

Jorge F. Sánchez-Peña¹
Paloma Álvarez-Cotoli¹
José J. Rodríguez-Solano¹

Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento

¹Servicio de Salud Mental Puente de Vallecas
Centro Peña Gorbea
Comunidad de Madrid

Introducción. Los alcohólicos registran altas tasas de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Se ha constatado que el sexo femenino tiene más posibilidades de presentar una comorbilidad psiquiátrica que el masculino. La existencia de comorbilidad en el alcoholismo implica un peor pronóstico en la evolución de la enfermedad. La terapia se hace más compleja debido a que estos pacientes padecen más problemas físicos, psíquicos, familiares y sociales que los alcohólicos sin comorbilidad.

Con este trabajo se pretende estudiar la evolución a dos años de tratamiento de una población de pacientes afectados de patología psiquiátrica asociada a alcoholismo.

Metodología. Se seleccionaron 100 pacientes, incluidos en el Programa de Alcoholismo, con trastorno psiquiátrico asociado a "Consumo Perjudicial" o "Síndrome de Dependencia" de Alcohol (CIE-10). Esta población se comparó con una muestra control constituida por 284 pacientes alcohólicos sin patología psiquiátrica asociada.

Resultados y conclusiones. El porcentaje de mujeres afectadas de trastorno psiquiátrico asociado a alcoholismo es del 47% (casi un 1/1 en relación al varón), mucho mayor que el 10,56% de la muestra control. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al alcoholismo son los trastornos de personalidad (30%), trastornos adaptativos (24%), trastornos depresivos (22%) y de ansiedad (18%). En la esquizofrenia la tasa de alcoholismo asociado es de un 11% y en los trastornos bipolares de un 9%. Después de dos años de seguimiento se obtiene que el 28% de los pacientes con patología psiquiátrica asociada a alcoholismo se encuentra en abstinencia frente al 41,90% de la muestra control. Por tanto, se evidencia una peor evolución de los enfermos afectados de patología dual.

Palabras clave: Patología dual, Alcoholismo femenino, Evolución del alcoholismo, Programa de alcoholismo, Recaída alcohólica

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(3):129-35

Correspondencia:
Jorge Fernando Sánchez Peña
Servicio de Salud Mental Puente de Vallecas
Calle Peña Gorbea, 4
28053-Madrid
Teléfono: 91-4778747
Correo electrónico: jorgefs56@hotmail.es

Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment

Introduction. Alcoholics show high rates of comorbidity with other psychiatric disorders. It is known that women are more likely to have psychiatric comorbidity than men. Existence of comorbidity in alcoholism implies a worse prognosis in the disease evolution. Treatment becomes more complex because these patients have more physical, psychological, familial and social problems than alcoholics without comorbidity.

This two-year treatment follow-up study has aimed to assess the evolution of a group of patients who have a psychiatric disorder associated with alcoholism.

Methods. We selected 100 patients enrolled in the alcohol program, with psychiatric disorder associated with "Harmful Use of Alcohol" or "Alcohol Dependence Syndrome" (ICD-10). This population was compared with a control sample consisting of 284 alcoholic patients without associated psychiatric disorders.

Results and conclusions. The percentage of women with psychiatric disorder associated with alcoholism is 47% (almost 1/1 in relation to men), significantly higher than the 10.56% of the control sample. Psychiatric disorders most frequently associated with alcoholism are personality disorders (30%), adjustment disorders (24%), depressive disorders (22%), and anxiety disorders (18%). In schizophrenic patients, the rate of alcoholism is 11% and in bipolar disorders 9%. After two years of follow up, it was found that 28% of the patients with psychiatric disorders associated with alcoholism were in abstinence compared to 41.90% of the control sample. Therefore, there is evidence of a worse outcome of patients suffering from a dual diagnosis.

Keywords: Dual diagnosis, Female alcoholism, Development of alcoholism, Alcoholism program, Alcoholic relapse

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad psiquiátrica es la asociación en un individuo de dos o más trastornos psiquiátricos. Si éstos concurren a la vez se denomina transversal, y si lo hacen en diferente época longitudinal¹. Desde hace un tiempo, cuando coexiste cualquier trastorno psiquiátrico con un trastorno por uso de sustancias tóxicas se está utilizando el término de *patología dual*²⁻⁴. Los pacientes alcohólicos presentan un elevado riesgo de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (30-75%), que supera sensiblemente a la tasa de prevalencia de enfermedades mentales de la población general (15-20%)⁵⁻⁸. Existen tres hipótesis que explicarían esta relación comórbida^{9, 10}. En la primera, cada trastorno sería independiente el uno del otro, pero ambos interactuarían entre sí de tal forma que agravaría la situación clínica del paciente. En la segunda, las alteraciones psiquiátricas, como ansiedad o depresión, serían producidas por un consumo excesivo de alcohol, y cuyos síntomas remitirían con la abstinencia del tóxico¹¹⁻¹⁴. Y en la tercera, la hipótesis de la automedicación, donde los pacientes utilizarían el alcohol como fármaco, es decir, para aliviar el padecimiento de la sintomatología de su enfermedad psíquica¹⁵⁻¹⁷. De esta manera, el alcohol aminoraría el sufrimiento que ocasionan los delirios en los esquizofrénicos, aumentaría la exaltación vital en los maníacos o amortiguaría el sentimiento de soledad y la tristeza en los afectados por depresión¹⁸. El sexo femenino presenta una mayor probabilidad de padecer una comorbilidad psiquiátrica que el masculino^{19, 20}. Así, en la mujer es más usual que la depresión anteceda al alcoholismo que en el hombre^{21, 22}.

La existencia de comorbilidad psiquiátrica en el alcoholismo implica un peor pronóstico en la evolución de la enfermedad a causa de un escaso cumplimiento del tratamiento^{23, 24}, y que, a su vez, eleva de forma importante las posibilidades de recaer en el alcohol. La terapia, pues, se hace más compleja debido a que estos pacientes padecen más problemas físicos, psíquicos, familiares y sociales²⁵⁻²⁸ que los alcohólicos sin comorbilidad. En el proceso de rehabilitación de este tipo de enfermos suelen sucederse periodos cortos de abstinencia con otros, más largos, de recaídas.

El objetivo de este trabajo es estudiar la evolución a dos años de tratamiento de una población de pacientes con patología psiquiátrica asociada a alcoholismo, comparándola con otra muestra control de pacientes alcohólicos que no padecen trastorno psiquiátrico.

MÉTODOS

El trabajo se realizó en el Servicio de Salud Mental (SSM) de "Puente de Vallecas", Madrid. Se seleccionaron los 100 primeros pacientes que desde 1990 cumplieran los siguientes criterios: a) pacientes nuevos, derivados de Atención Primaria o del Hospital General de referencia, b) con trastorno

psiquiátrico previamente diagnosticado según la clasificación CIE-10²⁹, c) con diagnóstico de "Consumo Perjudicial" o "Síndrome de Dependencia" de Alcohol (CIE 10), d) incluidos en el Programa de Alcoholismo del SSM, e) y con Entrevista de Valoración de Alcoholismo³⁰ efectuada. Esta población de 100 pacientes afectados de patología dual (PD) se comparó con una muestra control (MC) de 284 pacientes alcohólicos, de un estudio anterior de nuestro grupo de trabajo³¹, que no tenían patología psiquiátrica asociada.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, nivel de educación, situación laboral, trastorno psiquiátrico según CIE-10 y evolución del estado clínico con respecto al alcohol. El seguimiento de cada paciente se realizó al mes uno, tres, seis, nueve, doce, quince, dieciocho, veintiuno y veinticuatro, registrando en cada uno de estos periodos si el paciente se encontraba en abstinencia, recaída o abandono. En cada uno de estos controles se midió el estado en el que se encuentra el paciente, sin tener un carácter acumulativo con respecto a los controles previos.

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

Se trata de un estudio naturalístico de carácter prospectivo para el que se utilizó el programa informático estadístico *G-Stat*.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se señalan las características sociodemográficas de las dos poblaciones estudiadas. Como se puede observar, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las dos muestras. El porcentaje de mujeres en la población PD es mucho mayor que en MC (47% frente a un 10,56%). Hay más solteros en el grupo PD (36% frente a 20,77% en la MC). El nivel de estudios es mayor en PD (68% frente a 59,15% en estudios primarios y 24% frente a un 14,08% en estudios secundarios). En la situación laboral, al haber más mujeres en PD, hay mayor número de amas de casa (22% frente al 5,28% en la MC), lo que incide, de forma lógica, en el porcentaje de personas que se encuentran en activo (50% en PD frente a un 63,73% en MC).

En la muestra, los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al alcoholismo son los trastornos de personalidad (30%), trastornos adaptativos (24%), trastornos depresivos (22%) y de ansiedad (18%). En la esquizofrenia la tasa de alcoholismo asociado es de un 11% y en los trastornos bipolares de un 9%. Cuando los trastornos de personalidad se consideran como diagnóstico principal solo alcanzan el 8%, pero cuando se añaden los segundos diagnósticos (22%) alcanzan el 30%_mencionado (Figura 1). No se han encontrado TDAH entre los diagnósticos asociados en la muestra de pacientes con alcoholismo.

Tabla 1		Características sociodemográficas de la población estudiada		
		Patología Dual (PD) n = 100	Muestra Control (MC) n = 284	Estadístico y significación
Edad	Media	40,36	40,96	T student: p=0,49
	Desviación típica	10,18	10,58	
	Rango	45,00	50,00	
	Moda	31,00	35,00	
Sexo	Varones	53 (53%)	254 (89,44%)	Chi² p< 0,0001
	Mujeres	47 (47%)	30 (10,56%)	
Estado civil	Soltero	36 (36%)	59 (20,77%)	Chi² p=0,0201
	Casado/pareja	49 (49%)	176 (61,97%)	
	Separado/divorciado	13 (13%)	38 (13,38%)	
	Viudo	2 (2%)	11 (3,87%)	
Educación	Analfabeto	2 (2%)	14 (4,93%)	Chi² p= 0,0017
	Sin estudios	5 (5%)	52 (18,31%)	
	Primarios	68 (68%)	168 (59,15%)	
	Secundarios	24 (24%)	40 (14,08%)	
	Universitarios	1 (1%)	10 (3,52%)	
Situación laboral	Activo	50 (50%)	181 (63,73%)	Chi² p< 0,0001
	Parado	18 (18%)	69 (24,30%)	
	Jubilado	10 (10%)	19 (6,69%)	
	Ama de Casa	22 (22%)	15 (5,28%)	

Después de dos años en el Programa de Alcoholismo, se obtiene que el 28% de los pacientes con PD se encuentra en abstinencia frente al 41,90% de la MC (Tabla 2 y Figura 2), lo que es estadísticamente significativo en el seguimiento a los 24 meses. El abandono es mayor de forma significativa en MC que en PD en el mes 1 (14% vs 6%; $p=0,0127$).

Sin embargo, al final del seguimiento, mes 24, el abandono es mayor en PD (62% vs 50,7%; $p=0,0470$) (Figura 3). Por tanto, al final, la adherencia al tratamiento es menor en PD. Entre los que continúan en seguimiento, la recaída también es mayor en PD que en MC, y significativo en el mes 1 (Figura 4).

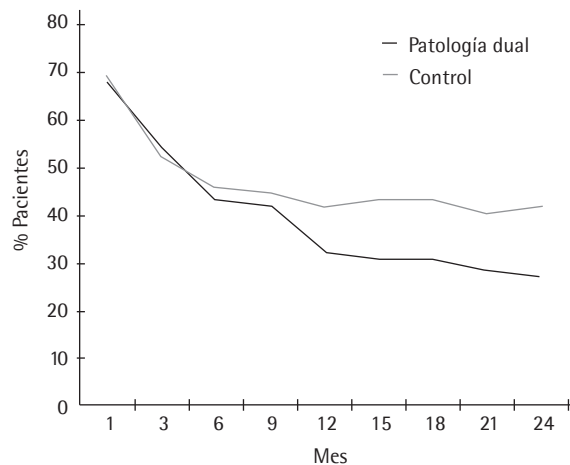
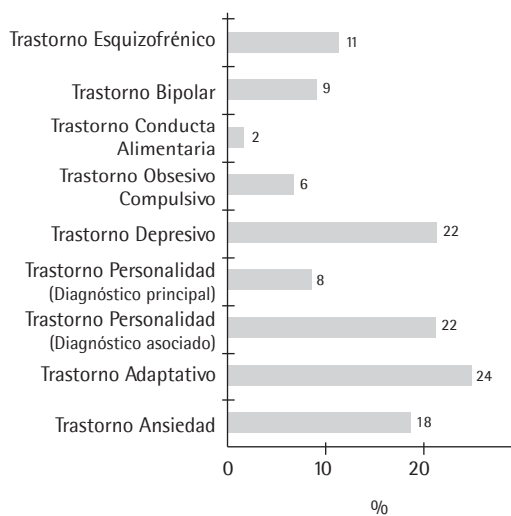


Figura 1 Diagnóstico psiquiátrico principal asociado a alcoholismo

Figura 2 Evolución de la abstinencia en pacientes con trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo vs control

Tabla 2		Evolución de la abstinencia a lo largo del tratamiento		
Mes		Patología Dual (PD)	Muestra Control (MC)	Chi ²
1	Abstinencia	66 (66%)	196 (69,01%)	p=0,0127
	Recaída	28 (28%)	48 (16,90%)	
	Abandono	6 (6%)	40 (14,08%)	
3	Abstinencia	54 (54%)	146 (51,41%)	p=0,1386
	Recaída	27 (27%)	58 (20,42%)	
	Abandono	19 (19%)	80 (28,17%)	
6	Abstinencia	43 (43%)	135 (47,54%)	p= 0.0605
	Recaída	29 (29%)	51 (17,96%)	
	Abandono	28 (28%)	98 (34,51%)	
9	Abstinencia	42 (42%)	129 (45,42%)	p=0,3659
	Recaída	18 (18%)	35 (12,32%)	
	Abandono	40 (40%)	120 (42,25%)	
12	Abstinencia	33 (33%)	118 (41,55%)	p=0,1315
	Recaída	19 (19%)	34 (11,97%)	
	Abandono	48 (48%)	132 (46,48%)	
15	Abstinencia	31 (31%)	122 (42,96%)	p=0,0780
	Recaída	15 (15%)	28 (9,86%)	
	Abandono	54 (54%)	134 (47,18%)	
18	Abstinencia	31 (31%)	122 (42,96%)	p=0,0723
	Recaída	12 (12%)	21 (7,39%)	
	Abandono	57 (57%)	141 (49,65%)	
21	Abstinencia	29 (29%)	114 (40,14%)	p=0,1128
	Recaída	9 (9%)	27 (9,51%)	
	Abandono	62 (62%)	143 (50,35%)	
24	Abstinencia	28 (28%)	119 (41,90%)	p=0,0470
	Recaída	10 (10%)	21 (7,39%)	
	Abandono	62 (62%)	144 (50,70%)	

Se hace un estudio de asociación para analizar cómo influyen las variables socio-demográficas y clínicas en la evolución de los pacientes con patología dual. No se ha encontrado ninguna asociación con la evolución del sexo, el estado civil, la situación laboral, ni con el diagnóstico por trastornos. Sí se demuestra una asociación del nivel de estudio con la evolución a los 12, 18 y 24 meses, los pacientes con estudios primarios tienen una mayor probabilidad de mantenerse en abstinencia a los 12 meses ($CHI^2= 14,83; p=0,001$), a los 18 meses ($CHI^2= 6,765; p=0,034$) y a los 24 meses ($CHI^2=9,178; p=0,010$). También se demuestra una asociación del diagnóstico sindrómico con la evolución a los 12 meses. Los pacientes con síndromes ansioso-depresivos se mantienen con más probabilidad en abstinencia a los 12 meses ($CHI^2 = 4,235; p=0,046$).

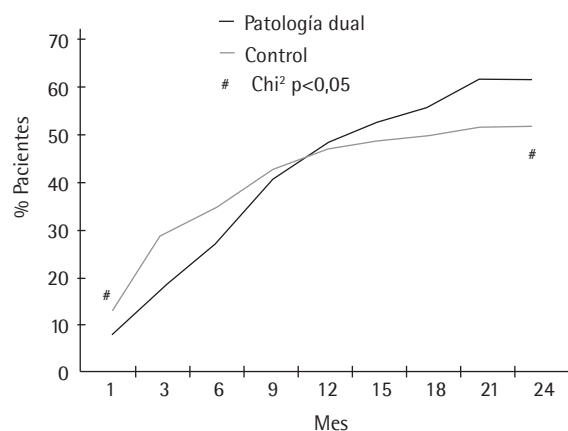


Figura 3

Evolución del abandono en pacientes con trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo vs control

DISCUSIÓN

En el presente estudio, el perfil del paciente afectado de alcoholismo de la MC es el de un varón de 40 años, casado,

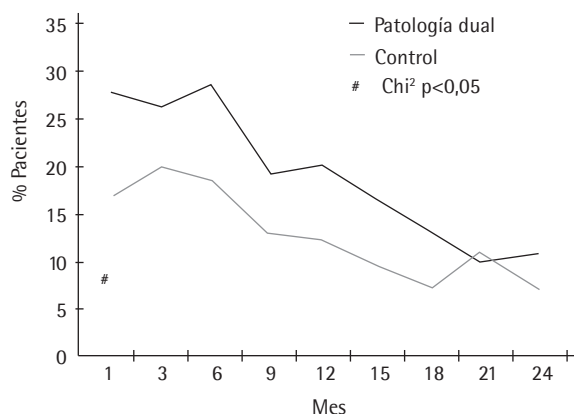


Figura 4

Evolución de la recaída en pacientes con trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo vs control

con estudios primarios y en situación de activo en su vida laboral (Tabla 1). El de PD es el de un enfermo también de la misma edad, con una similar proporción entre hombres y mujeres, donde igualmente predominan los casados pero con un mayor porcentaje de solteros, con mejor nivel educativo y laboralmente activos.

Las mujeres alcohólicas tienen más probabilidad de tener un diagnóstico psiquiátrico adicional que los hombres, y cuando se ha estudiado específicamente dimensiones e índices las puntuaciones son más elevadas^{10,32}. En este trabajo, el 47% del grupo PD son mujeres (una proporción de casi uno a uno en relación a los hombres) y del 10,56% en la MC (nueve a uno varón/mujer), lo cual resulta muy significativo. La revisión de otros estudios sitúa esta proporción en el alcoholismo en general entre un cuatro y un nueve a uno a favor de los varones^{31, 33-35}.

El 28% de los integrantes de PD se encuentran en abstinencia a los dos años del tratamiento, lo que contrasta con el 41,90% de los de a MC (Tabla 2). En otros estudios revisados, la abstinencia en el alcoholismo en general puede variar desde un 20% hasta un 50%^{31, 36-38}. El abandono en PD aumenta de forma progresiva en todos los meses, pero incluso hasta el mes 9 se originan menos que en MC. A partir de ese mes, los abandonos en MC se estabilizan, particularidad que no ocurre en el grupo PD (Figura 3). Esta característica se repite en la adherencia al tratamiento (pacientes que no abandonan) (Tabla 3). Con respecto a las recaídas, se producen más en PD (excepto en el mes 21) que en MC (Figura 4). Los resultados obtenidos coinciden con estudios realizados anteriormente en España^{32,39} y a nivel internacional^{40,41}. Los datos conseguidos en este estudio apuntan en su conjunto a una peor evolución de los pacientes con PD que la MC: al final de la evolución tienen menos tasas de absti-

nencia, más tasas de abandono y una menor adherencia al tratamiento. En este estudio, la comorbilidad más frecuente, similar a otro analizado¹², es la ansioso-depresiva, con un 40%. Con respecto a la depresión, el alcohol puede inducir trastornos en el estado de ánimo tanto cuando el paciente está bebiendo como en el proceso de rehabilitación^{42, 43}. Si en este trabajo la comorbilidad de la depresión es de un 22%, en otros puede variar entre un 24%⁴⁴ y un 70%⁴⁵. Con relación a la ansiedad, un 18%, contrasta con el 55-65% de otros revisados^{46, 47}. En este trabajo, a semejanza con otro realizado⁴⁸, existe una alta prevalencia de trastornos adaptativos y, por el contrario, baja de trastornos de ansiedad y depresivos. Esto podría explicarse por una mayor tendencia a diagnosticar trastornos adaptativos en los síntomas ansioso-depresivos. La comorbilidad del alcohol con los trastornos de personalidad en este estudio es del 30%. En otros trabajos, varía sensiblemente entre un 40-44%⁴⁹ y entre un 30-80%⁶. Igual que en otro estudio revisado⁵⁰, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la evolución del paciente alcohólico afectado de trastorno de personalidad. La llamativa ausencia de TDAH en la muestra estudiada puede ser debida a varios motivos. Aún existe una tendencia a infradiagnosticar los TDAH en la práctica clínica cotidiana en pacientes adultos, por lo que es posible hayan podido pasar desapercibidos. Por otro lado, en nuestro programa de alcoholismo no se admiten pacientes con otras adicciones asociadas (excepto tabaquismo y ludopatía), que son tratados en otros programas. Es bien conocido que los pacientes con TDAH tienen tendencia a desarrollar alcoholismo, pero sobre todo aparece asociado a otras adicciones⁵¹.

Es obvio que el tipo de trastorno psiquiátrico asociado al alcoholismo puede repercutir de forma diferente en la evolución del alcoholismo. Debido a que en este estudio el número de pacientes de cada trastorno era relativamente pequeño no se realizó una comparación entre ellos. La elevada prevalencia de comorbilidad influye decisivamente en la evolución y pronóstico de la enfermedad, siendo preciso un adecuado diagnóstico psicopatológico que ayude en el futuro manejo de los pacientes alcohólicos en tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. San L, Arranz B. Patología psiquiátrica relacionada con los trastornos por uso de alcohol. Curso de especialización en alcoholismo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2001.
2. Cervera J, Iglesias L, Segura L, Gonzalvo L. Manejo del paciente con patología dual. En: Manual SET de alcoholismo. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2003;p.493-509.
3. Barea J, Benito A, Real M, Mateu C, Martín E, López N, et al. Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. Adicciones. 2009;21:105-12.
4. Volkow ND. Addiction and Co-occurring mental disorders. Director's perspective. 2007;21:2.
5. Grant B, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP, et al. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:105-12.

- 2004;61:361-8.
6. Bravo R, Echeburúa E, Aizpiri J. Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*. 2007;19:373-82.
 7. Wüstoff L, Waal H, Ruud T, Grawe R. A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community Mental Health Centres. *BMC Psychiatry*. 2011;11:93.
 8. Ávila JJ, González D. Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*. 2007;19:383-92.
 9. Cervera G, Valderrama JC, Martínez-Raga J, Pérez-Gálvez B. Diagnóstico dual en el abuso y dependencia de alcohol: orientación diagnóstica y terapéutica para unidades de conductas adictivas. Madrid: Ed AG Rupem, 2002; p.43-4.
 10. Shivani R, Goldsmith J, Anthenelli RM. Alcoholism and psychiatric disorders: Diagnostic challenges. *Alcohol Res Health*. 2002;26:90-8.
 11. Feurlein W. Alcoholismo: Abuso y dependencia. Barcelona: Ed. Salvat, 1982;p.132-41.
 12. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2002;14(Supl 1).
 13. Cuadrado P, Martínez J, et al. Actuar es posible. El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior. Plan Nacional sobre Drogas, 1994; p.43-4.
 14. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría, 10ª Edición. Ed. Médica Panamericana, 2008; p.390-407.
 15. Santo-Domingo J, Rubio G. Trastornos psiquiátricos y alcoholismo. En: Rubio G, Santo-Domingo J, ed. Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2000; p.143-61.
 16. Casas M, Pérez J, Salazar I, Tejero A. Las conductas de automedicación en drogodependencias. En: Casas M, ed. Trastornos psíquicos en las toxicomanías. Barcelona: Ed Neurociencias, 1992.
 17. Pelicier Y, Archambault J. Du buveau à l'alcoolique: les essais de classification. *Vie Medical*. 1978;4:139-44.
 18. Alonso-Fernández A. Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico. Barcelona: Ed. Masson-Salvat, 1992; p.62-5.
 19. Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, Guebaly N. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Can J Psychiatry*. 2003;48:5-13.
 20. Mann K, Hintz T, Jung M. Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome? *European Archives of Clinical Neuroscience*. 2004;254:172-81.
 21. Lorenzo A. Alcoholismo y trastorno afectivo. En: Casas M, Gutiérrez M, San Molina L, ed. Psicopatología y alcoholismo. Barcelona: Ed Neurociencias, 1994;p. 375-92.
 22. Petrakis IL, González G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. An overview. *Alcohol Res Health*. 2002;26:81-90.
 23. Harver B. Comorbid psychiatric disorders predict and influence treatment outcome in female alcoholics. *European Addictions Research*. 2003;9:39-44.
 24. Burns L, Teesson M, O'Neill K. The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction*. 2005;100:787-96
 25. Pérez B, de Vicente MP, García L, Romero C, Oliveras MA. Prevalencia de psicopatología en dependientes de alcohol en tratamiento ambulatorio. *Trastornos Adictivos*. 2008;10:42-8.
 26. Baigent MF. Understanding alcohol misuse and comorbid psychiatric disorders. *Curr Opin Psychiatr*. 2005;18:223-8.
 27. Bischof G, Rumpf HJ, Meyer C, et al. Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*. 2005;100:787-96.
 28. 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. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64:566-76.
 29. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2008.
 30. Sánchez JF, Olmeda MS. Entrevista de Valoración de Alcoholismo en Salud Mental. *An Psiquiatría*. 2003;19:9-14.
 31. Sánchez JF, Rodríguez JJ. Seguimiento de pacientes alcohólicos tras 2 años de tratamiento. *An Psiquiatría*. 2008;24:47-50.
 32. Pérez-Gálvez B, Vicente-Manzanaro MP, García-Fernández L, Romero-Escobar C, Oliveras-Valenzuela MA. Prevalencia de psicopatología en dependientes al alcohol en tratamiento ambulatorio. *Trastornos Adictivos*. 2008;10:42-8.
 33. Monras M. Características diferenciales del alcohol femenino. *Adicciones*. 2010;22:339-52.
 34. 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. *Alcohol Research and Health*. 2006;29:79-91.
 35. Limusin F. Clinical and biological specificities of female alcoholism. *L'Encephale*. 2002;28:503-9.
 36. Soyka M. Profilaxis de las recaídas en el alcohol. *CNS Drugs*. 1997 Apr;7:313-27.
 37. Ávila P, Marcos M, Ávila JJ, Laso FJ. Influencia de la derivación a un Servicio de Medicina Interna en el seguimiento de pacientes alcohólicos. *Rev Clin Esp*. 2008;208:499-505.
 38. Gual A, Lligoña A, Costa S, Segura L, Colom J. Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. Resultados a 10 años de un estudio longitudinal prospectivo de 850 pacientes. *Med Clin*. 2004;123:364-9.
 39. Landa N, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Lorea I. Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *Int J Clin Health Psychology*. 2006;6:253-69.
 40. Benjamin AB, Mossman D, Graves NS, Sanders RD. Tests of a symptom checklist to screen for comorbid psychiatric disorders in alcoholism. *Compr Psychiatry*. 2006;47:227-33.
 41. Driessen M, Veltrup C, Wetterling T, John U, Dilling H. Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22:77-86.
 42. Marmorstein M. Longitudinal associations between alcohol problems and symptoms: early adolescence through early adulthood. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(1):45-9.
 43. Schuckit MA, Tipp JE, Bucholz KK, Nurnbergere JJ, Hesselbrock VM, et al. The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction*. 1997;92:1289-304.
 44. Schneider U, Altman A, Baumann M, Bernzen J, et al. Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: The first multicentre study in Germany. *Alcohol and Alcoholism*. 2001;36:219-23.
 45. Gratzter D, Levitan RD, Sheldon T, Toneatto T, Rector NA, et al. Lifetime rates of alcoholism in adults with anxiety, depression, or co-morbid depression/anxiety: a community survey of Ontario. *Journal of Affective Disorders*. 2004;79:209-15.
 46. Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W. The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*. 2001;36:249-55.
 47. Tomasson K, Vaglum P. A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity.

- Acta Psychiatrica Scandinavica. 1995;92:378-85.
48. Valbuena A, Largo R, Quintero-Gutierrez J, García-Resa E, Correas J, et al. Comorbilidad en alcohólicos ingresados. Implicaciones clínicas y sociosanitarias. Adicciones. 2001;13:297-304
49. Martínez-González JM, Graña JL, Trujillo HM. Influencia de los trastornos de personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. Adicciones. 2009;21:105-12.
50. Fernández-Montalvo J, Landa N, López-Goñi JL, Zarzuela A. Trastornos de la personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2002;7:217-25.
51. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, et al. Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). RET, Revista de Toxicomanías. 2009;58:12-8.