.

Bibliografía

- Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*. 2006;101 (Supl 1):76-88.
- King VL, Kidorf MS, Stoller KB, et al. Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis*. 2000;19:65-83.
- Cook JA, Grey DD, Burke-Miller JK, et al. Illicit drug use, depression and their association with highly active antiretroviral therapy in HIV-positive women. *Drug Alcohol Depend*. 2007;89:74-81.
- Tobin KE, Latkin CA. The relationship between depressive symptoms and non-fatal overdose among a sample of drug users in Baltimore, Maryland. *J Urban Health*. 2003;80:220-9.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2011: el problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2011. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/coopera/pdf/Informe2007.pdf>
- Brown RA, Monti PM, Myers MG, et al. Depression among cocaine abusers in treatment: relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *Am J Psychiatry*. 1998;155:220-5.
- Falck RS, Wang J, Carlson RG, et al. The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaine smokers. *J Psychoactive Drugs*. 2002;34:281-8.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2011.
- Barrio-Anta G, López-Gigosos R, de la Fuente de Hoz L, et al. Patrones de uso de cocaína en un grupo de consumidores de esta droga que no consumen heroína captados fuera de los servicios asistenciales. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:364-9.
- Pulido J, Brugal MT, de la Fuente L, et al. Metodología de reclutamiento y características de una cohorte de jóvenes consumidores habituales de cocaína de tres ciudades españolas (Proyecto Itínere-cocaína). *Gac Sanit*. 2009;23:200-7.
- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2006;15:167-80.
- Kaye S, Darke S. Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*. 2002;97:727-31.
- Bellon Saameno JA, Delgado SA, Luna del Castillo JD, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*. 1996;18:153-63.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445-51.
- Morgan CJ, Curran HV. Ketamine use: a review. *Addiction*. 2012;107:27-38.