

ORIGINAL

Prevalencia de psicopatología en dependientes al alcohol en tratamiento ambulatorio

B. PÉREZ-GÁLVEZ^{a,b}, M.P. DE VICENTE-MANZANARO^c, L. GARCÍA-FERNÁNDEZ^d, C. ROMERO-ESCOBAR^d
Y M.A. OLIVERAS-VALENZUELA^{b,d}

^aUnidad de Alcohología. Hospital Universitario de San Juan. Agencia Valenciana de la Salud. San Juan. Alicante. España.

^bDepartamento de Medicina Clínica. División de Psiquiatría. Universidad Miguel Hernández. San Juan. Alicante. España.

^cUnidad de Alcohología. Departamento 19. Agencia Valenciana de la Salud. San Juan. Alicante. España.

^dServicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de San Juan. Agencia Valenciana de la Salud. San Juan. Alicante. España.

RESUMEN. *Objetivo.* Determinar la prevalencia de psicopatología en sujetos adictos al alcohol que inician tratamiento, así como su relación con el sexo.

Material y métodos. Se administró el Symptom Check List 90 Revised (SCL 90-R) a 518 sujetos dependientes del alcohol (25,1% mujeres) que recibían tratamiento ambulatorio, concluida la desintoxicación y dentro de los primeros 14 días de tratamiento. Se realizó una comparación de los perfiles dimensionales con relación al sexo de los pacientes, determinándose la prevalencia de casos patológicos en base a distintos criterios propuestos en investigaciones previas.

Resultados. La presencia de casos patológicos fue elevada, situándose en el rango 58,9%-81,3%, según el criterio utilizado, y siendo superior entre las mujeres alcohólicas. Éstas presentaron un perfil caracterizado por puntuaciones más elevadas en las dimensiones de psicoticismo, obsesión-compulsión, ideación paranoide y sensibilidad interpersonal, así como en la intensidad media de los síntomas.

Conclusiones. La elevada prevalencia de psicopatología en los adictos a sustancias aconseja la realización de un *screening* al inicio del tratamiento.

Correspondencia:

B. PÉREZ GÁLVEZ
Hospital Universitario de San Juan.
Servicio de Psiquiatría.
Unidad de Alcohología.
Ctra. Alicante-Valencia, s/n.
03550 San Juan. Alicante. España.
Correo electrónico: perez_bar@gva.es

Recibido: 19-11-2007

Aceptado para su publicación: 31-12-2007

to. El Symptom Check List 90 Revised (SCL 90-R) es un instrumento efectivo y consistente para ello, siendo compatible con las exigencias de tiempo propias de la práctica clínica. Las elevadas prevalencias observadas en ambos sexos aconsejan desarrollar intervenciones específicas para el tratamiento de la psicopatología comórbida.

PALABRAS CLAVE: alcoholismo, comorbilidad, diagnóstico, psicopatología.

Prevalence of psychopathology in alcohol-dependents outpatients.

ABSTRACT. *Objective.* To determine the prevalence of psychopathology in alcohol-dependent subjects that initiates treatment, as well as its relation with sex.

Material and methods. The Symptom Check List 90 Revised was administered to 518 dependent subjects (25.1% women) in an outpatient treatment facility, concluded the detoxification and within the first 14 days of treatment. A comparison of the dimensional profiles with relation to the sex of the patients was made, determining itself the prevalence of pathological cases with base to different criteria proposed in previous investigations.

Results. The presence of pathological cases was elevated, locating itself in rank 58.9%-81.3%, according to the used criterion, and being superior between the alcoholic women. These displayed a profile characterized by elevated scores more in the dimensions of psychoticism, obsession-compulsion, paranoid ideation and interpersonal sensitivity, as well as in the average intensity of the symptoms.

Conclusions. The high prevalence of psychopathology in the alcoholics advises the accomplishment of screening to the beginning of the treatment. The Symptom Check List 90 Revised (SCL 90-R) is an effective and consistent instrument for it, being compatible with the own exigencies of time of the clinical practice. For the elevated prevalence observed in both sexes, is advised to develop specific interventions for the treatment of comorbid psychopathology.

KEY WORDS: alcoholism, comorbidity, diagnosis, psychopathology.

Introducción

Distintos estudios previos, realizados en muestras clínicas ambulatorias, estiman la comorbilidad entre la adicción al alcohol y otros trastornos psiquiátricos en un rango entre el 60 y el 70%^{1,2}. Similares resultados se han evidenciado en alcohólicos hospitalizados³, entre los que se estima una prevalencia de comorbilidad del 24% respecto a trastornos psiquiátricos del eje I, del 16,4% para los del eje II y de un 17,2% cuando coinciden patologías de ambos ejes, con una prevalencia global del 57,8%. Igualmente es conocido que las mujeres con diagnóstico de dependencia al alcohol presentan mayores tasas de comorbilidad psiquiátrica que los hombres⁴. Es evidente que esta elevada prevalencia de comorbilidad influye decisivamente en la evolución y pronóstico de la enfermedad, siendo preciso un correcto diagnóstico psicopatológico y disponer de instrumentos de elevada sensibilidad que sean compatibles con las exigencias de la práctica clínica.

Como instrumento de *screening* psicopatológico, el Symptom Check List 90-Revised (SCL 90-R)⁵ ha demostrado su eficacia en múltiples estudios previos. Entre sujetos dependientes al alcohol, el SCL 90-R es útil en la detección de casos con comorbilidad. Benjamin, Mossman, Graves y Sanders⁶ aplicaron el SCL 90-R en una muestra de 171 pacientes, como instrumento de *screening*, y utilizando la SCID (DSM-IV) como patrón de referencia. En esta investigación, la validez predictiva del SCL 90-R se evidenció al registrarse una AUC (*area under curve*) = 0,88 para comorbilidad actual y AUC = 0,85 para diagnósticos a lo largo de la vida. Estos resultados son coincidentes con estudios previos realizados con distintas metodologías^{7,8}. Por otra parte, el SCL 90-R registra una mayor eficacia que otros instrumentos, como el *Addiction Severity Index* (ASI), en el *screening* de comorbilidad en población adicta a sustancias⁸.

El SCL 90-R también ofrece interés como instrumento pronóstico en la evolución de los pacientes adictos al alcohol. En este sentido, Lucht, Jahn, Barnow y Freyberger⁹ observaron relaciones significativas entre el riesgo de recaída y puntuaciones más elevadas en las dimensiones de sensibilidad interpersonal, ansiedad, ansiedad fóbica e Índice Global de Severidad (GSI). Puntuaciones bajas en las escalas de depresión y ansiedad, así como en el GSI, se asociaban con una mayor duración del tiempo de abstinencia, hallazgo que igualmente ha sido comunicado por Sander y Jux¹⁰.

Material y método

Diseño y muestra

Realizamos un estudio transversal, en una muestra clínica, valorando la presencia e intensidad de psicopatología en una muestra de alcohólicos que solicitaron tratamiento por dependencia al alcohol, según criterios DSM-IV (303.90). La muestra evaluada comprende 518 pacientes atendidos consecutivamente por uno de los investigadores (MPVM) en la Unidad de Alcoholología del Hospital Universitario de San Juan de Alicante, en régimen ambulatorio. El 74,9% de los sujetos fueron varones (n = 388), y el resto, 25,1%, mujeres (n = 130). No se apreciaron diferencias significativas con relación a la edad (media ± desviación estándar [DE]) de ambos grupos (hombres: 40,18 ± 10,09 años; mujeres: 39,17 ± 9,22 años; p = 0,320).

Instrumento y procedimiento

El SCL 90-R fue desarrollado por Derogatis⁵, siendo validado en España por González de Rivera et al¹¹. Como advierten estos últimos autores, el SCL 90-R está concebido para valorar el malestar subjetivo del paciente y no tiene pretensiones diagnósticas. No obstante, su amplio uso en la investigación le sitúa como uno de los instrumentos de *screening* psicopatológico más extendido en la actualidad.

Se trata de un cuestionario multidimensional auto-administrado, compuesto de 90 ítems con una escala tipo Likert (0-4) que evalúa el grado de molestia causada al sujeto por cada problema, en los siete últimos días. El SCL 90-R valora nueve dimensiones: somatización (SOM), obsesión-compulsión (OBS), sensibilidad interpersonal (INT), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSI), junto a

una escala adicional (ADI). Igualmente, el SCL 90-R aporta tres índices globales: el GSI, correspondiente a la intensidad media de los 90 ítems; el número total de síntomas positivos que el sujeto presenta (PST); y, finalmente, el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) o intensidad media de los síntomas positivos.

Para determinar la condición de «caso» hemos utilizado cuatro criterios, propuestos por distintos autores:

1) El método original, propuesto por Derogatis¹², en el que se considera como «caso» una puntuación tipificada (PT) ≥ 63 en el GSI o en, al menos, dos dimensiones del SCL 90-R. Este criterio permite clasificar correctamente al 90% de los casos¹³.

2) La combinación entre puntuaciones directas $\text{GSI} \geq 0,75$ y $\text{PSDI} > 1,1$, propuesta por Haver⁷, con una sensibilidad del 100% y especificidad del 92%, si bien fue validada en una muestra de 60 mujeres alcohólicas.

3) El más reciente, expuesto por Holi et al^{14,15} y consistente en una puntuación directa $\text{GSI} > 0,90$, punto de corte que registró una sensibilidad de 81,6% y especificidad de 80,3%.

4) Una puntuación tipificada de $\text{GSI} \geq 70$, según la validación realizada en población general española¹¹.

En la validación española del SCL 90-R se registraron diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo del sujeto, en las dimensiones SOM, DEP, ANS y FOB, así como en los índices GSI, PST y PSDI. En consecuencia, y para una correcta comparación entre ambos grupos (hombres y mujeres) entendemos necesario convertir previamente las puntuaciones directas en tipificadas (puntuación T), conforme a los datos procedentes de la validación en una muestra española publicada por González de Rivera et al¹¹.

Todos los sujetos incluidos en el estudio completaron el Symptom Check List 90 Revised (SCL 90-R) en los 14 primeros días de tratamiento o una vez concluida la desintoxicación cuando ésta fue necesaria. Se informó a los pacientes del objeto de su evaluación, tanto a nivel clínico como de investigación, dando su consentimiento.

Análisis estadístico

Fueron comparados los promedios obtenidos en cada escala e índices del SCL 90-R entre ambos grupos (hombres y mujeres). Igualmente, se determinaron las frecuencias de casos patológicos en las nueve escalas (PT ≥ 70 , utilizando los valores procedentes de la validación en la población general española).

Para realizar el análisis estadístico se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS),

versión 15.0. Las variables cuantitativas fueron comparadas utilizando la prueba de la «t» de Student para muestras independientes, realizando previamente el test de Levene para determinar la homogeneidad de la varianza. Las comparaciones entre variables cualitativas se efectuaron realizando la prueba de Fisher para χ^2 cuadrado. En todas las pruebas realizadas, el nivel de significación estadística bilateral se determinó en $p \leq 0,05$, para un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

Puntuaciones en las escalas del SCL 90-R

Observamos diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de las cuatro dimensiones clásicamente asociadas a los cuadros de tipo psicótico (OBS, INT, PSI y PAR), con mayores elevaciones entre las mujeres alcohólicas (fig. 1 y tabla 1).

En ambos grupos, la escala de psicoticismo (PSI) ofreció las puntuaciones más elevadas (tabla 1), seguida de la dimensión de sensibilidad interpersonal (INT). La tercera escala que registra puntuaciones más elevadas es la de ideación paranoide (PAR), entre las mujeres, y de depresión (DEP), en el grupo de varones alcohólicos. En consecuencia, el orden de los promedios de las distintas dimensiones sería el siguiente:

Hombres: PSI > INT > DEP > ANS > PAR > FOB > HOS > OBS > SOM

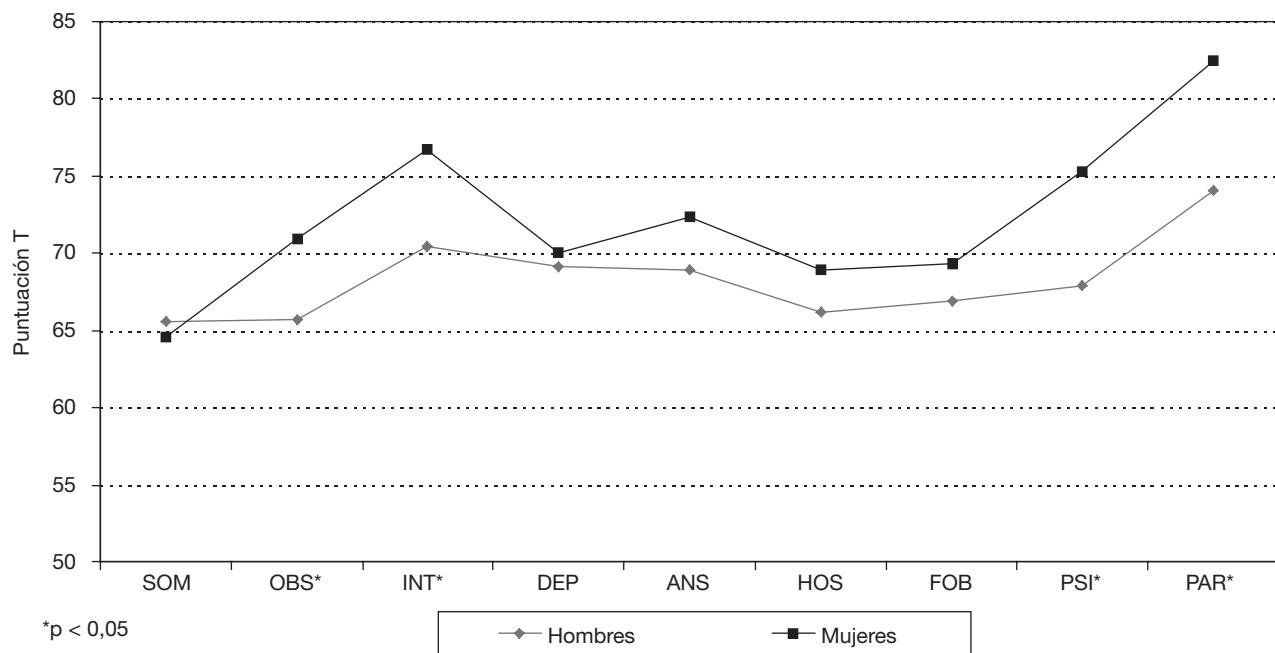
Mujeres: PSI > INT > PAR > ANS > OBS > DEP > FOB > HOS > SOM

Destaca igualmente el hecho de que, en el grupo de mujeres, seis de las nueve dimensiones (PSI, INT, PAR, ANS, OBS y DEP) superen una puntuación $T = 70$, situación que sólo se registra en dos escalas (PSI e INT) entre los hombres.

Con relación a los índices, sólo se evidencian diferencias significativas en la intensidad de los síntomas (PSDI), más acusada entre las mujeres, si bien tanto el GSI como el PST son también más elevados en este grupo, siempre en términos de puntuaciones tipificadas en muestra general española.

Prevalencia de casos patológicos

Hemos utilizado cuatro criterios para determinar la condición de «caso» en los sujetos evaluados: los propuestos por Derogatis, Haver, Holi¹² y, finalmente, una puntuación T del GSI ≥ 70 ¹¹ (tabla 2). En to-

**Figura 1.** Perfil SCL 90-R por grupos de sexos (puntuaciones tipificadas).

ANS: ansiedad; DEP: depresión; FOB: ansiedad fóbica; HOS: hostilidad; INT: sensibilidad interpersonal; OBS: obsesión-compulsión; PAR: ideación paranoide; PSI: psicoticismo; SOM: somatización.

Tabla 1. Puntuaciones T por grupos de sexo

Escala/Índice (Puntuaciones T)	Hombres		Mujeres		t	P
	Media	DE	Media	DE		
SOM	65,57	16,97	64,55	14,27	0,67	0,503
OBS	65,68	17,37	70,98	16,20	-3,06	0,002
INT	70,39	19,59	76,75	17,01	-3,55	0,000
DEP	69,13	17,26	70,06	13,93	-0,62	0,534
ANS	68,93	18,09	72,32	16,03	-1,91	0,057
HOS	66,16	17,51	68,95	16,70	-1,59	0,112
FOB	66,93	20,25	69,28	19,97	-1,15	0,250
PSI	67,90	16,97	75,25	16,47	-4,31	0,000
PAR	74,11	19,15	82,51	17,90	-4,40	0,000
GSI	73,68	18,76	77,66	16,71	-2,28	0,023
PST	72,94	15,23	75,31	11,91	-1,82	0,070
PSDI	55,49	12,07	62,85	15,34	-4,98	0,000

ANS: ansiedad; DEP: depresión; FOB: ansiedad fóbica; GSI: índice global de severidad; HOS: hostilidad; INT: sensibilidad interpersonal; OBS: obsesión-compulsión; PAR: ideación paranoide; PSDI: índice de estrés de síntomas positivos o intensidad media de los síntomas positivos; PSI: psicoticismo; PST: número total de síntomas positivos que el sujeto presenta SOM; somatización.

dos los supuestos, la frecuencia de casos patológicos es significativamente superior entre las mujeres (89,23%-72,31%, según criterio) respecto a los hombres alcohólicos (78,87%-54,38%). Atendiendo al criterio menos exigente ($GSI \geq 70$), un 72,31% de

las mujeres presentaría algún tipo de psicopatología, así como el 54,38% de los hombres incluidos en el estudio.

Con relación a las distintas escalas e índices del SCL 90-R, igualmente se observan diferencias signifi-

Tabla 2. Prevalencia de casos patológicos

Criterio	Hombres	Mujeres	Totales	χ^2	p
Caso criterio Derogatis ¹²	78,87%	88,46%	81,27%	5,891	0,014
Caso criterio Holi ^{14,15}	59,02%	86,15%	65,83%	31,870	0,000
Caso criterio Haver ⁷	70,62%	89,23%	75,29%	18,131	0,000
Caso GSI (PT) ≥ 70 ¹¹	54,38%	72,31%	58,88%	12,924	0,000

cativas entre ambos grupos, con relación a la prevalencia de puntuaciones $T \geq 70$. En cinco dimensiones (OBS, INT, ANS, PSI y PAR) la frecuencia de mujeres con $T \geq 70$ es significativamente superior a la registrada entre los hombres (tabla 3).

Debemos reseñar el hecho de que un 71,54% de las mujeres presenten una puntuación típica superior a 70 en la escala PSI, así como frecuencias también superiores al 50% en OBS, INT, DEP, ANS y PAR. Por su parte, los hombres sólo superan el 50% de casos en la escala PSI (58,25%).

Los índices PST y PSDI también ofrecen resultados más desfavorables entre las mujeres alcohólicas, grupo que registra mayor frecuencia de puntuaciones $T \geq 70$ tanto en el número de síntomas presentes (PST) como en la intensidad de éstos (PSDI).

Discusión

Nuestros resultados evidencian una elevada prevalencia de psicopatología entre pacientes dependientes al alcohol que reciben tratamiento ambulatorio, en base

a los resultados obtenidos en la evaluación de la mayor muestra clínica ($n = 518$) publicada hasta la fecha en nuestro país. Según los datos registrados podemos estimar que, cuando menos, el 72,3% de las mujeres, así como el 54,4% de los hombres que constituyeron nuestra muestra, pueden ser considerados como probables casos patológicos, siempre bajo el criterio más exigente (puntuación tipificada $GSI \geq 70$)¹¹. Nuestros resultados coinciden con el rango de comorbilidad entre 60-70% estimado por otros autores como Penick et al¹, Tomasson y Vaglum² o Driessen et al³. Igualmente, ratifican la existencia de una mayor frecuencia de comorbilidad psiquiátrica entre las mujeres, dato previamente comunicado por otros autores como Zilberman et al⁴.

La comparación de los resultados obtenidos con los procedentes de investigaciones previas, realizadas en muestras similares a la nuestra (alcohólicos españoles)¹⁶⁻¹⁹, es compleja. Son pocos los trabajos publicados y ofrecen dos limitaciones básicas. Por una parte, los antecedentes existentes suelen utilizar puntuaciones directas y no tipificadas. Dado que existen importantes diferencias entre ambos sexos con rela-

Tabla 3. Frecuencia de casos con puntuaciones $T \geq 70$

Escala/índice	Hombres	Mujeres	Totales	χ^2	p
SOM	36,86%	38,46%	37,26%	0,107	0,754
OBS	38,66%	50,77%	41,70%	5,386	0,018
INT	48,71%	68,46%	53,67%	15,275	0,000
DEP	45,36%	52,31%	45,43%	1,886	0,187
ANS	42,27%	56,92%	45,95%	7,841	0,004
HOS	37,11%	45,38%	39,19%	2,459	0,098
FOB	40,72%	44,62%	41,70%	0,607	0,472
PSI	58,25%	71,54%	61,58%	7,271	0,007
PAR	43,04%	64,62%	48,46%	18,146	0,000
PST	58,76%	76,15%	63,13%	11,652	0,000
PSDI	13,66%	33,08%	18,53%	24,316	0,000

ANS: ansiedad; DEP: depresión; FOB: ansiedad fóbica; GSI: índice global de severidad; HOS: hostilidad; INT: sensibilidad interpersonal; OBS: obsesión-compulsión; PAR: ideación paranoide; PSDI: índice de distrés de síntomas positivos o intensidad media de los síntomas positivos; PSI: psicóticismo; PST: número total de síntomas positivos que el sujeto presenta; SOM: somatización.

ción a las puntuaciones directas de cada escala del SCL 90-R, es evidente que se produce un sesgo dependiente de la representación proporcional de cada género en las correspondientes muestras de población evaluadas. Por otra parte, las investigaciones previas realizadas en nuestro país incluyen muestras pequeñas ($n < 100$) en las que la representación de mujeres es escasa.

En los dos grupos de distinto sexo hemos observado un perfil similar al presentado por los sujetos con patología psicótica -según lo descrito por Cuevas y González de Rivera²⁰ y más acusado entre las mujeres alcohólicas. Para estos autores, el perfil psicótico del SCL 90-R se caracteriza por elevaciones en las dimensiones PAR, OBS, INT y PSI, así como puntuaciones medias más elevadas en FOB que los demás grupos clínicos psiquiátricos. Cabe recordar que las dimensiones de psicoticismo e ideación paranoide han demostrado su relación con los trastornos psicóticos^{21,22} aunque, en cualquier caso, debemos insistir en que las escalas del SCL 90-R no tienen un carácter diagnóstico sino meramente orientativo. Henquet et al²³ defienden el criterio de que puntuaciones en algunas de estas dos escalas, superiores al percentil 90 (equivalente a una puntuación $T = 63$), son consideradas como factor de predisposición a un trastorno psicótico. En nuestro estudio hemos utilizado criterios más exigentes ($T \geq 70$ o percentil ≥ 97) y, en consecuencia, podría ser factible un sesgo de infradiagnóstico.

A nuestro juicio, las elevaciones en las dimensiones PSI, INT y PAR que caracterizan a la muestra clínica evaluada deben ser interpretadas con cierta cautela. Por una parte, sólo el 1,95% de los sujetos con dependencia al alcohol presenta un cuadro clínico de psicosis no afectiva en el momento de la evaluación frente al 0,43% de los no adictos²⁴.

Otro aspecto relevante es la relación existente entre las crisis de pánico y la dimensión de psicoticismo del SCL 90-R. Goodwin, Fergusson y Horwood²⁵ han observado cómo el número de síntomas de la escala PSI se triplica entre sujetos que han sufrido uno o más ataques de pánico en los 3 años anteriores a la evaluación. También debe considerarse la asociación entre la escala de psicoticismo del SCL 90-R y los trastornos disociativos, hasta el punto de que los síntomas psicóticos incluidos en el SCL 90-R pueden estar más relacionados con la aparición de experiencias disociativas que con un trastorno psicótico verdadero, como advierten Steinberg et al²⁶. La asociación entre un perfil «psicótico» del SCL 90-R y los trastornos afectivos y de ansiedad también ha sido comunicada por Kennedy, Morris, Pedley y Schwab²⁷, quienes observaron elevaciones en

PSI, INT y PAR en los sujetos con un diagnóstico de trastorno depresivo, fobia social o trastorno mixto ansioso-depresivo. A juicio de estos autores, estas elevaciones manifiestan distorsiones del pensamiento, negatividad y déficit en la capacidad de adaptación al entorno, más que sintomatología psicótica en sí.

Comparando los resultados obtenidos en nuestro estudio con los aportados por distintos autores en muestras clínicas dependientes al alcohol¹⁶⁻¹⁹, se evidencia que la población evaluada en nuestro estudio presenta una sintomatología más acusada que las muestras incluidas en los trabajos previamente publicados en nuestro país. En términos generales, se observan puntuaciones medias más elevadas en todas las dimensiones del SCL 90-R, exceptuando en DEP, OBS y FOB. Cabe destacar la coincidencia del perfil sintomatológico con el obtenido en el trabajo de Sánchez, Tomás y Morales¹⁶, con una población clínica procedente de la misma comunidad autónoma, si bien con un tamaño muestral sensiblemente inferior ($n = 43$) y utilizando una versión abreviada del SCL 90-R (BSI) como instrumento de valoración psicopatológica.

Landa et al¹⁹ ofrecen una comparación en relación al sexo de los pacientes. Si bien nuestros resultados muestran una mayor intensidad de síntomas psicopatológicos, coincidimos con estos autores en registrar puntuaciones más elevadas entre las mujeres, en todas las dimensiones e índices. Sin embargo, estas diferencias en términos de puntuaciones directas son igualmente observables entre la población general. En su estudio, Landa et al¹⁹ determinaron los percentiles correspondientes a los promedios de cada escala e índices, observando diferencias estadísticamente significativas sólo en SOM, OBS, DEP, GSI y PST. El tamaño muestral ($n = 50$) podría justificar la ausencia de la significación estadística mínima en el resto de las diferencias entre ambos grupos de pacientes. Aun con estas limitaciones, el estudio realizado en Navarra incide en los elevados percentiles ($Pc = 95$) de las mujeres en PSI, PAR, ANS, GSI y PST, aproximándose en este sentido a nuestros resultados.

Como conclusión, se evidencia la necesidad de realizar un correcto diagnóstico de la psicopatología presente en los pacientes alcohol-dependientes, valorar su naturaleza primaria o secundaria e integrar intervenciones específicas dirigidas a disminuir este tipo de sintomatología en los pacientes atendidos por adicción al alcohol.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Bibliografía

1. Penick EC, Powell BJ, Nickel EJ, Bingham SF, Riesenmy KR, Read MR, et al. Co-morbidity of lifetime psychiatric disorder among male alcoholic patients. *Alcohol Clin Exp Res.* 1994;18:1289-93.
2. Tomasson K, Vaglum P. A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;92:378-85.
3. 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.
4. Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, el-Guebaly N. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Can J Psychiatry.* 2003;48:5-13.
5. Derogatis LR. SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine; 1977.
6. 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.
7. Haver, B. Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: the use of a questionnaire (SCL-90) among women early in their treatment programme. *Alcohol & Alcoholism.* 1997;32:725-30.
8. Franken IHA, Hendriks VM. Screening and diagnosis of anxiety and mood disorders in substance abuse patients. *Am J Addict.* 2001;10:30-9.
9. Lucht M, Jahn M, Barnow S, Freyberger HJ. The use of a symptom checklist (SCL-90-R) as an easy method to estimate the relapse risk after alcoholism detoxification. *Eur Addict Res.* 2002;8:190-4.
10. Sander W, Jux M. Psychological distress in alcohol-dependent patients. Evaluating inpatient treatment with the symptom checklist (SCL-90-R). *Eur Addict Res.* 2006;12:61-6.
11. González de Rivera JL, De las Cuevas C, Rodríguez-Abuin M, Rodríguez-Pulido F. El cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española del SCL-90-R. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones; 2002.
12. Derogatis LR. SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1994.
13. Pedersen G, Karterud S. Is SCL 90-R helpful for the clinician in assessing DSM-IV symptom disorders? *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110:215-24.
14. Holi M. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Academic dissertation. Helsinki: University of Helsinki; 2003.
15. Holi MM, Marttunen M, Aalboeg V. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nord J Psychiatry.* 2003;57:233-8.
16. Sánchez-Hervás E, Tomás Gradolí V, Morales Gallús E. Evaluación psicopatológica en dependientes al alcohol, heroína y cocaína mediante el Brief Symptom Inventory. *Adicciones.* 2001;13:61-6.
17. Pedrero E, Puerta C, Segura I, Osorio S. Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos.* 2004;6:176-91.
18. Pedrero E, López-Durán A. Autoinformes de sintomatología depresiva en drogodependientes: nivel de coincidencia del BDI, SCL-90-R y MCMI-II. ¿Depresión o malestar inespecífico? *Adicciones.* 2005;17:215-30.
19. 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.
20. de las Cuevas C, González de Rivera JL. Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis.* 1991;12:326-36.
21. Wilson JH, Taylor PJ, Robertson G. The validity of the SCL-90 in a sample of British men remanded to prison for psychiatric reports. *Br J Psychiatry.* 1985;147:400-3.
22. Gorwood P, Pouchot J, Vicenç P, Puechal X, Flipo RM, De Bandt M, et al. Rheumatoid arthritis and schizophrenia: a negative association at a dimensional level. *Schizophr Res.* 2004;66:21-9.
23. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan Ch, Lieb R, Wittchen HU, et al. Prospective cohort study of cannabis use, symptoms in young people predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ.* 2005;330:11.
24. Kessler RC. National Comorbidity Survey: Baseline (NCS-1), 1990-1992 [Computer file]. Conducted by University of Michigan, Survey Research Center. ICPSR06693-v4. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [producer and distributor]. Disponible en: <http://www.icpsr.umich.edu/cocoon/ICPSR/STUDY/06693.xml> [Consultado el 01-09-2007].
25. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Panic attacks and psychotism. *Am J Psychiatry.* 2004;161:88-92.
26. Steinberg M, Barry DT, Sholomskas D, Hall P. SCL-90 symptom patterns: indicators of dissociative disorders. *Bull Menninger Clin.* 2005;69:237-49.
27. Kennedy BL, Morris RL, Pedley L, Schwab JJ. The ability of the Symptom Checklist SCL-90 to differentiate various anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Quarterly.* 2001;72:277-88.