

Jorge F. Sánchez-Peña¹
María Jáñez-Álvarez¹
Paloma G. Álvarez-Cotoli¹
Eduardo García-Laredo²

Patología dual en pacientes inmigrantes con Trastorno por Uso de Alcohol: seguimiento tras dos años de tratamiento

1 Servicio de Salud Mental de "Puente de Vallecas", Madrid

2 Universidad Internacional de La Rioja (UNIR)

RESUMEN

Introducción. Existe una elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en el trastorno por uso de alcohol. La presencia de patología dual en el paciente disminuye el mantenimiento de la abstinencia y aumenta la probabilidad de recaída, lo que complica el tratamiento. Los objetivos de este estudio son: Analizar la evolución a dos años de tratamiento de una población de pacientes inmigrantes con trastorno por uso de alcohol asociado a trastornos psiquiátricos, comparándola con una muestra de pacientes inmigrantes sin patología dual e investigar los diagnósticos de patología psiquiátrica asociada al trastorno por uso de alcohol.

Metodología. Se compararon dos poblaciones de pacientes inmigrantes con trastorno por uso de alcohol (DSM-5), una con trastornos psiquiátricos asociados, compuesta por 219 pacientes y otra de 169 pacientes sin patología dual.

Resultados y conclusiones. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al trastorno por uso de alcohol son el de personalidad (51,6%), el adaptativo y depresivo (22,8%), los de ansiedad (15,5%), los de conducta alimentaria y obsesivos compulsivos (5,9%), el bipolar (5%) y el de esquizofrenia (2,3%). El seguimiento a 2 años de tratamiento presenta que el 27% de la población inmigrante con patología dual se mantiene en abstinencia frente al 41,4% de la que solo padece trastorno por uso de alcohol: Se constata una peor evolución en los pacientes con patología dual.

Palabras clave. Patología dual, Inmigración, Alcoholismo femenino, Evolución alcoholismo, Abstinencia alcohólica, Recaída alcohólica.

Actas Esp Psiquiatr 2022;50(6): 276-86 | ISSN: 1578-2735

Enviar correspondencia a:
Jorge Fernando Sánchez Peña
Servicio de Salud Mental "Puente de Vallecas"
Calle Peña Gorbea, 4. 28053-Madrid
Teléfono: 91-4778747
e-mail: jorgefs56@hotmail.es

DUAL DIAGNOSIS IN IMMIGRANT PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDER: 2-YEARS OF FOLLOW-UP TREATMENT

ABSTRACT

Introduction. There is a high prevalence of comorbid psychiatric disorders in alcohol abuse disorder. The presence of dual diagnosis in patients decreases the maintenance of abstinence and increases the likelihood of relapse, which makes treatment more complicated. The aims of this study are: to investigate the progression along two years of treatment of a sample of migrant patients affected by alcohol abuse disorder associated with psychiatric disorders, comparing it with a sample of migrant patients without dual diagnosis and investigating the diagnoses of comorbid psychiatric pathology with alcohol abuse disorder.

Methods. Two populations of migrant patients with alcohol abuse disorder (DSM-5) were compared, one with comorbid psychiatric disorders consisting of 219 patients and the other of 169 patients without dual diagnosis.

Results and conclusions. The most frequent psychiatric disorders associated with alcohol use disorder are personality disorders (51,6%), adjustment and depressive disorders (22,8%), anxiety disorders (15,5%), eating disorders and obsessive-compulsive disorders (5,9%), bipolar disorders (5%) and schizophrenia (2,3%). The two-year follow-up treatment shows that 27% of immigrant sample with dual diagnosis remains in abstinence compared to 41,4% of those who only suffer from alcohol use disorder: Worse outcomes are observed in patients with dual diagnosis.

Keywords. Dual diagnosis, Immigration, Women's alcoholism, Follow up alcoholism, Alcohol abstinence, Alcoholic relapse.

INTRODUCCIÓN

La patología dual (PD) es la concurrencia en la misma persona de un trastorno por abuso de sustancias (TUS), como el alcohol, y un trastorno psiquiátrico¹. La elevada prevalencia de drogodependencias, y por tanto también de trastorno por uso de alcohol (TUA), asociadas a trastornos mentales, y a la inversa, han sido ampliamente estudiadas^{2,3,4,5,6}. Mientras que la tasa prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica en la población general es de un 15-20%^{7,8}, en la TUS se estima en un 15-80%^{4,9,10,11,12}. Este amplio rango se debe a varios factores: heterogeneidad de la población estudiada, del centro asistencial donde son atendidos (servicios de salud mental, centros penitenciarios, centros de atención a la drogodependencia) o del tipo de sustancia de abuso^{12,13}. La presencia de PD en el paciente disminuye el mantenimiento de la abstinencia¹⁴ y aumenta la probabilidad de recaída^{15,16}, es decir que complica el tratamiento y la adherencia al mismo^{17,18}, un aumento de los ingresos hospitalarios, una mayor discapacidad funcional, un incremento de las tasas de suicidio^{19,20,21}, de violencia y de los problemas sociales^{22,23,24}. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el TUA son la ansiedad, la depresión y los trastornos de personalidad^{25,26,27}. Se ha descrito una mayor comorbilidad en mujeres^{28,29}. Aunque la forma de beber en los dos sexos, con el tiempo, se va asemejando, todavía el hombre, por lo general, bebe en público, de manera social, y con consecuencias más violentas^{30,31}. Sin embargo, las mujeres beben más en casa, en solitario³², y se asocian más a trastornos depresivos³³.

Cuando el migrante, por diferentes razones, toma la decisión de dejar su país de origen, tiene por objetivo mejorar –y, la mayoría de las veces, también la de su núcleo familiar– sus perspectivas de futuro en el país de destino. El camino de la integración no siempre es fácil, y en muchos casos le origina una serie de importantes pérdidas: de identidad y autoestima, de familiares y amigos o de arraigo a sus costumbres sociales desde su nacimiento. De la seguridad de lo conocido hasta la incertidumbre de aquello que resulta novedoso y extraño, de la protección de aquello que siempre ha formado parte de él a una actitud autodefensiva de lo que el inmigrante puede considerar amenazas de un nuevo ámbito hostil, como son la exclusión y la desesperanza, caldos de cultivo ideales para que broten las adicciones y las alteraciones psicopatológicas. Desde luego, estos motivos son de gran relevancia para que el inmigrante use o abuse del alcohol hasta la posible creación de una dependencia, a lo que hay que añadir los patrones en la forma de beber que tiene el país de destino y que los inmigrantes van adquiriendo a lo largo del tiempo³⁴ y la cantidad, o no, de alcohol que ya consumía en su país de origen³⁵. El principal motivo para emigrar, y también a España, es el económico³⁶. Pero su integración en el país receptor es cada vez más complicada debido a que

tiene que competir con una sociedad nativa castigada por el desempleo laboral, motivado por la crisis económica y luego por la COVID-19. Si el proyecto laboral fracasa, el inmigrante se encuentra con un sistema de soporte mucho más laxo³⁷, lo que puede contribuir sensiblemente en el aumento del consumo de alcohol³⁸. El inmigrante debe realizar un intenso esfuerzo cognitivo con innumerables ensayos de adaptación al país receptor³⁹, que originan un sinfín de estados de estrés, más aún cuando padece una situación importante de vulnerabilidad al hallarse en unas circunstancias precarias personales y sociales: el estrés aculturativo como factor predictivo para el abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas^{40,41,42}. Está comprobado que existe una relación directa entre el estrés límite que pueden sufrir los inmigrantes y el desarrollo de síntomas psicopatológicos⁴³. En la hipótesis de la automedicación el paciente usaría el alcohol como fármaco, es decir, para aliviar la sintomatología negativa de su enfermedad psíquica, como la ansiedad o la depresión^{44,45}.

Aunque la inmigración por sí misma no originaría psicopatología, sí puede suponer un importante factor predisponente para padecerla⁴⁶.

El presente estudio pretende ser una continuidad de otro publicado en esta misma revista: *Trastorno por Uso de Alcohol en pacientes inmigrantes: seguimiento a 2 años de tratamiento* (INM)⁴⁷.

Los autores de este trabajo, como en el anterior estudio citado⁴⁷, no han hallado, con el fin de confrontar los resultados, bibliografía sobre estudios de seguimiento y evolución sobre patología dual en inmigrantes con TUA, ni en España ni en otros países occidentales. Sin embargo, ha parecido interesante compararlos con otro estudio de este Servicio de Salud Mental que también se publicó en esta revista, *Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento* (TPS)²⁹.

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

- Comparar la evolución a dos años de tratamiento de dos muestras de pacientes inmigrantes con TUA, una con patología dual y otra sin ella.
- Investigar los diagnósticos de patología psiquiátrica asociada al TUA.

MÉTODOS

El estudio se realizó en el Servicio de Salud Mental de "Puente de Vallecas", Madrid (SSM). A través de un muestreo consecutivo, se seleccionaron los pacientes inmigrantes desde el año 2000 hasta 2015 que cumplieran los siguientes

criterios: a) pacientes nuevos, derivados de Atención Primaria o del Hospital General de referencia, b) diagnosticados de TUA según el DSM-5⁴⁸, c) con Entrevista de Valoración de Alcoholismo⁴⁹ realizada, d) incluidos en el Programa de Alcoholismo del SSM y e) diagnóstico de patología psiquiátrica asociada, si procede. El resultado de esta muestra de inmigrantes (MIN) es de 388 pacientes procedentes de 27 países (tabla 1). Esta muestra se subdividió en dos poblaciones: 219 pacientes diagnosticados de patología dual (PD) y 169 sin patología psiquiátrica asociada (NOPD) (tabla 1).

En las dos muestras se describen las siguientes variables socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de educación y situación laboral.

El seguimiento de cada paciente en las dos muestras se realizó al mes 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 y 24, registrando en cada uno de ellos si el paciente se encontraba en abstinencia, recaída o abandono, sin tener un carácter acumulativo con respecto a los momentos de medida previos. Se hizo un análisis comparativo del estado evolutivo de las dos muestras.

Se trata de un estudio naturalístico de carácter prospectivo. Se empleó el Test Friedman para hacer un análisis exploratorio de los cambios en la evolución del tratamiento

(abstinencia, recaída, abandono) de las 9 observaciones (al mes 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 y 24) y los cambios de respuesta generales en el uso del alcohol (abstinencia, recaída y abandono) a lo largo de la intervención terapéutica en los 9 momentos referidos (al mes 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 y 24) se analizaron con el test de Friedman. La prueba Mann Whitney se utilizó para valorar las diferencias entre grupos (PD y NOPD). Las comparaciones post-hoc entre pares de momentos (t1-t3, t3-t6, t1-t6, etc.), se realizaron con la prueba de Wilcoxon. Se ha realizado un doble análisis de las patologías psiquiátricas asociadas en la población PD. Todas las pruebas se han considerado distribuciones bilaterales. El nivel de significación se ha establecido en el valor de $p < 0,05$. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 24.

En este estudio se ha considerado recaída a una vuelta al consumo continuado de alcohol y no a un consumo ocasional sin repercusiones biopsicosociales.

RESULTADOS

De los 388 pacientes del estudio de INM⁴⁷, 219 fueron diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico (PD), es decir un 56,44%, y 169 no (NOPD), un 43,56%. En la tabla 1 se observa por países el porcentaje comparativo de PD y NOPD, y

Tabla 1	Países de origen											
	NOPD (N=169)						PD (N=219)					
PAÍS	NT	N	%	N	%	PAÍS	N	N	%	N	%	
Ecuador	48	22	45,8	26	54,2	Argelia	9	8	88,9	1	11,1	
Perú	31	16	51,6	15	48,4	Rumania	46	19	41,3	27	58,7	
Bolivia	22	10	45,5	12	54,5	Bulgaria	17	9	52,9	8	47,1	
Argentina	12	4	33,3	8	66,7	Polonia	26	7	26,9	19	73,1	
República Dominicana	13	3	23,1	10	76,9	Francia	8	2	25,0	6	75,0	
Cuba	15	7	46,7	8	53,3	Italia	9	1	11,1	8	88,9	
Uruguay	9	3	33,3	6	66,7	Portugal	8	5	62,5	3	37,5	
Venezuela	8	6	75,0	2	25,0	Ucrania	14	3	21,4	11	78,6	
Chile	19	7	36,8	12	63,2	Egipto	4	2	50,0	2	50,0	
México	9	2	22,2	7	77,8	Libano	2	2	100,0	-	-	
Paraguay	7	-	-	7	100,0	Palestina	1	1	100,0	-	-	
Honduras	8	6	75,0	2	25,0	Siria	2	1	50,0	1	50,0	
Colombia	13	4	30,8	9	69,2	Guinea Ecuatorial	2	1	50,0	1	50,0	
Marruecos	26	18	69,2	8	30,8	<i>NOPD: No Patología Dual / PD: Patología Dual</i>						

aunque en algunos de ellos se constatan diferencias de porcentajes apreciables (100% vs. 0% en Paraguay o 77,8% vs. 22,2% en México), las frecuencias son muy pequeñas para obtener resultados significativos. En los países que tienen una frecuencia más elevada, como Ecuador, Rumanía y Perú, los porcentajes de las dos poblaciones son bastante similares. En tabla 2 se observa que: La edad media de NOPD, 46,13, es mayor que la de los pacientes con trastorno psiquiátrico, 40,21. Hay más mujeres en la población PD (32,4% frente a 20,7%). En el estado civil resalta sobre todo el mayor porcentaje de solteros en PD (34,2% vs. 11,2%), lo que incide, lógicamente, en la población casada (38,4% vs. 65,1%). En el nivel educacional destacan dos datos: un porcentaje ma-

yor de analfabetismo en NOPD (14,8% frente a 6,8%) y un gran contraste entre el valor PD con formación secundaria (21%) frente a un 7,7% en NOPD. En la situación laboral sobresalen el elevado paro en PD (un 30,6% vs. 18,3%) y la alta proporción de mujeres en la ocupación de sus labores en PD, lo que entendemos correlaciona con gran parte de esta categoría, puesto que la distribución por género femenino con patología psiquiátrica es casi el doble que los varones (19,6% por 10,7%).

El seguimiento de los pacientes a 2 años de tratamiento muestra que el 41,4% de la muestra NOPD se mantiene en abstinencia cuando concluye el tratamiento. Esto contrasta con el valor del porcentaje de abstinencia en PD (27%). La diferencia de este porcentaje entre muestras resulta estadísticamente significativa ($X^2=7,85$; $df=1$; $p=0,005$). El porcentaje de recaídas es similar para ambos grupos hasta el mes 15; a partir de este momento se aprecian diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos, con mayor número de recaídas en PD ($X^2=12,244$; $df=1$; $p=0,000$) (tabla 3). Con respecto al abandono, los porcentajes de cada tramo de seguimiento parecen bajos, con una diferencia muy pequeña a los 24 meses (58,6% en NOPD vs. 59,4% en PD) (tabla 3); y cuando se comparan las muestras entre sí estas diferencias no resultan estadísticamente significativas en ninguno de los meses de seguimiento. Es por esto que se puede concluir que la adherencia (pacientes que continúan en tratamiento, independientemente de su estado con relación al alcohol, es decir, abstinencia + recaída) en el seguimiento de ambas muestras es muy pareja (41,4% en NOPD vs. 40,7% en PD), aunque la posibilidad de logro es mayor en el grupo de NOPD, en especial a partir del mes 15. Caben destacar las variaciones observadas entre ambos grupos cuando se valora la influencia de la variable género, encontrando diferencias estadísticamente significativas en el nivel de abstinencia entre NOPD (47% en varones a final del tratamiento y 20% en mujeres; $X^2=8,347$; $df=1$; $p=0,004$) y PD (21% en varones y 40,8% en mujeres; $X^2=8,823$; $df=1$; $p=0,003$). Es llamativa la alta tasa de abandono en la muestra de hombres diagnosticados de PD, con una diferencia estadísticamente significativa cuando se compara con la de las mujeres en todos los meses de seguimiento ($p<0,01$). Se observa un total de 100 abandonos por parte de los varones (67% de los varones que iniciaron la atención), en contraste con 30 de las mujeres en el mes 24 (42% del total de las mujeres consultantes); esta diferencia de un 25% de mayor abandono por parte de los varones con PD resulta estadísticamente significativa desde el mes 1 ($X^2_{t1}=8,823$; $df_{t1}=1$; $p_{t1}=0,020$. $X^2_{t24}=12,745$; $df_{t24}=1$; $p_{t24}=0,000$), con una variación de 43 sujetos entre t1 y t24. Y contrasta con la tendencia contraria en NOPD donde el mayor nivel de abstinencia se da en la muestra de varones con diferencias estadísticamente significativas en todos los meses de seguimiento ($p<0,01$).

Tabla 2		Características socio-demográficas de NOPD y PD	
		NOPD	PD
		N = 169	N = 219
Edad	Media	46,13	40,21
	Desviación estándar	11,091	11,266
	Rango	48	50
	Moda(s)	53 años (N= 12)	32 años y 44 años (N=14)
	Mínimo	26	18
	Máximo	74	68
Sexo	Varones	134 (79,3%)	148 (67,6%)
	Mujeres	35 (20,7%)	71 (32,4%)
Estado civil	Soltero	19 (11,2%)	75 (34,2%)
	Casado	110 (65,1%)	84 (38,4%)
	Separado/ Divorciado	24 (14,2%)	50 (22,8%)
	Viudo	16 (9,5%)	10 (4,6%)
Educación	Analfabeto	25 (14,8%)	15 (6,8%)
	Sin estudios	48 (28,4%)	64 (29,2%)
	Primaria	76 (45,0%)	82 (37,4%)
	Secundaria	13 (7,7%)	46 (21,0%)
	Universitarios	7 (4,1%)	12 (5,5%)
Situación Laboral	Activo	101 (59,8%)	80 (36,5%)
	Sin empleo	31 (18,3%)	67 (30,6%)
	Jubilado	19 (11,2%)	16 (7,3%)
	Sus labores	18 (10,7%)	43 (19,6%)
	Estudiante	0 (0%)	13 (5,9%)

NOPD: No Patología Dual / PD: Patología Dual

Tabla 3		Evolución de NOPD y PD a lo largo del tratamiento				
		N=388				
		NOPD (N=169)		PD (N=219)		χ ² Pearson
MES		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
1	Abstinencia	73	43,2%	89	40,6%	,756
	Recaída	69	40,8%	89	40,6%	
	Abandono	27	16,0%	41	18,7%	
3	Abstinencia	78	46,2%	83	37,9%	,230
	Recaída	54	32,0%	76	34,7%	
	Abandono	37	21,9%	60	27,4%	
6	Abstinencia	73	43,2%	78	35,6%	,312
	Recaída	46	27,2%	66	30,1%	
	Abandono	50	29,6%	75	34,2%	
9	Abstinencia	70	41,4%	80	36,5%	,332
	Recaída	33	19,5%	37	16,9%	
	Abandono	66	39,1%	102	46,6%	
12	Abstinencia	65	38,5%	71	32,4%	,345
	Recaída	19	11,2%	33	15,1%	
	Abandono	85	50,3%	115	52,5%	
15	Abstinencia	67	39,6%	61	27,9%	,001
	Recaída	8	4,7%	35	16,0%	
	Abandono	94	55,6%	123	56,2%	
18	Abstinencia	69	40,8%	66	30,1%	,000
	Recaída	1	0,6%	23	10,5%	
	Abandono	99	58,6%	130	59,4%	
21	Abstinencia	69	40,8%	63	28,8%	,000
	Recaída	1	0,6%	26	11,9%	
	Abandono	99	58,6%	130	59,4%	
24	Abstinencia	70	41,4%	61	27,9%	,000
	Recaída	0	0%	28	12,8%	
	Abandono	99	58,6%	130	59,4%	

Si se profundiza en la composición de la muestra PD analizada, la comorbilidad más alta de la dependencia al alcohol (figura 1) se da con los trastornos adaptativos y depresión (22,8% cada uno), trastornos de la personalidad (21%) y trastorno de la ansiedad (15,5%). El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y de la conducta alimentaria (TCA) arrojan un resultado del 5,9%, un 5% el bipolar (TBP) y un 2,3% la esquizofrenia. El trastorno de personalidad como segundo diagnóstico es de 30,6%, que sumados a los del diagnóstico principal elevan el porcentaje al 51,6%. En todos los trastornos analizados, el porcentaje de hombres es mayor al de mujeres, excepto el 100% de 10 casos diagnosticados de TCA. A partir del mes 12 se aprecian diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de abstinencia entre las

submuestras resultantes de la división por categorías comórbidas (X²=15,890; df=7; p=0,026) con los valores más altos en los diagnosticados de trastornos depresivos (21,1%), adaptativos (19,7%) y de ansiedad (19,7%). El grado de recaída es estadísticamente significativo a partir del mes 21 (X²=18,021; df=7; p=0,012) en especial para los pacientes diagnosticados de depresión (34,6%) y trastorno de la personalidad (15,4%). Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la tasa de abandono según diagnóstico a partir del mes 15 (X²=14,239; df=7; p=0,047), destacando la submuestra de pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo (27,6%) y trastorno de la personalidad (26%), seguido del trastorno por depresión (20,3%) y ansiedad (14,6%); significación que se agrava a partir del mes 18 (X²=18,021; df=7; p=0,012). Si ha-

emos un análisis por grupo de diagnóstico solo se obtiene un nivel de abstinencia estadísticamente significativo en el mes 12 en los pacientes diagnosticados de TBP ($X^2=5,151$; $df=1$; $p=0,023$) y trastorno de la personalidad ($X^2=6,003$; $df=7$; $p=0,014$).

DISCUSIÓN

En este estudio de pacientes inmigrantes, la diferencia entre los pacientes con PD y los NOPD es que aquellos son algo más jóvenes, con mayor porcentaje de mujeres, más solteros, mejor nivel educacional y peor situación laboral. Está descrito que los pacientes duales son más jóvenes y con mayores porcentajes de solteros y desempleados^{50,51}. Resulta llamativo que estos resultados, además de un mayor nivel educacional, concuerdan con nuestro estudio TPS²⁹. Asimismo, existe una mayor comorbilidad en las mujeres con TUA^{28,51}, también en inmigrantes (32,4% en este estudio; 47% en TPS²⁹), datos que contrastan con pacientes con TUA no duales (20,7 % en el presente trabajo; 10,56% en TPS²⁹). Un estudio de TUA en inmigración, sin distinguir entre patología dual o no, obtiene un 27,9%⁵³; en trabajos generalistas de este SSM: 10,63%⁵⁴, 10,33%⁵⁵, 14,17%⁵⁶; 16% en otro estudio generalista²⁸.

En este estudio, el seguimiento del tratamiento a 2 años de la muestra NOPD tienen una evolución más positiva que los de la muestra PD.

En el estudio INM⁴⁷, a los 24 meses, la abstinencia es del 33,8%, mayor que la abstinencia de la muestra PD (27,9%), pero es llamativo que sea prácticamente igual a la población con trastorno psiquiátrico asociado a alcoholismo del estudio TPS²⁹ (28%). En otros estudios generalistas de este SSM: 39,67%⁵⁵, 51,67%⁵⁶. Con relación a las recaídas, sorprende el elevado porcentaje de pacientes en las dos muestras que recaen en el alcohol en los primeros meses, aproximadamente un 40 % en el primer mes, que contrasta con el estudio TPS²⁹ en el que lo hacían un 28%; lógicamente, a medida que avanza el tiempo, las recaídas disminuyen, debido sobre todo al aumento de abandonos y a la consolidación de la abstinencia en aquellos pacientes más motivados y concienciados de su enfermedad. El abandono –el punto donde más hay que trabajar en todo programa de adicción– en las dos muestras es de alrededor del 60%, similar a la del estudio TPS²⁹ (62%); en otros estudios generalistas de este SSM: 54%⁵⁵, 35,83%⁵⁶. La adherencia al tratamiento, aproximadamente un 41% en las dos muestras, también es muy parecido al estudio TPS²⁹ (38%), pero sensiblemente inferior a otros estudios generalistas de este SSM: 49%⁵⁵, 64,17%⁵⁶.

Con lo expuesto anteriormente, se coteja que la abstinencia, el abandono y la adherencia son similares tanto en el

estudio TPS²⁹ como en el estudio actual, pero evolucionan en el tiempo peor que otros estudios generalistas de este SSM.

En la figura 1 se observa la comorbilidad psiquiátrica asociada al TUA que presenta este estudio de inmigración: A continuación, se analiza la distribución de cada uno de los diagnósticos asociados al TUA.

El trastorno depresivo es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que se asocian al TUA^{57,58}, con una prevalencia que puede variar entre el 12 y el 80%²⁵. Esta comorbilidad se ha relacionado con una evolución negativa de ambos trastornos y un pronóstico desfavorable^{59,60}. La hipótesis de la automedicación apunta a que este tipo de pacientes utilizaría el alcohol para aliviar su sintomatología depresiva⁴. En el presente estudio, la depresión asociada a TUA alcanza un porcentaje del 22,8%, muy similar al estudio TPS²⁹ (22%), pero a diferencia de otros trabajos^{33,61,62,63,64,65}, donde la mujer dependiente del alcohol padece con más frecuencia que el hombre trastorno por depresión, en este estudio la depresión en la mujer es del 30%, por un 70% en el hombre. Se precisaría un estudio específico sobre esta circunstancia. El trastorno depresivo presenta una fuerte asociación con la migración, sobre todo debido al duelo por las pérdidas personales y desarraigo que sufre el inmigrante^{46,66}.

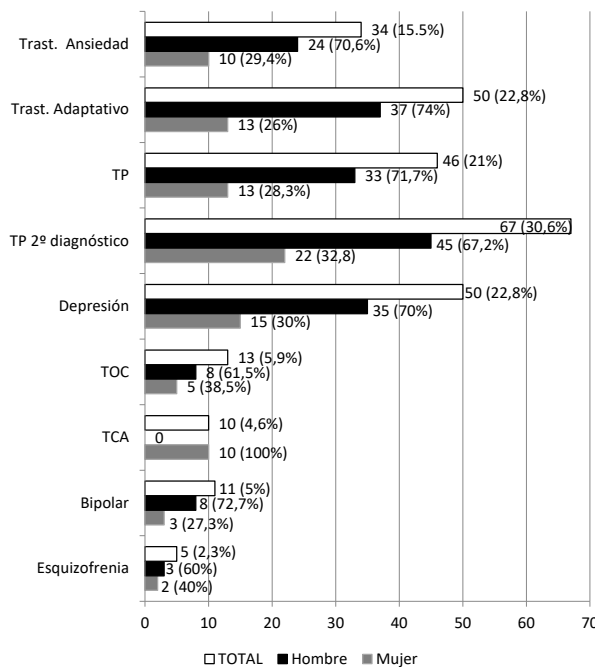


Figura 1 Diagnóstico psiquiátrico asociado a alcoholismo

A semejanza del trastorno depresivo, el de ansiedad es uno de los trastornos psiquiátricos asociados al TUA más frecuente^{27,51}, donde también la hipótesis de la automedicación puede tener su importancia para aliviar la sintomatología indeseada y el pronóstico de ambos tipos de trastornos puede empeorar^{67,68}. En estudios revisados, puede oscilar desde un 19,4%⁴ a un 55%⁶⁹. En este estudio el trastorno de ansiedad representa el 15,5 % (70,6% en hombres vs. 29,4% en mujeres), parejo al 18% del estudio TPS²⁹. El estrés continuado durante una época de la vida puede ser un factor predisponente para consumir sustancias adictivas⁷⁰. En este caso se puede encontrar el inmigrante en su adaptación al país de acogida, donde puede padecer niveles de estrés intensos que pueden producir ansiedad^{43,71}.

Con respecto a los trastornos de personalidad, la prevalencia de la comorbilidad del TUS oscila del 65% al 90%⁷²; con relación al alcohol, varía entre un 40% y un 50%⁸. La impulsividad y la búsqueda de la novedad y sensaciones son los rasgos de la personalidad más característicos que pueden predecir una futura problemática en el alcohol^{173,74}. Asimismo, la complejidad de este tipo de pacientes aboca a un pronóstico desfavorable, con frecuentes recaídas y abandonos⁷⁵. En este estudio supone un 21% de los pacientes con TUA y trastorno de la personalidad como primer diagnóstico (71,7% hombres vs. 28,3% mujeres), lo que supone un aumento con respecto al estudio TPS²⁹, que solo llegaba al 8%. Como segundo diagnóstico, el trastorno de personalidad alcanza el 30,6% (67,2% en hombres vs. 32,8% en mujeres), por un 22% en el estudio TPS²⁹. Si se suman el primer y segundo trastorno de personalidad del presente estudio resulta un porcentaje del 51,6%, por un 30% del estudio TPS²⁹. Llama la atención la diferencia del total de porcentaje entre la muestra generalista y la inmigrante: un 21,6%. Serían necesarios otros estudios con el fin de contrastar estos datos.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en el estudio actual representa el 5,9% del total de los inmigrantes con PD -todas mujeres-, mientras que en el estudio TPS²⁹ suponía un 2%. Aproximadamente un 30% de las pacientes con TCA tienen un TUS, así como un 15%-56% de las mujeres con TUS padecen un TCA⁷⁶. La prevalencia de este tipo de trastorno asociado al alcohol se da con mayor frecuencia en la bulimia nerviosa⁷⁷. Por estos motivos, es imprescindible en todo TCA evaluar de forma sistemática los patrones de uso de alcohol⁷⁸.

La esquizofrenia en este estudio de inmigración tiene un porcentaje de un 2,3% (60% en hombres vs. en 40% mujeres); un 11% en el estudio TPS²⁹. La esquizofrenia tiene una mayor comorbilidad entre los alcohólicos (3,8%) que en la población general (1,5%)⁴. Los enfermos mentales graves con un TUA asociado tienen una complejidad añadida en su

tratamiento, no solo incumplen las pautas de la medicación prescrita, sino también padecen un significativo deterioro psico-orgánico, una gran dificultad para acceder a los servicios de apoyo social o una mayor asistencia en los centros de urgencia sanitarios. En general, este tipo de pacientes viven unas frecuentes situaciones estresantes, ya de por sí más comunes en la población inmigrante.

La prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en la población general es del 1%-2,5%^{79,80}. En este estudio, los pacientes afectados por TOC alcanzan un 5,9%, por un 6% en el estudio TPS²⁹. Algunos autores han sugerido mecanismos neurobiológicos comunes en el TOC y en las adicciones⁸¹. Existe evidencia de que el TOC favorece una mayor incidencia de TUA⁸² y que la presencia de síntomas obsesivos-compulsivos ha sido comunicada entre pacientes dependientes del alcohol⁸³. En el TOC también se ha propuesto la hipótesis de la automedicación para aliviar el malestar originado por este trastorno. Asimismo, se ha informado que se infradiagnostica el TOC en el TUA, por lo que sería necesario una pormenorizada valoración psicopatológica para un tratamiento correcto⁸⁴.

El trastorno bipolar (TBP) es el trastorno mental del eje I que más se asocia al TUS^{85,86}. La prevalencia de TUA en el TBP se estima alrededor del 35%⁸⁷. En el presente estudio el porcentaje de TBP en la muestra con trastorno psiquiátrico es de un 5% (72,7% en hombres y un 27,3% en mujeres); un 9% en el estudio TPS²⁹. Este tipo de comorbilidad comporta un importante riesgo de incumplimiento en el tratamiento⁸⁸, más recaídas en la enfermedad y mayor probabilidad de suicidios⁸⁹. Diferentes estudios indican que el paciente con TBP consume más alcohol en la fase de manía que en la depresiva^{90,91}. Asimismo, la hipótesis de la automedicación para paliar los síntomas parece ser una de las más admisibles.

En los servicios de salud mental, los trastornos adaptativos son uno de los diagnósticos más frecuentes en inmigrantes⁹². En esta población pueden aparecer sintomatología emocional o comportamental debido a factores de estrés identificables, como pueden ser la precariedad laboral, la marginación social o la discriminación racial. La prevalencia en la población general en estos dispositivos es de un 5-20%⁴⁸. En este trabajo de inmigración es del 22,8 % (74% en hombres vs. 26% en mujeres); un 24% en el estudio TPS²⁹, lo que supone porcentajes similares en ambos estudios.

Los motivos de la falta del diagnóstico TDAH en esta población de inmigrantes puede ser debida a los mismos que se expresaron en el estudio TPS²⁹, es decir, tendencia a infradiagnosticar TDAH en la práctica clínica cotidiana en pacientes adultos o que en nuestro programa de alcoholismo no se admiten pacientes con otras adicciones asociadas (excepto

tabaquismo y juego patológico); es bien conocido que los pacientes con TDAH tienen tendencia a desarrollar alcoholismo, pero sobre todo aparece asociado a otras adicciones⁹³.

En conclusión, en este estudio de inmigración los pacientes con TUA y trastornos psiquiátricos asociados tienen una evolución más tórpida que los que no tienen patología dual después de 2 años de seguimiento, y peor que un estudio generalista de este SSM con similares características. Asimismo, los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al TUA en los inmigrantes son los trastornos depresivos, adaptativos, de ansiedad y de personalidad, aunque estos últimos con una llamativa diferencia de porcentaje con respecto al ya mencionado estudio generalista.

Un alto porcentaje de pacientes con patología dual no estarían diagnosticados adecuadamente⁵, lo que implicaría que el trastorno comórbido no estaría siendo tratado de forma apropiada⁹⁴. Estos pacientes, a menudo graves y complejos, precisan atención tanto del sistema sanitario como del social¹³. En caso de pacientes inmigrantes afectados de trastornos psicopatológicos asociados al TUA, el tratamiento resulta aún más complicado debido a la heterogeneidad de su origen, cultura y dificultad de acceder a los servicios sociosanitarios, lo que con frecuencia obstaculiza el proceso terapéutico. Por tanto, habría que desarrollar programas específicos de intervención, además de adecuar los servicios psicoasistenciales, con el objetivo de una mayor eficacia terapéutica en este tipo de población inmigrante

Los autores quieren señalar de nuevo que no se ha encontrado bibliografía similar, en inmigrantes con patología asociada a trastorno por consumo de alcohol, para contrastar los resultados obtenidos en este estudio, de naturaleza esencialmente exploratoria desde el punto de vista de la eficiencia clínica. Serían necesarios más estudios sobre esta temática para confrontar resultados. Por esta razón, este equipo de trabajo considera que el presente estudio tiene un carácter novedoso.

CONFLICTO DE INTERESES

Todos los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- Volkov, ND. Addiction and Co-occurring mental disorders. Director's perspective. NIDA Notes. 2007; 21:2.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Higes M, Eshleman S, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:8-19.
- Chambers RA, Cristal JH, Self DW. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. Biol Psychiatry. 2001;50:71-83.
- Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones. 2002;14(1):195-219.
- Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyre P, et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. Br J Psychiatry. 2003;183:304-13.
- Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV. Drug Abuse and Dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2007;64:566-76.
- Ross HE. DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: Results From the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. Drug Alcohol Depend. 1995;39:111-28.
- Bravo de Medina R, Echeburúa E, Aizpiri J. Características psicopatológicas y dimensiones de la personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. Adicciones. 2007;19(4):373-82.
- Rodríguez-Llena MC, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Silva TC, Sánchez-Nubió A, Torrens M. Psychiatric comorbidity in Young heroin users. Drug Alcohol Depend. 2006; 84: 48-55.
- Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT; ITINERE Investigators. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. Addiction. 2008;103:284-93.
- García-Carretero MA, Novalbos-Ruiz JP, Robles-Martínez M, Jordán-Quintero MA, O'Ferrall-González C. Perfil psicopatológico y prevalencia de patología dual de los pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio. Actas Esp Psiquiatr. 2017;45(1):1-11.
- Flynn PK, Brown BS. Co-occurring disorders in substance abuse treatments: Issues and prospects. J Subst Abuse Treat. 200;34:36-47.
- Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones. 2008;20(4):315-20.
- Haver B. (2003). Comorbid psychiatric disorders predict and influence treatment outcome in female alcoholics. Eur Addict Res. 2003;9:39-44.
- Haro G, Mateu C, Martínez-Raga JC, Castellano M, Cervera G. The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following detoxification. Eur Psychiatry. 2004;19:187-92.
- Figueroa DN, Palacios KA, Ugueto IC, Blanco J. Diseño y análisis de las propiedades de un instrumento para diagnosticar patologías duales. Anales de la Universidad Metropolitana. 2011;11:121-37.
- Madoz A, García V, Luque E, Ochoa E. Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología

- dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependientes con unidad psiquiátrica. *Adicciones*. 2013;25:300-8.
18. Lagerberg TV, Larsson S, Sundet K, Hansen CB, Hellvin T, Andreassen OA, Melle I. Treatment delay and excessive substance use in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198:628-33.
 19. O'Brien CP, Charney DS, Lewis L, Cornish JW, Post RM, Woody GE, et al. Priority actions to improve the care of persons with co-occurring substance abuse and other mental disorders: A call to action. *Biol Psychiatry [Internet]*. 2004;56(10):703-13
 20. Martín-Santos R, Fonseca F, Domingo-Salvany A, Ginés JM, Ímaz ML, Navinés R, et al. Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *Eur J Psychiatry*. 2006;20(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/s0213-61632006000300002>
 21. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1600-02.
 22. Hulse GK, Tait RJ. Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult inpatients with psychiatric disorders. *Drug and Alcohol Review*. 2002;21:105-12.
 23. Mukamal KJ, Kawachi I, Miller M, Rimm EB. Drinking frequency and quantity and risk of suicide among men. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:153-60.
 24. Urbanoski KA, Cairney J, Adlaf E, Rush B. Substance abuse and quality of life among severely mentally ill consumers: a longitudinal modelling analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:810-18.
 25. San L, Arranz B y Grupo de Expertos de la Guía de Práctica Clínica de Patología Dual. Guía de práctica clínica para el tratamiento de patología dual en población adulta. *Adicciones*. 2016;28:3-5.
 26. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. Results from the National Epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:361-68
 27. Saiz PA, Jiménez L, Díaz MA, García-Portilla MP, Marina P, Al-Halabi S, Szman N, Bobes J, Ruiz P. Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*. 2014;26(3):254-74.
 28. Cuadrado P. Dependencia alcohólica con y sin trastornos psiquiátricos asociados. *Adicciones*. 2000;12(3):373-81.
 29. Sánchez-Peña JF, Álvarez-Cotoli P, Rodríguez-Solano JJ. Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(3):129-35.
 30. Graham K, Bernards S, Knibbe R, Kairouz S, Kuntsche S, Wilsnack SC, Greenfield TK, Dietze P, Obot I, Gmel G. Alcohol-related negative consequences among drinkers around the world. *Addiction*. 2011;106:1391-405.
 31. Gussler-Burkhardt NL, Giancola PR. A further examination of gender differences in alcohol-related aggression. *J. Stud. Alcohol*. 2005;66: 413-22.
 32. Varela A, Pritchard ME. Peer influence: use of alcohol, tobacco, and prescription medications. *J Am Coll Health*. 2011;59:751-6.
 33. Santaularia, J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1286.
 34. Sordo L, Iciar B, Pulido J, Molist G, Rosales-Statkus ME, Ruiz-García M, Barrio G. Epidemiología del abuso de alcohol entre la población inmigrante en España. *Adicciones*. 2015;27(2):132-40.
 35. Walsh SD, Djalovski A, Boniel-Nissim M, Harel-Fisch Y. Parental, peer and school experiences as predictors of alcohol drinking among first and second generation immigrant adolescents in Israel. *Drug Alcohol Depend*. 2014;138:39-47.
 36. Skarlund M, Ahs A, Westerling R. Health-related and social factors predicting non-reemployment amongst newly unemployed. *BMC Public Health*, 2012;12:893.
 37. Gutmann M C. Ethnicity, alcohol, and acculturation. *Soc Sci Med*. 1999;48:173-84.
 38. So DW, Wong FY. Alcohol, drugs, and substance use among Asian-American College students. *J Psychoactive Drugs*. 2006;38:35-42.
 39. Forcada R, Ferrer MJ, Ochando B, Arco MI. Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española. *Revista española de Drogodependencias*. 2008;31(1):168-79.
 40. Muiño L. Salud Mental e inmigración. En *Guía de Atención al inmigrante*. Madrid. Ergon Ediciones. 2003.
 41. Buchanan RL, Smokowski PR. Pathways from acculturation stress to substance use among latino adolescents. *Subst Use Misuse*. 2009;44:740-62.
 42. De La Rosa M. Acculturation and Latino adolescents' substance use: a research agenda for the future. *Subst Use Misuse*. 2002;37:429-56.
 43. Achotegui J. Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Psicopatol. Salud ment*. 2008;11:15-25.
 44. Kendler KS, Ohlsson H, Edwards AC, Sundquist, J, Sundquist K. A developmental model for alcohol use disorders in Swedish men. *Psychol. Med*. 2016; 46:2759-70.
 45. Sher KJ, Grekin ER, Williams NA. The development of alcohol use disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol*. 2005;1:493-523.
 46. Delgado P. Emigración y Psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology*. 2004:15-25.

47. Sánchez-Peña JF, Jáñez-Álvarez M, Álvarez-Cotoli PG, García-Laredo E. Trastorno por uso de alcohol en pacientes inmigrantes: seguimiento a 2 años de tratamiento. *Actas Esp Psiquiatr.* 2021;49(3):114-23.
48. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5º Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
49. Sánchez JF, Olmeda M.S. Entrevista de valoración de alcoholismo en Salud Mental. *Anales de Psiquiatría*,2003;19:9-14.
50. Rush B, Koegl, CJ. Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *Can J Psychiatry.* 2008;53:810-21.
51. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones.* 2013;25(2):118-27.
52. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend.* 2008;68:299-307.
53. Monras M, Freixa, N, Ortega L, Pineda P, González A, Gual A. Alcoholismo e inmigración. Adherencia de los pacientes inmigrantes a la terapia grupal. *Med Clin (Barc).* 2006;126(7): 250-2.
54. Sánchez JF, Rodríguez Solano JJ. Juego patológico asociado a alcoholismo: un estudio de comorbilidad. *Anales de Psiquiatría.* 2006;22(2):53-63.
55. Sánchez-Peña JF, Rodríguez-Solano JJ. Seguimiento de pacientes alcohólicos tras 2 años de tratamiento. *Anales de Psiquiatría.* 2008;24(2):47-50.
56. Sánchez JF, Fernández I, Rodríguez JJ. Eficacia de la terapia de grupo en pacientes alcohólicos tras dos años de tratamiento. *Anales de Psiquiatría.* 2009; 25(1):1-6.
57. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2015;154:1-13.
58. Tirado-Muñoz J, Farre A, Mestre-Pinto J, Szerman N, Torrens M. Patología dual en depresión: recomendaciones en el tratamiento. *Adicciones.* 2018;30(1):66-76.
59. Agosti V, Levin, FR. One-year follow-up study of suicide attempters treated for drug dependence. *Am J Addict.* 2006;15: 293-6.
60. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2008;21:14-8.
61. Nathanson AM, Shorey, RC, Tirone V, Rhatigan DL. The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence. *Partner Abuse.* 2012;3:59-75.
62. Abulseoud OA, Karpyak VM, Schneekloth T, Hall-Flavin DK, Loukianova LL, Geske, JR, Biernacka JM, Mrazek DA, Frye MA. A retrospective study of gender differences in depressive symptoms and risk of relapse in patients with alcohol dependence. *Am. J. Addict.* 2013;22:437-42.
63. Boykoff N, Schneekloth TD, Hall-Flavin D, Loukianova L, Karpyak VM, Stevens SR, Biernacka JM, Mrazek DA, Frye MA. Gender differences in the relationship between depressive symptoms and cravings in alcoholism. *Am. J. Addict.* 2010;19:352-6.
64. Goldstein RB, Dawson DA, Chou SP, Grant BF. Sex differences in prevalence and comorbidity of alcohol and drug use disorders: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Stud. Alcohol Drugs.* 2012;73:938-50.
65. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend.* 2015;156:1-13.
66. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet.* 2005;365:1309-14.
67. Madoz A, García V, Luque E, Ochoa E. Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones.* 2013;25(4):300-8.
68. Alegría AA, Hasin, DS, Nunes EV, Liu SM, Davies C, Grant BF, Blanco C. Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:1187-95.
69. Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W. The course of anxiety, depression and drinking behaviors after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol Alcohol.* 2001;36:249-55.
70. Cleck JN, Blendy JA. Making a bad thing worse: adverse effects of stress on drug addiction. *J Clin Invest.* 2008;118:454-61.
71. Horiniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA. Epidemiology of substance use among forced migrants: a global systematic review. *PLOS ONE.* 2016;11(7):e0159134.
72. Belda L, Cortés MT, Gradolí VT. Comparación de psicopatología en pacientes dependientes de alcohol, cocaína y policonsumidores. *Rev Esp Drogodep.* 2010;35(4):395-412.
73. Littlefield AK, Sher KJ, Wood PK. Do changes in drinking motives mediate the relation between personality change and "maturing out" of problem drinking? *J Abnorm Psychol.* 2010;119:93-105.

74. Simons JS, Carey KB, Wills TA: Alcohol abuse and dependence symptoms: a multidimensional model of common and specific etiology. *Psychol Addict Behav.* 2009;23:415-27.
75. Barea J, Benito A, Real M, Mateu C, Martín E, López N, Haro G. Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones.* 2010;22(1):15-24.
76. Behar R. Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancias. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2004;42(3):183-94.
77. Sinha R, O'Malley SS. Alcohol and eating disorders: Implications for alcohol treatment and health services research. *Alcohol Clin Exp Res.* 2000;24(8):1312-19.
78. Keel PK, Dorer DJ, Hedi KT, Franko D, Charatan DB, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:179-83.
79. Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. *Braz J Psychiatry.* 2005;27(3):237-42.
80. Fontenelle L, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006;30:327-37.
81. Lubman DI, Yücel M, Pantelis C. Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction.* 2004;12:1491-502.
82. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry.* 2006;163: 1978-85.
83. Suzuki K, Muramatsu T, Takeda, A, Shirakura K, 2002. Co-occurrence of obsessive-compulsive personality traits in young and middle-aged Japanese alcohol-dependent men. *Alcohol Clin. Exp Res.* 2002;26:1223-27.
84. Mc Keehan MB, Martin D. Assessment and treatment of anxiety disorders and co-morbid alcohol/other drug dependency. *Alcohol. Treat Q.* 2002;20(1):45-59.
85. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Rentero D. Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones.* 2017;29(3):186-94.
86. Merikangas KR, Akiskal HS, Angest J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:543-52.
87. Di Florio A, Craddock N, van den Bree M. Alcohol misuse in bipolar disorder. A systematic review and meta-analysis of comorbidity rates. *Eur Psychiatry.* 2014; 29:117-24.
88. Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment non adherence among US bipolar disorder patients. *Hum Psychopharmacol.* 2008;23:95-105.
89. Goldstein B I, Levitt AJ. The specific burden of comorbid anxiety disorders and of substance use disorders in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2008;10:67-78.
90. Levin FR, Hennessy G. Bipolar disorder and substance abuse. *Biol Psychiatry.* 2004;56:738-48.
91. Winokur G, Turvey C, Akiskal H, Coryell W, Solomon D, Leon A, et al. Alcoholism and drug abuse in three groups--bipolar I, unipolars and their acquaintances. *J Affect Disord.* 1998;50(2-3):81-9.
92. Ochoa E, Vicente N, Lozano M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp.* 2005;205(3):116-8.
93. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wild BT, Zedler M, Ziengenbein M, et al. Comorbilidad de la dependencia a alcohol y a drogas y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *RET, Revista de Toxicomanías.* 2009;58:12-18.
94. Terra MB, Barros HMT, Stein AT, Figueira I, Jorge MR, Palermo LH... Da Silveira DX. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. *Compr Psychiatry.* 2006;47:463-7.