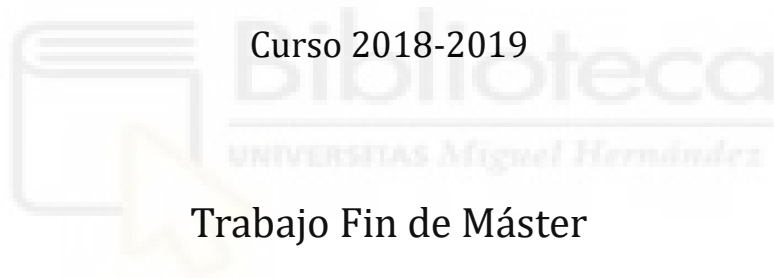




## **MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Curso 2018-2019



Trabajo Fin de Máster

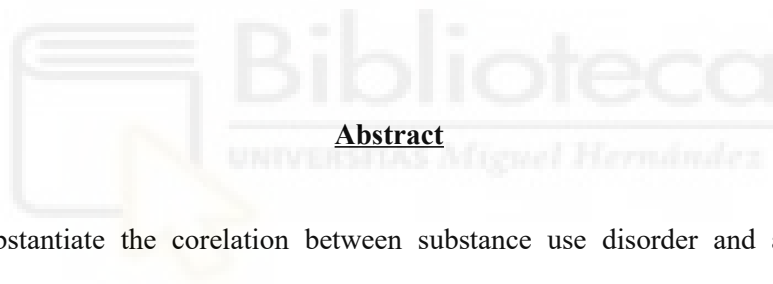
Patología dual de trastorno de pánico y agorafobia y trastorno por consumo de sustancias: un estudio de caso.

Autora: Cristina Lloret Aranda  
Tutor: Dr. Daniel Lloret Irles  
Cotutor: Teresa Pereira Gonzalez

*Convocatoria: Febrero 2019*

## **Resumen**

Varios estudios fundamentan la alta comorbilidad que existe entre el trastorno por consumo de sustancias y los trastornos de ansiedad. Precisamente, en el presente trabajo se analiza el caso clínico de un hombre de 49 años con patología dual: trastorno por consumo de alcohol y trastorno de pánico y agorafobia. Ambos trastornos son de larga duración; el sujeto lleva consumiendo alcohol 30 años y el trastorno de pánico se inició hace 10 años. Se analizan las variables que influyeron en el establecimiento de cada trastorno así como los factores que contribuyen a su mantenimiento actual. Además se destacan los factores que tienen en común ambos trastornos, ya que están mutuamente influidos. Por último, se especifica el tratamiento que consistió en 19 sesiones de Terapia Cognitivo Conductual y Entrevista Motivacional, que se aplicaron simultáneamente y en ocasiones de forma combinada.



## **Abstract**

Some studies substantiate the correlation between substance use disorder and anxiety disorders, Actually, in the present study we analyze a clinical case of a 49 years old patient with dual pathology: alcohol use disorder and panic disorder with agoraphobia. Both disorders are long lasting; the patient has been consuming for 30 years and the Panic Disorder appeared 10 years ago. Also, the main variables that contributed to the development and maintenance of the two disorders are established. Both disorders are mutually influenced, and we highlight the common factors. Finally, we explain the treatment, consistent on 19 sessions of cognitive-behavioural therapy and motivational interview, which are simultaneously applied, and sometimes combined along the treatment.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

### **1.1 Alcohol**

En España la prevalencia de personas de entre 15 y 64 años que beben a diario es de un 9,3%, si nos fijamos solo en los hombres, la cifra sube al 15%. Esta prevalencia va aumentando progresivamente conforme sube la edad, hasta llegar al 8,2% en las mujeres y al 30,2 en los hombres en el rango de edad entre 55 y 64 años.(Observatorio Español de las Drogas y de las Adicciones, 2017).

Las bebidas mas consumidas son cerveza (50%), bebidas destiladas (28%) y vino (20%). (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En el proceso de consumo hacia la dependencia, la cantidad consumida y el efecto de placer que ésta produce van cambiando a lo largo del tiempo. De esta manera en la fase inicial de consumo el sujeto obtiene unos efectos placenteros muy grandes. Posteriormente, si llega a la fase de consumo abusivo notará que le hace falta tomar más cantidad de alcohol para obtener un efecto similar al que obtenía anteriormente y el placer que sentiría es algo menor, habrá desarrollado tolerancia. Finalmente si alcanza la fase de dependencia, el consumo habrá aumentado notablemente y los efectos placenteros serán mucho menos agradables que cuando empezó. En esta última fase, el consumo es difícilmente controlable, y se habrá desarrollado el síndrome de abstinencia, por el cual el sujeto se siente mal cuando lleva un tiempo sin beber, y el principal motivo de beber no será sentir placer, sino calmar los síntomas de ansiedad de la abstinencia.

La Encuesta nacional EDADES, 2017, estipula que El 5,8% de los españoles de entre 15 y 64 años habían tenido un consumo de riesgo, en base a los criterios de la OMS (17 Unidades de Bebida Estandar (UBEs) o más para las mujeres y 28 o más UBEs para los hombres).

En el informe de la OMS (2014), España se sitúa por encima de la media europea en consumo de alcohol per cápita (11,2 frente a 10,9 litros de alcohol puro al año), sin embargo la prevalencia de trastornos por su abuso es inferior a la media europea (1,3 frente a 7,5) y el de dependencia también (0,7 frente al 4%).

No obstante, la sustancia que suponía el mayor número de admisiones hospitalarias en España por abuso o dependencia fue el alcohol, con 27.469 admisiones, lo que supone 1 de cada 4 admisiones por uso de sustancias psicoactivas (OEDA, 2017).

El Trastorno por Uso de Alcohol 303.90 (F10.20) (APA, 2013), incluye tanto el abuso de alcohol, como la dependencia de alcohol anteriormente descrita en el DSM-IV. Este trastorno se produce cuando se cumplen al menos dos criterios de los 12 ítems que describe, los cuales se refieren principalmente al consumo de alcohol en cantidades superiores a lo previsto, a un deseo persistente por el consumo, a una afectación negativa por el consumo de alcohol en el ámbito familiar, laboral, económica o de salud, en la imposibilidad de dejar de beber aún a pesar de ser consciente de esta afectación negativa, y por último de una mayor tolerancia a la bebida y de la aparición del síndrome de abstinencia. Dependiendo del número de ítems cumplidos se considerará trastorno leve (entre 2 y 3 ítems), moderado (de 4 a 6 ítems) y grave (6 o más ítems).

## 1.2. Trastorno de Pánico

El Trastorno de Pánico supone una serie de ataques o crisis periódicas imprevistas y de corta duración, caracterizadas por sensaciones fisiológicas desagradables (aumento de la tasa cardíaca, sensación de ahogo, sudoración, opresión torácica, insensibilidad de brazos o piernas...), acompañado de sensación de peligro inminente debido a la posible malignidad de estos síntomas y por lo tanto malestar intenso y urgencia de escapar. (APA, 2013)

El sujeto desarrolla miedo a sufrir otra crisis de pánico y por ello está más focalizado en sus sensaciones corporales y su nivel de ansiedad se ve aumentado, lo cual hace que aumente también la probabilidad de que ante futuras sensaciones de ansiedad se desarrolle una cascada de sensaciones corporales, ligadas a la ansiedad y se de un nuevo ataque de pánico. De esta manera el sujeto teme algunas sensaciones corporales y limita su actividad para no provocarlas. (APA, 2013).

Muchas veces se acompaña de agorafobia, que supone un estado de angustia precipitado por lugares o situaciones de los que resulta difícil escapar, y sin la posibilidad de ayuda o alivio en caso de un ataque de pánico. Y en la cual el sujeto restringe sus actividades o los lugares que frecuenta y que si es suficientemente intensa, deviene en confinación domiciliaria. (APA, 2013)

Estos sujetos viven con una ansiedad constante a que se produzca un nuevo ataque de pánico y ven su vida bastante limitada por esta causa. Por ello existe probabilidad de que el paciente pueda desarrollar depresión (de alto riesgo suicida), adicción etílica o abuso de psicotrópicos. (Souza y Machorro, 2008)

A continuación se detallan las prevalencias para ambos trastornos, en Estado Unidos, en Europa y en España.

Tabla 1. Prevalencia del trastorno de pánico y de la agorafobia.

Trastorno	Estados Unidos (Kessler, Petukhova, Sampson, Zilawsky y Wittchen, 2012)	Europa. (Alonso, Lepine y Committee ESMS, 2007)	España. (Olaya, Moneta, Miret, Ayuso- Mateos y Haro, 2018)
Pánico	5,2%	1,6%	2,4%
Agorafobia	2,6%	0,8%	0,62%

### 1.3. Patología dual

A la presencia de dos o más trastornos psiquiátricos se le llama comorbilidad. Si esa comorbilidad es debida a la concurrencia de un trastorno psiquiátrico y un trastorno por abuso de sustancias, recibe el nombre de patología dual.

En el estudio de García, Novalbos, Robles, Jordan y O’Ferrall, 2002, se muestra como los trastornos de ansiedad son los que presentan mayor comorbilidad con el trastorno por uso de alcohol según el test MCMI-III. Según este estudio, de entre una muestra de 82 personas con patología dual, la prevalencia de padecer trastornos de ansiedad era del 41,5%, frente al 17,1% del trastorno del pensamiento o el 9,8% del trastorno distímico.

Por otro lado, los pacientes con ansiedad tienen entre 2,5 y 4,3 veces más riesgo de alcoholismo que la población general. Por lo tanto existe una relación entre alcohol y trastornos de ansiedad causal y recíproca. (Casas y Guardia, 2002)

Por otra parte, en el estudio de Saiz, 2014, llama especialmente la atención la asociación entre el uso de alcohol y el trastorno de pánico y agorafobia, el cual tiene un ratio odds o riesgo relativo (casos que padecen el trastorno entre casos que no lo padecen) más elevado que el resto de trastornos de ansiedad (fobia social, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica).

Por último, decir que los pacientes con patología dual están más discapacitados y requieren más recursos terapéuticos, que los que solo presentan un trastorno psiquiátrico. Además tienen un mayor riesgo de suicidio, de quedarse sin hogar, de tener problemas legales o médicos y de hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas. (Casas y Guardia, 2002).

Precisamente, en este estudio analizaremos un caso clínico de un paciente con patología dual: trastorno por uso de alcohol y trastorno de pánico y agorafobia, y veremos cómo ambos trastornos pueden influirse mutuamente. También detallaremos el tratamiento, el cual, por tratarse de dos trastornos con dos enfoques terapéuticos distintos; terapia cognitivo-conductual y entrevista motivacional, se hace más complejo y tiene unas particularidades concretas.

## **2. MÉTODO.**

### **2.1. Identificación del paciente.**

El paciente X tiene 50 años y está casado desde hace 20 años. Su mujer actual tiene dos hijos de su anterior matrimonio. Él no tiene hijos naturales, pero tiene muy buena relación con los

hijos de su pareja, de hecho uno de ellos trabaja en su negocio. Los dos hijos viven independientes, por lo que actualmente solo conviven en el hogar él y su mujer.

Su nivel cultural es de estudios primarios. No tiene dificultades económicas, al ser dueño y director de una empresa bastante rentable.

El motivo de consulta era “eliminar la ansiedad”, que el paciente calificaba como intensa. Contaba que la padecía desde hacía 10 años y que poco a poco había ido limitando su vida hasta el punto de no poder ser autónomo en determinadas situaciones.

## **2.2. Evaluación.**

El diagnóstico ha sido fruto de una entrevista clínica y de la evaluación con los siguientes instrumentos validados:

Craving. Se utilizó la escala de Mannheim para el craving (Nakovics, Diehl, Geiselhart y Mann, 2009). No se pudo encontrar la versión española, por lo que se aplicó con una traducción libre. Evalúa el craving, tanto en el consumo de una sola sustancia, como en el consumo combinado de varias. Se puede usar para evaluar el éxito del tratamiento y el riesgo de recaídas. Está compuesta de 12 ítems que se responden con un baremo del 0 al 4, más 4 ítems que se miden en escalas analógicas. Su fiabilidad es alta, con un Alfa de Cronbach de entre .87 y .93. En cuanto a su corrección, el rango de puntuación se sitúa entre 0 y 48, considerándose que entre 3 y 13 puntos el paciente podría estar en riesgo y que mayor de 13 tendría unos niveles de craving patológicos.

Agorafobia. El Inventario de Agorafobia. (Echeburúa, De Corral, García, Páez y Borda, 1992) consta de 69 ítems que miden las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras que el



sujeto tiene ante situaciones temidas, en dos modalidades, solo o acompañado, con una escala de respuesta tipo likert de 0 a 5 puntos. La fiabilidad arroja un Alfa de Cronbach de .93 para respuestas motoras, .94 para respuestas psicofisiológicas y .87 para respuestas cognitivas. Los autores proponen como puntos de corte: 176 en la escala global, 96 para la subescala de respuestas motoras, 61 para la subescala de respuestas psicofisiológicas y 30 para la subescala de respuestas cognitivas.

Severidad de consumo. Cuestionario CAGE (Mayfield, McLeod y Hall, 1974; Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez, 1986). Es un cuestionario de screening que consta de 5 preguntas con respuesta dicotómica. Ha demostrado una consistencia interna de entre 0,753 y 0,834. La puntuación va de 0 a 5 puntos, dónde 1 punto indica problemas con el alcohol y 2 o más puntos se considera dependencia.

Severidad de consumo: Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant, 1993; Rubio, Bermejo, Caballero y Santo Domingo, 1998). Es un test de screening para la detección del consumo de riesgo del alcohol formado por 10 ítems, con una baremación del 0 al 4. Tiene una buena consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0.75. La puntuación oscila entre 0 y 40, dónde puntuaciones entre 8 y 20 sugieren consumo abusivo de alcohol y puntuaciones mayores de 20 serían indicativas de dependencia al alcohol.

Motivación. Escala de Balance Decisional. Esta escala se construyó ad-hoc, para medir la motivación del paciente para dejar de consumir. Consta de 20 Items, con una escala de respuesta tipo likert del 0 al 4 (0=Nada de acuerdo y 4=Totalmente de acuerdo). Y se divide en dos subescalas; Motivación para el cambio (C) y Motivación para el no cambio (NoC).

A continuación mostramos en qué momento se administraron las diferentes escalas:

Tabla 2: Administración de Escalas

	T0	T1	T2
Audit	X		
Cage	X		
Inventario Agorafobia	X	X	X
Craving	X	X	
Balance Decisional	X	X	X

T0=Inicio (sesiones 3-7), T1=A1 mes y medio (sesión 10), T2= A los 6 meses (sesión 19)

Atendiendo a los criterios diagnósticos. El paciente cumple 9 de los 11 criterios propuestos para el trastorno por consumo de sustancias, por lo que se le diagnostica de trastorno grave por consumo de alcohol. 303.90 (F10.20). Los síntomas más importantes son:

- Consume alcohol a diario y en cantidades superiores a las previstas (teniendo un consumo medio de 18 UBEs al día).
- Existe un deseo de abandonar el consumo sin éxito, ya que hace 10 años lo intentó acudiendo a la Unidad de Conductas Adictivas
- No interrumpe su consumo a pesar de causarle consecuencias negativas en su trabajo o en su relación de pareja, ya que le provoca mayor irritabilidad
- Ha desarrollado tolerancia y síndrome de abstinencia.

Además, cumple todos los criterios para el trastorno de pánico 300.01 (F41.0) y también para la agorafobia 300.22 (F40.00).

### 2.3. Anamnesis.

X comenzó a beber a los 22 años en reuniones sociales, en las que estaban su hermano y sus amigos, que también consumían alcohol. Desde ese momento fue aumentando las dosis

paulatinamente. Durante su primer matrimonio, desde los 27 hasta los 33 años, su consumo se hace diario y aumenta la dosis, debido, según refiere el paciente, al estrés vivido durante su relación de pareja, ya que su mujer fue diagnosticada entonces de un trastorno bipolar con fuertes episodios de manía. Más adelante, entorno a los 39 años, empieza a desarrollar un trastorno de pánico con agorafobia, que hace que aumente aún más su consumo diario, hasta llegar actualmente a una media de 20 UBEs. Este trastorno de pánico, no hizo más que agravar la situación, ya que el paciente empezó a considerar el alcohol como ansiolítico que le ayudase a mitigar los síntomas que le pudieran llevar a un temido ataque de pánico. Aunque en realidad, este consumo de alcohol lo que le produce es una mayor irritabilidad e irascibilidad, tanto en el trabajo, como en su relación de pareja.

X intentó desintoxicarse hace 9 años acudiendo a una Unidad de Conductas Adictivas, en la que inició el consumo de Antabús. Pero este intento no tuvo mucho éxito y apenas duró un mes. Actualmente el paciente bebe al diario una media de 20 UBEs (Entre 8 y 13 gramos de alcohol puro). Inicia el consumo por la mañana al salir de casa, consume durante toda la jornada laboral unas 15 cervezas, y después del trabajo suele acudir al bar con sus compañeros donde toma unas 2 bebidas combinadas, después al llegar a casa se toma una cerveza más con la cena.

En cuanto al trastorno de pánico, este se inició hace 10 años. El primer ataque de pánico se produjo mientras el paciente estaba conduciendo; empezó a sentir hormigueo en la mano derecha, que fue subiendo por el brazo hasta llegar al pecho, su corazón se aceleró y empezó a tener dificultades para respirar y sensación de ahogo. En este momento X pensó que estaba sufriendo un infarto de miocardio y llamó a la ambulancia. Una vez en el hospital, descartaron cualquier cardiopatía y le recetaron ansiolíticos, el diagnóstico que le dieron fue

símplemente “ansiedad”, sin especificar que se tratase de un Ataque de Pánico. Desde entonces fue desarrollando paulatinamente un miedo intenso a padecer otro ataque de ansiedad similar que lo llevase a un infarto cardiaco. Desde aquel momento ha acudido varias veces a urgencias o llamado a una ambulancia, por temor intenso a estar padeciendo un ataque al corazón ante los síntomas de una crisis de pánico. También ha ido reduciendo paulatinamente su actividad física por miedo a que se le acelere mucho el corazón. Además, ha dejado de conducir, de andar solo por la calle y de estar en sitios con una aglomeración de gente. Esto justifica el diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.

Por este motivo, X ha acudido a varios psiquiatras que según él le han diagnosticado ansiedad inespecífica y le han recetado diversos ansiolíticos: Alprazolam (Trankimazin), Diacepam...que ha tomado a demanda por temporadas.

A continuación se muestra una línea de vida que representa la historia de ambos trastornos:

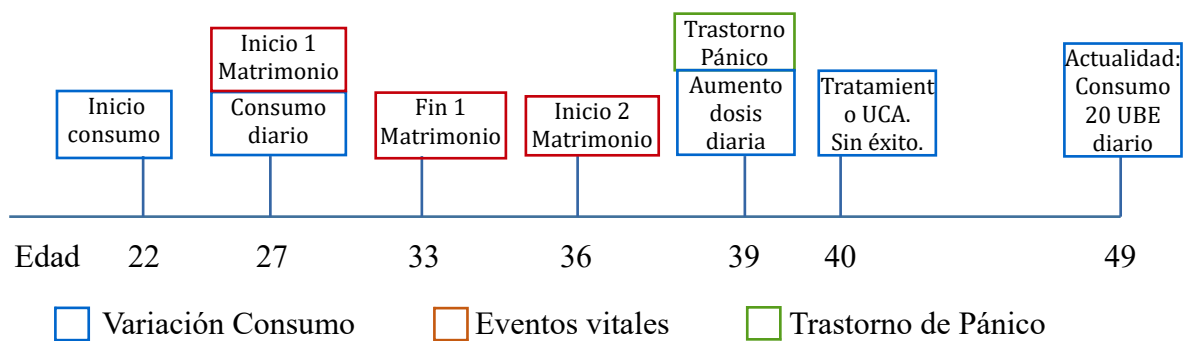


Gráfico 1. Línea de vida.

## 2.4. Análisis funcional.

A continuación explicaremos los análisis funcionales para cada trastorno.

Tabla 3. Análisis funcional para el Trastorno por Consumo de Alcohol.

<i>Estímulo</i>	<i>Organismo</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Consecuencia</i>
<p><u>Interno:</u>  Respuestas fisiológicas de Pánico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceleración tasa cardiaca y palpitaciones</li> <li>• Sudoración</li> <li>• Dificultad para respirar</li> <li>• Sensación de ahogo</li> <li>• Opresión torácica</li> <li>• Sensación moderada de mareo</li> <li>• Escalofríos o sensación de calor</li> <li>• Sensación de entumecimiento y hormigueo en extremidades</li> </ul> <p>Respuestas fisiológicas por síndrome de abstinencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temblor de manos</li> <li>• Nauseas</li> <li>• Malestar matutino</li> <li>• Debilidad</li> <li>• Sudoración</li> </ul> <p><u>Externo:</u>  Situaciones que en caso de producirse un ataque de pánico no tenga ayuda inmediata o sean peligrosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducir</li> <li>• Estar en una multitud</li> <li>• Estar solo fuera de casa</li> <li>• Estar en un sitio cerrado.</li> </ul> <p>Situaciones sociales que el paciente ha asociado al consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniones en el trabajo</li> <li>• Estar en un bar.</li> <li>• Ir al trabajo</li> <li>• Salida del trabajo</li> <li>• Reuniones con amigos</li> <li>• Reuniones familiares</li> </ul>	<p>Tolerancia y dependencia fisiológica del alcohol</p> <p>Creencias erróneas acerca de los beneficios del alcohol por sus sedantes para la ansiedad</p> <p>Historia de aprendizaje que asocia el alcohol a las reuniones sociales.</p> <p>Posible vulnerabilidad biológica (su hermano es alcohólico)</p> <p>Obesidad</p> <p>No hace ejercicio</p> <p>Trastorno de pánico, con agorafobia.</p>	<p><u>Cognitivas:</u>  "Me va a dar un ataque de pánico, necesito algo que lo calme"  "El alcohol me ayuda a controlar los síntomas de ansiedad"  "Como no me voy a tomar algo en una reunión con gente"  "El alcohol no es tan malo, es normal beber, todo el mundo lo hace"  "Puedo tomarme una cerveza y ya está, puedo controlar mi consumo"</p> <p><u>Fisiológicas:</u>  Se acentúan los síntomas de pánico: Aumento de la tasa cardiaca, opresión torácica, sensación de ahogo... Ansiedad.</p> <p><u>Motoras:</u>  Conducta de beber.</p>	<p><u>Inmediatas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de Alivio de los síntomas de ansiedad.</li> <li>• Mayor irascibilidad</li> <li>• Discusiones con pareja</li> <li>• Discusiones con trabajadores</li> </ul> <p><u>A medio plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de abstinencia</li> <li>• Reforzamiento de cogniciones erróneas sobre los efectos beneficiosos del alcohol en la ansiedad.</li> <li>• Sensación de frustración por falta de control sobre su consumo de alcohol</li> <li>• Sentimiento de culpabilidad por haber discutido por culpa del estado alterado que le produce el alcohol.</li> <li>• Disminución de las capacidades cognitivas: dificultades de memoria.</li> </ul>

Tabla 4: Análisis funcional para el Trastorno de Pánico con Agorafobia:

<i>Estímulo</i>	<i>Organismo</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Consecuencia</i>
<p><u>Interno:</u></p> <p>Sensaciones de pánico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquicardia</li> <li>• Opresión torácica</li> <li>• Pérdida de sensibilidad en brazos y piernas y hormigueo.</li> <li>• Escalofríos</li> <li>• Sudoración</li> <li>• Sequedad de boca</li> <li>• Ahogo o sofoco</li> <li>• Dificultad para respirar</li> <li>• Cansancio extremo.</li> </ul> <p>Sensaciones corporales del síndrome de abstinencia que son confundidas con síntomas de pánico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temblor de manos</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Malestar matutino</li> <li>• Debilidad</li> <li>• Sudoración</li> </ul> <p><u>Externo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugares en los que esté solo</li> <li>• Lugares en los que sea difícil que acceda un servicio de ambulancias</li> <li>• Sitios altos</li> <li>• Lugares con una multitud de gente</li> <li>• Lugares cerrados de los que es difícil salir; cine, museo...</li> <li>• Conducir su coche</li> </ul>	<p>Historia de reforzamiento acerca de la evitación.</p> <p>Creencias erróneas acerca de la perjudicialidad de síntomas del pánico</p> <p>Creencias erróneas acerca de los beneficios del alcohol en la ansiedad.</p> <p>Obesidad</p> <p>No hace ejercicio</p> <p>Bebe alcohol</p>	<p><u>Cognitiva:</u></p> <p>Interpretaciones catastróficas de los síntomas o situaciones:</p> <p>“Me voy a desmayar y a caer”</p> <p>“Me va a dar un infarto”</p> <p>“Voy a quedarme enfermo del corazón para toda la vida”</p> <p>“Me voy a quedar sin aire y ahogar”</p> <p>“ Me voy a marear”</p> <p>“Me voy a quedar paralizado y no podré hacer nada”</p> <p>“Voy a ser incapaz de volver a casa”</p> <p>"Necesito algo que me calme"</p> <p>"Necesito ir al hospital"</p> <p><u>Fisiológicas:</u></p> <p>Aceleración de la tasa cardiaca</p> <p>Hiperventilación</p> <p>Sensación de ahogo</p> <p>Rigidez de los miembros</p> <p>Emocionales:</p> <p>Miedo extremo</p> <p><u>Motoras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beber alcohol</li> <li>• Tomar ansiolíticos</li> <li>• Llevar consigo siempre una botella de agua</li> <li>• Llamar a la ambulancia</li> <li>• Evitar ir solo fuera de casa</li> <li>• Evitar conducir solo</li> <li>• Evitar lugares en los que sea difícil que llegue una ambulancia.</li> <li>• Llamar a su mujer o a un compañero del trabajo para que le ayuden.</li> </ul>	<p><u>Inmediatas:</u></p> <p>Sensación de Alivio de los síntomas.</p> <p><u>A medio plazo:</u></p> <p>Síndrome de abstinencia</p> <p>Reforzamiento de cogniciones erróneas respecto del pánico</p> <p>Sensación de frustración y de falta de autoeficacia en el manejo de sus síntomas.</p>

Como se puede observar atendiendo a ambos análisis funcionales, hay factores en común a ambos trastornos, como es el consumo de alcohol para evitar los síntomas de ansiedad por pánico. De esta manera ambos trastornos están mutuamente influidos, ya que el paciente considera el alcohol como un factor beneficioso que le ayuda a mitigar los síntomas de ansiedad, de manera que consume alcohol ante los primeros síntomas de ansiedad, este consumo le lleva posteriormente y debido a su dependencia a padecer síntomas del síndrome de abstinencia que el paciente confunde y mezcla con los síntomas propios de la ansiedad y que le llevan a un nuevo consumo. Conformándose de esta manera un círculo vicioso del que le es muy difícil salir.

### **3. TRATAMIENTO**

Una vez establecido el doble diagnóstico (p.ej., trastorno de ansiedad y consumo de sustancias), se deben manejar ambos trastornos como entidades independientes, pero tratándolos de forma conjunta e integrada. (Irutia, Caballo y Ovejero, 2009)

Para el trastorno de pánico, lo más recomendado es la combinación de tratamiento farmacológico con terapia psicológica, ya que la suma de ambos recursos (fármacos y psicoterapia) es mejor que cualquiera de ellos por separado. Los psicofármacos más utilizados en estos casos son los Antidepresivos Tricíclicos y las Benzodiazepinas. (Souza y Machorro, 2008). Éste fue el tratamiento que siguió el paciente para este trastorno.

En cuanto al trastorno por consumo de sustancias, se combinó terapia farmacológica y terapia psicológica.

En primer lugar, se le dio tratamiento preventivo para el síndrome de abstinencia, consistente en benzodiazepinas y scitalopram, puesto que el paciente cumplía con varios factores de riesgo para padecerlo, como ser varón, tener más de 40 años, consumo diario y síntomas de nerviosismo, sudoración y temblores tras 6-8 horas desde el último consumo. (Rubio, Freixa, Gonzalez, Jimenez, Larrazabal y Ponce, 2002)

Por otro lado, se le recetó disulfiram, al comprobar que la analítica hepática era compatible con su ingesta. El disulfiram produce una acumulación de acetaldehído en sangre, que provoca una reacción desagradable cuando el paciente ingiere alcohol, actuando de esta manera como castigo positivo.

Por último se hizo terapia psicológica, consistente principalmente en entrevista motivacional y prevención en recaídas.

La entrevista motivacional se basa en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente, según el cual la motivación para abandonar el consumo o seguir abstinente va variando a lo largo del proceso terapéutico y depende de la fase en la que se encuentre el paciente en ese momento. Las fases propuestas por este modelo son precontemplación (periodo en el cual el sujeto no piensa que tenga realmente un problema con la sustancia), contemplación (en esta etapa se produce ambivalencia, y el sujeto se debate entre dejar la sustancia o no dejarla), etapa de preparación para el cambio (el sujeto decide hacer algo con su problema, se prepara para ello), en la etapa de acción (la persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio), etapa de mantenimiento (aquí el reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y prevenir la recaída haciendo un buen programa de prevención de recaídas), recaída (los trastornos por dependencia se consideran enfermedades crónicas, en las que la recaída muchas veces forma parte de su evolución, la tarea del



individuo será empezar a girar de nuevo por la rueda del cambio, y la del terapeuta motivarle para que lo haga). Por ello, la entrevista motivacional intenta trabajar siempre la motivación en el paciente, para que vaya avanzando en las fases del proceso del cambio y que se mantenga en la abstinencia, para ello es fundamental utilizar una comunicación empática, validando al paciente, pero a la vez resaltando los beneficios de cambiar frente a los perjuicios de no cambiar.

Para la prevención de recaídas se siguió el modelo de Marlatt.

### **3.1. Desarrollo de la terapia.**

La petición del paciente al acudir a consulta era eliminar los síntomas de la ansiedad. En ningún momento mencionó tener dificultades con el control del alcohol, ni sus problemas pasados con dicha sustancia.

Por ello, a fin de establecer una buena alianza terapéutica y no generar reactividad por parte del paciente, la terapeuta se centró en esta petición inicial del paciente en las primeras consultas. Más adelante, en las siguientes sesiones se exploró de forma discreta el consumo de alcohol, pero sin entrar de lleno en una evaluación del mismo. Después de dar el diagnóstico de Trastorno de Pánico, se le explicó el modelo del pánico. Y una vez que el paciente hubo admitido un consumo abusivo del alcohol, se le explicó también la influencia negativa del consumo de alcohol en los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico. En este momento el paciente se comprometió a dejar de consumir alcohol por una temporada inicial de un año y con el objetivo de recuperarse del Trastorno de pánico y de volver a iniciar el consumo en un año de forma controlada. En el periodo de un mes y medio, el paciente se recuperó totalmente de los síntomas de pánico y agorafobia, volviendo a llevar

una vida normalizada. Y se mantuvo en fase de mantenimiento durante 3 meses, desde Junio hasta Agosto, momento desde el cual se encuentra en fase de recaída. Durante este periodo de recaída estuvo tres meses acudiendo a sesiones terapéuticas, en ellas reconocía un consumo menor del consumo real e hizo varios intentos de abandonar el consumo sin éxito. En estas sesiones, la terapeuta realizó entrevista motivacional, resaltando los beneficios de no consumir. Finalmente en Noviembre acudió por última vez a consulta, momento desde el cual, no ha mantenido contacto con la clínica, salvo este mes en Enero en el que ha acudido una vez para realizar una evaluación. Actualmente, 6 meses después de la recaída, se encuentra en fase de preparación para el cambio, ya que verbaliza que al comenzar el nuevo año quiere proponerse dejar de consumir. En cuanto al trastorno de pánico, no han vuelto a producirse síntomas.

Por otro lado, para el tratamiento del pánico se utilizó la terapia cognitivo conductual, en la que se utilizaron exposiciones graduales en vivo a las situaciones que provocaban temor, iniciándose las exposiciones con paseos solo alejándose cada vez más de casa, después inicio de la conducción solo alejándose cada vez más de casa y por último exposición a lugares con mucha gente como centros comerciales o festividades. También se realizó psicoeducación y explicación del modelo del pánico y reestructuración cognitiva.

A continuación se detallan las sesiones clínicas que se hicieron con el paciente en el siguiente cuadro.

Tabla 5. Desarrollo de sesiones.

Sesión	Objetivos y Desarrollo de la sesión (técnica / observaciones)
Sesión 1 10/05/18	<p><u>Objetivos:</u></p> <p>Generar la alianza terapéutica</p> <p>Evaluar el motivo de consulta y el estado general del paciente</p> <p><u>Desarrollo de la sesión:</u></p> <p>-Motivo de consulta: Ansiedad alta que se produce en diversas situaciones; trabajo, paseando solo, conducción, sitios con aglomeración de personas...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas fisiológicos: opresión torácica, aumento del ritmo cardiaco, sensación de parálisis en extremidades y dificultad de respiración</li> <li>• Interpretación cognitiva: intenso miedo a sufrir un infarto de miocardio.</li> <li>• Respuestas motoras: conductas de seguridad y de evitación.</li> </ul> <p>-Se aprecia además signos de posible consumo abusivo de alcohol: el paralenguaje; signos físicos, como teleangiectasias y ojos turbios; humor variable. Pero el paciente no verbaliza tener un consumo abusivo.</p> <p>-Hipótesis de posible trastorno de pánico con agorafobia y trastorno por consumo de alcohol en fase de precontemplación. A partir de entonces continúa la evaluación, pero empieza a conducir la sesión utilizando elementos de la entrevista motivacional a fin de no generar reactancia en el paciente y crear un buen vínculo terapéutico. La sesión se centra en los síntomas de pánico y sólo se explora el consumo de alcohol de forma discreta.</p>

Sesión	Objetivos y Desarrollo de la sesión (técnica / observaciones)
Sesión 2. 17/05/2018	<p><u>Objetivo:</u></p> <p>Realizar evaluación.</p> <p>Fortalecer alianza terapéutica.</p> <p><u>Desarrollo de la sesión:</u></p> <p>-Evaluación: Primer ataque de pánico y en qué condiciones se dio, desarrollo de los siguientes ataques, para poder realizar un análisis funcional: Sintomatología fisiológica, creencias y conducta</p> <p><u>Observaciones:.</u></p> <p>-Se sigue apreciando rubor facial,</p> <p>-Ante la verbalización del paciente de que va al bar para relajarse, se analizan los factores de consumo, hábitos, etc</p>
Sesión 3. 23/05/2018	<p><u>Objetivo:</u></p> <p>Evaluar los síntomas de trastorno de pánico y de agorafobia.</p> <p><u>Desarrollo de la sesión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario de movilidad para la agorafobia (Chambless y cols, 1982)</li> <li>• Inventario de agorafobia (E.Echeburúa y P. De Corral)</li> </ul>
Sesión 4. 24/05/18	<p><u>Objetivo:</u></p> <p>Devolver del diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia</p> <p>Realizar psicoeducación.</p> <p>Evaluar objetivamente de consumo de alcohol.</p> <p><u>Desarrollo de la sesión:</u></p> <p>-Psicoeducación de trastorno pánico y su tratamiento, incluyendo el papel del alcohol en el alivio y como detonante</p> <p>-Entrega de primer capítulo del manual de trastorno de pánico.</p>

**Sesión**                      **Objetivos y Desarrollo de la sesión (técnica / observaciones)**

-Se empieza a trabajar la entrevista motivacional.  
.Evaluación de la severidad del consumo: AUDIT, CAGE y Escala de Balance Decisional.

Sesión 5                      Objetivo:

29/05/2018                  Realizar psicoeducación en trastorno de pánico  
Evaluar el consumo actual e historia de consumo.

Desarrollar la motivación para avanzar en la rueda del cambio.

Desarrollo de la sesión:

-Entrevista abierta sobre el consumo actual e historia de consumo.  
-Uso de técnicas de entrevista motivacional: Preguntas abiertas, resúmenes...para intentar llevar al paciente de la fase de contemplación a la de acción. Ejemplo: "Dices que el alcohol alivia tu ansiedad, pero por otro lado dices que te pone de mal humor...no parece que sea la solución..."

Observaciones:

-El paciente reconoce el consumo real (de unas 20 UBEs diarias) y admite haber acudido a una unidad de conductas adictivas hace 10 años.  
-Al final de esta sesión, el paciente se compromete a reducir el consumo.

Sesión 6.                      Objetivo:

30/05/2018                  Revisar medicación ansiolítica  
(Sesión con                  Iniciar el tratamiento interdicator para abandonar el consumo  
Psiquiatra)

Desarrollo de la sesión:

-El paciente acude a la psiquiatra con la idea de dejar de consumir alcohol.  
-La psiquiatra sustituye la toma de diacepam por loracepam cada 8 horas y le receta también scitalopram.  
-Empieza a a tomar disulfiram.

Sesión	Desarrollo de la sesión. (Objetivo / técnica / observaciones)
Sesión 7	<u>Objetivos:</u>
31/05/2018	Preparar para primeras exposiciones del pánico. Evaluar craving Continuar con las técnicas motivacionales para mantener la abstinencia. <u>Desarrollo de la sesión:</u> -Se encuentra en fase de acción: lleva sin beber 24 horas, aunque aún no ha empezado a tomar antabus (disulfiram). -Se evalúan indicadores síntomas abstinencia. Nauseas, vómitos, malestar , manejo de los deseos de consumo. No hay un síndrome de abstinencia muy intenso. -Evaluación de craving mediante la escala Mannheimer. -Elaboración de jerarquía para agorafobia -Elaboración de planing semanal para exposiciones
Sesión 8	<u>Objetivos:</u>
13/06/2018	Revisar el cumplimiento de las exposiciones Reforzar los logros conseguidos <u>Desarrollo de la sesión:</u> -Evalúan síntomas de pánico: Está superando ítems: Su nivel de ansiedad ha bajado y no ha vuelto a tener otro ataque de pánico. -Prevención de recaídas: Se exploran deseos de consumo. -Entrevista motivacional: Se exploran las creencias sobre consumo alcohol, ya que el motivo inicial por el que ha dejado de beber es para curarse del trastorno de pánico. Por ello se exploran otros posibles consecuencias negativas que para él pueda tener el alcohol.

Sesión	Desarrollo de la sesión. (Objetivo / técnica / observaciones)
Sesión 9	<u>Objetivos:</u>
26/06/2018	Revisar el cumplimiento de exposición y reforzar los logros.  <u>Desarrollo de la sesión:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas prácticamente desaparecidos (en hogueras va a la mascletá y a los toros. Ante sensaciones de aceleración del corazón, no desemboca ataque de pánico).</li> <li>• Mantenimiento abstinencia.</li> </ul> <p>-Se introducen algunos elementos de prevención de recaídas, como la habilidad de decir no.</p>
Sesión 10	<u>Objetivos:</u>
13/07/2018	Realizar evaluación objetiva y subjetiva de síntomas de pánico y deseo de consumo.  <u>Desarrollo de la sesión:</u> <p>-Evaluación objetiva: Inventario de Agorafobia, Escala Mannheim de Craving y Escala de Balance Decisional.</p> <p>-Se mantiene abstinencia y no hay síntomas de pánico</p>
Sesión 11	<u>Objetivos:</u>
18/07/2018	Revisar medicación.
(Sesión con Psiquiatra)	<u>Desarrollo de la sesión:</u> -Se mantiene la medicación.

Sesión	Desarrollo de la sesión. (Objetivo / técnica / observaciones)
--------	---

Sesión 12      Objetivos:

26/07/2018      Revisar los logros.

Desarrollo de la sesión:

- Pánico totalmente superado.
- Mantenimiento abstinencia (superado: tiene comida de empresa y no bebe, bebe coca cola)

-Más tareas para casa: Generación sensaciones ansiedad. Subir escaleras de su casa o cuesta empinada.

Observaciones

-Dos semanas antes de un crucero, el paciente plantea la posibilidad de dejar el antabús, puesto que no lo necesita. Posible indicador de deseos de consumo.

Sesión 13      Objetivos:

07/08/2018      Revisar los logros

Mantener motivación.

Desarrollo de la sesión:

- Revisión exposición a la generación de sensaciones de pánico. Superados los items propuestos para casa.
- Revisión control estímulos: Superados; tiene la boda de su hijo y no bebe.

-Posibles deseos de consumo: Deja de tomar antabús.



Sesión	Desarrollo de la sesión. (Objetivo / técnica / observaciones)
Sesión 14	<u>Objetivos:</u>
30/08/2018	Revisar el control de estímulos.  <u>Desarrollo de la sesión:</u> -El paciente ha ido de crucero desde el 14 hasta el 29 de Agosto. Revisión: control estímulos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crucero, según él sólo toma media cerveza cenando con capitán</li> <li>• Según mujer ha empezado a beber de modo muy ligero en el crucero y desde que volvió ha ido aumentando la dosis de forma aún discreta.</li> </ul> - No se incide mucho en indagar cuanto ha bebido realmente, para no generar reactancia.
Sesión 15	<u>Objetivos:</u>
18/09/2018	Piscoeducación en el control de estímulos Aumentar motivación. <u>Desarrollo de la sesión:</u> -Intenta dejar de beber por su cuenta. Dice que no está bebiendo No reanuda el tratamiento con antabús.  -Ante la sospecha de que sigue bebiendo se hace entrevista motivacional. Se explora qué le ha provocado de positivo y negativo el consumo de alcohol. <u>Observaciones:</u> -No ha vuelto a tener síntomas de pánico.

Sesión	Desarrollo de la sesión. (Objetivo / técnica / observaciones)
Sesión 16 2/10/2018	<p><u>Objetivos:</u></p> <p>Aumentar motivación.</p> <p><u>Desarrollo de la sesión:</u></p> <p>-Cuando se le pregunta, reconoce haber tomado alguna cerveza por la noche y sin alcohol por la mañana. Aunque por la dicción, el rubor facial y las teleangiectasias, se sospecha que consume más cervezas con alcohol.</p> <p>-Se recalca mucho la relación que puede haber entre ese consumo y la aparición de un nuevo ataque de pánico.</p> <p>-Se acuerda con el paciente que lo conveniente sería volver a la abstinencia y se sugiere que tome siempre cervezas sin alcohol.</p>
Sesión 17 23/10/2018	<p><u>Objetivos:</u></p> <p>Aumentar motivación.</p> <p><u>Desarrollo de la sesión:</u></p> <p>-El paciente sigue diciendo que no bebe, a pesar de la sospecha de que no es cierto.</p> <p>-No obstante se dedica la sesión a hablar de problemas familiares con su nuera, ya que esta es la demanda del paciente y es una forma de mantener el vínculo terapéutico.</p>
Sesión 18 13/11/2018	<p><u>Objetivos:</u></p> <p>Aumentar la motivación.</p> <p><u>Desarrollo de la sesión:</u></p> <p>-Reconoce un consumo abusivo el domingo pasado, el cual el considera como una recaída, y en el que mostró agresividad verbal a su mujer. Se hace psicoeducación sobre que la recaída se produjo con el primer consumo en el cruce y no el Domingo pasado.</p> <p>-Verbaliza que quiere volver a estar abstinentes y se compromete a tomar antabus en pastillas. Y a no tomar cerveza sin alcohol.</p>

Sesión	Desarrollo de la sesión. (Objetivo / técnica / observaciones)
Inciso	A partir del 13 de Noviembre deja de acudir a consulta. Solo hay contacto discreto por whatsapp.
Sesión 19	<u>Objetivos:</u>
8/01/2019	Realizar evaluación subjetiva y objetiva de consumo y de síntomas de pánico. <u>Desarrollo de la sesión:</u> -Evaluación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas de pánico: Inventario de Agorafobia. Síntomas desaparecidos.</li> <li>• Motivación para dejar de consumir: Escala de Balance Decisional</li> </ul> -Verbaliza que ha dejado de consumir hace 3 días, pero de nuevo el rubor facial y la dicción hacen pensar que sigue consumiendo. -No obstante, este nuevo acercamiento a la consulta puede denotar que está pensando en serio dejar de consumir.

#### **4. RESULTADOS**

Como hemos mencionado anteriormente, hay escalas que se aplicaron solo al inicio (T0), mientras que otras fueron aplicadas en otros momentos durante el tratamiento (T1y T2). A continuación se expone una tabla con los resultados de las distintas pruebas.

Tabla 6. Resultados de escalas

	Rango	T0	T1	T2
Severidad_CAGE	0-4	4		
Severidad AUDIT	0-39	24		
Agorafobia Total	0-450	271	8	10
Agorafobia Motoras	0-170	128	7	7
Agorafobia Fisiológicas	0-210	106	0	1
Agorafobia Cognitivas	0-70	37	1	2
Craving	0-48	22	1	
Motivación Cambio	0-40	12	30	30
Motivación No Cambio	0-40	19	3	5

En cuanto a la severidad de consumo, tanto los resultados de la escala CAGE, como del AUDIT sugieren la existencia de una dependencia al alcohol.

Con respecto a la agorafobia, podemos observar en el gráfico 2, como las puntuaciones del paciente en T0, sobrepasaban los puntos de corte propuestos por los autores en las tres subescalas, mientras que a partir de la segunda evaluación, al mes y medio (T1), sus puntuaciones de los tres tipos de respuestas (motoras, fisiológicas y cognitivas), habían decaído hasta convertirse en prácticamente inexistentes y se mantuvieron así durante todo el tratamiento (T2).

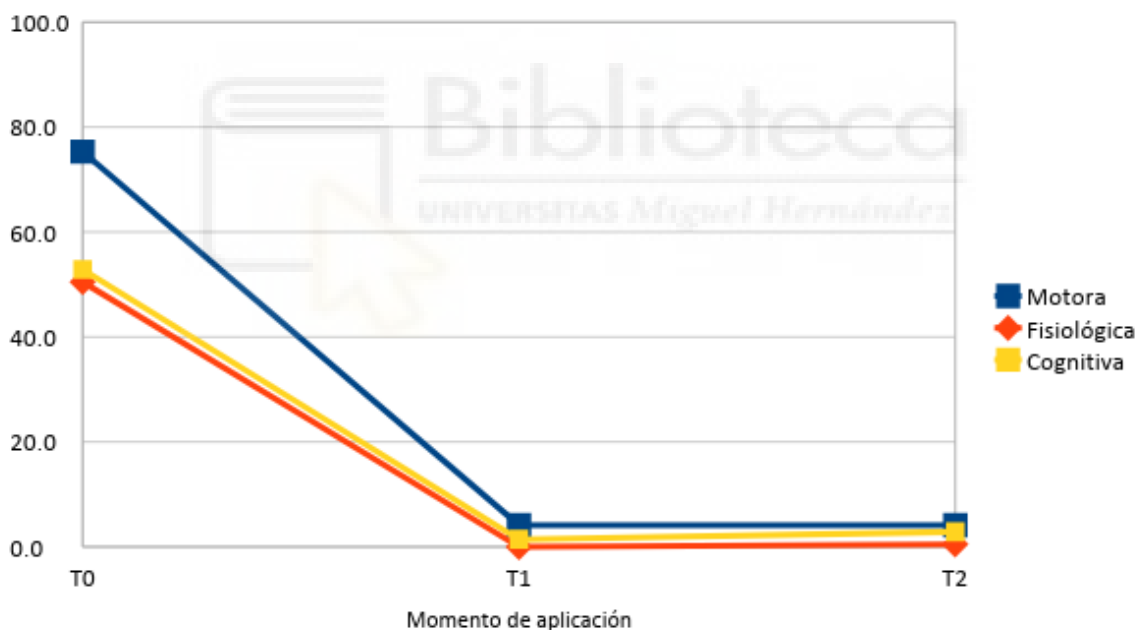


Gráfico 2: Evolución síntomas pánico.

Al mismo tiempo, el craving fue descendido notablemente, desde la valoración inicial (T0), hasta la mitad del tratamiento, al mes y medio (T1). Lo cual podemos observar en el gráfico 3.

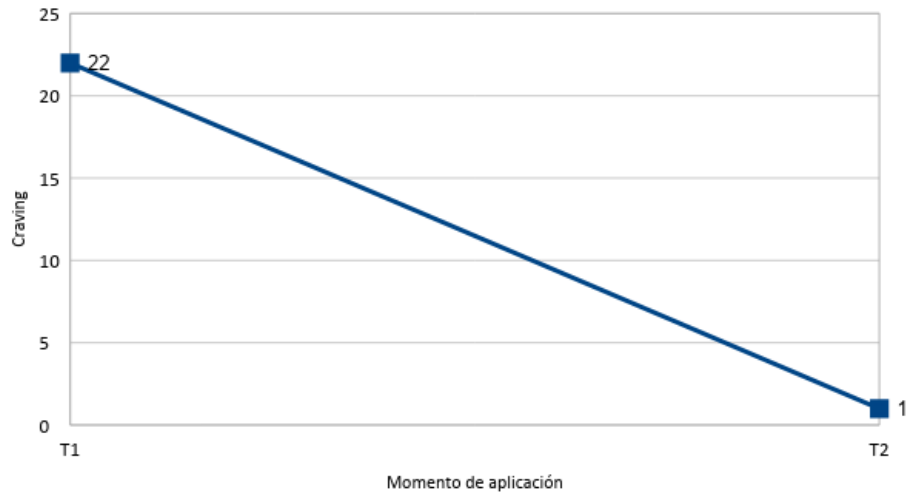


Gráfico 3. Evolución Craving

Por último, podemos observar que la motivación para cambiar ha ascendido, mientras que la motivación para no cambiar ha descendido, de forma que la motivación general del sujeto para abandonar el consumo y mantener la abstinencia, ha aumentado. (Gráfico 4).

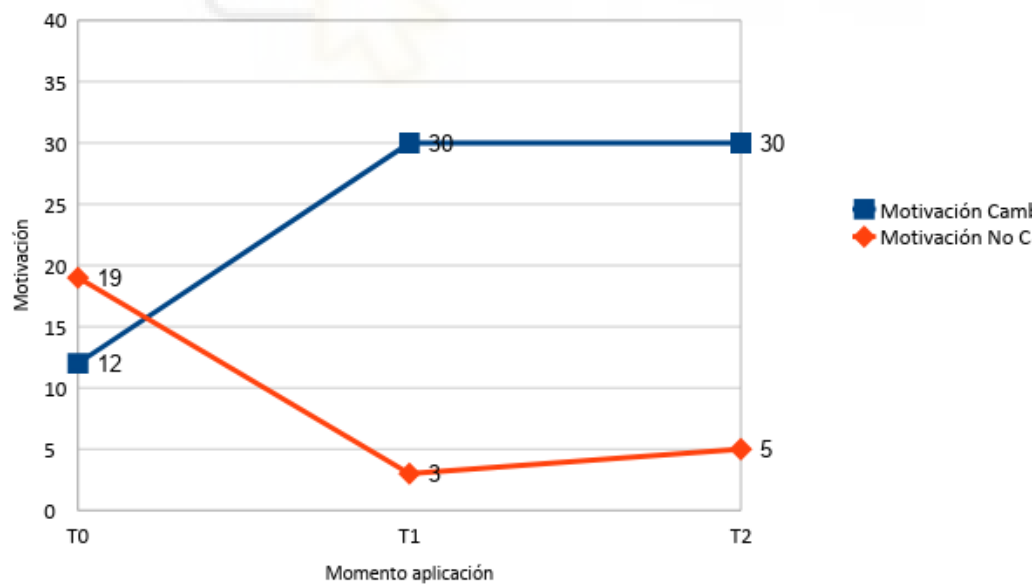


Gráfico 4. Evolución Motivación

## 5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue exponer el tratamiento realizado para un paciente con patología dual: trastorno de pánico y agorafobia y trastorno por consumo de alcohol.

Como mencionan Irutia, Caballo y Ovejero, (2009), los trastornos comórbidos más frecuentes que se describen en los alcohólicos son los trastornos de ansiedad con un 19%, entre que destaca la agorafobia en primer lugar, seguido del trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social.

Además, en el caso de nuestro paciente, ambos trastornos se influían mutuamente, por un lado, el síndrome de abstinencia producía sensaciones displacenteras, que el paciente confundía con los síntomas de pánico, y en segundo lugar el sujeto utilizaba el alcohol como un ansiolítico que consumía ante los primeros síntomas de pánico. Por lo que el sujeto bebía para mitigar los síntomas de pánico y por otra parte el consumo le producía síntomas de abstinencia que confundía con síntomas de pánico.

Por ello, el tratamiento psicológico combinó simultáneamente la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional. Tratamientos, ambos bien establecidos para el trastorno de pánico con agorafobia y para el trastorno por consumo de sustancias respectivamente. (Rubio, Freixa, Gonzalez, Jimenez, Larrazabal y Ponce, 2002) (Souza y Machorro, M. (2008).

En primer lugar se abordó el problema de pánico, ya que era la demanda inicial del paciente, lo cual ayudó a forjar una buena alianza terapéutica con él, además abrió la puerta para una

exploración progresiva del consumo de alcohol y por último sirvió como una importante motivación para dejar de consumir.

El resultado del tratamiento ha sido positivo. En cuanto al trastorno de pánico, los síntomas se erradicaron en un mes y medio, tras 5 sesiones. En cuanto al consumo de alcohol, el sujeto se mantuvo abstinentes durante 3 meses, después tuvo una recaída que dura hasta el momento actual. No obstante las recaídas forman parte del tratamiento, como algo normal, ya que las dependencias se consideran enfermedades crónicas con una alta probabilidad de recaída, que se calcula en torno al 35% durante el primer año de abstinencia y del 80% a lo largo de la vida. (Rubio, Freixa, Gonzalez, Jimenez, Larrazabal y Ponce, 2002). La recaída no supone un fracaso terapéutico, sino la necesidad de aplicar medidas terapéuticas transitorias hasta la recuperación del estado de mantenimiento de la abstinencia. Además, en este momento, parece que el paciente está entrando en una fase de contemplación, en la cual se muestra motivado para iniciar de nuevo la abstinencia, sin embargo aún es incapaz de abandonar el consumo.

Como hemos visto, aunque en patología dual el tratamiento de dos trastornos comórbidos plantean mayores retos que el caso de un único diagnóstico por consumo de sustancias, en ocasiones hay elementos de un trastorno que pueden ser utilizados como palanca que facilita el cambio en el tratamiento del otro trastorno.

## **Referencias:**

Alonso, J., Lepine, J.P., Committee ESMS. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Clinical Psychiatry*. 68(2). 3-9.

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2 (1). 195-219.

Chocrón Bentata, L, Vilalta Franch, J, Legazpi Rodríguez, I, Auquer, K, Franch, L. (1995). Prevalencia de Psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*, 16, 586-90.

Echeburúa, E., De Corral, P., García, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de Agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 101-123.

García Carreterol, M.A., Novalbos Ruiz, J.P., Robles Martínez, M., Jordan Quintero, A., O'Ferral Gonzalez, C. (2017). *Actas Españolas de Psiquiatría*. 45 (1). 1-11

Goldberg, DP & Lecrubier, Y (1995). *Form and frequency of mental disorders across centres*. En : Üstün TB, Sartorius N. (Eds.) *Mental illness in general health care. An international study*. Wiley.



- Irutia, M.J., Caballo, V.E., Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual*. 17(1). 155-168.
- Kessler R,C, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS..(1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*; 51. 8-19.
- Kessler, R.C., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslowsky, A.M y Wittchen, H.U (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the Unated States. *Methods of Psychiatry*, 21 (3). 169-184.
- Mayfield, D., McLeod, M.D. y Hall, P. (1974). The Cage Questionnaire: Validation of a new Alcoholism Screening Instrument. *American Journal Psychiatry*, 131(10). 1121-1123.
- Mustaca, E y Kamenetzky, G (2006). Alcoholismo y ansiedad: Modelos animales. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 6 (3). 343-364.
- Nakovics, H., Diehl, A., Geiselhart , H. & Mann, K. (2009) Development and Validation of an Overall Instrument to Measure Craving Across Multiple Substances: The Mannheimer Craving Scale (MaCS). *Psychiatrische Praxis* ,36 (2): 72-78. DOI: 10.1055/s-2008-1067546
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2017). *Informe 2017: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud*. Ginebra: WHO Library Cataloging-in-Publication.
- Olaya, B., Moneta, M.V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J.L. y Haro, J.M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *Journal of affective disorders* 241. 623-633.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R.M., Vecino, C. Y Perez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, (4), 132-139.
- Rubio, G., Bermejo, J., Cabellero, M. y Santo, J. (1998). *Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria*. Rev Clin Esp 1998; 198: 11-14
- Rubio Valladolid, G., Freixa Fontanals, N., Gonzalez Boja, A., Jimenez Arriero, A., Larrazabal Antia, A. y Ponce Alfaro, G. (2002). Alcohol. En Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías. *Actuaciones Clínicas en Trastornos Adictivos* (p. 127-174). Madrid: Aula Médica.
- Saiz Martinez,P.A., Jimenez Trevino, L., Diaz Mesa, E.M., García-Portilla Gonzalez, M.P., Marina Gonzalez, ...Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones* 26 (3). 254-274.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. y Grant,M. (1993). Development o f the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection o f Persons with Harmful Alcohol Consumption —II. *Addiction*, 88. 791-804

Souza y Machorro, M. (2008). Trastornos por ansiedad y comórbidos del consumo de psicotrópicos. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 9(3), 215-226.

