

Cribaje de trastornos por uso de alcohol en pacientes psiquiátricos ambulatorios: influencia de género, edad, y diagnóstico psiquiátrico

Screening of alcohol use disorders in psychiatric outpatients: influence of gender, age, and psychiatric diagnosis

MONICA SANCHEZ-AUTET*, MD, MARINA GARRIGA**, MD, FRANCISCO JAVIER ZAMORA***, MD, PHD, IDILIO GONZÁLEZ****, MD, PHD, JUDITH USALL****, MD, PHD, LETICIA TOLOSA***, MD, CONCEPCIÓN BENÍTEZ**, RAQUEL PUERTAS****, MD, BELEN ARRANZ****, MD, PHD.

*Hospital Universitari Mutua Terrassa, Barcelona, España; **Institut de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Universitat de Barcelona, Barcelona, España; ***Equipo de Salud Mental de Zafra, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz, España; ****Equipo de Salud Mental de Llerena, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz, España; *****Parc Sanitari Sant Joan de Déu, CIBERSAM, Barcelona, España.

Resumen

Los trastornos por uso de alcohol (TUA) son 2 veces más frecuentes en pacientes psiquiátricos que en la población general. El infradiagnóstico de patología dual puede tener diversas consecuencias negativas; una valoración precoz con herramientas de cribaje como la escala CAGE podría mejorar el pronóstico de estos pacientes. El objetivo de este estudio es valorar el riesgo de TUA en pacientes psiquiátricos ambulatorios con una CAGE modificada, considerando la influencia de edad, género, y diagnóstico psiquiátrico. Se realizó un estudio descriptivo observacional, multicéntrico. La escala CAGE de 4 ítems, camuflada en un cuestionario de vida saludable, se aplicó utilizando el punto de corte de 1. Se valoraron 559 pacientes. El 54% eran mujeres, y la edad media fue de 50,07 años. 182 pacientes presentaron una puntuación ≥ 1 (45,1% de los hombres y 21,9% de las mujeres). El género fue el predictor principal de un resultado positivo en la escala CAGE, siendo 3,03 veces más probable que los hombres obtengan una puntuación ≥ 1 ($p < ,001$, 95% IC: 0,22-0,49). El trastorno bipolar y los trastornos de personalidad presentaron las tasas más altas de puntuaciones ≥ 1 (45,2 y 44,9%, respectivamente) con una asociación significativa entre diagnóstico y un resultado positivo ($p = ,002$). Los pacientes de más de 60 años mostraron 2,5 veces menos probabilidades de obtener una puntuación positiva ($p = ,017$, 95% IC: 0,19-0,85). Cuestionarios específicos, como CAGE, pueden ser herramientas sencillas y útiles para valorar el riesgo de TUA en pacientes psiquiátricos ambulatorios. Los pacientes hombres con trastorno bipolar o de personalidad presentan un riesgo más elevado de TUA.

Palabras clave: Trastornos por uso de alcohol; CAGE; Cribaje; Patología dual; Pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Abstract

Alcohol use disorders (AUD) are 2 times higher among psychiatric patients than in the general population. The under-recognition of this dual diagnosis can entail several negative outcomes. Early assessment with a screening tool like the CAGE questionnaire could be an opportunity to improve patients' prognoses. The objective of this study is to assess AUD risk in an outpatient psychiatric sample with a modified CAGE, considering the influence of age, gender and clinical psychiatric diagnosis. An observational, multicentric, descriptive study was carried out. The 4-item CAGE scale, camouflaged in a healthy lifestyle questionnaire, was implemented, using a cut-off point of one. 559 outpatients were assessed. 54% were female and the average age was 50.07 years. 182 patients presented a CAGE score ≥ 1 (45.1% of men and 21.9% of women). Gender was the strongest predictor of a positive result in CAGE, as men were 3.03 times more likely to score ≥ 1 on the CAGE questionnaire ($p < .001$, 95% CI: 0.22-0.49). Patients with bipolar and personality disorders had the highest rates of CAGE scores ≥ 1 (45.2 and 44.9%, respectively), with a significant association between diagnosis and a positive score ($p = .002$). Patients above 60 years were 2.5 times less likely to score ≥ 1 on the CAGE ($p = .017$, 95% CI: 0.19-0.85). Specific screening questionnaires, like the CAGE scale, can be an easy and useful tool in the assessment of AUD risk in psychiatric outpatients. Male patients with a bipolar or personality disorder present a higher risk of AUD.

Keywords: Alcohol use disorder; CAGE; Screening; Dual pathology; Psychiatric outpatients.

Recibido: Octubre 2016; Aceptado: Febrero 2017.

Enviar correspondencia a:

Monica Sanchez Autet. Rambla Egara 386-388, Pl. 6. Terrassa (Barcelona), 08221, España.
monicasanchez30@hotmail.com

Según un estudio reciente (Rehm et al., 2015), la prevalencia de dependencia del alcohol (DA) en la población general en Europa se ha estimado alrededor del 3,4%. Entre la población general de España, aunque se han publicado tasas bajas de DA (1,4% de hombres y 0,3% de mujeres), las tasas de consumo de riesgo de alcohol se han estimado entre 4-6% (Pulido et al., 2014). En atención primaria se han definido unas tasas más altas de Trastorno por Uso de Alcohol (TUA) y de DA (11,7 y 8,9%, respectivamente) (Miquel et al., 2016). La prevalencia de TUA puede haber sido infraestimada en España debido a factores culturales (Rehm, Rehm, Shield, Gmel, y Gual, 2013). Los TUA son más frecuentes en pacientes psiquiátricos que en la población general, con un riesgo aproximadamente 2 veces más alto entre los pacientes psiquiátricos (Mansell, Spiro, Lee, y Kazis, 2006; Regier et al., 1990). Los pacientes con Patología Dual (PD) son aquellos pacientes que sufren la coexistencia de un trastorno psiquiátrico y un trastorno por uso de sustancias, como los TUA (Luoto, Koivukangas, Lassila, y Kampman, 2016; Morojele, Saban, y Seedat, 2012; San et al., 2016; Torrens, Mestre-Pintó, Montanari, Vicente, y Domingo-Salvany, 2017). Varias consecuencias negativas asociadas con los TUA se han descrito en poblaciones psiquiátricas. Los TUA pueden agravar los síntomas positivos, interferir con la adherencia al tratamiento, la tolerancia y la respuesta, y empeorar el pronóstico de trastornos psiquiátricos (Dixon, Weiden, Haas, Sweeney, y Frances, 1992; Duke, Pantelis, y Barnes, 1994; Fowler, Carr, Carter, y Lewin, 1998; Lejoyeux et al., 2013; Noordsy et al., 1991; Sullivan, Fiellin, y O'Connor, 2005; Vorspan, Mehtelli, Dupuy, Bloch, y Lépine, 2015; Worthington et al., 1996). También se ha descrito peor calidad de vida, problemas sociales, tasas más altas de violencia y suicidio, y mayor frecuencia y duración de ingresos hospitalarios (Cantor-Graae, Nordström, y McNeil, 2001; Dervaux et al., 2006; Drake, Osher, y Wallach, 1989; Gerding, Labbate, Measom, Santos, y Arana, 1999; Hulse y Tait, 2002; Mueser et al., 2000; Mukamal, Kawachi, Miller, y Rimm, 2007; Soyka, 2000; Soyka, Albus, Immler, Kathmann, y Hippus, 2001; Suominen, Isometsä, Haukka, y Lönnqvist, 2004; Urbanoski, Cairney, Adlaf, y Rush, 2007). Los TUA también se asocian con múltiples condiciones médicas y comorbilidades psiquiátricas, e implican consecuencias negativas físicas y psicológicas (Bowman y Gerber, 2006; Mathalon, Pfefferbaum, Lim, Rosenbloom, y Sullivan, 2003). Por lo tanto, la identificación temprana de TUA puede ser útil para prevenir varias complicaciones y también una oportunidad de intervención para proponer un tratamiento integrado a pacientes con PD.

El infradiagnóstico de TUA en la población general, en entornos clínicos (Barrio et al., 2016; Ratta-Apha et al., 2014; Shaner et al., 1993; Weisner y Matzger, 2003) y en poblaciones psiquiátricas (Pristach, Smith, y Perkins, 1993; Smith y Pristach, 1990) se ha reportado de manera sistemá-

tica. La literatura apoya el uso de instrumentos de cribado para aumentar la detección temprana de TUA (Barnaby, Drummond, McCloud, Burns, y Omu, 2003; Fiellin, Reid, y O'Connor, 2000). El cuestionario CAGE es breve, sencillo de aplicar, y ampliamente usado como instrumento de cribado para detectar TUA en la población general (Baltieri y de Andrade, 2008; Curran, Gawley, Casey, Gill, y Crumlish, 2009) así como en muestras clínicas (Berks y McCormick, 2008; Fiellin et al., 2000; Lejoyeux et al., 2012; Mitchell, Bird, Rizzo, Hussain, y Meader, 2014) y psiquiátricas (Castells y Furlanetto, 2005; Derks, Vink, Willemsen, van den Brink, y Boomsma, 2014; Etter y Etter, 2004; Kim, Shin, Kim, y Lee, 2016; Lejoyeux et al., 2014; Malet, Schwan, Boussiron, Aublet-Cuvelier, y Llorca, 2005; Oe et al., 2016; Tang et al., 2016). También se ha utilizado para valorar pacientes geriátricos (Draper et al., 2015; León-Muñoz et al., 2015) y en estudios de género (de Oliveira, Kerr-Correa, Lima, Bertolote, y Santos, 2014).

La escala CAGE está compuesta de cuatro preguntas sobre el uso de alcohol (Ewing, 1984; Mayfield, McLeod, y Hall, 1974). Su nombre surge de la primera letra de las palabras clave en inglés incluidas en cada pregunta:

1. Alguna vez ha pensado que debería reducir (*cut down*) su consumo de alcohol?
2. Alguna vez las personas le han molestado (*annoyed*) al criticar su consumo de alcohol?
3. Alguna vez se ha sentido culpable (*guilty*) respecto de su consumo de alcohol?
4. Alguna vez ha consumido alcohol nada más despertar (*eye-opener*) para calmar sus nervios o combatir la resaca?

Parece que este cuestionario detecta el abuso y la dependencia del alcohol con mayor precisión que otros instrumentos de cribado (Fiellin et al., 2000; Hearne, Connolly, y Sheehan, 2002). Tiene estimaciones de sensibilidad de 71% y especificidad de 90% para poblaciones clínicas (Dhalla y Kopec, 2007; Mitchell et al., 2014). Ha sido validado en varios idiomas, incluyendo castellano (Rodríguez-Martos, 1986). Para que la entrevista resulte menos intimidatoria para el paciente, también se diseñaron cuestionarios modificados o "camuflados" derivados del CAGE original (Castells y Furlanetto, 2005), aplicados en las poblaciones general y clínica españolas (Córdoba et al., 1998; Escobar, Espí, y Canteras, 1995; González García et al., 1997; Rodríguez-Martos, 1986; Rodríguez Fernández, Gómez Moraga, y García Rodríguez, 1997). No obstante, hasta la fecha, escasean estudios con poblaciones psiquiátricas españolas. La fiabilidad de la escala CAGE para evaluar los TUA ha sido validada en pacientes ambulatorios, esquizofrénicos y con trastornos de ansiedad y depresión (Corradi-Webster, Laprega, y Furtado, 2005; Dervaux et al., 2006; Encrenaz, Kovess-Masféty, Sapinho, Chee, y Messiah, 2007; Rosenberg et al., 1998; Teitelbaum y Mullen, 2000). No obstante, estos pocos estudios con población con trastorno mental se

han centrado en una categoría diagnóstica exclusivamente (Agabio, Marras, Gessa, y Carpinello, 2007; Dervaux et al., 2006; Etter y Etter, 2004), sin implementar análisis comparativos entre categorías de diagnóstico (Corradi-Webster et al., 2005; Ratta-Apha et al., 2014; Teitelbaum y Mullen, 2000), o han incluido a pacientes ingresados únicamente (Dervaux et al., 2006, Masur y Monteiro, 1983; Rosenberg et al., 1998).

Varios autores han descrito diferencias en la prevalencia de TUA según género en las poblaciones general y psiquiátrica (Cantor-Graae et al., 2001; Dervaux et al., 2006; Eberhard, Nordström, Höglund, y Ojehagen, 2009; Goldstein, Smith, Dawson, y Grant, 2015; Gual et al., 2016; Hasin, Stinson, Ogburn, y Grant, 2007; Keyes, Grant, y Hasin, 2008; Khan et al., 2013; McCreddie, 2002; Pulido et al., 2014; Rehm et al., 2015; Satre, Wolfe, Eisendrath, y Weisner, 2008). También se ha relacionado la frecuencia de TUA con la edad (Hasin et al., 2007), especialmente con pacientes psiquiátricos (Sheidow, McCart, Zajac, y Davis, 2012). No obstante, la influencia de edad y género sobre la prevalencia de TUA en relación a diferentes trastornos psiquiátricos no se ha descrito en profundidad.

El objetivo principal de este estudio es describir la prevalencia de TUA en una muestra amplia de pacientes psiquiátricos ambulatorios en España usando un cuestionario CAGE “camuflado”. Como objetivos secundarios, los autores pretenden estudiar las diferencias de edad, género, y diagnóstico según los resultados obtenidos en el cribado con la CAGE.

Métodos

Diseño y población del estudio

Se realizó un estudio observacional, multicéntrico, descriptivo y transversal. La muestra fue reclutada de cuatro clínicas de pacientes psiquiátricos ambulatorios (Centre de Salut Mental Terrassa Rambla, Hospital Universitari Mutua Terrassa, Barcelona; Equipo de Salud Mental de Zafra, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz; Equipo de Salud Mental de Llerena, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz; y Centre de Salut Mental Cornellà, Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Barcelona). Se reclutaron los pacientes mediante un muestreo de conveniencia. Debido a las diferencias en psiquiatría entre clínicas urbanas-no urbanas (Peen, Schoevers, Beekman, y Dekker, 2010), se incluyeron pacientes de ambos entornos. Aunque el papel específico de las clínicas psiquiátricas ambulatorias varía según la región, son esenciales para el acceso a la asistencia en salud mental en España.

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, capacidad para entender el estudio y aportar información fiable, y participación voluntaria. Se excluyeron los pacientes que no deseaban participar o que tenían una discapacidad intelectual. Los participantes firmaron un consen-

tamiento escrito. Los Comités de Ética locales aprobaron este estudio.

Procedimientos de recogida de datos y del estudio

El periodo de inclusión fue desde mayo 2015 hasta agosto 2015. Un total de 559 pacientes fueron reclutados y entrevistados por entrevistadores formados. Después de aportar su consentimiento escrito, los pacientes participaron en una entrevista personal y cumplimentaron los cuestionarios. Datos sociodemográficos (edad y género) y el diagnóstico del ICD-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Rev. 10, Organización Mundial de la Salud, 1992) se obtuvieron de sus historiales médicos. Los pacientes completaron el cuestionario CAGE de 4 ítems, camuflado en un cuestionario sobre hábitos de vida saludable. Dicho CAGE modificado y “camuflado” incluye 8 preguntas extra relacionados con el ejercicio, hábitos alimentarios, tabaquismo, y el uso de otras sustancias (Anexo). Cada respuesta afirmativa en la escala CAGE original de 4 ítems obtuvo una puntuación de 1. El punto de corte ≥ 1 se usó en el análisis estadístico de este estudio. Los pacientes fueron clasificados según las categorías diagnósticas psiquiátricas principales: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos relacionados, trastornos bipolares, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, y trastornos de personalidad. Con el fin de analizar las puntuaciones en la CAGE según edad, se dividió a los pacientes en cuatro subgrupos por edad (18-30 años, 31-45 años, 46-60 años, y > 60 años).

Análisis de datos

La prevalencia de comorbilidad del TUA con otro trastorno mental en la población española fue 23,43% (Autonell et al., 2007). En base a estos datos, y para testar la hipótesis de trabajo, se realizó una estimación del tamaño de la muestra inicial con un nivel de significación del 0,05 y un nivel de confianza del 99%. El análisis de poder mostró que la muestra mínima requerida era de 466 personas.

Para los estadísticos descriptivos, las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias y números y las variables cuantitativas como medias y desviaciones estándar. Se usaron tests de significancia chi cuadrado para comparar las categorías, y la prueba t de Student para las variables cuantitativas. Dado que la influencia de género podía variar entre los distintos grupos de edad debido a diferencias culturales y la brecha generacional, se hizo un análisis combinado de género*edad y también de género*diagnóstico psiquiátrico para valorar su influencia sobre las puntuaciones de la CAGE. Se hizo un análisis de varianza (ANOVA) bilateral entre los grupos para estudiar la influencia de género y de edad, y de género y diagnóstico psiquiátrico, sobre las puntuaciones de la CAGE. El análisis multivariante se basó en la regresión logística directa. La significación estadística se estableció en $p < ,05$. Se usó el paquete estadístico SPSS Versión 19 para Windows para analizar los datos.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra definitiva estaba compuesta por 559 pacientes, 257 (46%) de los pacientes eran hombres y 302 (54%) eran mujeres. La edad media era de $50,07 \pm 13,56$ años, y las edades estaban comprendidas entre los 18-85 años. No hubo asociación significativa entre edad y género ($\chi^2 = 0,30$, $p = ,96$).

La categoría diagnóstica más frecuente era trastornos depresivos (42,8%), seguido de trastornos psicóticos (23,8%) y trastornos de ansiedad (17%). La muestra también incluyó los diagnósticos de trastornos de personalidad (8,8%) y trastornos bipolares (7,6%). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los diagnósticos por género ($\chi^2 = 22,32$, $p < ,001$, $\phi = -0,20$) con mayor frecuencia de trastornos depresivos en mujeres y de trastornos psicóticos en hombres.

Puntuaciones medias de la CAGE

La puntuación media en la CAGE para la muestra total fue de $0,7 \pm 1,17$, con los hombres mostrando una puntuación media más elevada y estadísticamente significativa ($M = 1,04$, $SD = 1,34$) que las mujeres ($M = 0,42$, $SD = 0,91$) ($t = 6,33$, $p < ,01$, dos colas). La magnitud de dicha diferencia media ($DM = 0,63$, 95% IC: 0,431-0,820) fue moderada (eta cuadrado = 0,071). Cuando cada ítem del cuestionario CAGE se analizó de forma independiente, los hombres mostraron un porcentaje estadísticamente más elevado de respuestas positivas que las mujeres en todos. El tamaño del efecto de género fue entre pequeño y moderado, según criterios de Cohen (Cohen, 1988) (Tabla 1).

La figura 1 muestra las puntuaciones medias en la CAGE por género y grupo de edad. Las puntuaciones medias de los hombres fueron más altas para las edades de 30-60 años, mientras que las puntuaciones medias de las mujeres fueron más altas para las edades de 18-30 años, y disminuyeron progresivamente con la edad para ambos géneros. Se hizo

un análisis de varianza (ANOVA) bilateral entre los grupos para estudiar el impacto de género y de edad sobre las puntuaciones en la CAGE. Los pacientes se dividieron en cuatro grupos por edad, como descrito anteriormente. El efecto de la interacción entre género y efecto de grupo de edad no fue estadísticamente significativo, $F(2,559) = 0,59$, $p = ,62$. Hubo un efecto principal estadísticamente significativo para la edad, $F(2, 559) = 2,72$, $p = ,044$, y para el género $F(2, 559) = 24,87$, $p < ,001$. El tamaño del efecto para la edad fue pequeño (eta cuadrado parcial = ,015), mientras que el tamaño de efecto para género fue entre pequeño y moderado (eta cuadrado parcial = ,043). Comparaciones post-hoc (prueba HSD de Tukey) indicaron que la puntuación media para el grupo de edad >60 años ($M = 0,47$, $SD = 0,94$) fue significativamente diferente del grupo de edad entre 30-45 años ($M = 0,82$, $SD = 1,3$) ($p = ,045$). Los grupos de edad entre 18-30 años ($M = 0,78$, $SD = 1,01$) y entre 45-60 años ($M = 0,75$, $SD = 1,2$) no tuvieron diferencias significativas en comparación con los demás grupos.

Se hizo un análisis de varianza (ANOVA) bilateral entre los grupos para estudiar la influencia de género y de las categorías diagnósticas sobre las puntuaciones medias de la CAGE. El subgrupo de pacientes con trastornos de personalidad obtuvo las puntuaciones medias más altas en

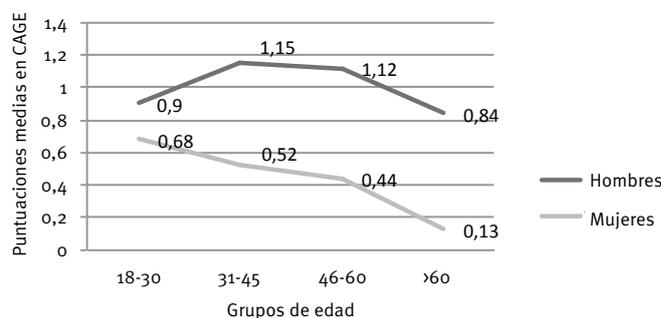


Figura 1. Puntuaciones medias de la CAGE para cada grupo de edad por género

Tabla 1. Resultados en los ítems de la CAGE por género

	Hombres (n = 257)	Mujeres (n = 302)	Total (n = 559)	Test	p	Tamaño de efecto phi
CAGE 1: Alguna vez ha pensado que debería reducir (Cut down) su consumo de alcohol? (n, % "sí")	92 (35,8%)	32 (10,6%)	124 (22,2%)	$\chi^2 = 49,64$	$< ,001$	0,30
CAGE 2: Alguna vez las personas le han molestado (Annoyed) al criticar su consumo de alcohol? (n, % "sí")	69 (26,8%)	47 (15,6%)	116 (20,8%)	$\chi^2 = 10,08$	0,002	0,14
CAGE 3: Alguna vez se ha sentido culpable (Guilty) respecto de su consumo de alcohol? (n, % "sí")	73 (28,4%)	35 (11,6%)	108 (19,3%)	$\chi^2 = 24,12$	$< ,001$	0,21
CAGE 4: Alguna vez ha consumido alcohol nada más despertar (Eye-opener) para calmar sus nervios o combatir la resaca? (n, % "sí")	42 (16,3%)	11 (3,6%)	53 (9,5%)	$\chi^2 = 24,63$	$< ,001$	0,22

Nota. χ^2 : test de chi cuadrado, t: Prueba t de Student para los variables independientes.

Tabla 2. Influencia de género y de categorías diagnósticas sobre las puntuaciones medias en la CAGE: Comparaciones post-hoc (prueba HSD de Tukey)

Grupo diagnóstico	Grupo diagnóstico	Diferencia media	p
Trastornos psicóticos	Trastornos bipolares	0,01	1
	Trastornos depresivos	0,39*	0,011
	Trastornos de ansiedad	0,51**	0,006
	Trastornos de personalidad	-0,16	0,904
Trastornos bipolares	Trastornos psicóticos	-0,01	1
	Trastornos depresivos	0,38	0,24
	Trastornos de ansiedad	0,50	0,10
	Trastornos de personalidad	-0,17	0,94
Trastornos depresivos	Trastornos psicóticos	-0,39*	0,011
	Trastornos bipolares	-0,38	0,24
	Trastornos de ansiedad	0,12	0,89
	Trastornos de personalidad	-0,55*	0,013
Trastornos de ansiedad	Trastornos psicóticos	-0,51**	0,006
	Trastornos bipolares	-0,50	0,10
	Trastornos depresivos	-0,12	0,89
	Trastornos de personalidad	-0,68**	0,005
Trastornos de personalidad	Trastornos psicóticos	0,16	0,90
	Trastornos bipolares	0,17	0,94
	Trastornos depresivos	0,55*	0,013
	Trastornos de ansiedad	0,68**	0,005

Nota. * $p < ,05$, ** $p < ,01$.

la CAGE en ambos géneros. Posteriormente, en mujeres, las puntuaciones más altas fueron en trastornos bipolares y depresivos, mientras que en los hombres con distintos diagnósticos obtuvieron las puntuaciones más altas (Figura 2). El efecto de la interacción entre género y grupo con diagnóstico psiquiátrico no fue estadísticamente significativo, $F(2,554) = 2,13$, $p = ,75$. Hubo un efecto principal estadísticamente significativo para el grupo con diagnóstico psiquiátrico, $F(2, 554) = 5,29$, $p < ,001$, y para género $F(2, 554) = 33,82$, $p < ,001$. El tamaño del efecto para diagnóstico psiquiátrico fue entre pequeño y moderado (eta cuadrado parcial = ,037), mientras que el tamaño del efecto para género fue moderado (eta cuadrado parcial = ,059). Comparaciones post-hoc (prueba HSD de Tukey) indicaron varias diferencias entre los grupos con diagnóstico psiquiátrico (Tabla 2).

Resultados positivos en el cribado con la CAGE

Se encontró una puntuación de la CAGE ≥ 1 en 182 pacientes (32,6% de la muestra, 45,1% de los hombres y 21,9% de las mujeres). Se encontró una asociación significativa entre género y puntuación de la CAGE ≥ 1 ($\chi^2 = 33,22$, $p < ,01$, $\phi = -0,248$). El coeficiente phi, según criterios de Cohen (Cohen, 1988), indica un efecto de género entre pequeño y medio en el resultado positivo en la escala CAGE.

Se encontró una asociación significativa entre diagnóstico psiquiátrico y una puntuación ≥ 1 en el cuestionario CAGE ($\chi^2 = 16,6$, $p = ,002$). El tamaño del efecto fue moderado (V de Cramer = ,17). Los grupos diagnósticos que presentaron de forma más frecuente puntuaciones igual o su-

perior a 1 en el cuestionario CAGE eran trastorno bipolar (45,2%) y de personalidad (44,9%), seguido de trastornos psicóticos (39,4%). El grupo de pacientes con trastorno de ansiedad tuvo el porcentaje más bajo de puntuaciones positivas en la CAGE (Tabla 3).

En cuanto a la influencia de la edad en el resultado positivo en la escala CAGE, se realizó un test de chi cuadrado para analizar independencia. Como muestra la Tabla

Tabla 3. Puntuaciones en la CAGE según categorías diagnósticas y grupos de edad (n, %)

Diagnóstico	CAGE<1	CAGE \geq 1	Test	p
Trastornos psicóticos	80 (60,6%)	52 (39,4%)		
Trastornos bipolares	23 (54,8%)	19 (45,2%)		
Trastornos depresivos	172 (72,6%)	65 (27,4%)		
Trastornos de ansiedad	73 (77,7%)	21 (22,3%)		
Trastornos de personalidad	27 (55,1%)	22 (44,9%)		
Total*	375 (67,7%)	179 (32,3%)	$\chi^2 = 16,64$,002
Edad				
18-30	27 (55,1%)	22 (44,9%)		
31-45	101 (66,0%)	52 (34,0%)		
46-60	152 (66,7%)	76 (33,3%)		
>60	97 (75,2%)	32 (24,8%)		
Total	377 (67,4%)	182 (32,6%)	$\chi^2 = 7,13$,068

Nota. χ^2 : test de chi cuadrado. *Faltaban los datos diagnósticos para 5 pacientes.

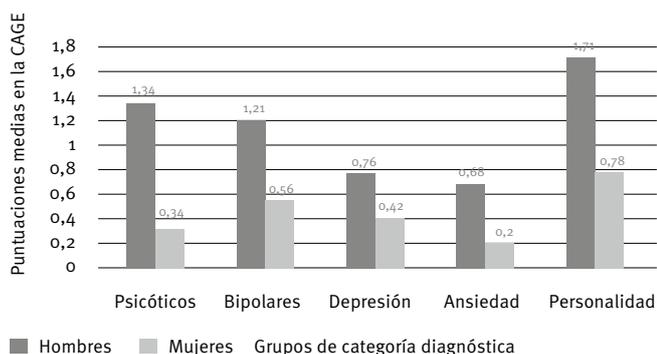


Figura 2. Puntuaciones medias en la CAGE para cada grupo diagnóstico por género

2, el grupo de edad <30 años obtuvo el mayor porcentaje de pacientes con puntuaciones ≥ 1 (44,9%), mientras que el grupo de edad >60 años obtuvo el menor porcentaje (24,8%). Ninguno de estos resultados fue estadísticamente significativo ($p < ,068$).

Se hizo una regresión logística para evaluar la probabilidad de un resultado positivo (punto de corte ≥ 1) en el cuestionario CAGE. El modelo tenía tres variables independientes (género, grupo de edad, y categoría diagnóstica). El modelo íntegro, con todos los predictores, fue estadísticamente significativo ($\chi^2 = 53,34$, $p < ,001$), y, por tanto, capaz de identificar pacientes con TUA. El modelo explicó entre 9,2% (R cuadrado de Cox y Snell) y 12,8% (R cuadrado de Nagelkerke) de la varianza en la puntuación positiva en la escala CAGE, y clasificó correctamente el 68,8% de los casos. Todos los variables independientes contribuyeron en el modelo de manera estadísticamente significativa. El género fue el predictor más potente de un cribado positivo, con una razón de momios de 0,33. Era 3,03 veces más probable que las mujeres obtuvieran una puntuación en la CAGE mayor de uno, comparado con los hombres ($p < ,001$, 95% IC: 0,22-0,49). El segundo predictor más fuerte se relacionaba con la edad, dado que el grupo mayor de 60 años presentó una razón de momios de 0,4. Por tanto, era 2,5 veces menos probable que los pacientes de mayor edad obtuvieran una puntuación en la CAGE mayor de uno ($p = ,017$, 95% IC: 0,19-0,85). El último predictor era la categoría diagnóstica, con una razón de momios de 0,48 para el grupo con trastorno de ansiedad ($p = ,021$, 95% IC: 0,26-0,89), un resultado que indica que era 2,08 veces menos probable que los pacientes con trastorno de ansiedad obtuvieran un resultado positivo en la escala CAGE, después de controlar todos los factores restantes del modelo. Las demás categorías diagnósticas, evaluadas individualmente, no tenían una asociación significativa con un resultado positivo en la escala CAGE.

Discusión

Este estudio es el primero en evaluar la prevalencia de TUA usando el cuestionario CAGE en la población psiquiátrica española. Además, que sepamos, este estudio también

aporta los primeros datos sobre la influencia de edad, género y categorías diagnósticas psiquiátricas en esta evaluación.

El objetivo de este estudio es valorar la prevalencia de TUA en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios en España usando la escala CAGE. En la prueba diagnóstica, el punto de corte es un tema crítico, dado que afecta la sensibilidad y especificidad de la prueba. En general, la estimación de sensibilidad y especificidad del cuestionario CAGE es de 71% y 90%, respectivamente, para las poblaciones clínicas (Dhalla y Kopec, 2007; Mitchell et al., 2014). En pacientes con esquizofrenia, el punto de corte de 1 o más muestra una sensibilidad de 91% y una especificidad de 83% (Dervaux et al., 2006), con variaciones hasta 82% y 94%, respectivamente, con un punto de corte de 2. En otra muestra con pacientes psiquiátricos ambulatorios (Corradi-Webster et al., 2005), un punto de corte de 1 dio una sensibilidad de 100% y una especificidad de 73%, mientras que un punto de corte de 2 dio una sensibilidad de 53% y una especificidad de 87%. Por lo tanto, en muestras de pacientes psiquiátricos, un punto de corte de 1 proporciona una sensibilidad alta con suficiente especificidad. Es más, aunque varios estudios han usado un valor de corte de 2 (dos o más respuestas afirmativas) en la CAGE (Berk y McCormick, 2008; Castells y Furlanetto, 2005; Fiellin et al., 2000; Hearne et al., 2002; Mayfield et al., 1974; Paz Filho et al., 2001), varios resultados publicados sugieren que el mejor punto de corte para el cuestionario CAGE con pacientes psiquiátricos es 1 (Agabio et al., 2007; Bradley, Bush, McDonell, Malone, y Fihn, 1998; McGarry y Cyr, 2005; Ogborne, 2000). Respecto de la relación con edad y género, también se ha fijado que el punto de corte para la definición de casos debería ser de una respuesta positiva, dado que este valor puede mejorar la sensibilidad para mujeres y personas mayores (Bradley et al., 1998; Cherpitel, 1995; Jones, Lindsey, Yount, Soltys, y Farani-Enayat, 1993). Por lo tanto, en este estudio se usó un punto de corte de 1.

Nuestro hallazgo de un cribado positivo de TUA en 32,6% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, definido por una CAGE ≥ 1 , es similar a las conclusiones de otros estudios, aunque con muestras de menor tamaño. Hasta la fecha, las publicaciones han tenido tamaños de muestra de 56 (Agabio et al., 2007), 71 (Teitelbaum y Mullen, 2000), 114 (Masur y Monteiro, 1983; Dervaux et al., 2006), 127 (Corradi-Webster et al., 2005), 151 (Etter y Etter 2004), 165 (Ratta-Apha et al., 2014), 247 (Rosenberg et al., 1998), y 366 (Mayfield et al., 1974) pacientes.

Respecto de diferencias de género, nuestros resultados son coherentes con varios informes y encuestas epidemiológicas publicadas que describen tasas más altas de TUA en hombres que en mujeres, tanto para la población general (Goldstein et al., 2015; Hasin et al., 2007; Keyes et al., 2008; Khan et al., 2013; Rehm et al., 2015) como para pacientes psiquiátricos (Cantor-Graae et al., 2001; Dervaux et al., 2006; Eberhard et al., 2009; McCreadie, 2002; Satre et al.,

2008). También aparecieron diferencias de género en el patrón de respuestas positivas obtenidas de la CAGE (Tabla 1). Los hombres más frecuentemente dieron respuestas positivas a las preguntas CAGE1 y CAGE3 (35,8% y 28,4%, respectivamente), mientras que las respuestas positivas de las mujeres se relacionaban más con la culpabilidad y los sentimientos de remordimiento (CAGE2 y CAGE3) (15,6% y 11,6%, respectivamente). En ambos géneros, la pregunta con los porcentajes más bajos de respuestas positivas era CAGE4 (16,3% en hombres y 3,6% en mujeres). Esto resultado pueden indicar que la sensibilidad difiere entre preguntas de la CAGE en cuanto a detectar TUA según género.

En la población general, la frecuencia de TUA ha tenido una relación inversa con la edad (Hasin et al., 2007), dado que los pacientes mayores de 65 años aparentemente presentan menores tasas de uso de alcohol y de TUA, comparado con aquellos con edades entre los 50-64 años (Gum, King-Kallimanis, y Kohn, 2009; Moore et al., 2005; Moos, Schutte, Brennan, y Moos, 2009; Wu y Blazer, 2014). De acuerdo con estos resultados, nuestro estudio halló una asociación negativa entre un cribado positivo en la CAGE y una edad mayor de 60 años. También se ha reportado mayor frecuencia de TUA en sujetos más jóvenes de la población general (Glass, Grant, Yoon, y Bucholz, 2015; Grant et al., 2015; Rehm et al., 2015). Hay muy pocos estudios que evalúen la influencia de edad en el cribado de TUA en pacientes psiquiátricos. Edades más jóvenes se han asociado con trastornos de uso de sustancias, pero no con TUA, en una muestra de pacientes con trastornos psiquiátricos severos (Mueser et al., 2000). Las tasas de TUA y de trastorno por uso de sustancias pueden ser aún más altas en la adultez temprana de personas con trastornos mentales, como muestra un estudio realizado con pacientes con edades entre los 18-25 años (Sheidow et al., 2012). En nuestras muestras, los pacientes más jóvenes no tuvieron tasas más altas de resultados positivos en el cribado con la CAGE, comparado con los demás grupos de edad de la muestra íntegra. Cuando dividimos nuestra muestra por género (Figura 1), las mujeres obtuvieron un resultado de cribado positivo más alto en el grupo de edad entre los 18-30 años, mientras que los hombres obtuvieron un resultado de cribado positivo más alto en los grupos de edad intermedios (31-60 años). Estos resultados podrían sugerir un riesgo de consumo de alcohol que difiere por género en poblaciones con trastornos psiquiátricos.

Que sepamos, este es el primer estudio en valorar el cribado de TUA en categorías diagnósticas diferentes en una muestra amplia de pacientes psiquiátricos ambulatorios usando el cuestionario CAGE. Anteriormente, la mayoría de los estudios realizados en instalaciones psiquiátricas se han centrado en un trastorno o categoría diagnóstica específicamente. Por ejemplo, pacientes psiquiátricos ambulatorios con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (Dervaux et al., 2006; Etter y Etter, 2004), o trastornos del estado de ánimo (Agabio et al., 2007), mientras que

otros estudios han omitido los diagnósticos psiquiátricos (Corradi-Webster et al., 2005; Masur y Monteiro, 1983; Ratta-Apha et al., 2014; Rosenberg et al., 1998; Teitelbaum y Mullen, 2000). En cuanto al entorno clínico, los pacientes han sido reclutados de hospitales (Masur y Monteiro, 1983; Mayfield et al., 1974; Rosenberg et al., 1998), unidades asistenciales de pacientes ingresados y ambulatorios (Dervaux et al., 2006; Teitelbaum y Mullen, 2000) o de otros servicios comunitarios (Agabio et al., 2007; Etter y Etter, 2004; Ratta-Apha et al., 2014). Un sesgo de selección, en particular en los pacientes ingresados, puede sobreestimar los TUA debido a la falacia de Berkson, dada la probabilidad más alta de estar recibiendo un tratamiento especializado (Soyka, 2000; Etter y Etter, 2004). Ninguno de los estudios realizados en instalaciones comunitarias psiquiátricas generales ha comparado categorías diagnósticas.

Parece que los TUA coexisten con varias enfermedades psiquiátricas, particularmente trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, y trastornos de personalidad (Anthenelli, 2012; Grant et al., 2004a, 2004b, 2015; Hasin y Grant, 2015; Kessler et al., 1997; Klimkiewicz, Klimkiewicz, Jakubczyk, Kieres-Salomoński, y Wojnar, 2015; Mellos, Liappas, y Papparrigopoulos, 2010; Rosenberg et al., 1998). Se han propuesto varias hipótesis diferentes para explicar la comorbilidad entre diagnósticos psiquiátricos y TUA: automedicación, aliviar la disforia, factores de riesgo psicosociales, predisposición genética, o vulnerabilidad neurobiológica compartida (Buckley, 2006; Mueser, Drake, y Wallach, 1998). Los pacientes con trastornos mentales severos, como trastornos bipolares, esquizofrenia, o algunos trastornos de personalidad, pueden estar especialmente predispuestos a presentar disforia y sentimientos negativos y también a exhibir factores de riesgo múltiples (Mueser et al., 1998). En nuestro estudio, los pacientes con trastornos bipolares (45,2%) o trastornos de personalidad (44,9%) tuvieron las tasas más elevadas de una puntuación en la CAGE ≥ 1 , seguido de trastornos psicóticos (39,4%). Estas tasas de prevalencia son similares a las presentadas en la literatura. La presencia de un TUA en pacientes con trastorno bipolar se ha estimado aproximadamente en el 45% (Cardoso et al., 2008; Farren, Hill, y Weiss, 2012; Kessler et al., 1997), similar a nuestra tasa. En el estudio de Agabio et al. (2007), el 30,4% de los pacientes ambulatorios con un trastorno del estado de ánimo obtuvieron una puntuación en la CAGE ≥ 1 . Ese estudio no halló diferencias en la frecuencia de TUA en el espectro unipolar-bipolar, aunque el análisis no usó el cuestionario CAGE, sino los criterios diagnósticos de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Otros autores han reportado tasas de prevalencia entre 10-60% de TUA a lo largo de la vida en pacientes con depresión unipolar (Klimkiewicz et al., 2015; Satre et al., 2008; Sullivan et al., 2005; Worthington et al., 1996). De acuerdo con nuestros resultados, se ha reportado una prevalencia de TUA entre 16,4-30% en pacientes con trastorno de per-

sonalidad (Echeburúa, de Medina, y Aizpiri, 2005; Grant et al., 2004a; Klimkiewicz et al., 2015; Mellos et al., 2010).

En cuanto a los TUA en pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados, se ha reportado de forma consistente una tasa de prevalencia entre 29-60% (Dervaux et al., 2006; Cantor-Graae et al., 2001; McCreddie, 2002; Soyka, 2000). Puntuaciones en la CAGE similares a los reportados por nuestro estudio también se han publicado de una muestra de pacientes ambulatorios con esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos, con el 37,7% de los pacientes con una puntuación en la CAGE ≥ 1 (Etter y Etter, 2004). En nuestra muestra, los pacientes con un trastorno de ansiedad obtuvieron un porcentaje más bajo de puntuaciones positivas en la CAGE (22,3%) en comparación con otros grupos de pacientes con diagnóstico psiquiátrico. La comorbilidad entre TUA y trastornos de ansiedad se ha descrito en un 7-18% de los pacientes con trastornos de ansiedad (Klimkiewicz et al., 2015; Vorspan et al., 2015). Un meta análisis reciente ha confirmado la asociación entre TUA y trastornos de ansiedad, con una RM de 1,636 para cualquier trastorno de ansiedad y abuso de alcohol, y una RM de 2,53 para la dependencia del alcohol (Lai, Cleary, Sitharthan, y Hunt, 2015). Otros autores han hallado asociaciones no significativas o inexistentes entre TUA y trastornos de ansiedad específicos (Grant et al., 2004b; Hasin y Kilcoyne, 2012; Goldstein et al., 2015; Grant et al., 2015). La discrepancia de estos resultados podría deberse a la alta heterogeneidad clínica en este subgrupo de pacientes, posiblemente resultando en diferentes comorbilidades de los distintos trastornos ansiosos con los TUA.

También se observaron diferencias de género en el cribado positivo de TUA al desglosar nuestra muestra por diagnóstico (Figura 2). Los trastornos de personalidad obtenían las tasas positivas más altas para ambos géneros. Posteriormente, los hombres mostraron tasas positivas más altas para el subgrupo con trastornos psicóticos, seguido de trastorno bipolar, mientras que en las mujeres, el segundo grupo diagnóstico con mayor prevalencia de resultados positivos en el cribado CAGE fue para el subgrupo con trastorno bipolar, seguido de trastornos psicóticos. Esta diferencia de género según diagnóstico refuerza la necesidad de enfoques de género para el cribado y tratamiento de TUA en pacientes psiquiátricos.

En nuestro estudio, el predictor más fuerte de un cribado positivo para TUA usando la escala CAGE fue género, seguido de edad y diagnóstico psiquiátrico. Por lo tanto, género masculino y edad menor de 60 años eran predictores de un resultado positivo. Era más probable que los pacientes con un trastorno de ansiedad obtuvieran una puntuación negativa en la CAGE, en comparación con otros grupos diagnósticos. Otros autores también han descrito género masculino, menor edad, y trastorno de personalidad antisocial, entre otros, como predictor de trastornos de uso de sustancias entre pacientes psiquiátricos (Mueser et al., 2000).

Este estudio tiene varias limitaciones. Primero, los TUA no fueron valorados mediante entrevistas estructuradas para confirmar los resultados del cuestionario CAGE. El diseño transversal no permite analizar las relaciones causales entre TUA, trastornos psiquiátricos, y otros factores de riesgo. Datos sociodemográficos, trastornos de uso de sustancias y condiciones médicas que pudieran actuar como factores de confusión no fueron registrados. El uso de un punto de corte de 1 en el cuestionario CAGE resulta en mayor sensibilidad pero menor especificidad y, por tanto, algunos de los pacientes clasificados por nuestro cribado con alto riesgo de TUA podrían ser falsos positivos, sobreestimando la frecuencia de riesgo de TUA en nuestra muestra. Respecto de las fortalezas de nuestro estudio, está la inclusión de una muestra grande de pacientes ambulatorios, con rangos de edad amplios y con categorías diagnósticas diferentes. Es más, el 54% de nuestros pacientes eran mujeres, muchas veces insuficientemente representadas en los estudios. Por todas estas razones, nuestra muestra podrá ofrecer una visión más realista de TUA en esta población.

En resumen, las tasas altas de TUA en los pacientes psiquiátricos, y la dificultad de valorar a estos pacientes de manera adecuada, da mayor respaldo al uso de instrumentos de cribado específicos, como el cuestionario CAGE. Debe prestarse una atención especial a los pacientes con factores de riesgo para TUA, como son género masculino, edad menor de 60 años y presencia de trastorno bipolar, de personalidad, y psicótico. Otros estudios han de examinar la relación entre TUA y comorbilidad con trastornos psiquiátricos, además de la influencia de otros factores médicos, sociales y demográficos.

Reconocimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a la Dra. Silvia Ramirez del Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Barcelona (España) por su ayuda valiosa en el reclutamiento de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflictos de intereses en relación a este estudio.

Referencias

- Agabio, R., Marras, P., Gessa, G. L. y Carpiello, B. (2007). Alcohol use disorders, and at-risk drinking in patients affected by a mood disorder, in Cagliari, Italy: sensitivity and specificity of different questionnaires. *Alcohol and Alcoholism*, 42, 575-581. doi:10.1093/alcalc/agm072.
- Anthenelli, R. M. (2012). Overview: stress and alcohol use disorders revisited. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34, 386-390.

- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., ... Haro, J. M. (2007). One year prevalence of mental disorders comorbidity and associated socio-demographic risk factors in the general population of Spain. Results of the ESEMed-Spain study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 4–11.
- Baltieri, D. A. y de Andrade, A. G. (2008). Comparing serial and nonserial sexual offenders: alcohol and street drug consumption, impulsiveness and history of sexual abuse. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 25–31.
- Barnaby, B., Drummond, C., McCloud, A., Burns, T. y Omu, N. (2003). Substance misuse in psychiatric inpatients: comparison of a screening questionnaire survey with case notes. *British Medical Journal*, 327, 783–784. doi:10.1136/bmj.327.7418.783.
- Barrio, P., Miquel, L., Moreno-España, J., Martínez, A., Ortega, L., Teixidor, L., ... Gual, A. (2016). Alcohol in Primary Care. Differential characteristics between alcohol-dependent patients who are receiving or not receiving treatment. *Adicciones*, 28, 116-122. doi:10.20882/adicciones.779.
- Berks, J. y McCormick, R. (2008). Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *International Psychogeriatrics*, 20, 1090–1103. doi:10.1017/S1041610208007497.
- Bowman, P. T. y Gerber, S. (2006). Alcohol in the older population, Part 2: MAST you speak the truth in an AUDIT or are you too CAGE-y? *The Case Manager*, 17, 48–53, 59.
- Bradley, K. A., Bush, K. R., McDonell, M. B., Malone, T. y Fihn, S. D. (1998). Screening for problem drinking: Comparison of CAGE and AUDIT. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 379–388. doi:10.1046/j.1525-1497.1998.00118.x.
- Buckley P. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 5-9.
- Cantor-Graae, E., Nordström, L. G. & McNeil, T. F. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia Research*, 48, 69–82.
- Cardoso, B. M., Kauer Sant'Anna, M., Dias, V. V., Andreatza, A. C., Ceresér, K. M. y Kapczinski, F. (2008). The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*, 42, 451–457. doi:10.1016/j.alcohol.2008.05.003.
- Castells, M. A. y Furlanetto, L. M. (2005). Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 54–57.
- Cherpitel, C. J. (1995). Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 695–700.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Córdoba, R., Delgado, M. T., Pico, V., Altisent, R., Fores, D., Monreal, A., ... López del Val, A. (1998). Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Family Practice*, 15, 562–568.
- Corradi-Webster, C. M., Laprega, M. R. y Furtado, E. F. (2005). Performance assessment of CAGE screening test among psychiatric outpatients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 1213–1218. doi: S0104-11692005000800017.
- Curran, T. A., Gawley, E., Casey, P., Gill, M. y Crumlish, N. (2009). Depression, suicidality and alcohol abuse among medical and business students. *Irish Medical Journal*, 102, 249–252.
- de Oliveira, J., Kerr-Correa, F., Lima, M., Bertolote, J. y Santos, J. (2014). Validity of Alcohol Screening Instruments in General Population Gender Studies: An Analytical Review. *Current Drug Abuse Reviews*, 7, 59–65. doi:10.2174/1874473707666141015214708.
- Derks, E. M., Vink, J. M., Willemsen, G., van den Brink, W. y Boomsma, D. I. (2014). Genetic and environmental influences on the relationship between adult ADHD symptoms and self-reported problem drinking in 6024 Dutch twins. *Psychological Medicine*, 44, 2673–83. doi:10.1017/S0033291714000361.
- Dervaux, A., Bayle, F. J., Laqueille, X., Bourdel, M. C., Leborgne, M., Olie, J. P. y Krebs, M. O. (2006). Validity of the CAGE questionnaire in schizophrenic patients with alcohol abuse and dependence. *Schizophrenia Research*, 81, 151–155. doi:10.1016/j.schres.2005.09.012.
- Dhalla, S. y Kopec, J. A. (2007). The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. *Clinical and Investigative Medicine. Médecine Clinique et Experimentale*, 30, 33–41.
- Dixon, L., Weiden, P. J., Haas, G., Sweeney, J. y Frances, A. J. (1992). Increased tardive dyskinesia in alcohol-abusing schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 121–122.
- Drake, R. E., Osher, F. C. y Wallach, M. A. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 408–414.
- Draper, B., Ridley, N., Johnco, C., Withall, A., Sim, W., Freeman, M., ... Lintzeris, N. (2015). Screening for alcohol and substance use for older people in geriatric hospital and community health settings. *International Psychogeriatrics/IPA*, 27, 157–66. doi:10.1017/S1041610214002014.
- Duke, P. J., Pantelis, C. y Barnes, T. R. (1994). South Westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 630–636.
- Eberhard, S., Nordström, G., Höglund, P. y Ojehagen, A. (2009). Secondary prevention of hazardous alcohol consumption in psychiatric outpatients: a randomised

- controlled study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 1013–1021. doi:10.1007/s00127-009-0023-7.
- Echeburúa, E., de Medina, R. B. y Aizpiri, J. (2005). Alcoholism and personality disorders: an exploratory study. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 323–326. doi:10.1093/alcalc/agh158.
- Encrenaz, G., Kovess-Masféty, V., Sapinho, D., Chee, C. C. y Messiah, A. (2007). Utilization of mental health services and risk of 12-month problematic alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 31, 392–401. doi:10.5555/ajhb.2007.31.4.392.
- Escobar, F., Espí, F. y Canteras, M. (1995). Diagnostic tests for alcoholism in primary health care: compared efficacy of different instruments. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 151–158. doi:10.1016/0376-8716(95)01200-1.
- Etter, M. y Etter, J. F. (2004). Alcohol consumption and the CAGE test in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 947–956.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905–1907.
- Farren, C. K., Hill, K. P. y Weiss, R. D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Current Psychiatry Reports*, 14, 659–66. doi:10.1007/s11920-012-0320-9.
- Fiellin, D. A., Reid, M. C. y O'Connor, P. G. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1977–1989.
- Fowler, I. L., Carr, V. J., Carter, N. T. y Lewin, T. J. (1998). Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 443–455.
- Gerding, L. B., Labbate, L. A., Measom, M. O., Santos, A. B. y Arana, G. W. (1999). Alcohol dependence and hospitalization in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 38, 71–75.
- Glass, J. E., Grant, J. D., Yoon, H. Y. y Bucholz, K. K. (2015). Alcohol problem recognition and help seeking in adolescents and young adults at varying genetic and environmental risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 250–257. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.05.006.
- Goldstein, R. B., Smith, S. M., Dawson, D. A. y Grant, B. F. (2015). Sociodemographic and psychiatric diagnostic predictors of 3-year incidence of DSM-IV substance use disorders among men and women in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 924–932. doi:10.1037/adb0000080.
- González García, Y., López Sampedro, P., Saavedra Rielo, M. C., González Arce, D., García Lavandera, L. J. y Cuesta Castro, B. (1997). The early detection of young people with alcohol-related disorders in primary care. *Atención Primaria*, 20, 133–136.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. y Pickering, R. P. (2004a). Prevalence correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 948–958.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... Kaplan, K. (2004b). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807–816. doi:10.1001/archpsyc.61.8.807.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., ... Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72, 757–766. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0584.
- Gual, A., Arbesú, J.Á., Zarco, J., López Pelayo, H., Miquel, L. y Bobes, J. (2016). Alcoholism and its treatment approach from a citizen perspective. *Adicciones*, 28, 163–173. doi:10.20882/adicciones.742.
- Gum, A. M., King-Kallimanis, B. y Kohn, R. (2009). Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 769–781. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ad4f5a.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E. y Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 830–842. doi:10.1001/archpsyc.64.7.830.
- Hasin, D. y Kilcoyne, B. (2012). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 165–171. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283523dcc.
- Hasin, D. S. y Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1609–1640. doi:10.1007/s00127-015-1088-0.
- Hearne, R., Connolly, A. y Sheehan, J. (2002). Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 84–87.
- Hulse, G. K. y Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult inpatients with psychiatric disorders. *Drug and Alcohol Review*, 21, 105–112. doi:10.1080/09595230220138993.
- Jones, T. V., Lindsey, B. A., Yount, P., Soltys, R. y Farani-Enayat, B. (1993). Alcoholism screening questionnaires: are they valid in elderly medical outpatients? *Journal of General Internal Medicine*, 8, 674–678.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. y Anthony, J. C. (1997). Lifetime

- co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313–321.
- Keyes, K. M., Grant, B. F. y Hasin, D. S. (2008). Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 21–29. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.08.017.
- Khan, S., Okuda, M., Hasin, D. S., Secades-Villa, R., Keyes, K., Lin, K.-H., ... Blanco, C. (2013). Gender differences in lifetime alcohol dependence: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 37, 1696–1705. doi: 10.1111/acer.12158.
- Kim, B., Shin, W.S., Kim, M.K. y Lee, S.H. (2016). White matter microstructural changes are associated with alcohol use in patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 199, 65–72. doi:10.1016/j.jad.2016.03.055.
- Klimkiewicz, A., Klimkiewicz, J., Jakubczyk, A., Kieres-Salomoński, I. y Wojnar, M. (2015). Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis. *Psychiatria Polska*, 49, 265–275. doi:10.12740/PP/25704.
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T. y Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1–13. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031.
- Lejoyeux, M., Gastal, D., Bergeret, A., Casalino, E., Lequen, V. y Guillermet, S. (2012). Alcohol use disorders among patients examined in emergency departments after a suicide attempt. *European Addiction Research*, 18, 26–33. doi:10.1159/000332233.
- Lejoyeux, M., Nivoli, F., Basquin, A., Petit, A., Chalvin, F. y Embouazza, H. (2013). An investigation of factors increasing the risk of aggressive behavior among schizophrenic inpatients. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 97. doi:10.3389/fpsy.2013.00097.
- Lejoyeux, M., Basquin, A., Koch, M., Embouazza, H., Chalvin, F. y Ilongo, M. (2014). Cannabis Use and Dependence among French Schizophrenic Inpatients. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 82. doi:10.3389/fpsy.2014.00082.
- León-Muñoz, L. M., Galán, I., Donado-Campos, J., Sánchez-Alonso, F., López-García, E., Valencia-Martín, J. L., ... Rodríguez-Artalejo, F. (2015). Patterns of Alcohol Consumption in the Older Population of Spain, 2008–2010. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115, 213–224. doi:10.1016/j.jand.2014.08.017.
- Luoto, K. E., Koivukangas, A., Lassila, A. y Kampman, O. (2016). Outcome of patients with dual diagnosis in secondary psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70, 470–476. doi:10.3109/08039488.2016.1160149.
- Malet, L., Schwan, R., Boussiron, D., Aublet-Cuvelier, B. y Llorca, P.-M. (2005). Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *European Psychiatry*, 20, 484–489. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.06.027.
- Mansell, D., Spiro, A., Lee, A. y Kazis, L. (2006). Validation of the primary care alcohol severity measure. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 29, 87–97.
- Masur, J. y Monteiro, M. G. (1983). Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Revista Brasileira de Pesquisas Médicas e Biológicas*, 16, 215–218.
- Mathalon, D. H., Pfefferbaum, A., Lim, K. O., Rosenbloom, M. J. y Sullivan, E. V. (2003). Compounded brain volume deficits in schizophrenia-alcoholism comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 60, 245–252.
- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 1121–1123. doi:10.1176/ajp.131.10.1121.
- Miquel L., Barrio P., Moreno-España J., Ortega L., Manthey J. Rehm J. y Gual A. (2016). Detection and prevalence of alcohol use disorders in primary health care in Catalonia. *Atención Primaria*, 48, 175–182. doi:10.1016/j.aprim.2015.04.006.
- McCreadie, R. G. (2002). Use of drugs, alcohol and tobacco by people with schizophrenia: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 321–325.
- McGarry, K. A. y Cyr, M. G. (2005). Women and alcohol. *Comprehensive Therapy*, 31, 83–93.
- Mellos, E., Liappas, I. y Paparrigopoulos, T. (2010). Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *In Vivo*, 24, 761–769.
- Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M., Hussain, S. y Meader, N. (2014). Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis. *The British Journal of General Practice*, 64, 408–418. doi:10.3399/bjgp14X680497.
- Moore, A. A., Gould, R., Reuben, D. B., Greendale, G. A., Carter, M. K., Zhou, K. y Karlamangla, A. (2005). Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States. *American Journal of Public Health*, 95, 458–465. doi:10.2105/AJPH.2003.019471.
- Moos, R. H., Schutte, K. K., Brennan, P. L. y Moos, B. S. (2009). Older adults’ alcohol consumption and late-life drinking problems: a 20-year perspective. *Addiction*, 104, 1293–1302. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02604.x.
- Morojele, N. K., Saban, A. y Seedat, S. (2012). Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 181–186. doi:10.1097/YCO.0b013e328351a429.
- Mueser K. T., Drake R. y Wallach M. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717–734.

- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett, C., Miles, K. M. y Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 179–192.
- Mukamal, K. J., Kawachi, I., Miller, M. y Rimm, E. B. (2007). Drinking frequency and quantity and risk of suicide among men. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 153–160. doi:10.1007/s00127-006-0144-1.
- Noordsy, D. L., Drake, R. E., Teague, G. B., Osher, F. C., Hurlbut, S. C., Beaudett, M. S. y Paskus, T. S. (1991). Subjective experiences related to alcohol use among schizophrenics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 410–414.
- Oe, M., Fujii, S., Maeda, M., Nagai, M., Harigane, M., Miura, I., ... Abe, M. (2016). Three-year trend survey of psychological distress, post-traumatic stress, and problem drinking among residents in the evacuation zone after the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident [The Fukushima Health Management Survey]. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70, 245–252. doi:10.1111/pcn.12387.
- Ogborne, A. C. (2000). Identifying and treating patients with alcohol-related problems. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 1705–1708.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades, Rev. 10, Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines). Ginebra.
- Paz Filho, G. J., Sato, L. J., Tuleski, M. J., Takata, S. Y., Ranzi, C. C., Saruhashi, S. Y. y Spadoni, B. (2001). Use of the CAGE questionnaire for detecting alcohol use disorders in the emergency room. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 47, 65–69.
- Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. y Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 84–93. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01438.x.
- Pristach, C. A., Smith, C. M. y Perkins, C. (1993). Reliability of the Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST) in psychiatric inpatients. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 77–88. doi:10.1300/J069v12n04_06.
- Pulido, J., Indave-Ruiz, B. I., Colell-Ortega, E., Ruiz-García, M., Bartroli, M. y Barrio, G. (2014). Population-based studies on alcohol-related harm in Spain. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 493–513. doi:10.4321/S1135-57272014000400005.
- Ratta-Apha, W., Sitdhiraksa, N., Pariwatcharakul, P., Saisavoe, N., Limsricharoen, K., Thongchot, L., ... N., Ketumarn, P. (2014). Under-recognized alcohol-related disorders in psychiatric outpatient unit. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97, 439–446.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511–2518.
- Rehm J., Rehm M.X. Shield K.D., Gmel G. y Gual A. (2013). Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adicciones*, 25, 11-18. doi:10.20882/adicciones.67.
- Rehm J., Anderson P., Barry J., Dimitrov P., Elekes Z., Feijão F., ... Gmel G. (2015). Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *European Addiction Research*, 21, 6-18. doi:10.1159/000365284.
- Rodríguez-Martos, A. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.
- Rodríguez Fernández, E., Gómez Moraga, A. y García Rodríguez, A. (1997). Relationship between family perception and alcohol consumption. *Atención Primaria*, 19, 117–121.
- Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Wolford, G. L., Mueser, K. T., Oxman, T. E., Vidaver, R. M., ... Luckoor, R. (1998). Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 232–238. doi:10.1176/ajp.155.2.232.
- San L., Arranz B., Arrojo M., Becoña E., Bernardo M., Caballero L., ... Zorrilla I. (2016). Clinical guideline for the treatment of dual pathology in the adult population. *Adicciones*, 28, 3-5. doi:10.20882/adicciones.784.
- Satre, D., Wolfe, W., Eisendrath, S. y Weisner, C. (2008). Computerized screening for alcohol and drug use among adults seeking outpatient psychiatric services. *Psychiatric Services*, 59, 441–444. doi:10.1176/ps.2008.59.4.441.
- Shaner, A., Khalsa, M. E., Roberts, L., Wilkins, J., Anglin, D. y Hsieh, S. C. (1993). Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 758–762. doi:10.1176/ajp.150.5.758.
- Sheidow, A. J., McCart, M., Zajac, K. y Davis, M. (2012). Prevalence and impact of substance use among emerging adults with serious mental health conditions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35, 235–243. doi:10.2975/35.3.2012.235.243.
- Smith, C. M. y Pristach, C. A. (1990). Utility of the Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST) in schizophrenic patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 14, 690–694.
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 345–350.
- Soyka, M., Albus, M., Immler, B., Kathmann, N. y Hippus, H. (2001). Psychopathology in dual diagnosis and

Anexo

Cuestionario CAGE camuflado, adaptado para pacientes en España

- non-addicted schizophrenics—are there differences? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 232–238.
- Sullivan, L. E., Fiellin, D. A. y O'Connor, P. G. (2005). The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *The American Journal of Medicine*, 118, 330–341. doi:10.1016/j.amjmed.2005.01.007.
- Suominen, K., Isometsä, E., Haukka, J. y Lönnqvist, J. (2004). Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide -a 5-year follow-up study after deliberate self-harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 720–724. doi:10.1007/s00127-004-0796-7.
- Tang, V. K., Pato, M. T., Sobell, J. L., Hammond, T. C., Valdez, M. M., Lane, C. J. y Pato, C. N. (2016). Substance use associated with short sleep duration in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 171, 525–533. doi:10.1002/ajmg.b.32374.
- Teitelbaum, L. y Mullen, B. (2000). The validity of the MAST in psychiatric settings: a meta-analytic integration. Michigan Alcoholism Screening Test. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 254–261.
- Torrens M., Mestre-Pintó J.I., Montanari L., Vicente J. y Domingo-Salvany A. (2017). Dual diagnosis: a European perspective. *Adicciones*, 29, 3-5. doi:10.20882/adicciones.933.
- Urbanoski, K. A., Cairney, J., Adlaf, E. y Rush, B. (2007). Substance abuse and quality of life among severely mentally ill consumers: a longitudinal modelling analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 810–818. doi:10.1007/s00127-007-0236-6.
- Vorspan, F., Mehtelli, W., Dupuy, G., Bloch, V. y Lépine, J. P. (2015). Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues. *Current Psychiatry Reports*, 17, 4. doi:10.1007/s11920-014-0544-y.
- Weisner, C. y Matzger, H. (2003). Missed opportunities in addressing drinking behavior in medical and mental health services. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27, 1132–1141. doi:10.1097/01.ALC.0000075546.38349.69.
- Worthington, J., Fava, M., Agustin, C., Alpert, J., Nierenberg, A. A., Pava, J. A. y Rosenbaum, J. F. (1996). Consumption of alcohol, nicotine, and caffeine among depressed outpatients. Relationship with response to treatment. *Psychosomatics*, 37, 518–522. doi:10.1016/S0033-3182(96)71515-3.
- Wu, L. T. y Blazer, D. G. (2014). Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *International Journal of Epidemiology*, 43, 304–317. doi:10.1093/ije/dyt173.
1. ¿Piensa que come demasiados dulces?
 2. ¿Alguna vez le han ofrecido un porro o una dosis de cocaína?
 3. ¿Alguna vez las personas le han molestado al criticar su consumo de alcohol?
 4. ¿Alguna vez ha pensado en hacer ejercicio semanalmente?
 5. ¿Piensa que duerme las suficientes horas para sentirse en forma durante el día?
 6. ¿Alguna vez ha pensado que debería reducir su consumo de alcohol?
 7. ¿Alguna vez ha considerado seriamente dejar de fumar?
 8. ¿Alguna vez le han dicho que debería comer más frutas y verduras?
 9. ¿Alguna vez se ha sentido culpable respecto de su consumo de alcohol?
 10. ¿Alguna vez le han dicho que debería fumar menos?
 11. ¿Alguna vez ha consumido alcohol nada más despertar para calmar sus nervios o combatir la resaca?
 12. ¿Alguna vez ha pensado en implementar técnicas de relajación para sustituir su hábito de tomar somníferos?