



# Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo

Natalia Landa<sup>1</sup> (*Centro de Salud Mental de Estella, España*),  
Javier Fernández-Montalvo (*Universidad Pública de Navarra, España*),  
José J. López-Goñi (*Fundación Proyecto Hombre de Navarra, España*)  
e Iñaki Lorea (*Fundación Proyecto Hombre de Navarra, España*)

(Recibido 7 de marzo 2005 / Received March 7, 2005)

(Aceptado 5 de julio 2005 / Accepted July 5, 2005)

**RESUMEN.** En este estudio se lleva a cabo un análisis del perfil de bebida y de la comorbilidad psicopatológica en 50 pacientes alcohólicos que acuden en busca de tratamiento a un programa ambulatorio de Proyecto Hombre de Navarra. Para ello, se lleva a cabo un estudio *ex post facto*, de carácter retrospectivo y con un grupo cuasi control. Se utilizan los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* para la dependencia alcohólica, el *Müncher Alkoholismus Test (MALT)* para valorar la gravedad del alcoholismo y el *SCL-90-R* como medida de la sintomatología asociada. Los resultados obtenidos muestran la presencia de numerosa sintomatología psicopatológica, con elevaciones significativas en la mayoría de las dimensiones del *SCL-90-R*, tanto en los hombres como en las mujeres de la muestra. La comparación con las muestras normativas refleja que los alcohólicos de la muestra presentan más síntomas psicopatológicos que la población normal, pero menos que la población psiquiátrica. Asimismo, la gravedad del alcoholismo se relaciona de forma significativa con la mayor presencia e intensidad de comorbilidad. Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para la investigación futura.

**PALABRAS-CLAVE.** Alcoholismo. Psicopatología. Comorbilidad. Evaluación. Estudio *ex post facto*.

<sup>1</sup> Correspondencia: Centro de Salud Mental de Estella. Carretera de Logroño, s/n. 31200 Estella. Navarra (España). E-mail: nataliland@retena.net.

**ABSTRACT.** In this paper an analysis of the drink profile and of the psychopathological comorbidity in 50 outpatient treatment-seeking alcoholics from “Proyecto Hombre de Navarra” (*Project Mankind*) is carried out. For it, an *ex post facto* study, in a retrospective way, was carried out. The DSM-IV-TR diagnosis criteria for alcohol dependence, the Müncher Alcoholismus Test (MALT), in order to assess the severity of the alcoholism, and the SCL-90-R, as measure of the associated symptoms, were used. Results showed a high level of psychopathological symptoms, with significant scores in most of the dimensions of the SCL-90-R, the same for men as for women of the sample. Comparison with normative samples reflects that the alcoholics of the sample present more psychopathological symptoms than the normal population, but less than the psychiatric population. Furthermore, the severity of the alcoholism is related, in a significant way, with the biggest presence and intensity of comorbidity. Lastly, implications of this study for further research and clinical practice are commented upon.

**KEYWORDS.** Alcoholism. Psychopathology. Comorbidity. Assessment. *Ex post facto* study.

**RESUMO.** Neste estudo faz-se uma análise do perfil de bebida e da comorbilidade psicopatológica em 50 pacientes alcoólicos que procuram tratamento ambulatorio do Projecto Homem. Para isso realiza-se um estudo *ex post facto*, de carácter retrospectivo e com um grupo quase controlo. Utilizam-se os critérios diagnósticos da *DSM-IV-TR* para a dependência alcoólica, o *Müncher Alcoholismus Test (MALT)* para classificar a gravidade do alcoolismo e o *SCL-90-R* como medida da sintomatologia associada. Os resultados obtidos mostram a presença de numerosa sintomatologia psicopatológica, com elevações significativas na maioria das dimensões do *SCL-90-R*, tanto nos homens como nas mulheres da amostra. A comparação com as amostras normativas reflecte que os alcoólicos da amostra apresentam mais sintomas psicopatológicos que a população normal, mas menos que a população psiquiátrica. Assim, a gravidade do alcoolismo relaciona-se de forma significativa com a maior presença e intensidade da comorbilidade. Por último, comentam-se as implicações deste estudo para a prática clínica e para a investigação futura.

**PALAVRAS CHAVE.** Alcoolismo. Psicopatología. Comorbilidade. Avaliação. Estudo *ex post facto*.

### Introducción

La elevada prevalencia de comorbilidad psicopatológica en los alcohólicos ha sido un tema de interés creciente en los últimos años. Según los estudios llevados a cabo en población general (Regier *et al.*, 1990; Ross, 1995), aproximadamente la mitad de los alcohólicos presenta un trastorno psiquiátrico añadido. Esta cifra supera ampliamente a la obtenida en la población general, que indica que cerca de una cuarta parte de los sujetos se encuentran afectados por un trastorno psicopatológico. Este porcentaje es incluso superior en poblaciones clínicas de alcohólicos, debido al denominado prejuicio de Berckson (Galbaud du Fort, Newman y Bland, 1993): los alcohólicos con un trastorno comórbido tienen una mayor probabilidad de acudir a tratamiento, fundamental-

mente debido al mayor sufrimiento que supone el doble diagnóstico. Así, diferentes estudios llevados a cabo con muestras clínicas arrojan tasas muy elevadas de comorbilidad, que oscilan entre el 55,3% (Blow, Cook, Booth, Falcon y Friedman, 1992), el 62% (Penick *et al.*, 1994) e incluso el 78% (Ross, Glaser y Germason, 1988). A pesar del consenso existente en cuanto a la frecuente sintomatología psicopatológica en los alcohólicos, se desconoce con exactitud la tasa real de comorbilidad, ya que las investigaciones aportan datos muy diferentes (Casas y Guardia, 2002). Estas divergencias se relacionan, probablemente, con distintos problemas metodológicos, como el tipo de instrumento empleado (Weiss, Mirin y Griffin, 1992), la selección de la muestra (Valbuena, Largo, Quintero, García y Correas, 2001) y, sobre todo, el tiempo transcurrido desde el inicio de la abstinencia (Schuckit *et al.*, 1997; Wetterling y Junghanns, 2000). Esta variabilidad de resultados se observa también con respecto al tipo concreto de psicopatología que concurre en el alcoholismo (Driessen *et al.*, 2001; Ross *et al.*, 1988; Tomasson y Vaglum, 1995). No obstante, los trastornos más frecuentes parecen ser los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Casas y Guardia, 2002). Así, los diferentes estudios han constatado una prevalencia de trastornos de ansiedad que oscila entre el 55% (Driessen *et al.*, 2001) y el 65% (Tomasson y Vaglum, 1995). En el caso de los trastornos del estado de ánimo, los datos existentes se sitúan entre el 24% (Schneider *et al.*, 2001) y el 33% (Tomasson y Vaglum, 1995).

En cualquier caso, la detección y tratamiento de la psicopatología concomitante al abuso de alcohol resulta fundamental, debido a su influencia en la evolución y pronóstico de la dependencia (Haver, 2003; Holdcraft, Jacono y McGue, 1998; Rousanville, Dolinsky, Babor y Meyer, 1987). Sin embargo, en la práctica clínica con frecuencia es difícil y costoso llevar a cabo entrevistas estructuradas completas para evaluar el amplio conjunto de posibles trastornos añadidos. Por ello, parece fundamental incorporar instrumentos diagnósticos de *screening*, como el *SCL-90-R* (Derogatis, 1992), que permitan, de forma rápida, obtener una valoración inicial acerca de la presencia de comorbilidad psicopatológica. En algunos estudios se ha comprobado la utilidad del *SCL-90-R* como prueba de *screening*. Haver (1997), por ejemplo, aplicó el *SCL-90* junto con una entrevista estructurada dirigida al diagnóstico psiquiátrico (*SCID-I*) en una muestra de mujeres alcohólicas. Los resultados mostraron que el Índice Global de Severidad (GSI) era eficaz para diferenciar entre los casos con psicopatología asociada y los que no la presentaban. Otros autores (Lucht, Jahn, Barnow y Freyberger, 2002) han destacado, incluso, el posible papel de este instrumento como predictor de recaídas. Las puntuaciones altas en algunas de las dimensiones (concretamente, en la sensibilidad interpersonal, la ansiedad, la ansiedad fóbica y el GSI) correlacionaban con la existencia de recaídas durante el primer año tras el tratamiento. Asimismo, una disminución en las escalas de depresión, ansiedad y GSI durante la terapia se asociaba con períodos de abstinencia más prolongados.

En este estudio *ex post facto* se lleva a cabo un análisis del perfil de consumo y las características psicopatológicas asociadas en una muestra de pacientes alcohólicos en tratamiento. Asimismo, se comparan las puntuaciones de los alcohólicos estudiados con las obtenidas por los grupos normativos de la versión española del *SCL-90-R* (González de Rivera, 2002): un grupo normativo de población normal y otro grupo

normativo de población psiquiátrica. Por último, se valora la relación existente entre la gravedad del alcoholismo y la frecuencia e intensidad de la sintomatología asociada. Se trata, según la propuesta de Montero y León (2005), de un estudio *ex post facto*, de carácter retrospectivo y con grupo cuasi control, y en su redacción se siguieron las directrices recomendadas por Ramos-Álvarez y Catena (2004).

## Método

### *Muestra*

La muestra de este estudio está compuesta por 50 alcohólicos que acudieron en busca de ayuda terapéutica al programa de tratamiento ambulatorio del alcoholismo de Proyecto Hombre de Navarra, durante el período comprendido entre noviembre de 2003 y agosto de 2004. De acuerdo con los criterios de admisión al estudio, los pacientes tenían que: a) cumplir los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000) para la dependencia alcohólica; b) tener una puntuación igual o superior a 11 en la versión española (Rodríguez-Martos y Suárez, 1984) del *Müncher Alkoholismus Test (MALT)* (Feuerlein, Ringer y Kufner, 1977); c) tener una edad comprendida entre los 18 y 65 años; y d) dar su consentimiento informado para participar en el estudio. Por lo que se refiere a las principales características sociodemográficas de la muestra seleccionada, la edad media era de 43,8 años (DT=10,5), 38 sujetos (76%) eran hombres y 12 (24%) mujeres. Todos ellos pertenecían a un nivel socioeconómico de clase media y media-baja.

### *Instrumentos de evaluación*

- El Perfil de Bebida (Miller y Marlatt, 1984) es una entrevista estructurada, que consta de 88 preguntas agrupadas en 6 áreas temáticas: consumo de alcohol, problemas de la vida diaria, situaciones de consumo de alcohol, tipo de bebidas preferidas, antecedentes médicos y otras conductas relacionadas como, por ejemplo, el consumo de drogas. Existe también una versión abreviada, que resulta de gran utilidad para su utilización durante los periodos de seguimiento e, incluso, para su aplicación a familiares directos.
- El *Müncher Alkoholismus Test (MALT)* (Feuerlein *et al.*, 1977) es una prueba diagnóstica que está compuesta por dos partes. La primera (MALT-O), de carácter objetivo, consta de 7 ítems que son cumplimentados por el terapeuta a partir de los datos procedentes de la exploración clínica, del historial del paciente y de los análisis de laboratorio. Cada respuesta positiva recibe una puntuación de 4 puntos. La segunda parte del instrumento (MALT-S), de carácter subjetivo, consta de 27 ítems auto-administrados, cada uno de ellos con un rango de 0 a 1 puntos. Una puntuación total en el instrumento igual o superior a 11, el punto de corte, sugiere la presencia de un diagnóstico de alcoholismo. En esta investigación se ha utilizado la versión española de Rodríguez-Martos y Suárez (1984).
- El *EuropASI* (Kokkevi y Hartgers, 1995), versión europea del Índice de Severidad de la Adicción (*ASI*) (McLellan, Luborsky, O'Brein y Woody, 1980), es

una entrevista clínica que valora la necesidad de tratamiento en 7 áreas diferentes: a) estado médico general, b) situación laboral y financiera; c) consumo de alcohol; d) consumo de otras drogas; e) problemas legales; f) relaciones familiares y sociales; y g) estado psicológico. El rango de las puntuaciones oscila de 0 (ausencia de problema) a 9 (problema extremo). El punto de corte de cada área es de 4 puntos. A mayor puntuación, mayor severidad de la adicción. En este estudio se ha utilizado la versión española de Bobes, González, Sáiz y Bousoño (1996).

- El *SCL-90-R* (Derogatis, 1992; versión española de González de Rivera, 2002) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El *SCL-90-R* está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo); además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: el Índice Global de Severidad (GSI), que refleja la gravedad global de los síntomas presentados, el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), que indica la intensidad de los síntomas presentes, y el Total de Sintomatología Positiva (PST), que recoge el número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0.

### *Procedimiento*

Una vez seleccionados los sujetos de la muestra de acuerdo con los criterios previamente indicados, la evaluación de los alcohólicos se llevó a cabo en el marco de la evaluación pretratamiento y constó de dos sesiones. En la primera se recogieron los datos relacionados con las características sociodemográficas y con el consumo de alcohol. En la segunda sesión se evaluó la presencia de sintomatología psicopatológica con el *SCL-90-R*.

## **Resultados**

### *Características del consumo de alcohol*

Por lo que se refiere al consumo de alcohol, la puntuación media obtenida en el *MALT* es de 29,5 (DT=8,2), con un rango que oscila entre 11 y 50 puntos (véase la Tabla 1). El consumo de alcohol se caracteriza por ser frecuente (6-7 días a la semana), con una media de consumo de 216,7 gramos diarios (DT=123,6; rango=50-640 gramos/día). Además, los pacientes presentan una antigüedad media de la dependencia alcohólica de 12 años. En ninguna de las variables estudiadas se observan diferencias significativas entre los hombres y las mujeres de la muestra alcohólica.

TABLA 1. Características del consumo de alcohol.

| VARIABLES                    | TOTAL         | HOMBRES       | MUJERES      | <i>t</i> |
|------------------------------|---------------|---------------|--------------|----------|
|                              | n = 50        | n = 38        | n = 12       |          |
|                              | -----         | -----         | -----        |          |
|                              | Media (DT)    | Media (DT)    | Media (DT)   |          |
| <i>MALT</i>                  |               |               |              |          |
| MALT-Subjetivo               | 18,7 (3,8)    | 18,8 (3,9)    | 18,5 (3,9)   | 0,18     |
| MALT-Objetivo                | 10,5 (5,5)    | 11,1 (5,6)    | 9,1 (4,8)    | 1,12     |
| MALT-Total                   | 29,5 (8,2)    | 30,1 (8,4)    | 27,5 (7,6)   | 0,92     |
| <i>EuropASI</i>              |               |               |              |          |
| Médico                       | 1,5 (2,1)     | 1,3 (1,9)     | 2,1 (2,8)    | 0,99     |
| Legal                        | 0,6 (1,3)     | 0,7 (1,3)     | 0,4 (1,2)    | 0,57     |
| Alcohol                      | 6,1 (1,1)     | 6,1 (1,2)     | 6,3 (1,1)    | 0,73     |
| Drogas                       | 1,1 (1,9)     | 1,1 (2,1)     | 1,1 (1,6)    | 0,01     |
| Empleo                       | 2,5 (2,3)     | 2,3 (2,3)     | 2,9 (2,3)    | 0,68     |
| Familia                      | 4,2 (2,1)     | 4,1 (2,1)     | 4,5 (2,2)    | 0,56     |
| Psicológico                  | 3,1 (2,3)     | 2,7 (2,4)     | 4,1 (2,1)    | 1,59     |
| Años de adicción             | 11,8 (6,8)    | 12,7 (7,2)    | 8,9 (4,5)    | 1,70     |
| Gramos diarios               | 216,7 (123,6) | 230,9 (129,8) | 171,6 (91,9) | 1,46     |
| VARIABLES                    | TOTAL         | HOMBRES       | MUJERES      | $\chi^2$ |
|                              | n=50          | n=38          | n=12         |          |
|                              | -----         | -----         | -----        |          |
|                              | n (%)         | n (%)         | n (%)        |          |
| <i>Patrón de consumo</i>     |               |               |              |          |
| Continuo                     | 39 (78%)      | 31 (81,6%)    | 8 (66,7%)    | 1,18     |
| Episódico                    | 11 (22%)      | 7 (18,4%)     | 4 (33,3%)    |          |
| <i>Frecuencia de consumo</i> |               |               |              |          |
| Diario                       | 36 (72%)      | 29 (76,3%)    | 7 (58,3%)    | 5,56     |
| 4-5 días/semana              | 5 (10%)       | 3 (7,9%)      | 2 (16,7%)    |          |
| 2-3 días/semana              | 9 (18%)       | 6 (15,8%)     | 3 (25%)      |          |
| <i>Tratamientos previos</i>  |               |               |              |          |
| Ninguno                      | 19 (38%)      | 15 (39,5%)    | 4 (33,3%)    | 7,11     |
| Uno                          | 16 (32%)      | 14 (36,8%)    | 2 (16,7%)    |          |
| Dos                          | 7 (14%)       | 3 (7,9%)      | 4 (33,3%)    |          |
| Tres o más                   | 8 (16%)       | 6 (15,8%)     | 2 (16,7%)    |          |
| <i>Otras dependencias</i>    |               |               |              |          |
| Sí                           | 18 (36%)      | 14 (36,8%)    | 4 (33,3%)    | 0,05     |
| No                           | 32 (64%)      | 24 (63,2%)    | 8 (66,7%)    |          |

La mayor parte de los sujetos presenta un patrón de consumo estable (un 78%), que en casi todos los casos es diario (72%). Sin embargo, destaca la existencia de un 22% de casos, en los que el consumo abusivo se produce, principalmente, durante los fines de semana. Una característica reseñable de la muestra se relaciona con la existencia de intentos previos de tratamiento del alcoholismo. En concreto, sólo algo más de un tercio de los pacientes (el 38%) acude por primera vez a consulta para el tratamiento de su adicción. El resto han recibido ya ayuda terapéutica en otros centros: un tratamiento previo en el 32% de los casos; dos tratamientos previos en el 14% de los casos; y tres o más tratamientos en el 16% de los casos. Ello refleja claramente la existencia de frecuentes recaídas en este tipo de pacientes.

Por otra parte, desde la perspectiva de la polidependencia, en el 36% de los casos se observa un consumo abusivo de otras sustancias. En este sentido destaca el consumo de estimulantes, principalmente cocaína –el 29% de los casos la ha consumido a lo largo de la vida y un 14% mantiene este consumo en el último año–, seguido de *cannabis* –el 22% lo ha consumido a lo largo de la vida y el 4% continúa su consumo en la actualidad–.

Por último, los resultados en el *EuropASI* reflejan, como era esperable, una puntuación elevada en la escala relacionada con el consumo de alcohol (6 puntos). En el resto de las escalas sólo supera el punto de corte la escala relacionada con los problemas familiares, con una media de 4,23 puntos.

### *Características psicopatológicas*

Los resultados obtenidos en el *SCL-90-R* por la muestra de alcohólicos y la comparación con la muestra normativa de población general se presentan en la Tabla 2.

TABLA 2. Resultados en el *SCL-90-R*.

| <i>Escala</i>                 | <i>Hombres<br/>(n=38)<br/>X̄ (DT)</i> | <i>Hombres<br/>Muestra<br/>normativa</i> | <i>t</i> | <i>Mujeres<br/>(n=12)<br/>X̄ (DT)</i> | <i>Mujeres<br/>Muestra<br/>normativa</i> | <i>t</i> |
|-------------------------------|---------------------------------------|--|----------|---------------------------------------|--|----------|
| GSI                           | 0,7 (0,6)                             | 0,4 (0,3)                                | 4,9***   | 1,3 (0,9)                             | 0,6 (0,4)                                | 5,5***   |
| PST                           | 38,1 (20,9)                           | 22,9 (13,3)                              | 6,0***   | 55,5 (23,7)                           | 27,4 (14,8)                              | 40,1***  |
| PSDI                          | 1,6 (0,5)                             | 1,7 (0,5)                                | 1,1      | 2,1 (0,7)                             | 1,8 (0,4)                                | 2,4*     |
| Somatización                  | 0,5 (0,5)                             | 0,4 (0,4)                                | 1,4      | 1,3 (0,8)                             | 0,7 (0,6)                                | 3,3***   |
| Obsesión-<br>compulsión       | 0,8 (0,7)                             | 0,6 (0,4)                                | 2,5*     | 1,3 (1,1)                             | 0,6 (0,5)                                | 4,4***   |
| Sensibilidad<br>interpersonal | 0,8 (0,6)                             | 0,4 (0,4)                                | 5,3***   | 1,7 (1,1)                             | 0,5 (0,5)                                | 7,6***   |
| Depresión                     | 1,1 (0,8)                             | 0,6 (0,4)                                | 6,1***   | 1,7 (1,1)                             | 0,8 (0,6)                                | 4,9***   |
| Ansiedad                      | 0,7 (0,6)                             | 0,4 (0,4)                                | 4,0***   | 1,8 (1,8)                             | 0,6 (0,5)                                | 6,7***   |
| Hostilidad                    | 0,5 (0,6)                             | 0,4 (0,5)                                | 1,1      | 1,1 (0,9)                             | 0,5 (0,6)                                | 3,3**    |
| Ansiedad fóbica               | 0,5 (1,1)                             | 0,2 (0,3)                                | 3,6***   | 0,7 (0,6)                             | 0,3 (0,4)                                | 3,3**    |
| Ideación<br>paranoide         | 0,7 (0,6)                             | 0,5 (0,5)                                | 2,2*     | 1,4 (1,1)                             | 0,5 (0,5)                                | 5,7***   |
| Psicoticismo                  | 0,6 (0,6)                             | 0,2 (0,3)                                | 6,5***   | 0,9 (0,7)                             | 0,2 (0,3)                                | 7,3***   |

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

En el caso de los hombres, se observan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la muestra normativa en la práctica totalidad de escalas del *SCL-90-R*, con la excepción del PSDI y las dimensiones de somatización y hostilidad. En todos los casos, los alcohólicos presentan un mayor grado de sintomatología asociada. Por lo que se refiere a las mujeres, las puntuaciones obtenidas son significativamente superiores en todas las dimensiones del *SCL-90-R*.

La comparación entre los hombres y las mujeres de la muestra en las puntuaciones obtenidas en el *SCL-90-R* se presentan en la Tabla 3. Los resultados muestran que las mujeres obtienen puntuaciones superiores a los hombres en todas las escalas. Desde una perspectiva estadística, las diferencias son significativas en el Índice Global de Severidad (GSI), en el Índice de Síntomas Positivos (PST) y en las dimensiones de somatización, obsesión-compulsión y depresión.

**TABLA 3.** Resultados en el *SCL-90-R* en función del sexo.

| <i>Escala</i>              | <i>Hombres</i><br>( <i>n</i> =38)<br>$\bar{X}$ (DT) | <i>Percentil</i> | <i>Mujeres</i><br>( <i>n</i> =12)<br>$\bar{X}$ (DT) | <i>Percentil</i> | <i>t</i> |
|----------------------------|---|------------------|---|------------------|----------|
| GSI                        | 0,7 (0,6)   | 85               | 1,3 (0,9)   | 95               | 2,24*    |
| PST                        | 38,1 (20,9)   | 85               | 55,5 (23,7)   | 95               | 1,95*    |
| PSDI                       | 1,6 (0,5)   | 50               | 2,1 (0,7)   | 70               | 1,86     |
| Somatización               | 0,5 (0,5)   | 75               | 1,3 (0,8)   | 85               | 2,34*    |
| Obsesión-compulsión        | 0,8 (0,7)   | 80               | 1,3 (1,1)   | 85               | 0,96*    |
| Sensibilidad interpersonal | 0,8 (0,6)   | 85               | 1,7 (1,1)   | 75               | 1,98     |
| Depresión                  | 1,1 (0,8)   | 70               | 1,7 (1,1)   | 90               | 2,28*    |
| Ansiedad                   | 0,7 (0,6)   | 80               | 1,8 (1,8)   | 95               | 1,79     |
| Hostilidad                 | 0,5 (0,6)   | 70               | 1,1 (0,9)   | 85               | 1,57     |
| Ansiedad fóbica            | 0,5 (1,1)   | 85               | 0,7 (0,6)   | 85               | 0,52     |
| Ideación paranoide         | 0,7 (0,6)   | 75               | 1,4 (1,1)   | 95               | 1,66     |
| Psicoticismo               | 0,6 (0,6)   | 90               | 0,9 (0,7)   | 95               | 0,72     |

\* $p < 0,05$ 

Este resultado era esperable debido a que, en general, la presencia de psicopatología es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. De hecho, las diferencias entre hombres y mujeres se observan en los propios datos normativos del *SCL-90-R*. Por ello, es interesante comparar los percentiles correspondientes a cada sexo en función de su grupo normativo. Así, las puntuaciones medias de las mujeres alcohólicas corresponden a percentiles más elevados que las de los hombres. Esto es así para todas las dimensiones, excepto en el caso de la sensibilidad interpersonal (ligeramente superior en los hombres) y de la ansiedad fóbica (que se sitúa en el percentil 85 para ambos grupos). Por tanto, aunque las puntuaciones medias de los varones equivalen a percentiles elevados (entre 70 y 90), las del grupo de las mujeres corresponden a percentiles superiores, ya que tanto el GSI y el PST, como las escalas de ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo corresponden a un percentil 95.

Desde un punto de vista clínico, además de las puntuaciones medias obtenidas, resulta interesante comprobar cuántos sujetos puntúan por encima de un punto de corte establecido en función de la gravedad de la sintomatología. Para ello, se ha considerado el percentil 75, tomando como referencia la muestra normativa de la población general no clínica. Los resultados se presentan en la Tabla 4.

**TABLA 4.** Tasa de alcohólicos que superan el percentil 75.

| <i>Escala</i>              | <i>n (%)</i> | <i>Nº de orden</i> |
|----------------------------|--------------|--------------------|
| GSI                        | 23 (46%)     | 6 <sup>a</sup>     |
| PST                        | 29 (58%)     | 2 <sup>a</sup>     |
| PSDI                       | 12 (24%)     | 10 <sup>a</sup>    |
| Somatización               | 22 (44%)     | 7 <sup>a</sup>     |
| Obsesión-compulsión        | 27 (54%)     | 4 <sup>a</sup>     |
| Sensibilidad interpersonal | 29 (58%)     | 2 <sup>a</sup>     |
| Depresión                  | 26 (52%)     | 5 <sup>a</sup>     |
| Ansiedad                   | 28 (56%)     | 3 <sup>a</sup>     |
| Hostilidad                 | 21 (42%)     | 8 <sup>a</sup>     |
| Ansiedad fóbica            | 21 (42%)     | 9 <sup>a</sup>     |
| Ideación paranoide         | 23 (46%)     | 6 <sup>a</sup>     |
| Psicoticismo               | 36 (72%)     | 1 <sup>a</sup>     |

Por lo que se refiere a las medidas globales de gravedad, el 46% de la muestra se sitúa en un percentil igual o superior a 75 en el Índice Global de Severidad (GSI), el 58% lo hace en el Índice de Síntomas Positivos (PST) y el 24% en el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI).

Desde una perspectiva dimensional, destaca la escala de psicoticismo, que es significativa en el 72% de los alcohólicos evaluados. Esta dimensión evalúa la presencia de síntomas psicóticos, así como de rasgos esquizoides y sentimientos de alienación social. En segundo lugar, se encuentra la dimensión de sensibilidad interpersonal, con un 58% de la muestra por encima del percentil 75. En este caso, se valoran los sentimientos de tensión e incomodidad en las relaciones interpersonales. Además, en las

escalas de ansiedad, obsesión-compulsión y depresión, más de la mitad de los alcohólicos superan el percentil 75. Por otra parte, las dimensiones con menor porcentaje de sujetos por encima del percentil 75 son la ansiedad fóbica, que recoge los síntomas típicamente presentes en la agorafobia, y la hostilidad, que refleja pensamientos, sentimientos y conductas propias de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento. No obstante, incluso en estas dimensiones la tasa de alcohólicos con puntuaciones significativas es superior al 40% de los casos.

Por último, si se analizan los resultados en función del número de dimensiones que superan el percentil 75 en cada sujeto, se confirma la importancia de la comorbilidad psicopatológica en los alcohólicos de la muestra: casi la mitad de los sujetos (el 46%) tiene al menos siete dimensiones elevadas, mientras que tan sólo el 16% no presenta elevaciones en ninguna dimensión (véase la Tabla 5).

**TABLA 5.** Número de dimensiones por encima del percentil 75 en cada sujeto.

| <i>Número de dimensiones</i> | <i>Sujetos (%)</i> |
|------------------------------|--------------------|
| Ninguna dimensión            | 8 (16%)            |
| Una o dos dimensiones        | 14 (28%)           |
| Tres o cuatro dimensiones    | 4 (8%)             |
| Cinco o seis dimensiones     | 1 (2%)             |
| Siete u ocho dimensiones     | 4 (8%)             |
| Nueve o diez dimensiones     | 9 (18%)            |
| Once o doce dimensiones      | 10 (20%)           |

Un aspecto relevante, desde la perspectiva de la comorbilidad, es conocer si la frecuencia observada de sintomatología asociada es específica del alcoholismo o, por el contrario, se relaciona con el hecho de ser pacientes. Por ello, se han comparado las puntuaciones de los alcohólicos en el *SCL-90-R* con las obtenidas por la muestra normativa de población psiquiátrica (grupo normativo formado por pacientes psiquiátricos ambulatorios y con diagnósticos ansiosos y depresivos, fundamentalmente) (véase la Tabla 6).

**TABLA 6.** Comparación de la muestra de alcohólicos con la muestra normativa de población psiquiátrica en el SCL-90-R.

| <i>Dimensión</i>           | <i>Muestra de alcohólicos</i> | <i>Muestra psiquiátrica</i> | <i>t</i> |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------|
|                            | <i>Media (DT)</i>             | <i>Media (DT)</i>           |          |
| GSI                        | 0,90 (0,72)                   | 1,49 (0,84)                 | 4,55***  |
| PST                        | 41,59 (22,45)                 | 42,73 (20,03)               | 3,44***  |
| PSDI                       | 1,68 (0,59)                   | 2,39 (0,69)                 | 6,68***  |
| Somatización               | 0,73 (0,69)                   | 1,67 (1,03)                 | 6,09***  |
| Obsesión-compulsión        | 0,96 (0,80)                   | 1,42 (0,99)                 | 3,04**   |
| Sensibilidad interpersonal | 1,02 (0,84)                   | 1,89 (0,99)                 | 5,70***  |
| Depresión                  | 1,18 (0,90)                   | 1,61 (1,03)                 | 2,64**   |
| Ansiedad                   | 0,94 (1,07)                   | 1,64 (0,97)                 | 4,41***  |
| Hostilidad                 | 0,66 (0,74)                   | 1,18 (1,04)                 | 3,31***  |
| Ansiedad fóbica            | 0,56 (0,95)                   | 1,04 (1,05)                 | 2,88**   |
| Ideación paranoide         | 0,89 (0,81)                   | 1,33 (1,03)                 | 2,80**   |
| Psicoticismo               | 0,73 (0,68)                   | 1,03 (0,91)                 | 2,17*    |

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Los resultados obtenidos muestran la existencia de diferencias significativas en todas las dimensiones. Sin embargo, en este caso el grupo de alcohólicos obtiene una menor puntuación en comparación con la muestra normativa de población psiquiátrica. Por tanto, los alcohólicos estudiados presentan más sintomatología que la población general, pero menos que la población psiquiátrica.

#### *Relación entre la gravedad del alcoholismo y la sintomatología psicopatológica*

Los resultados relativos a la relación entre la gravedad del alcoholismo (valorada mediante el *MALT*) y la sintomatología psicopatológica (valorada a través del *SCL-90-R*) se presentan en la Tabla 7.

**TABLA 7.** Correlaciones entre la gravedad de la adicción (*MALT*) y la sintomatología psicopatológica (*SCL-90-R*).

| <i>Escala</i>              | <i>MALT-S</i> | <i>MALT-O</i> | <i>MALT-T</i> |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
| GSI                        | 0,41**        | 0,14          | 0,38**        |
| PST                        | 0,43**        | 0,16          | 0,42**        |
| PSDI                       | 0,40**        | 0,13          | 0,31*         |
| Somatización               | 0,28*         | 0,11          | 0,29*         |
| Obsesión-compulsión        | 0,43**        | 0,19          | 0,40**        |
| Sensibilidad interpersonal | 0,43**        | 0,10          | 0,36*         |
| Depresión                  | 0,34*         | 0,19          | 0,34*         |
| Ansiedad                   | 0,39**        | 0,13          | 0,34*         |
| Hostilidad                 | 0,19          | -0,09         | 0,18          |
| Ansiedad fóbica            | 0,22          | 0,11          | 0,22          |
| Ideación paranoide         | 0,35*         | 0,15          | 0,35*         |
| Psicoticismo               | 0,37**        | 0,09          | 0,37**        |
| Síntomas discretos         | 0,39**        | 0,12          | 0,33*         |

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Como se puede observar, tanto las tres puntuaciones compuestas, como la mayoría de las dimensiones psicopatológicas, presentan una relación significativa con el *MALT*: a mayor gravedad del alcoholismo, mayor sintomatología asociada. Las únicas dimensiones que no presentan una relación significativa son la hostilidad y la ansiedad fóbica, que, por otra parte, eran las dos menos elevadas de todo el cuestionario. Un aspecto importante a señalar es que esta relación se produce entre las dimensiones psicopatológicas y el *MALT*, tanto en su parte autoaplicada, que recoge la percepción del sujeto de la propia sintomatología, como en la puntuación total del cuestionario. Sin embargo, no se observa una relación con la parte heteroaplicada del *MALT*, que recoge signos objetivos de la dependencia alcohólica. Por tanto, los alcohólicos que presentan más síntomas psicopatológicos asociados tienen una percepción de mayor gravedad de su dependencia, aunque, desde una perspectiva más objetiva, los signos no lo indiquen.

## Discusión

En este estudio se ha llevado a cabo una descripción de las características de consumo y de la sintomatología psicopatológica asociada en una muestra de alcohólicos que acuden a tratamiento. Los resultados obtenidos muestran la presencia de numerosa sintomatología psicopatológica asociada al alcoholismo. Ello coincide con los resultados de otros estudios similares (cfr. Sánchez-Hérvás, Tomás Gradolí y Morales Gallús, 2001). Más en concreto, la mayoría de los sujetos de la muestra presenta varias escalas elevadas por encima del percentil 75. No obstante, a pesar de que existe importante psicopatología en comparación con la población normal, la intensidad de los síntomas es inferior a la que presenta el resto de la población psiquiátrica.

Por lo que se refiere a las escalas compuestas del instrumento resulta interesante comparar las puntuaciones obtenidas, por una parte en el GSI (Índice Global de Severidad) y el PST (Total de Sintomatología Positiva) que son muy elevadas, y, por otra, en el PSDI (Índice de Distrés de Síntomas Positivos), que resulta similar al obtenido por la muestra normativa de la población general. Así, los alcohólicos de la muestra presentan un elevado número de síntomas psicopatológicos, aunque, como media, la intensidad es más moderada.

Con respecto al perfil psicopatológico encontrado, destaca como más prevalente, la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, junto con importantes dificultades en las relaciones interpersonales. Aunque este tipo de problemática resulta también muy frecuente entre la población general, las puntuaciones son superiores en el grupo de alcohólicos. Entre las diferentes dimensiones del cuestionario destacan por su elevada puntuación las escalas de depresión y de sensibilidad interpersonal. La primera recoge síntomas propios de los estados depresivos, mientras que la segunda refleja síntomas propios de la personalidad evitativa y de la fobia social, como son la timidez y vergüenza excesiva, la hipersensibilidad a la crítica y la incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales. Asimismo, destacan las escalas de ansiedad, psicoticismo y obsesión-compulsión, todas ellas por encima del percentil 75 en la mayor parte de los sujetos de la muestra. En cualquier caso, hay que señalar que todas las escalas resultan elevadas en un número importante de sujetos.

Los resultados encontrados son en gran parte coincidentes con las investigaciones previas llevadas a cabo. Así, en el estudio de Mercier *et al.* (1992), con el mismo instrumento de evaluación, se obtuvieron resultados similares en cuanto a las escalas más alteradas. En concreto, en este estudio destacaba también la dimensión de psicoticismo, así como las escalas de depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal y obsesivo-compulsiva. La elevación observada en la escala obsesivo-compulsiva merece una aclaración, ya que no es habitual encontrar una alta comorbilidad entre el alcoholismo y el trastorno obsesivo-compulsivo (Haver y Dahlgren, 1995; Penick *et al.*, 1994; Tomasson y Vaglum, 1995). Es probable que algunos de los ítems sean malinterpretados y reflejen, en realidad, síntomas de impulsividad relacionada con el *craving* del alcohol, más que síntomas propiamente obsesivos; es el caso de ítems relacionados con presentar “pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente” o “impulsos a hacer cosas de manera repetida”.

Por otra parte, los resultados avalan la mayor presencia de psicopatología entre las mujeres alcohólicas en comparación con los varones, incluso cuando se considera la mayor frecuencia de trastornos de este tipo entre la población femenina en general. Este dato confirma los resultados obtenidos por otros estudios que también comparan la psicopatología en los alcohólicos en función del sexo (Cuadrado-Callejo, 1999; Mann, Hintz y Jung, 2004). Además, un aspecto importante es la relación que se ha encontrado entre la gravedad del alcoholismo y la presencia de sintomatología psicopatológica. Este aspecto también es coincidente con los estudios previos (Schaefer, Sobieraj y Hollyfield, 1987). Sin embargo, resulta difícil determinar si es la mayor gravedad psicopatológica la que origina un alcoholismo también más grave o, por el contrario, cuanto mayor sea el problema de consumo de alcohol, más importante es la comorbilidad observada.

En cualquier caso, los resultados de este estudio muestran que los alcohólicos examinados presentan una mayor sintomatología psicopatológica que la encontrada en la población general. Ello implica la necesidad de tener en cuenta la comorbilidad observada tanto en la evaluación del alcoholismo, como en el desarrollo de programas específicos de intervención. No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la comorbilidad se ha evaluado con el *SCL-90-R*, que se ha mostrado útil para llevar a cabo un *screening* global, pero no es un instrumento de diagnóstico clínico. Por otra parte, el tamaño de la muestra de alcohólicos, aunque relevante desde un punto de vista clínico, es relativamente pequeño desde una perspectiva estadística. Por ello, se requiere un mayor número de estudios con el objetivo de poder identificar el perfil específico de comorbilidad en el alcoholismo.

### Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DMS IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- Blow, F., Cook, C., Booth, B., Falcon, S. y Friedman, M. (1992). Age-related psychiatric comorbidities and level of functioning in alcoholic veterans seeking outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 990-995.
- Bobes, J., González, M.P., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (1996). Índice Europeo de la Gravedad de la Adicción: EuropASI (versión española). *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 195-219.
- Cuadrado-Callejo, P. (1999). Enfermos con dependencia al alcohol y comorbilidad psiquiátrica: un grupo heterogéneo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 235-244.
- Derogatis, L.R. (1992). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Driessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., Lange, W. y Junghanns, K. (2001). The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 249-255.
- Feuerlein, W., Ringer, C.H. y Kufner, K.A. (1977). Diagnose des Alkoholismus: der Münchner Alkoholismus Test. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 119, 1275-1282.

- Galbaud du Fort, G., Newman, S.C. y Bland, R.C. (1993). Psychiatric comorbidity and treatment seeking. Sources of selection bias in the study of clinical populations. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 181, 467-74.
- González de Rivera, J.L. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
- Haver, B. (1997). Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: The use of a questionnaire (SCL-90) among women early in the treatment programme. *Alcohol and Alcoholism*, 32, 725-730.
- Haver, B. (2003). Comorbid psychiatric disorders predict and influence treatment outcome in female alcoholics. *European Addictions Research*, 9, 39-44.
- Haver, B. y Dahlgren, L. (1995). Early treatment of women with alcohol addiction (EWA): A comprehensive evaluation and outcome study I. Patterns of psychiatric comorbidity at intake. *Addiction*, 90, 101-109.
- Holdcraft, L.C., Jacono, W.G. y McGue, M.K. (1998). Antisocial personality disorder and depression in relation to alcoholism: A community-based sample. *Journal of Studies of Alcohol*, 59, 222-226.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Lucht, M., Jahn, U., Barnow, S. y Freyberger, H.J. (2002). The use of a symptom checklist (SCL-90-R) as an easy method to estimate the relapse risk after alcoholism detoxification. *European Addiction Research*, 8, 190-194.
- Mann, K., Hintz, T. y Jung, M. (2004). Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome? *European Archives of Clinical Neuroscience*, 254, 172-181.
- McLellan A.T., Luborsky, L., O'Brein, C.P. y Woody, G.E. (1980). An improved evaluation instrument substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 168, 26-33.
- Mercier, C., Brochu, S., Girard, M., Gravel, J., Oullet, R. y Pare, R. (1992). Profiles of alcoholics according to the SCL-90-R: A confirmatory study. *International Journal of Addiction*, 27, 1267-1282.
- Miller, W.R. y Marlatt, G.A. (1984). *Manual for the comprehensive Drinker Profile*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Penick, E., Powell, B., Nickel, E., Bingham, S., Riesenmy, K., Read, M. y Campbell, J. (1994). Comorbidity of lifetime psychiatric disorder among male alcoholics patients. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 18, 1289-1293.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L. y Goodwin, F. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. *Journal of the American Medical Association*, 21, 2511-2518.
- Rodríguez Martos, A. y Suárez, R. (1984). MALT (Münchener alkoholismus test). Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 16, 421-432.

- Ross, H. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: Results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 111-128.
- Ross, H., Glaser, F. y Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031.
- Rousanville, M.D., Dolinsky, Z.S., Babor, T.F. y Meyer, R. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 44, 505-513.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V. y Morales Gallús, E. (2001). Evaluación psicopatológica en dependientes al alcohol, heroína y cocaína mediante el Brief Symptom Inventory. *Adicciones*, 13, 61-66.
- Schaefer, M.R., Sobieraj, K. y Hollyfield, R.L. (1987). Severity of alcohol dependence and its relationship to additional psychiatric symptoms in male alcoholic inpatients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 435-447.
- Schneider, U., Altman, A., Baumann, M., Bernzen, J., Bertz, B., Bimber, U. *et al.* (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: The first multicentre study in Germany. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 219-223.
- Schuckit, M.A., Tipp, J.E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V.M. y Smith, T.L. (1997). Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 154, 948-957.
- Tomasson, K. y Vaglum, P. (1995). A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 378-385.
- Valbuena, A., Largo, R., Quintero, J., García, E. y Correas, J. (2001). Comorbilidad en alcohólicos ingresados. Implicaciones clínicas y sociosanitarias. *Adicciones*, 13, 297-304.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M. y Griffin, M.L. (1992). Methodological considerations in the diagnosis of coexisting psychiatric disorders in substance abusers. *British Journal of Addiction*, 87, 179-187.
- Wetterling, T. y Junghanns, K. (2000). Psychopathology of alcoholics during withdrawal and easy abstinence. *European Psychiatry*, 15, 483-488.