



EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Marta Torrens,
Mònica Astals,
Rocío Martín-Santos,
Antònia Domingo-Salvany
Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías, Hospital del Mar-IAPS,
Unidad de Investigación en Psiquiatría-IMIM,
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios-IMIM,
Universidad Autónoma de Barcelona,
Barcelona, España.

INTRODUCCION

Uno de los problemas principales que presentan los individuos con trastorno por uso de sustancias (TUS) es la dificultad de identificar de forma fiable y válida la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante. Este es un punto especialmente relevante para los clínicos que necesitan tener criterios diagnósticos y entrevistas adecuadas para decidir cuando hay que iniciar un tratamiento específico para los trastornos psiquiátricos en pacientes drogodependientes. También en los estudios epidemiológicos es imprescindible poder realizar los diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica para poder planificar los recursos asistenciales necesarios para atender a esta población. Así mismo, para avanzar en el conocimiento de los factores genéticos implicados en las adicciones y los trastornos mentales es importante disponer de criterios e instrumentos diagnósticos que ayuden a la mejor caracterización fenotípica de los sujetos.

Pero la realización de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos que están consumiendo sustancias psicoactivas plantea dos problemas fundamentales. Por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas

simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente. Por otro lado, el hecho de que los trastornos psiquiátricos son más “síndromes” (patrones de síntomas con algunas pruebas de validez clínica) que “enfermedades” con una fisiopatología conocida y con unos marcadores biológicos claros¹. A pesar de que en las últimas décadas se ha profundizado mucho en el conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades mentales todavía no disponemos de marcadores con suficiente sensibilidad y especificidad que sirvan como “patrón oro” para comparar las medidas de las entidades diagnósticas basadas en conjuntos de criterios y entrevistas clínicas estructuradas. A falta de pruebas de laboratorio o de otros procedimientos directos para la validación de los diagnósticos psiquiátricos, el método del “Longitudinal Expert with All Data” (LEAD) se considera como el “patrón oro” contra el que podrían evaluarse las entrevistas diagnósticas². LEAD es un acrónimo que implica tres conceptos esenciales: evaluación Longitudinal, realizada por Expertos y utilizando Todos los Datos disponibles. “Longitudinal” quiere decir que el diagnóstico no está limitado a una única exploración. Los síntomas que aparecen o desaparecen tras una evaluación inicial también se consideran al diagnosticar un episodio de enfermedad. La duración del período longitudinal puede ser breve o de años. “Experto” indica que los diagnósticos son realizados por clínicos expertos. “Todos los Datos” se refiere a que los expertos clínicos no sólo evalúan sistemáticamente en el tiempo, sino que también entrevistan a otros informantes tales como familiares y allegados y tienen acceso a los datos que provienen de otras fuentes como el personal de la sala, terapeutas, análisis de laboratorio e historias clínicas.

Se revisan la evolución en las últimas décadas de los criterios diagnósticos y los instrumentos utilizados para el diagnóstico de los síndromes psiquiátricos cuando aparecen de forma concomitante con los trastornos por uso de sustancias, haciendo especial énfasis en los criterios DSM-IV y las entrevistas diagnósticas basadas en estos criterios.

APROXIMACIONES AL DIAGNÓSTICO DE COMORBILIDAD

A lo largo de los años, los criterios diagnósticos para las enfermedades mentales han ido cambiando, y estos cambios también se han producido con respecto

a la relación entre el consumo de sustancias y la presencia de otros síntomas psiquiátricos concurrentes.

En los criterios de Feighner se utilizaban los términos “Primario-Secundario” como relación causa-efecto y, con mayor frecuencia, como edad de inicio del trastorno. En este caso, el trastorno que aparecía antes se denominaba primario. Esta aproximación sugería que el primer trastorno era independiente de trastornos posteriores, pero no era útil para distinguir si el segundo trastorno era independiente del primero o cómo se relacionaban ambos trastornos. Esta distinción tenía una validez limitada para predecir la respuesta al tratamiento.

Posteriormente, en los criterios RDC, DSM-III y DSM-III-R, el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica en trastornos por uso de sustancias se basaba fundamentalmente en el criterio de si la etiología del trastorno psiquiátrico era “orgánica” o “no-orgánica”. El término “orgánico” derivaba de la psicopatología clásica e indicaba un trastorno mental causado por alguna condición física conocida tal como una enfermedad médica, neurológica o una toxina. Estas clasificaciones no facilitaban criterios específicos para distinguir entre trastornos orgánicos y no orgánicos. Los estudios que se realizaron usando estos criterios diagnósticos, incluso mediante la utilización de entrevistas diagnósticas estructuradas adecuadas como la “Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia” (SADS-L), la Diagnostic Interview Schedule (DIS) y la “Structured Clinical Interview for DSM-III-R” (SCID), mostraron escasa fiabilidad y validez para la mayor parte de diagnósticos psiquiátricos (principalmente trastornos afectivos y de ansiedad) cuando se estudiaban sujetos con trastornos por uso de sustancias (Tabla 1).

En respuesta al cada vez mayor reconocimiento de la relevancia de la comorbilidad psiquiátrica en el grupo de los pacientes consumidores de drogas, los criterios del DSM-IV incrementaron el énfasis en la comorbilidad, sustituyendo la dicotomía “orgánico” versus “no orgánico” por tres categorías: “primario” (trastornos mentales que no son inducidos por sustancias ni debidos a una enfermedad médica), “efectos esperados” (síntomas considerados habituales que aparecen como consecuencia del consumo o la abstinencia de una sustancia) o “inducido por sustancias” (síntomas considerados como excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación por o abstinencia a una sustancia), con la finalidad de poder facilitar un diagnóstico más preciso.

ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS

En la actualidad, se dispone de tres entrevistas diagnósticas estructuradas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV que son: la “Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV” (PRISM-IV)³ y la “Structured Clinical Interview for DSM-IV” (SCID)^{4,5} para poblaciones clínicas, y la “Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV version” (AUDADIS)⁶ utilizada en estudios comunitarios.

466

ENTREVISTA PRISM-IV³

La PRISM-IV es una entrevista estructurada basada en los criterios diagnósticos DSM-IV y diseñada específicamente para diferenciar los trastornos mentales primarios de los trastornos inducidos por sustancias y de los efectos esperados de la intoxicación y de la abstinencia en sujetos con consumo elevado de alcohol y otras sustancias. Las características más importantes que hacen que la PRISM sea un instrumento específico para el estudio de la comorbilidad en sujetos drogodependientes son:

- Añade pautas específicas de evaluación/clasificación a lo largo de la entrevista tales como, la estipulación de frecuencia y duración de los síntomas, los criterios explícitos de exclusión y las guías de resolución en caso de dudas.
- Sitúa las secciones sobre el alcohol y las otras drogas casi al principio de la entrevista, previamente a las secciones de trastornos mentales.
- Mediante una anamnesis más estructurada sobre el alcohol y las otras drogas, proporciona un contexto más adecuado para el seguimiento de la comorbilidad psiquiátrica.

La PRISM evalúa 20 trastornos del Eje I y 2 trastornos del Eje II según el DSM-IV. Estos son: trastorno por uso de sustancias incluyendo el abuso y la dependencia para cada una de las sustancias (alcohol, cannabis, alucinógenos, opiáceos y estimulantes); trastorno afectivo primario (depresión mayor, episodio maníaco, tras-

torno bipolar I, trastorno afectivo con síntomas psicóticos, episodio hipomaníaco, trastorno bipolar II, distimia y trastorno ciclotímico); trastorno de ansiedad primario (trastorno de pánico, fobia simple, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés post traumático); trastorno psicótico primario (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado); trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia y trastorno por atracones); trastornos de la personalidad (trastorno antisocial y límite de la personalidad) y trastornos inducidos por sustancias (depresión mayor, manía, distimia, psicosis, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada). Con el objetivo de facilitar la recogida de información, la entrevista está estructurada en distintos apartados. En primer lugar, se recoge información general sobre los tratamientos psiquiátricos recibidos durante toda la vida, la historia del consumo de sustancias y alcohol, así como, los períodos de consumo intenso y de abstinencia de sustancias a lo largo de la vida, recogidos mediante una tabla temporal. En segundo lugar, se evalúan los diferentes apartados diagnósticos del Eje I y Eje II donde se valora la presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos actuales (durante los últimos 12 meses) y previos. La entrevista proporciona pautas que permiten diferenciar entre síntomas inducidos por la sustancia y síntomas primarios. Al mismo tiempo, ayuda a determinar la relación temporal entre los síntomas psiquiátricos y el consumo de sustancias para finalmente realizar los diagnósticos. Para aumentar la fiabilidad de los diagnósticos obtenidos a lo largo de toda la entrevista, se ofrecen pautas específicas para puntuar, incluyendo requisitos de frecuencia, duración y exclusión, así como reglas de decisión. Aparecen también preguntas estandarizadas para explorar las respuestas del sujeto. Los conceptos diagnósticos operativos de la PRISM son:

Efectos esperados de la intoxicación y la abstinencia. El concepto "efectos esperados de la intoxicación y la abstinencia" hace referencia a los efectos fisiológicos que cabe esperar del abuso y la dependencia de sustancias. Estos efectos están recogidos en los síntomas de la intoxicación y abstinencia descritos para cada una de las principales sustancias (p.ej., anfetaminas, alucinógenos), de acuerdo con los criterios DSM-IV. Los efectos de la intoxicación y la abstinencia de sustancias en ocasiones son idénticos a los síntomas de los trastornos mentales primarios como son, por ejemplo, el insomnio, la disminución de la capacidad para concentrarse y las alucinaciones.

Trastorno inducido por sustancias. Se realiza un diagnóstico de "trastorno inducido por sustancias" cuando:

- Se cumplen todos los criterios para el trastorno según el DSM-IV.
- El episodio ocurre totalmente durante un período de consumo de sustancias excesivo o en las cuatro semanas posteriores a la interrupción del consumo.
- La sustancia consumida es "relevante" para el trastorno (es decir, sus efectos pueden provocar síntomas que son idénticos a los del trastorno que se está evaluando).
- Los síntomas son claramente excesivos respecto a los efectos esperados de la intoxicación y/o abstinencia.

Para diferenciar los síntomas de una depresión mayor de los efectos esperados de la intoxicación/abstinencia, el evaluador debe determinar si ha habido un cambio importante en el consumo, es decir, un claro incremento o disminución desde la aparición de los síntomas. La PRISM proporciona pautas para efectuar esta diferenciación las cuales hacen referencia al momento en que se produjeron cambios en los síntomas con respecto al consumo inicial de la sustancia. Por ejemplo, en un consumidor excesivo de sustancias se pueden identificar los síntomas que corresponden más a un estado de ánimo depresivo que al uso de la sustancia. Para diferenciar entre un síntoma psicótico relacionado con un trastorno psicótico primario de los efectos de la intoxicación/abstinencia, la PRISM evalúa la posibilidad de que el sujeto reconozca que las alucinaciones psicóticas estaban causadas por el consumo de la sustancia. La entrevista proporciona pautas de codificación y preguntas para llevar a cabo esta diferenciación.

Trastorno mental primario. Se diagnostica un trastorno mental primario cuando el episodio (por ejemplo, una depresión mayor) se produce durante un período de abstinencia o con el consumo ocasional de la sustancia. Cabe señalar que una proporción importante del episodio debe producirse cuando el sujeto no consume ninguna sustancia, o cuando la cantidad de la misma no es suficiente para provocar intoxicación o abstinencia. En la PRISM, los trastornos mentales primarios pueden producirse en tres circunstancias diferentes:

- El episodio se produce durante un período prolongado de abstinencia o de consumo ocasional de la sustancia.
- El episodio comienza por lo menos 2 semanas antes del inicio de un período de consumo excesivo de sustancias.
- El episodio comienza durante el consumo excesivo de la sustancia y continúa por lo menos durante 4 semanas o más después de que finalice el consumo. Por tanto, al menos una proporción importante del episodio se produce sin que aparezcan los efectos esperados de la intoxicación o la abstinencia.

La PRISM se utiliza en estudios clínicos y de respuesta terapéutica, a la vez que se puede emplear para hacer el seguimiento de los sujetos en estudios longitudinales. Una vez que el entrevistador se ha familiarizado con la entrevista, se necesitan aproximadamente dos horas para administrarla, aunque el tiempo requerido depende de la complejidad del consumo de sustancias y de la historia psiquiátrica del sujeto.

En un primer estudio de fiabilidad test-retest llevado a cabo con la primera versión de la entrevista, basada en los criterios DSM-III-R, la PRISM mostró una buena fiabilidad en el diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias, los trastornos afectivos primarios, los trastornos de alimentación, parte de los trastornos de ansiedad y los síntomas psicóticos obtenidos a través de esta entrevista, en una muestra de 172 pacientes con trastorno por uso de sustancias⁷. Con la aparición del DSM-IV, que como se ha mencionado previamente, introdujo cambios en los criterios diagnósticos para la detección de la comorbilidad psiquiátrica en el grupo de pacientes consumidores de sustancias, se llevó a cabo una revisión y actualización de la PRISM permitiendo así la diferenciación entre diagnóstico "primario", "secundario" y "efectos esperados de la intoxicación y/o abstinencia". En un segundo estudio de fiabilidad de la entrevista revisada, basada en los criterios DSM-IV, realizado recientemente con una población de 285 pacientes con trastorno por uso de sustancias, se confirmó la fiabilidad test-retest de la PRISM para la mayoría de los diagnósticos de trastorno por dependencia de sustancias (incluidos alcohol, cocaína, heroína, cannabis y sedantes), para el trastorno depresivo mayor primario e inducido actual y previo, para algunos de los trastornos primarios de ansiedad actuales y previos, para el trastorno psicótico primario y para los inducidos por sustancias aparecidos en los últimos 12 meses, así como para los trastornos antisocial y límite de la personalidad y los trastornos de la alimentación. Para el resto de diag-

nósticos que evalúa la PRISM (trastorno por abuso de sustancias, distímia, parte de los trastornos de ansiedad primarios e inducidos), se obtuvo una fiabilidad test-retest pobre⁸.

El estudio de validación de los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista P-RISM se realizó considerando como “patrón oro” los diagnósticos obtenidos a través del método LEAD⁹. En este estudio, llevado a cabo en 105 pacientes con trastorno por uso de sustancias, se observó una buena correlación (mediante los índices estadísticos kappa) entre los diagnósticos obtenidos mediante la PRISM-IV y el sistema LEAD en depresión mayor primaria, psicosis inducida, trastornos de pánico con y sin agorafobia, y trastornos de personalidad antisocial y límite (tabla 2 y 3).

LA ENTREVISTA SCID-IV^{4,5}

La SCID-IV es una entrevista semiestructurada que requiere ser utilizada por clínicos con experiencia y es la más utilizada en psiquiatría general. Permite realizar los diagnósticos de trastorno primario o inducido por sustancias pero con la desventaja de que no proporciona unas guías específicas para la valoración de los criterios psicopatológicos propuestos por el DSM-IV. El tiempo de administración se sitúa entre una y dos horas. Existen dos entrevistas clínicas distintas, una para la valoración de los trastornos del eje I (SCID) 4 y otra para los trastornos del eje II (SCID-II) 5. Las versiones españolas de la entrevista SCID para eje I y de los trastornos de la personalidad antisocial y límite han sido validadas recientemente comparando los diagnósticos obtenidos con la SCID con respecto a los obtenidos mediante el sistema LEAD como “patrón oro” ⁹. En este estudio se demostró que los diagnósticos obtenidos mediante la SCID de depresión mayor primaria e inducida, psicosis inducida y trastornos de personalidad antisocial y límite, tenían unos índices kappas pobres y significativamente inferiores a los índices kappas (buenos) obtenidos mediante la entrevista PRISM (tabla 2 y 3). Respecto a la fiabilidad de los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista SCID en sujetos con uso de sustancias, actualmente todavía no se dispone de datos que demuestren la fiabilidad de los diagnósticos realizados en este subgrupo de pacientes.

ENTREVISTA AUDADIS-IV6

La AUDADIS-IV es una entrevista estructurada, utilizada en estudios comunitarios y que permite ser administrada por investigadores poco expertos que pueden demorarse entre una y dos horas en la realización de la entrevista. Los diagnósticos del DSM-IV que evalúa la AUDADIS-IV son: los trastornos por abuso y dependencia del alcohol, sedantes, tranquilizantes, opiáceos –excepto heroína y metadona-, estimulantes, alucinógenos, cannabis, cocaína e inhalantes; el trastorno depresivo mayor; el trastorno distímico; el trastorno maníaco; el trastorno hipomaníaco; el trastorno de pánico con/sin agorafobia; el trastorno de fobia social; el trastorno de fobia específica y el trastorno por ansiedad generalizada. En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, la AUDADIS-IV permite hacer la distinción entre trastorno independiente, cuando el episodio aparece de forma aislada del consumo, y trastorno inducido por sustancias cuando lo hace vinculado a un periodo de intoxicación o abstinencia de la droga.

Los estudios de fiabilidad test-retest de la AUDADIS- IV han mostrado unos índices buenos para realizar diagnósticos de abuso y dependencia del trastorno por uso de alcohol, depresión mayor y trastorno distímico y pobres para los trastornos de ansiedad¹⁰. La validez de los diagnósticos afectivos y de ansiedad actuales realizados mediante la entrevista, se realizó considerando como “patrón oro” las puntuaciones en la escala mental del cuestionario sobre Calidad de Vida SF-12. Excepto para el trastorno de hipomanía, se observó una buena correlación entre la presencia de cualquier trastorno afectivo o de ansiedad y puntuaciones peores en la escala mental del SF-12, de manera que los sujetos con un trastorno psiquiátrico de esta categoría referían mayor malestar y disfunción social o laboral que aquellos sin ningún diagnóstico en la AUDADIS.

TABLA 1.-

Desarrollo histórico de los criterios diagnósticos para los síndromes psiquiátricos cuando co-ocurren con trastornos por uso de sustancias y entrevistas diagnósticas correspondientes.

Distinción	Criterios	Entrevistas
Primario-Secundario	Feighner	
Orgánico-No orgánico	RDC (Research Diagnostic Criteria)	"Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia" (SADS)
	DSM-III	"Diagnostic Interview Schedule" (DIS)
	DSM-III-R	"Structured Clinical Interview for DSM-III-R" (SCID)
Primario – Inducido por sustancias	DSM-III-R	"Structured Clinical Interview for DSM-III-R" (SCID) "Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders" (PRISM) "Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule" (AUDADIS)

TABLA 2.-

Concordancia diagnóstica de los diagnósticos psiquiátricos comórbidos DSM-IV previos obtenidos mediante las entrevistas PRISM-IV, SCID-IV y el método LEAD.

Trastorno	Diagnósticos previos. Concordancia (kappa y 95% CI)	
	PRISM-IV vs LEAD	SCID-IV vs LEAD
	Kappa (95% CI)	Kappa (95% CI)
Afectivos		
Depresión Mayor	0.66 (0.55-0.81)	0.54 (0.39-0.69)
Depresión Inducida	0.40 (0.14-0.66)*	0.08 (0.00-0.34)
Cualquier Depresión (Mayor + Inducida)	0.61 (0.46-0.76)	0.50 (0.34-0.66)
Cualquier diagnóstico afectivo	0.63 (0.49-0.77)	0.53 (0.38-0.68)
Psicosis		
Psicosis Inducida	0.68 (0.42-0.94)	0.60 (0.34-0.86)
Cualquier diagnóstico psicótico	0.74 (0.52-0.96)*	0.60 (0.37-0.83)
Ansiedad		
Pánico con/sin Agorafobia	0.74 (0.52-0.96)	0.70 (0.48-0.92)
Cualquier diagnóstico ansiedad	0.68 (0.50-0.86)	0.56 (0.36-0.76)

* Bootstrap no paramétrico $p < 0.05$

TABLA 3.- Concordancia diagnóstica de los diagnósticos psiquiátricos comórbidos DSM-IV actuales obtenidos mediante las entrevistas PRISM-IV, SCID-IV y el método LEAD. * Bootstrap no paramétrico $p < 0.05$

Trastorno	Diagnósticos actuales. Concordancia (kappa y 95%CI)	
	PRISM-IV vs LEAD	SCID-IV vs LEAD
	Kappa (95% CI)	Kappa (95% CI)
Afectivos		
Depresión Mayor	0.68 (0.47-0.89)*	0.28 (0.07-0.49)
Depresión Inducida	0.33 (0.07-0.59)	0.29 (0.00-0.63)
Cualquier Depresión (Mayor + Inducida)	0.56 (0.38-0.74)*	0.37 (0.18-0.56)
Cualquier diagnóstico afectivo	0.53 (0.35-0.71)*	0.36 (0.18-0.54)
Psicosis		
Psicosis Inducida		
Cualquier diagnóstico psicótico	0.85 (0.64-1.00)*	0.33 (0.02-0.60)
Ansiedad		
Pánico con/sin Agorafobia	0.81 (0.61-1.00)	0.76 (0.54-0.98)
Cualquier diagnóstico ansiedad	0.67 (0.49-0.85)	0.58 (0.37-0.79)
Personalidad		
Antisocial	0.66 (0.43-0.89)	0.40 (0.07-0.73)
Límite	0.63 (0.38-0.88)*	0.32 (0.00-0.64)

BIBLIOGRAFÍA

1. Hasin DS, Nunes EV. Comorbidity of alcohol, drug, and psychiatric disorders: epidemiology. In: Kranzler HR, Tinsley JA. Dual diagnosis and psychiatric treatment: Substance abuse and comorbid disorders. 2nd edn, New York: Marcel Dekker, Inc; 2004, pp:1-33.

2. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983; 24: 399-411.

3. Hasin D, Trautman K, Miele G, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM). New York: New York State Psychiatric Institute/Columbia University; 2001.

4. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV. Versión clínica. Barcelona: Masson; 1999.

5. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1999.

6. Grant BF, Dawson DA, Hasin DS. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version. Bethesda, Md: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2001.

7. Hasin DS, Trautman KD, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1195-201.

8. Hasin, D.S., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K., Waxman, R. (2005) Diagnosis of Comorbid Disorders in Substance Users: *Psychiatric Research*

Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV). *American Journal of Psychiatry*, (in press).

9. Torrens M, Serrano D, Astals M, Perez-Dominguez G, Martin-Santos R. Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1231-7.

10. Grant DF, Dawson DA, Stinson FS, Chou PS, Kay W, Pickering R. The alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend* 2003; 71:7-16.