

Miguel A. García-Carretero<sup>1</sup>  
José P. Novalbos-Ruiz<sup>2</sup>  
María Robles-Martínez<sup>3</sup>  
María A. Jordán-Quintero<sup>4</sup>  
Cristina O'Ferrall-González<sup>5</sup>

# Perfil psicopatológico y prevalencia de patología dual de los pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio

<sup>1</sup> CTS-391 Grupo Multidisciplinario para el progreso de la Salud Mental, Universidad de Cádiz. España

<sup>2</sup> Departamento de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública, Universidad de Cádiz. España

<sup>3</sup> CTA ARCA y Unidad de gestión clínica Salud Mental. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. España

<sup>4</sup> Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. España

<sup>5</sup> Departamento Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz. España

**Objetivo.** Estimar la prevalencia de patología dual (PD) en pacientes con dependencia alcohólica y describir el perfil psicopatológico de los trastornos mentales, su impulsividad, hiperactividad y craving.

**Metodología.** Estudio transversal sobre PD de 102 pacientes en tratamiento ambulatorio. Se determina la presencia de PD mediante la entrevista MINI-5 y el test MCMI-III, utilizando como criterio de abuso o dependencia de alcohol el DSM-IV. Se emplearon además la EIE (impulsividad), ASRSv1 (hiperactividad), EMCA (craving) y SF-36 (calidad de vida).

**Resultados.** La prevalencia de PD varía del 45,1% (MCMI-III) al 80,4% (MINI-5) dependiendo del instrumento utilizado. Predominan el episodio depresivo mayor actual y recidivante, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada actual, el riesgo de suicidio y el trastorno distímico actual; el 73,2% de los pacientes duales presenta una puntuación global moderada-intensa en EMCA, un 56,1% tiene conducta impulsiva y un 41,5% síntomas altamente consistentes con el TDAH. Respecto a la calidad de vida, el 53,7% tenía un mal estado de salud mental. Un 30% de los pacientes con PD y consumo añadido de drogas tenía antecedentes de trastorno bipolar y un 10% riesgo de suicidio alto.

**Conclusiones.** La prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio varía dependiendo del método de detección, siendo la MINI la que identifica un mayor número de casos. Más de la mitad de los pacientes con PD tiene conducta impulsiva, mala calidad de salud mental y altos niveles de craving. Requieren especial atención los PD con consumo de otras sustancias.

**Palabras clave:** Alcohol, Patología dual, Alcoholismo, Trastornos mentales

Correspondencia:

CTS/391 Grupo Multidisciplinario para el progreso de la Salud Mental  
Universidad de Cádiz. Facultad de Enfermería y Fisioterapia.

Miguel Ángel García Carretero

Avda. Ana de Viya nº 52

11009 Cádiz

Correo electrónico: miguel.garcia.carretero@hotmail.com

*Actas Esp Psiquiatr* 2017;45(1):1-11

## Psychopathological profile and prevalence of dual pathology on patients with alcoholic dependence undergoing outpatient treatment

**Aims.** Assess the prevalence of dual pathology in patients with alcohol dependence and describe the psychopathological profile of mental disorders, impulsiveness, ADHD presence and craving.

**Method.** It is a cross-sectional study about dual pathology, carried out on 102 patients undergoing outpatient treatment. The presence of dual pathology is established by means of the MINI-5 interview and the MCMI-III test; DSM-IV being used as the alcohol abuse criteria. Impulsiveness, ADHD presence, craving and quality of life were measured through SIS, ASRSv1, MACS and SF-36.

**Results.** The prevalence of dual pathology ranges from 45.1% to 80.4% according to MCMI-III and MINI-5, respectively. The most frequent pathologies are current major depressive episodes, followed by current generalized anxiety disorders, suicide risk and current dysthymia disorders; 73.2% of dual patients present a moderate and intense global score according to MACS, 56.1% got a meaningful score in impulsiveness according to SIS and 41.5% has highly consistent symptoms with ADHD. As regards quality of life, 53.7% of the sample had bad mental health. In the case of dual patients consuming other substances, 30% had a history of bipolar disorders and 10% had a high suicide risk.

**Conclusions.** The prevalence of psychiatric comorbidity in patients with alcohol dependence undergoing outpatient treatment varies depending on the detection method, MINI being the one identifying a greater number of cases. More than half of dual patients present impulsive behavior, a bad mental health state and high craving levels. Special attention should be paid to dual patients consuming other substances.

**Keywords:** Alcohol, Dual pathology, Alcoholism, Mental disorders

## INTRODUCCIÓN

La OMS<sup>1</sup> en 2015 comunica que el consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 3,3 millones de muertes cada año (5,9% de todas las defunciones). El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad, siendo el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa.

Para mejorar el diagnóstico y tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol hay que considerar la posibilidad de que concurren otras patologías psiquiátricas o trastornos de la personalidad, lo que se denomina patología dual (PD). Éste no es un término oficial incluido en las clasificaciones internacionales en salud mental (DSM-5, CIE-10) sino el resultado de planteamientos más actuales que vienen realizándose desde la década de los 90 en relación a la existencia de comorbilidades entre las diferentes psicopatologías. Es decir, el término PD se refiere a la presentación en un mismo sujeto de un trastorno mental y un trastorno adictivo<sup>2</sup>.

Diversos estudios epidemiológicos<sup>3,4</sup> indican que la comorbilidad de PD es muy elevada, siendo mayor en sujetos en tratamiento, y esta presencia concomitante de varios trastornos tiene implicaciones clínicas, evolutivas y terapéuticas relevantes. Tanto los estudios llevados a cabo en población general como los de muestras clínicas refieren prevalencias elevadas de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos<sup>5-7</sup>, situándose entre el 15-80%. Este amplio rango se debe a distintos factores, entre los que cabe destacar: la heterogeneidad de las muestras estudiadas, el modelo asistencial de los trastornos adictivos que integra o separa su atención de la red de salud mental, factores relacionados con la sustancia de abuso, factores intercurrentes y las dificultades diagnósticas. Uno de los problemas que plantea la PD es que con frecuencia la comorbilidad permanece sin identificar, lo que se traduce en malos resultados terapéuticos, mal pronóstico y mayores probabilidades de recaída<sup>8,9</sup>.

Disponemos de escasos datos sobre la prevalencia de PD en población española<sup>7,8,10,11</sup>, siendo la mayoría de ellos con pacientes con trastorno por uso de sustancias (TUS).

En las conductas adictivas es importante considerar algunos aspectos clínicos que condicionan la evolución y la respuesta a los tratamientos; entre ellos destacan la alta impulsividad<sup>12</sup>, la posible presencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el adulto<sup>13</sup> y la intensidad del craving<sup>14</sup>, dado que se ha demostrado que éste condiciona la gravedad de la dependencia alcohólica.

Un mejor conocimiento de las relaciones entre estas variables, permitiría profundizar en este campo de estudio y diseñar estrategias de evaluación y prevención relevantes

sobre los factores más significativos con el fin de reducir la incidencia y morbilidad de los mismos.

El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de patología dual (PD) en pacientes con dependencia alcohólica que acuden para iniciar tratamiento y describir el perfil psicopatológico de los trastornos mentales, su impulsividad, hiperactividad y craving.

## METODOLOGÍA

### Participantes

Estudio descriptivo sobre la prevalencia de PD en una población de 125 pacientes que acuden a un centro ambulatorio de tratamiento y rehabilitación del alcoholismo con un perfil de atención que contempla un modelo mixto que combina la autoayuda y el tratamiento por parte de un equipo técnico especializado. Aceptaron participar 110 sujetos, firmando el correspondiente consentimiento informado, de los cuales se descartaron 8 por cumplimentación inadecuada de los instrumentos seleccionados, 15 sujetos declinaron la participación por motivos personales, quedando una muestra final de 102 participantes. La realización de este estudio no ha supuesto interferencia alguna en las intervenciones clínicas de los pacientes. La adecuación de los aspectos metodológicos, éticos y jurídicos fue aprobada por la comisión de investigación. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes para la participación en el estudio y la cesión de datos.

### Procedimientos

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad y cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV<sup>15</sup> para la dependencia alcohólica o abuso. Se excluyeron aquellos pacientes que en ese momento estuvieran consumiendo alcohol y no mostraran intención de abandonar dicho hábito. La información fue recogida entre enero y junio de 2014 en el marco de la evaluación pretratamiento.

### Instrumentos

A partir de la historia clínica se obtuvieron los datos sociodemográficos (sexo, edad, nacionalidad, estado civil, residencia, nivel de estudios y situación laboral); antecedentes clínicos personales (físicos y psiquiátricos), psiquiátricos familiares, patrón de consumo [edad de inicio consumo de alcohol, consumo otras drogas, consumo (Unidad de Bebida Estándar) UBE/semana, tipo consumo, tipo de alcohol consumido, si fuma] y las incidencias legales. El policonsumo

se evaluó formulando la pregunta *¿ha consumido alguna/s droga/s en los últimos doce meses? Indique cuales*, y considerando que existía cuando, además del consumo de alcohol, el participante registró al menos otras dos sustancias (excluyendo tabaco).

Como parte de la entrevista clínica se les pasó la MINI-5, Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional en su versión en español<sup>16</sup>, que evalúa una gran amplitud de trastornos mentales. Como instrumentos autoadministrados se emplearon:

*Inventario Clínico Multiaxial de Millon - III (MCMI-III)*: La adaptación española<sup>17</sup> se utilizó para la evaluación de la personalidad (eje II), y probables trastornos del eje I. Una puntuación de 85 o más indica la presencia de trastorno mental en el Eje I y un probable trastorno de personalidad en el Eje II.

*EMCA (Escala Multidimensional de Craving de Alcohol)*: La validación española<sup>14</sup> consta de 12 ítems y se puntúan de 1 a 5 puntos. La puntuación total del Craving es la suma del Deseo de beber y de la *Desinhibición conductual*. Clasifica el Craving en leve, moderado e intenso según puntuaciones menores de 16, entre 16 y 40 o superiores a 40 respectivamente.

*Escala de Impulsividad de Estado (EIE)*: La validación española<sup>18</sup> tiene 20 ítems que se puntúan entre 0-3. Sus puntos de corte son 17 para hombres y 14 para mujeres.

*Escala de Autorreporte de Síntomas de TDAH en adultos (ASRSv1)*: Es una prueba para descartar síntomas asociados al TDAH en adultos y validada en España<sup>19</sup> que consta de 18 ítems agrupados en dos secciones; las 6 primeras preguntas (Sección A) y las 12 siguientes (Sección B). Si en la Sección A se marcan 4 o más opciones de las indicadas a continuación, entonces el paciente presenta síntomas altamente consistentes con el TDAH:

- Ítems 1, 2 y 3: opciones 3, 4 y 5.
- Ítems 4, 5 y 6: opciones 4 y 5.
- La Sección B aporta información adicional sobre los síntomas presentados.

El ASRSv1 se ha utilizado en pacientes alcohólicos y analizado sus propiedades psicométricas, demostrando su utilidad en el cribado del TDAH<sup>20</sup>.

*Cuestionario de Salud SF-36*: Validado en España<sup>21</sup>, tiene 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), rol emocional (RE), salud mental (SM). Los valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud respectivamente. Además, permite una agrupación de subescalas en dos componentes: PCS (Componente Sumatorio Físico) integrada por

las cuatro primeras y MCS (Componente Sumatorio Mental) que agrupa al resto.

## Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables con el cálculo de medias y desviación estándar para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Se compararon variables cualitativas entre pacientes duales y no duales mediante la prueba chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, y se analizaron diferencias en las variables cuantitativas mediante la prueba t de Student/ANOVA o equivalentes no paramétricos (Mann-Whitney/Kruskal-Wallis). La correlación entre variables cuantitativas se realiza mediante los test de Pearson y Spearman.

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21.

## RESULTADOS

La muestra estudiada la forman un total de 102 pacientes (76,5% hombres), con una edad media de 47 años (*DS* 9,81) y un rango de edad de 27-78 años. Las características sociodemográficas se presentan en la tabla 1.

Un 15,7% tuvo problemas judiciales antes de iniciar el consumo abusivo y 11,8% después del mismo. Algo más de un tercio (35,3%) tenía antecedentes psiquiátricos familiares en primer grado. Un 29,4% tenía patología orgánica siendo la HTA la más prevalente (13,7%), seguida de las neoplasias (5,9%).

La edad media de inicio de consumo de alcohol se establece en los 16,4 años para ambos sexos, con un patrón de consumo actual predominantemente diario (94,1%) y un consumo medio semanal de 68,1 UBE (72,85 UBE en hombres y 52,67 UBE en mujeres); el valor de la moda fue de 56 UBE con un rango de 28-154. Las bebidas más consumidas fueron la alternancia de bebidas fermentadas y destiladas (54,9%), seguida de bebidas destiladas (35,9%).

Un 66,7% es fumador y ocho de cada 10 pacientes habían consumido drogas en algún momento de la vida, siendo las más registradas: cocaína (35,3%), marihuana (15,7%) y hachís (11,8%). El policonsumo en los últimos 12 meses estuvo presente en el 21,6% de la muestra, y en el caso de los duales en el 24,4%; el 90,9% de los policonsumidores presentaba PD.

La prevalencia de PD varía dependiendo del instrumento empleado oscila de un 45,1% con el MCMI-III al 80,4% con la MINI-5.

Tabla 1 Datos sociodemográficos de la muestra

| VARIABLES                  | TODOS <sup>a</sup><br>% | PATOLOGÍA DUAL <sup>b</sup><br>% | NO DUALES <sup>c</sup><br>% | PAT. DUAL +<br>POLICONSUMO <sup>d</sup><br>% |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|
| <b>SEXO</b>                |                         |                                  |                             |                                              |
| Hombre                     | 76,5                    | 73,2                             | 90                          | 80                                           |
| Mujer                      | 23,5                    | 26,8                             | 10                          | 20                                           |
| <b>EDAD (años)</b>         |                         |                                  |                             |                                              |
| Media                      | 47,41                   | 47,27                            | 48                          | 45                                           |
| Rango                      | 27-78                   | 27-66                            | 33-78                       | 27-60                                        |
| <b>NACIONALIDAD</b>        |                         |                                  |                             |                                              |
| Español/a                  | 98                      | 97,6                             | 100                         | 100                                          |
| Otro país no Comunitario   | 2                       | 2,4                              | -                           | -                                            |
| <b>ESTADO CIVIL</b>        |                         |                                  |                             |                                              |
| Soltero/a                  | 21,6                    | 22                               | 20                          | 60                                           |
| Casado/a                   | 33,3                    | 31,7                             | 40                          | -                                            |
| Viudo/a                    | 2                       | -                                | 10                          | -                                            |
| Separado/a                 | 2                       | -                                | 10                          | -                                            |
| Divorciado/a               | 41,2                    | 46,3                             | 20                          | 40                                           |
| <b>RESIDENCIA</b>          |                         |                                  |                             |                                              |
| Vivienda propiedad         | 64,7                    | 65,9                             | 60                          | 70                                           |
| Vivienda en alquiler       | 29,4                    | 29,3                             | 30                          | 10                                           |
| Vivienda del trabajo       | 2                       | 2,4                              | -                           | 10                                           |
| Piso reinserción           | 3,9                     | 2,4                              | 10                          | 10                                           |
| <b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>   |                         |                                  |                             |                                              |
| Sin estudios               | 5,9                     | 7,3                              | -                           | 10                                           |
| ESO                        | 66,7                    | 68,3                             | 60                          | 90                                           |
| Bachiller o Grado Superior | 13,7                    | 12,2                             | 20                          | -                                            |
| Estudios Universitarios    | 13,7                    | 12,2                             | 20                          | -                                            |
| <b>SITUACIÓN LABORAL</b>   |                         |                                  |                             |                                              |
| Desempleado/a              | 41,2                    | 41,5                             | 40                          | 40                                           |
| Activo/a                   | 41,2                    | 39                               | 50                          | 40                                           |
| Pensionista/Jubilado       | 15,7                    | 17,1                             | 10                          | 20                                           |
| Incapacitado/a             | 2                       | 2,4                              | -                           | -                                            |

<sup>a</sup> N=102. <sup>b</sup> n=82. <sup>c</sup> n=20. <sup>d</sup> n=20.

Con la MINI-5 un 76,9% de hombres y un 91,7% de mujeres tenían PD, apareciendo el consumo de otras drogas en el 24,4%. Las tasas de prevalencias medias ponderadas para cada entidad clínica fueron: episodio depresivo mayor (EDM) actual (56,1%), recidivante (53,7%), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) actual (48,8%) y trastorno distímico actual (36,6%); el riesgo de suicidio estuvo presente en el 43,9% de los PD, siendo alto en la mitad de los casos. En los pacientes duales con consumo añadido de drogas el TAG fue el trastorno más prevalente en la actualidad (70%), seguido del EDM actual y recidivante (40% para cada uno); un 30% tenía antecedentes de trastorno bipolar (episodio maniaco/hipomaniaco en el pasado) y un 10% un riesgo de suicidio alto en la actualidad (Tabla 2).

El análisis de la PD en el eje I con el MCMI-III detecta como trastornos mentales más prevalentes: trastorno de ansiedad (41,5%), trastornos del pensamiento (17,1%) y distímico, dependencia de sustancias y depresión mayor (todos con un 9,8% respectivamente), con una media de 2,45 trastornos por cada sujeto, además de la dependencia al alcohol. Cuando se añade el consumo de drogas las prevalencias fueron trastorno de ansiedad (30%) y del pensamiento (20%) (Tabla 3).

En cuanto a los trastornos de personalidad evaluados con el mismo instrumento (eje II) las categorías más prevalentes de PD fueron: Esquizoide y esquizotípico, antisocial y límite, y evitativo (todos con un 4,9%). Con consumo añadido de otras drogas las tres más prevalentes fueron: Esquizotípico, narcisista y evitativo (todos con un 10%) (Tabla 4).

Respecto al craving (EMCA), casi tres cuartas partes de los pacientes presentaron una puntuación global moderada o intensa (64,7% vs 7,8%). Las mujeres presentan un craving moderado-intenso mayor que los hombres (91,6% frente a un 66,7%), a expensas de la escala "Deseo de beber", siendo más elevada para ellos la puntuación obtenida en la "Desinhibición conductual". La intensidad del craving fue mayor en el grupo de PD, siendo en ellos las puntuaciones más altas tanto en la global como en las dos escalas, y mayor aún cuando existía además un consumo de otras drogas, con una diferencia significativa en este último grupo en la puntuación global ( $p=0,028$ ) (Tabla 5).

En la tabla 6 se muestran los resultados de la impulsividad (EIE), síntomas de TDAH (ASRSv1) y calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) en las diferentes subpoblaciones. Un 52,9% registra alta impulsividad (51,3% hombres vs 58,3% mujeres). El 37,3% presenta síntomas altamente consistentes con el TDAH (35,9% hombres vs 41,7% mujeres). En cuanto a la calidad de vida, un 17,6% y un 45,1% presentan un mal estado de salud, física y mental respectivamente. La presencia de PD se asocia a una peor calidad de vida tanto en el aspecto físico ( $p=0,021$ ) como en el mental ( $p=0,000$ ).

Cuando además hay un consumo añadido de otras drogas las prevalencias aumentan aún más con diferencias significativas para los síntomas de TDAH ( $p=0,019$ ) y SF-36 Componente Sumatorio Mental ( $p=0,000$ ).

## DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas son muy similares a otras publicaciones sobre PD y trastornos adictivos, tanto en la edad media como en la distribución por sexo<sup>10,22</sup>. Hay una mayor representación de hombres (76,5%) al igual que en la mayoría de estudios sobre PD; la menor presencia de mujeres podría explicarse por una menor prevalencia y/o por el estigma social que limita su asistencia a tratamientos<sup>23</sup>. Resulta llamativo que las mujeres que acuden a tratamiento en este estudio tienen características diferenciales indicativas de una mayor gravedad clínica, como lo demuestran mayores niveles de impulsividad, la mayor prevalencia de síntomas consistentes de TDAH, y una mayor proporción de ellas en las que el deseo de beber es intenso.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol se establece en los 16,4 años para ambos sexos, lo que coincide con el estudio EDADES<sup>24</sup> 2011/2012. El consumo medio de UBE/semana es de 68,1; estas cifras reflejan el consumo elevado de alcohol propio de las poblaciones que acuden a los centros de tratamiento y que superan ampliamente el umbral de consumo de riesgo elevado.

El 82,4% consumió otras drogas en algún momento de la vida, siendo las sustancias más consumidas, cocaína, marihuana y hachís. Estas drogas asociadas a la ingesta de alcohol son también las más consumidas en otros estudios sobre PD, como el realizado en Navarra<sup>25</sup>, siendo la cocaína la más consumida en otro estudio realizado en la Comunidad de Madrid<sup>10</sup>.

El policonsumo (excluido el tabaco) en los últimos 12 meses está presente en un 21,6% y algo más en el grupo de pacientes duales (26,6% en hombres vs 18,2% en mujeres). El mayor consumo en el sexo masculino coincide con otros estudios<sup>26,27</sup> y con una reciente revisión sistemática<sup>28</sup> que analiza 40 investigaciones sobre PD. Existe una asociación significativa entre el consumo de drogas y la presencia de PD ( $p=0,014$ ), por lo que el consumo de drogas en pacientes que acuden a un centro de tratamiento para dependencia alcohólica podría ser un indicador de PD, recomendándose el empleo de instrumentos que lo confirmen.

La prevalencia de PD recogida con la MINI 5-0 (80,4%), se encuentra dentro del rango descrito por otros estudios<sup>5-7</sup>, pudiendo estar condicionada esta elevada cifra por la mayor capacidad de detección de trastornos mentales entre los profesionales de adicciones, tal como reflejan otras investigaciones<sup>8,10</sup>.

**Tabla 2** Prevalencias patologías psiquiátricas según Entrevista Mini 5.0 por sexo

| MINI 5.0 |                                      | TODOS <sup>a</sup> |       |      | PATOLOGÍA DUAL <sup>b</sup> |      |      | PAT. DUAL +<br>POLICONSUMO <sup>c</sup> |      |     |
|----------|--------------------------------------|--------------------|-------|------|-----------------------------|------|------|-----------------------------------------|------|-----|
|          |                                      | T                  | ♂     | ♀    | T                           | ♂    | ♀    | T                                       | ♂    | ♀   |
| <b>A</b> | EDM Actual                           | 45,1               | 41    | 58,3 | 56,1                        | 53,3 | 63,6 | 40                                      | 37,5 | 50  |
|          | EDM Recidivante                      | 43,1               | 38,5  | 58,3 | 53,7                        | 50   | 63,6 | 40                                      | 37,5 | 50  |
|          | EDM síntomas melancólicos Actual     | 17,6               | 10,3  | 41,7 | 22                          | 13,3 | 45,5 | 10                                      | 12,5 | -   |
| <b>B</b> | Tr. Distímico Actual                 | 29,4**             | 23,1  | 50   | 36,6                        | 30   | 54,5 | 10                                      | 12,5 | -   |
| <b>C</b> | Riesgo de Suicidio                   | 35,3*              | 33,3  | 41,7 | 43,9                        | 43,3 | 45,5 | 10                                      | 12,5 | -   |
|          | Tipo: Leve                           | 22,2               | 30,8  | -    | 22,2                        | 30,8 | -    | -                                       | -    | -   |
|          | Moderado                             | 27,8               | 38,5  | -    | 27,8                        | 38,5 | -    | -                                       | -    | -   |
|          | Alto                                 | 50                 | 30,8* | 100  | 50                          | 30,8 | 100  | 100                                     | 100  | -   |
| <b>D</b> | Episodio Hipomaniaco                 | 15,7               | 15,4  | 16,7 | 19,5                        | 20   | 18,2 | 30                                      | 25   | 50  |
|          | Tipo: Actual                         | 12,5               | 16,7  | -    | 12,5                        | 16,7 | -    | -                                       | -    | -   |
|          | Pasado                               | 87,5               | 83,3  | 100  | 87,5                        | 83,3 | 100  | 100                                     | 100  | 100 |
|          | Episodio Maníaco                     | 9,8                | 7,7   | 16,7 | 12,2                        | 10   | 18,2 | 30                                      | 25   | 75  |
|          | Tipo: Actual                         | 20                 | 33,3  | -    | 20                          | 33,3 | -    | -                                       | -    | -   |
|          | Pasado                               | 80                 | 66,7  | 100  | 80                          | 40   | 100  | 100                                     | 100  | 100 |
| <b>E</b> | Tr. de Angustia Actual               | 23,5               | 15,4  | 50   | 29,3                        | 20   | 54,5 | -                                       | -    | -   |
|          | Tr. de Angustia DPV                  | 11,8               | 7,7   | 25   | 14,6                        | 10   | 27,3 | -                                       | -    | -   |
| <b>F</b> | Agorafobia                           | 9,8                | 5,1   | 25   | 12,2                        | 6,7  | 27,3 | -                                       | -    | -   |
| <b>G</b> | Fobia Social                         | 17,6               | 23,1  | -    | 22                          | 30   | -    | -                                       | -    | -   |
| <b>H</b> | Tr. Obsesivo-Compulsivo              | 19,6               | 20,5  | 16,7 | 24,4                        | 26,7 | 18,2 | 30                                      | 25   | 50  |
| <b>I</b> | Estado por Estrés Postraumático      | 7,8                | 5,1   | 16,7 | 9,8                         | 6,7  | 18,2 | -                                       | -    | -   |
| <b>K</b> | Dependencia de Sustancias            | 7,8                | 10,3  | -    | 9,8                         | 13,3 | -    | 30                                      | 37,5 | -   |
|          | Abuso de Sustancias                  | 21,6               | 23,1  | 16,7 | 24,4                        | 26,7 | 18,2 | 100                                     | 100  | 100 |
| <b>L</b> | Tr. Psicóticos Actual                | 3,9                | 5,1   | -    | 4,9                         | 6,7  | -    | 10                                      | 12,5 | -   |
|          | Tr. Psicóticos DPV                   | 2                  | 2,6   | -    | 2,4                         | 3,3  | -    | -                                       | -    | -   |
|          | Tr. Estado Ánimo síntomas psicóticos | 2                  | 2,6   | -    | 2,4                         | 3,3  | -    | -                                       | -    | -   |
| <b>O</b> | Tr. Ansiedad Generalizada Actual     | 39,2               | 38,5  | 41,7 | 48,8                        | 50   | 45,5 | 70                                      | 45   | 50  |
| <b>P</b> | Tr. Antisocial de Personalidad DPV   | 11,8               | 15,4  | -    | 14,6                        | 20   | -    | 10                                      | 12,5 | -   |

EDM: Episodio Depresivo Mayor. DPV: De por vida. T: Todos. ♂: Hombres. ♀: Mujeres. Se omite la categoría "J" puesto que la dependencia se consideró un criterio de inclusión del estudio.

<sup>a</sup> T (N=102). ♂ (n=78). ♀ (n=24).

<sup>b</sup> T (n=82). ♂ (n=60). ♀ (n=22).

<sup>c</sup> T (n=20). ♂ (n=16). ♀ (n=4).

\* p=0,001. \*\*p=0,011.

**Tabla 3** Prevalencias síndromes clínicos según MCMI-III Eje I por sexo

| MCMI-III<br>EJE I         | TODOS <sup>a</sup> |      |      | PATOLOGÍA DUAL <sup>b</sup> |      |      | NO DUALES <sup>c</sup> |      |   | PAT. DUAL +<br>POLICONSUMO <sup>d</sup> |      |    |
|---------------------------|--------------------|------|------|-----------------------------|------|------|------------------------|------|---|-----------------------------------------|------|----|
|                           | T                  | ♂    | ♀    | T                           | ♂    | ♀    | T                      | ♂    | ♀ | T                                       | ♂    | ♀  |
| Trastorno de ansiedad     | 37,3               | 30,8 | 58,3 | 41,5                        | 33,3 | 63,6 | 20                     | 22,2 | - | 30                                      | 25   | 50 |
| Trastorno somatomorfo     | 2                  | 2,6  | -    | 2,4                         | 3,3  | -    | -                      | -    | - | -                                       | -    | -  |
| Tr. estrés postraumático  | 5,9                | 5,1  | 8,3  | 7,3                         | 6,7  | 9,1  | -                      | -    | - | 10                                      | 12,5 | -  |
| Trastorno bipolar         | 5,9                | 7,7  | -    | 4,9                         | 6,7  | -    | 10                     | 11,1 | - | 10                                      | 12,5 | -  |
| Trastorno distímico       | 7,8                | 2,6* | 25   | 9,8                         | 3,3  | 27,3 | -                      | -    | - | 10                                      | -    | 50 |
| Depresión mayor           | 7,8                | 5,1  | 16,7 | 9,8                         | 6,7  | 18,2 | -                      | -    | - | -                                       | -    | -  |
| Dependencia de sustancias | 13,7               | 15,4 | 8,3  | 9,8                         | 10   | 9,1  | 30                     | 33,3 | - | 20                                      | 25   | -  |
| Trastorno del pensamiento | 13,7               | 17,9 | -    | 17,1                        | 23,3 | -    | -                      | -    | - | 20                                      | 25   | -  |
| Trastorno delirante       | 2                  | -    | 8,3  | 2,4                         | -    | 9,1  | -                      | -    | - | 10                                      | -    | 50 |

T: Todos. ♂: Hombres. ♀: Mujeres. Se omite la categoría "Dependencia del alcohol" puesto que se consideró un criterio de inclusión del estudio.

<sup>a</sup> T (N=102). ♂ (n=78). ♀ (n=24).

<sup>b</sup> T (n=82). ♂ (n=60). ♀ (n=22).

<sup>c</sup> T (n=20). ♂ (n=18). ♀ (n=2).

<sup>d</sup> T (n=20). ♂ (n=16). ♀ (n=4).

\* p=0,011.

Existe una asociación significativa entre el sexo femenino y la presencia de PD ( $p=0,013$ ), como lo confirma otro estudio<sup>29</sup> que señala que las mujeres presentan una mayor probabilidad de padecer una comorbilidad psiquiátrica.

Los trastornos mentales más prevalentes coinciden con otros estudios publicados, siendo estos el EDM actual y recidivante<sup>8,30</sup> y el TAG<sup>8,31</sup>. El riesgo de suicidio es alto en la mitad de los sujetos y aparece ligado al sexo femenino de forma significativa. Un 15-25% de todos los suicidios se producen en pacientes alcohólicos<sup>5</sup>, siendo aún mayor el riesgo cuando existe PD<sup>8,10</sup> por lo que este aspecto requiere mayor investigación<sup>32</sup>.

La mayoría de los estudios de PD utilizan la entrevista MINI para detectar la patología comórbida<sup>8,10,11,33</sup>, sin prestar atención a la posible presencia de trastornos de personalidad en los pacientes alcohólicos, pudiendo suceder como en los trastornos por uso de sustancias (TUS) en los que está demostrado que el no considerarlos dificulta la eficacia de las intervenciones. Por tanto, pese a que el cuestionario MCMI-III detecta menores casos de PD frente a la MINI, su utilidad

puede residir en la capacidad para detectar trastornos de personalidad en su eje II<sup>34-36</sup>, a pesar de que no se han encontrado estudios de prevalencia de PD que usen este instrumento para detectar trastornos en el eje I. En relación al eje II las categorías de trastornos de personalidad encontradas difieren de otros estudios<sup>37</sup>.

Casi tres cuartas partes de pacientes con PD presentan un craving global moderado o intenso, indicativo de una mayor gravedad de dependencia alcohólica<sup>38</sup>, de ahí el interés de que este aspecto sea evaluado de manera que el profesional lo considere como un elemento importante en el diseño de la estrategia terapéutica y facilitar el proceso de recuperación<sup>14</sup>.

La intensidad del craving en PD es ligeramente mayor que en los pacientes no duales (73,2% vs 70%) y mayor aún cuando se consumen otras drogas (90%), con una diferencia significativa en este último grupo en la puntuación global ( $p=0,028$ ). En la validación española del EMCA<sup>14</sup> se indica que la intensidad del craving parece estar modulada por la intensidad de la dependencia del alcohol y la comorbilidad

**Tabla 4** Prevalencias prototipos según MCMI-III Eje II por sexo

| MCMI-III<br>EJE II | TODOS <sup>a</sup> |      |      | PATOLOGÍA DUAL <sup>b</sup> |      |      | NO DUALES <sup>c</sup> |      |   | PAT. DUAL +<br>POLICONSUMO <sup>d</sup> |      |   |
|--------------------|--------------------|------|------|-----------------------------|------|------|------------------------|------|---|-----------------------------------------|------|---|
|                    | T                  | ♂    | ♀    | T                           | ♂    | ♀    | T                      | ♂    | ♀ | T                                       | ♂    | ♀ |
| Esquizoide         | 3,9                | 5,1  | -    | 4,9                         | 6,7  | -    | -                      | -    | - | -                                       | -    | - |
| Evitativo          | 3,9                | 5,1  | -    | 4,9                         | 6,7  | -    | -                      | -    | - | 10                                      | 12,5 | - |
| Depresivo          | 2                  | -    | 8,3  | 2,4                         | -    | 9,1  | -                      | -    | - | -                                       | -    | - |
| Dependiente        | -                  | -    | -    | -                           | -    | -    | -                      | -    | - | -                                       | -    | - |
| Histriónico        | 2                  | 2,6  | -    | 2,4                         | 3,3  | -    | -                      | -    | - | -                                       | -    | - |
| Narcisista         | 2                  | 2,6  | -    | -                           | -    | -    | -                      | -    | - | 10                                      | 12,5 | - |
| Antisocial         | 5,9                | 5,1  | 8,3  | 4,9                         | 3,3  | 9,1  | 10                     | 11,1 | - | -                                       | -    | - |
| Agresivo (sádico)  | -                  | -    | -    | -                           | -    | -    | -                      | -    | - | -                                       | -    | - |
| Compulsivo         | 5,9                | 7,7  | -    | 2,4                         | 3,3  | -    | 20                     | 22,2 | - | -                                       | -    | - |
| Negativista        | -                  | -    | -    | -                           | -    | -    | -                      | -    | - | -                                       | -    | - |
| Autodestructivo    | -                  | -    | -    | -                           | -    | -    | -                      | -    | - | -                                       | -    | - |
| Esquizotípico      | 3,9                | 2,6  | 8,3  | 4,9                         | 3,3  | 9,1  | -                      | -    | - | 10                                      | 12,5 | - |
| Límite             | 3,9                | 2,6  | 8,3  | 4,9                         | 3,3  | 9,1  | -                      | -    | - | -                                       | -    | - |
| Paranoide          | -                  | -    | -    | -                           | -    | -    | -                      | -    | - | -                                       | -    | - |
| Clúster A          | 7,8                | 7,7  | 8,3  | 9,8                         | 10   | 9,1  | -                      | -    | - | 10                                      | 12,5 | - |
| Clúster B          | 13,7               | 12,8 | 16,7 | 14,6                        | 13,3 | 18,2 | 10                     | 11,1 | - | 10                                      | 12,5 | - |
| Clúster C          | 9,8                | 12,8 | -    | 7,3                         | 10   | -    | 20                     | 22,2 | - | 10                                      | 12,5 | - |

T: Todos. ♂: Hombres. ♀: Mujeres.

<sup>a</sup> T (N=102). ♂ (n=78). ♀ (n=24).<sup>b</sup> T (n=82). ♂ (n=60). ♀ (n=22).<sup>c</sup> T (n=20). ♂ (n=18). ♀ (n=2).<sup>d</sup> T (n=20). ♂ (n=16). ♀ (n=4).

psiquiátrica y adictiva. Esta escala ha demostrado ser sensible a los cambios en la evolución del curso de los pacientes alcohólicos, y por tanto, ser útil en la planificación y la evaluación de los resultados del tratamiento del alcoholismo.

El análisis de la conducta impulsiva como estado, pese a estar más presente en los pacientes duales que en los no duales (56,1% vs 40%), no ha mostrado diferencias significativas entre ambos grupos; a pesar de ello, su consideración tiene importancia debido a que la elevada impulsividad puede ser modificable con tratamiento farmacológico o psicoterapia, ya que como es sabido, las variaciones transitorias en los niveles de impulsividad responden a cambios ambientales o biológicos<sup>18</sup>. Numerosos estudios han relacionado la alta impulsividad con el consumo de drogas<sup>12,39</sup>, así se puede ver

que los pacientes dependientes de alcohol presentan mayores niveles de impulsividad que otros grupos control clínicos y controles sanos<sup>40</sup>.

Los síntomas consistentes con TDAH están presentes en algo más de un tercio de la muestra, aumentando discretamente (41,5%) en los pacientes PD, llegando hasta el 60% en aquellos con un consumo añadido de otras sustancias; este hecho concuerda con diversos estudios que señalan una alta incidencia de consumo abusivo de alcohol en pacientes con TDAH<sup>19,41</sup>. Otros estudios señalan la posibilidad de que sea la presencia de TDAH en el adulto la que condicione una mayor comorbilidad psiquiátrica<sup>42</sup>. Fisiopatológicamente, la alta prevalencia de enfermedades adictivas en TDAH puede explicarse por el hecho de que estas sustancias estimulan la



Tabla 5 Resultados EMCA por sexo

|                          |   | TODOS <sup>a</sup> |      |      | PATOLOGÍA DUAL <sup>b</sup> |      |      | NO DUALES <sup>c</sup> |      |     | PAT. DUAL + POLICONSUMO <sup>d</sup> |      |     |
|--------------------------|---|--------------------|------|------|-----------------------------|------|------|------------------------|------|-----|--------------------------------------|------|-----|
|                          |   | T                  | ♂    | ♀    | T                           | ♂    | ♀    | T                      | ♂    | ♀   | T                                    | ♂    | ♀   |
| Deseo de beber           | M | 68,6               | 64,1 | 83,3 | 70,7                        | 66,7 | 81,8 | 60                     | 55,6 | 100 | 90                                   | 87,5 | 100 |
|                          | I | 7,8                | 7,7  | 8,3  | 7,3                         | 6,7  | 9,1  | 10                     | 11,1 | -   | -                                    | -    | -   |
| Desinhibición conductual | M | 37,3               | 41   | 25   | 34,1                        | 40   | 18,2 | 50                     | 44,4 | 100 | 50                                   | 62,5 | -   |
|                          | I | 17,6               | 15,4 | 25   | 22                          | 20   | 27,3 | -                      | -    | -   | 20                                   | 12,5 | 50  |
| Puntuación global        | M | 64,7               | 59   | 83,3 | 65,9                        | 60   | 81,8 | 60                     | 55,6 | 100 | 90*                                  | 87,5 | 100 |
|                          | I | 7,8                | 7,7  | 8,3  | 7,3                         | 6,7  | 9,1  | 10                     | 11,1 | -   | -                                    | -    | -   |

T: Todos. ♂: Hombres. ♀: Mujeres. M: Moderado. I: Intenso.

<sup>a</sup> T (N=102). ♂ (n=78). ♀ (n=24).<sup>b</sup> T (n=82). ♂ (n=60). ♀ (n=22).<sup>c</sup> T (n=20). ♂ (n=18). ♀ (n=2).<sup>d</sup> T (n=20). ♂ (n=16). ♀ (n=4).

\* p=0,028.

Tabla 6 Resultados EIE, ASRSv1 y SF-36 por sexo

|                    |     | TODOS <sup>a</sup> |      |      | PATOLOGÍA DUAL <sup>b</sup> |      |      | NO DUALES <sup>c</sup> |      |     | PAT. DUAL + POLICONSUMO <sup>d</sup> |      |     |
|--------------------|-----|--------------------|------|------|-----------------------------|------|------|------------------------|------|-----|--------------------------------------|------|-----|
|                    |     | T                  | ♂    | ♀    | T                           | ♂    | ♀    | T                      | ♂    | ♀   | T                                    | ♂    | ♀   |
| EIE <sup>e</sup>   |     | 52,9               | 51,3 | 58,3 | 56,1                        | 56,7 | 54,5 | 40                     | 33,3 | 100 | 50                                   | 50   | 50  |
| ASRSv1             |     | 37,3               | 35,9 | 41,7 | 41,5                        | 40   | 45,5 | 20                     | 22,2 | -   | 60**                                 | 62,5 | 50  |
| SF-36 <sup>f</sup> | PCS | 17,6               | 15,4 | 25   | 22*                         | 20   | 27,3 | -                      | -    | -   | 20                                   | 25   | -   |
|                    | MCS | 45,1               | 35,9 | 75   | 53,7***                     | 43,3 | 81,8 | 10                     | 11,1 | -   | 80***                                | 75   | 100 |

T: Todos. ♂: Hombres. ♀: Mujeres. PCS: Componente Sumatorio Físico. MCS: Componente Sumatorio Mental.

<sup>a</sup> T (N=102). ♂ (n=78). ♀ (n=24).<sup>b</sup> T (n=82). ♂ (n=60). ♀ (n=22).<sup>c</sup> T (n=20). ♂ (n=18). ♀ (n=2).<sup>d</sup> T (n=20). ♂ (n=16). ♀ (n=4).<sup>e</sup> ≥17 puntos en hombres y ≥14 puntos en mujeres.<sup>f</sup> ≤49 puntos.

\* p=0,021; \*\* p=0,019; \*\*\* p=0,000.

liberación de neurotransmisores (especialmente dopamina) reduciendo de esta forma los síntomas príncipes del TDAH. El consumo de alcohol parece tener un efecto supresor sobre los síntomas de este trastorno, lo que conduce en ocasiones a una mejoría transitoria del insomnio que padecen con frecuencia<sup>13</sup>. Todo lo anterior subraya, por una parte, la

importancia de informar de los posibles riesgos que conlleva el consumo abusivo de alcohol u otras drogas en pacientes diagnosticados de TDAH y prevenir conductas adictivas; y por otra, recomendar el despistaje del TDAH en los consumos abusivos o de riesgo de alcohol y de otras sustancias en el adulto.

El 17,6% de la muestra tiene una mala calidad de vida en el aspecto físico y el 45,1% en el mental, empeorando en el caso de los pacientes duales y agravándose aún más cuando hay consumo añadido de drogas en el último año. En el caso de los duales consumidores de drogas se registra también una disminución de la calidad en el rol social, que pudiera explicarse por una peor integración en el círculo de bebedores no consumidores de drogas o de la población general. El uso de instrumentos que evalúan la calidad de vida puede ser útil cuando se emplean con finalidad terapéutica, por posibilitar tanto al terapeuta como al paciente informaciones que se traducen en un conocimiento del problema del alcoholismo y así promover cambios significativos del comportamiento problema<sup>43</sup>.

Entre las limitaciones metodológicas a considerar está la procedencia de la muestra, que no permite extrapolar resultados a la población general, al tratarse de pacientes que acuden a un centro ambulatorio de tratamiento y rehabilitación del alcoholismo con un modelo mixto de atención que combina la autoayuda y el tratamiento por parte de un equipo técnico especializado. Otra es el haber realizado la evaluación de la PD sin considerar un tiempo de abstinencia, que como demuestran los estudios revisados podría influir en el estado general del paciente y en los resultados obtenidos. Estos resultados deben confirmarse en muestras más grandes y de distinta procedencia.

La prevalencia de PD en pacientes con dependencia alcohólica que acuden a un centro de rehabilitación ambulatorio es muy elevada, comprobándose además que el consumo actual de otras sustancias se asocia a mayores prevalencias de craving moderado-intenso, de síntomas consistentes con TDAH y peor estado de salud mental. Por lo tanto, el consumo de otras drogas en pacientes que demandan atención por dependencia/abuso de alcohol podría ser un criterio para aplicar pruebas de screening de la patología dual. Uno de los retos sería identificar posibles indicadores clínicos que hagan sospechar PD y por tanto, que sirvieran para aplicar protocolos de detección que orienten la selección de los instrumentos diagnósticos a emplear, y a ser posible, en sus formas breves.

#### AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración a todos los profesionales y pacientes del Centro de Tratamiento de Adicciones, ARCA de Cádiz, que han colaborado en el presente estudio.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. Nota descriptiva; 349 [updated 2015 June 15; cited 2015 July 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Volkow ND. Addiction and co-occurring mental disorders. Director's perspective. *Addictions*. 2007;22(2):93-8.
- 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;65:566-76.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
- Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2002;14:195-219.
- Flynn PK, Brown BS. Co-occurring disorders in substance abuse treatments: Issues and prospects. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34:36-47.
- Rodríguez Jiménez R, Aragüés M, Jiménez Arriero MA, Ponce G, Muñoz M, Bagney A, et al. Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Invest Clin*. 2008;49:195-205.
- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. 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(1):191-200.
- 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.
- Szerman Bolotner N, Horcajadas FA, Vega Astudillo P, Babin Vich F, Mesias Pérez B, Basurte Villamor I, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*. 2011;23(3):249-55.
- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I. Psicosis y drogas. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Rev Patología Dual*. 2015;2:1-7.
- Szerman Bolotner N, Peris L, Balaguer A. Patología dual. Protocolos de intervención. Trastornos de personalidad [Internet]. 2010. Edika Med SL. [updated 2010 January 21; cited 2015 July 10]. Available from: [http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_modulo2.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo2.pdf)
- Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and Alcoholism*. 2008;43(3):300-4.
- Guardia Sericigni J, Luquero Vived E, Siñol Llosa N, Burguete T, Cardús Moya M. Utilidad de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) en la práctica clínica. *Adicciones*. 2006;18(3):265-74.
- American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª edición. Barcelona: Masson, S.A; 2000.
- Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M, Soto O. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0 [Internet]. 2000. [updated 2014 November 12; cited 2015 March 10]. Available from: <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquiatriaInternacional.pdf>
- Cardenal V, Sánchez MP. Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Madrid: TEA, Ediciones; 2007.
- Iribarren MM, Jiménez Giménez M, García de Cecilia JM, Rubio Valladolid G. Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:49-60.

19. Daigre C, Ramos-Quiroga JA, Valero S, Bosch R, Roncero C, Gonzalvo B, et al. Cuestionario autoinformado de cribado de TDAH ASRS-v1.1 en adultos en tratamiento por trastornos por uso de sustancias. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37(6):299-305.
20. Daigre C, Roncero C, Rodríguez-Cintas L, Ortega L, Lligoña A, Fuentes S, et al. Adult ADHD Screening in Alcohol-Dependent Patients Using the Wender-Utah Rating Scale and the Adult ADHD Self-Report Scale. *J Atten Disord*. 2015;19(4):328-34.
21. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*. 1995;104:771-6.
22. 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.
23. Alonso Álvarez A. Representación social del alcoholismo de personas alcohólicas. *Psicol Estud*. 2004;9(2):151-62.
24. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES) 2011/12 [Internet]. 2013. [updated 2013 January 30; cited 2015 May 10]. Available from: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EADDES2011.pdf>
25. Fernández Montalvo J, Landa N, López Goñi JJ, Lorea I, Zarzuela A. Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Rev Psicopatología y Psicología Clínica*. 2002;7(3):217-25.
26. Comtois KA, Ries R. Sex differences in dually diagnosed severely mentally ill clients in dual diagnosis outpatient treatment. *Am J Addict*. 1995;4:245-53.
27. Gearon JS, Nidecker M, Bellack A, Bennett M. Gender differences in drug use behavior in people with serious mental illnesses. *Am J Addict*. 2003;12:229-41.
28. Miquel de Montagut L, Roncero C, López Ortiz C, Casas M. Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con patología dual. *Adicciones*. 2011;23:165-72.
29. Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, Guebaly N. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Can J Psychiatry*. 2003;48:5-13.
30. Blanco C, Alegria AA, Liu SM, Secades-Villa R, Sugaya L, Davies C, et al. Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2012;73:865-73.
31. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence. United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug Alcohol Depend*. 2004;74:223-34.
32. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, et al. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse*. 2012;47(4):383-9.
33. Arias F. Prevalencia de patología dual en la atención de drogodependientes y pacientes con enfermedades mentales en España. *Salud i Ciencia*. 2014;20:878-9.
34. Márquez-Arrico JE, Adan A. Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*. 2013;25:195-202.
35. Arbaiza del Río MI. Alteraciones cognitivas, conectividad funcional y personalidad en el drogodependiente. Tesis Doctoral no publicada. Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 2014.
36. Otiniano Campos F. Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas depresión mayor y trastorno de ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III). Tesis Doctoral no publicada. Lima. Universidad Católica del Perú; 2012. Available from: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1479/OTINIANO\\_CAMPOS\\_FIORELLA\\_VALIDEZ\\_CONSTRUCTO.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1479/OTINIANO_CAMPOS_FIORELLA_VALIDEZ_CONSTRUCTO.pdf?sequence=1)
37. Bravo de Medina R, Echeburúa E, Aizpiri J. Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*. 2008;20:218-23.
38. Drobos DJ, Thomas SE. Assessing craving for alcohol. *Alcohol Res Health*. 1999;23:179-86.
39. Nadal R. La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*. 2008;20:59-72.
40. Bravo de Medina R, Echeburúa E, Aizpiri J. Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*. 2007;19:372-82.
41. Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(10):1301-13.
42. Roncero C, Ortega L, Pérez-Pazos J, Lligoña A, Abad AC, Gual A, et al. Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Alcohol Dependence Patients With and Without ADHD. *J Atten Disord*. 2015;1-8.
43. Da Silva Oliveira M, Duarte Moraes JF, Brilmann M. Calidad de vida en personas alcohólicas, antes y después del tratamiento según la escala SF-36. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana*. 2006;3(1):1-5.