

Evolución clínica de la comorbilidad en el eje I del DSM-IV-TR en pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno adictivo hallados en hospital de día de patología dual

DSM-IV-TR axis I comorbidity clinical evolution found in dual pathology program patients diagnosed with personality disorder and addictive disorder

Claudio Maruottolo. Doctor en medicina UPV/EHU, Jefe Clínico Hospital de Día, AMSA.

Oscar Landeta. Doctor en psicología Universidad de Deusto.
Psicólogo Área Extrahospitalaria, AMSA.

Resumen: El objetivo de la presente investigación fue analizar la concurrencia de otras comorbilidades del Eje I del DSM-IV-TR en pacientes con trastorno límite y trastorno adictivo, así como su evolución clínica tras la intervención de un programa de tratamiento de carácter psicodinámico. Para ello se empleó una muestra de 51 participantes tratados en el hospital de día. La recogida de datos se llevó a cabo mediante un diseño cuasi-experimental de grupo único con medidas pre y post tratamiento. Los datos obtenidos mostraron la existencia de una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo y la presencia de adicciones sin sustancia (juego patológico e internet). Los resultados en cuanto a la intervención terapéutica mostraron mejoría entre las medidas pre y post tratamiento en las variables analizadas.

Palabras clave: patología dual, comorbilidad, adicción, ansiedad, depresión.

Abstract: *The aim of the current research was to analyse the occurrence of DSM-IV-TR Axis I comorbidity phenomena in borderline and addictive disorder patients, as well as their clinical evolution after a psychodynamic treatment was applied. The sample was composed by 51 outpatients treated within the Day Hospital setting. The data collection was made using a quasi-experimental design with unique group and pre-post measures. The results showed a prevalence of Mood disorders and the presence of addictions without substance abuse (pathological game and internet dependence). After treatment, patients showed an overall improvement in their clinical condition in the variables measured.*

Key words: *dual pathology, comorbidity, drugs addiction, anxiety, depression.*

La Patología Dual es una denominación clínica basada en un diagnóstico sindrómico donde concomitantemente existe un trastorno mental y un trastorno adictivo. Los aportes de las neurociencias (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, De Vicente y Valderrama, 2001), la epidemiología (Regier, Farmer, Ral, et al., 1990) y la psicopatología aportan

los conocimientos necesarios para considerarlo así. Ambas manifestaciones de la patología dual pueden originarse en factores y sustratos cerebrales comunes, como vulnerabilidad genética, traumas infantiles precoces y déficit en circuitos y sistemas cerebrales implicados en ambas alteraciones (Szerman, Haro, Martínez-Raga y Casas, 2011).

Los hallazgos en distintas investigaciones también demuestran la correlación de aparición de trastornos psiquiátricos en consumidores de sustancias (Mc Laren, Silins, Hutchinson et al. 2010; Baeza, Graell, Moreno, Castro-Fornieles, Perellada, González-Pinto, et al., 2009) y en otros estudios se evidencia la correlación que a mayor gravedad del trastorno psiquiátrico mayor gravedad del trastorno adictivo (Maruottolo y Guimón, 2011). Las implicaciones derivadas de estas premisas en relación con la patología dual repercutirán en la eficacia de gestionar su prevención, diagnóstico y tratamiento.

La eficacia de un tratamiento dependerá de distintas variables como la disminución de los síntomas, coincidencia de la necesidad percibida del paciente con la necesidad evaluada del clínico, la accesibilidad al programa, la relación retención-abandono, los cambios que se sustenten en el tiempo y la viabilidad económica de su puesta en práctica (Andersen, 1995; Owen, Hoagwood, Horwitz et al. 2002).

En base a estas consideraciones en pacientes con este tipo de doble diagnóstico no es posible aplicar intervenciones terapéuticas eficaces por separado o en tiempos distintos, esperando que cuando se suprima una se podrán abordar las otras. Se requiere por tanto, de intervenciones simultáneas y múltiples, basadas en la premisa que la patología dual requiere una terapéutica específica, integrada y multidisciplinar dado que es más compleja que la suma de ambas patologías por separado.

Otro elemento a tener en cuenta es la presencia de otras comorbilidades junto a la patología dual, dado que de ello dependerá la instrumentación de una terapéutica que resulte eficaz al momento de tratar a esta población de pacientes.

El presente trabajo tiene por objetivo analizar en una muestra de 51 pacientes, que se encontraban en tratamiento en un programa específico de Hospital de Día de orientación Dinámica con diagnóstico de trastorno límite de personalidad (TLP) y por lo menos un trastorno adictivo, determinando la concurrencia de otras comorbilidades del Eje I del DSM-IV TR y su evolución clínica.

Se realiza una investigación para determinar el grado de comorbilidad de otras patologías que acompañan la patología dual para la que había sido creado el programa. Posteriormente se estudia la evolución clínica de estos pacientes al concluir el

tratamiento en las siguientes variables: síntomas depresivos, desesperanza y ansiedad.

Metodología

Participantes

En el estudio participaron de manera voluntaria 51 pacientes de ambos sexos mayores de edad con edades comprendidas entre los 18 y los 56 años (M=33.6; DT=9.9) (Véase Tabla 1) que en el momento de la realización de la investigación se encontraban recibiendo tratamiento en el Hospital de Día. El proyecto se realizó en el marco del Área de Psiquiatría del Departamento de Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco. El mismo se aplicó en el Programa de Patología Dual del Hospital de Día de Avances Médicos S.A. en la ciudad de Bilbao.

Los criterios de inclusión para participar en la investigación fueron: diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (DSM-IV TR, CODIGO 301.83)-Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (CIE-10 f 60.3) y Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) (por lo menos un tóxico alcohol y/o drogas). Los Criterios de exclusión fueron: la presencia de trastornos de personalidad que no fuesen TLP, la existencia de alto riesgo de heteroagresividad o autoagresividad que pusieran en riesgo la integridad física o la vida de sí mismo o la de terceros, la presencia de déficit cognitivos severos, la existencia de conductas psicopáticas graves que impidiesen el funcionamiento del Hospital de Día, el consumo activo y compulsivo de drogas y/o alcohol, la presencia de enfermedades médicas descompensadas o infectocontagiosas donde estuviese contraindicada su asistencia.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Estado Civil		
Casado/a 21,6%	Soltero/a 52,9%	
Divorciado/a 25,5%		
Nivel Socioeconómico		
Alto 27,5%	Medio 66,7%	Bajo 5,6%
Nivel Educativo		
Estudios Universitarios 37,3%		
Educación Secundaria 49%		
Educación Primaria 13,7%		
Sin estudios 0%		

Instrumentos

- Inventario de Depresión de Beck (BDI). Beck's Depression Inventory (Bobes y otros, 2003).
- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). State-Trait Anxiety Inventory (Bobes y otros, 2003).
- Escala de Desesperanza de Beck (HS). Beck's Hopelessness Scale. (Bobes y otros, 2003).
- Entrevista clínica psiquiátrica-Trastornos de la Personalidad.-SCID II *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)* (First y otros, 1999).
- Índice Europeo de Gavedad de la Adicción-EuropASI. *European Addiction Severity Index (Bobes y otros, 2003)*.
- Escala de Evaluación de Imagen Corporal de Gardner (Bobes y otros, 2003).
- Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-26). (Bobes y otros, 2003).
- Test de Othmer y DeSouza para la detección del Trastorno de Somatización. (Bobes y otros, 2003).
- Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP) (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995).
- Test de Adicción a Internet (Echeburúa, 2003).

Diseño

El estudio se realizó mediante un diseño cuasi experimental de grupo único con medidas pre y post tratamiento (León y Montero, 1999). Para los análisis estadísticos se empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences SPSS 17.0 para *Windows*.

Resultados

La gravedad adictiva del TUS en la muestra estudiada según DSM-IV correspondía a un 37,3% de abuso y un 62,7% de dependencia. Mientras que según el instrumento utilizado, el EuropASI, mostraba una severidad de nivel considerable en el 37,3% de la muestra, seguida de un 51 % de nivel extremo y un 11,8% de nivel moderado de severidad adictiva.

Frecuencia de presentación de diagnósticos afectivos

La comorbilidad afectiva se encontró presente en el 98% de la muestra analizada. La variable diagnóstica más frecuente encontrada en la muestra fue

la de Trastorno Adaptativo seguida de otros trastornos afectivos (Síndrome Depresivo, Trastorno Ansioso-Depresivo, Trastorno de Estrés Post-Traumático) y en un caso se observó Depresión Bipolar.

Diagnóstico clínico-sintomático al inicio del Tratamiento:

La gravedad de los **síntomas afectivos** en términos de depresión de los pacientes que acudieron a tratamiento mostró que la mayoría (58, 8%) presentaron síntomas moderados de depresión, seguidos de depresión grave (25,5%). Para terminar, la serie muestra como la sintomatología leve y ausente se presentó en último lugar (13,7 y 2,0 %), respectivamente.

La presencia de la **variable desesperanza**, que determina el índice de riesgo autolítico, con que los pacientes llegaron al ingreso del tratamiento, mostró los siguientes valores: riesgo mínimo o inexistente (23,5%), desesperanza leve (37,4%), síntomas moderados (29,2%) y alto riesgo (9,8%). Es de destacar que el riesgo autolítico elevado es uno de los criterios de exclusión del tratamiento por lo que en caso de detectarse y convalidarlo con la exploración psicopatológica se procede a indicar su ingreso hospitalario como parte de nuestro protocolo de actuación.

La variable ansiedad mostró los siguientes valores: moderada (9.8%), alta (31,4%) y muy alta (58.8%). Cabe señalar que ninguno de los participantes en el estudio mostró niveles bajos o leves de ansiedad.

En relación con la sintomatología de ingreso según el DSM-IV, los participantes presentaron clínica del Eje I en el 96,1 % de los casos.

Trastornos de alimentación

Al estudiar otras patologías asociadas al TLP y adicción a tóxicos y/o alcohol se observó la presencia de trastornos de alimentación en un 47,1% de los participantes. La distribución de los diferentes diagnósticos fue la siguiente: bulimia 15,7%, anorexia 3,9% y otras 25,5%.

Patologías impulsivas y adictivas no tóxicas

En cuanto a otras conductas impulsivas y adictivas no tóxicas asociadas en la muestra estudiada, se halló la presencia de alguna patología en el 54,9% de la muestra. La distribución de las

diferentes patologías fue la siguiente: cleptomanía el 17,6 %, adicción a internet el 19,6 %, ludopatía el 13,7% y otras adicciones el 3,9%.

Trastornos por somatización

En relación con esta patología asociada se halló que el 31,4% de la muestra presentaba un trastorno por somatización.

Diagnóstico clínico-sintomático al finalizar el Tratamiento:

Luego de la aplicación del nuevo programa de tratamiento sobre el grupo experimental se analizan las modificaciones obtenidas en las variables: síntomas depresivos, de desesperanza (riesgo autolítico) y ansiedad.

La variable síntomas depresivos del grupo experimental se ubicó en sintomatología depresiva leve (39, 2%), seguida de sintomatología moderada. En segundo lugar, si se observa las escalas obtenidas de depresión mínima-ausente y depresión grave, entre el ingreso y el alta de este grupo se observa la inversión de los datos obtenidos. La escala de depresión mínima-ausente que al ingreso del tratamiento solo contenía a el 2,0% de la población paso a ocupar un 23,5%, mientras que la depresión grave se redujo de un 25, 5% al ingreso a un 2,0% al alta (Tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de síntomas depresivos antes y después del tratamiento. Inventario de Depresión de Beck

	Pretratamiento	Postratamiento
Ausentes o mínimos	2%	23,5%
Leves	13,7%	39,2%
Moderados	58,8%	35,3%
Graves	25,5%	2,0%

La variable síntomas de desesperanza (riesgo autolítico) muestra también variaciones a destacar (Tabla 3). Se observa que más de la mitad de los pacientes finalizaron con ningún riesgo o riesgo mínimo de suicidio (51,0%). Se encontró que seguidos a esta cifra, los pacientes con riesgo leve (33,3%) y moderados (13,7%).

Los pacientes que quedaron ubicados en la escala de riesgo alto de autolisis al acabar el tratamiento fueron últimos en la serie estudiada.

Tabla 3. Porcentaje de riesgo autolítico antes y después del tratamiento. Escala de Desesperanza de Beck

	Pretratamiento	Postratamiento
Ninguno	23,5%	51%
Leve	37,4%	33,3%
Moderado	29,2%	13,7%
Alto	9,8%	2%

La sintomatología ansiosa disminuyó significativamente al finalizar el tratamiento (tabla 4) del porcentaje de pacientes ubicados en las escalas ansiedad muy alta y alta al correlacionar entre sintomatología ansiosa al ingreso y al alta.

También se destacan dos fenómenos encontrados para analizar: en primer lugar, el aumento en el porcentaje de pacientes que presentaron ansiedad moderada al alta (19,6%) con respecto de los que la presentaron al ingreso (9,8%) y, por otra parte, la aparición de pacientes que se ubican en la escala muy baja ansiedad (7,8%).

Tabla 4. Niveles de ansiedad antes y después del tratamiento. Escala de ansiedad estado (STAI)

	Pretratamiento	Postratamiento
Bajo	--	7,8%
Leve	--	33,3%
Moderado	9,8%	19,6%
Alto	31,4%	25,5%
Muy alto	58,8%	13,7%

Discusión

El objetivo del estudio era conocer las patologías asociadas en una muestra de pacientes diagnosticados de patología dual (TLP y TUS) en una unidad de tratamiento específico y la evolución de la sintomatología clínica al finalizar el tratamiento.

En relación con la muestra estudiada, TLP y TUS, encontramos la alta incidencia de trastornos afectivos con que los pacientes se presentaron a nuestro tratamiento (98,00%), otros estudios en relación con el TLP determinan porcentajes de comorbilidad depresiva del 87% al 93% (Zanarini, Frankenburg, Dubo, et al, 1998) y en pacientes con TUS, porcentajes que van del 12% al 80%, según el tipo de trastorno psiquiátrico estudiado (Regier, Farmer, Ral, et al, 1990).

En estudios previos en nuestro Hospital de Día, en programas de tratamiento en TLP no duales, al estudiar síntomas afectivos, encontramos cifras inferiores a las encontradas en este estudio (Guimón, Maruottolo, Mascaró, Boyra, 2007) con lo cual coincidimos con las investigaciones que informan de una mayor gravedad clínica de presentación de los pacientes duales. La evolución de la clínica depresiva luego de aplicado el programa presentó mejorías en todos los parámetros con los que se habían presentados los pacientes duales.

Los factores que favorecen los comportamientos suicidas, según Bobes (2004), en pacientes con trastornos adictivos serían Impulsividad, comorbilidad con trastornos de personalidad, sintomatología depresiva, intoxicación aguda, consumo por vía intravenosa, disponibilidad de una cantidad de droga letal, policonsumos de drogas o puntuaciones elevadas en los índices de gravedad de la adicción. En el caso de nuestra muestra la presencia de riesgo autolítico se presentó en un 39,2% de los casos estudiados, representado por riesgo moderado y alto (20 pacientes) y un 37,3% con riesgo leve (19 pacientes) comparativamente con las cifras encontradas al ingreso se produjo una notable disminución.

La variable ansiedad al ingreso del tratamiento, en el grupo experimental mostraba niveles de severidad entre alto y muy alto, modificando a favor de un descenso de los índices en todas las escalas que median esta variable estudiada al finalizar el tratamiento. Asimismo, si se observa detenidamente al ingreso al tratamiento (véase tabla 4), no se encontraron pacientes que se ubicaran en las escalas muy baja y baja, mientras que luego de aplicado el nuevo programa el mayor porcentaje de los pacientes se ubican en la escala baja con 33,3% y muy baja con 7,8%.

Los trastornos somatomorfos estarían más relacionados con los trastornos de personalidad del

clúster C, mientras que los trastornos de somatización se presentan en el clúster B especialmente los TLP, recordemos el término desarrollado por Zanarini (Zanarini y Frankenburg, 1994; Zanarini et al, 1998)) sobre la hipocondrías emocional con la que se presentan los pacientes TLP. En nuestra muestra los hallazgos representaban casi un tercio de la muestra estudiada (31,37%) mostrando por tanto la alta incidencia con que se presentó.

En los últimos años han cobrado creciente jerarquía clínica las adicciones sin sustancias, también llamadas adicciones psicológicas, comportamentales, no químicas. Ejemplos de algunas de ellas como el juego patológico y las adicciones a Internet fueron estudiados en nuestra muestra encontrando juego patológico en un 13% de los casos. Se encuentra que esta relación concuerda con estudios de comorbilidad de ludopatía, donde las principales comorbilidades de este trastorno se dan con Trastornos Personalidad y con abuso/dependencia de alcohol seguida de consumo de cocaína (Petry, Stinson, Grant, 2005). El trastorno adictivo a internet como nueva forma de trastorno adictivo no se encuentra hoy incluida en el DSM-IV ni en el CIE-10, encontrándose en discusión para su incorporación en futuros manuales diagnósticos (Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana y otros 2008; Shapira, Goldsmith, Keck et al. 2000). En nuestra muestra se halló en un 19,9% de los casos estudiados.

Otra variable estudiada fue la presencia de patología alimentaria encontrándose Bulimia Nerviosa en un 15,7% y Anorexia Nerviosa en tan sólo el 3,9% de la muestra estudiada, coincidiendo con distintas publicaciones en cuanto a la predominancia de la primera frente a la segunda en pacientes del Cluster B. Cabe destacar el hallazgo de 25,5% encuadrada dentro de la variable: otras patologías alimentarias: la obesidad mórbida, formas atípicas, Trastorno por Atracón, etc. que actualmente se encuentran en discusión su inclusión en el DSM-5.

Coincidimos con estudios precedentes sobre que, la patología dual es un fenómeno de elevada prevalencia en la población psiquiátrica caracterizado por la mayor gravedad clínica respecto a pacientes psiquiátricos no consumidores de tóxicos.

En base a estos resultados podemos concluir, en primera instancia, que la población con TLP y TUS ha presentado una alta relación con otras



patologías asociadas; y, en segundo término, que la evolución clínica aplicando el tratamiento específico para patología dual fue satisfactorio. En nuestra experiencia clínica, incorporamos un screening de rutina de instrumentos diagnósticos para

detectar estas patologías comórbidas e implementar dispositivos específicos para dar mayor eficacia al programa de tratamiento de patología dual.

Contacto

Claudio Maruottolo • Servicio de psiquiatría, Hospital de Día, Avances Médicos S. A. (AMSA)
C/ Manuel Allende 19 Bis 1ª Planta • 48010 Bilbao • cmaruottolo@avancesmedicos.es

Referencias Bibliográficas

Andersen, R. (1995). "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?". *Journal of Health and Social Behavior* (36), 1-10.

Baeza, I.; Graell, M.; Moreno, D.; Castro-Fornieles, J.; Perellada, M.; Gonzalez-Pinto, A. et al. (2009). "Cannabis use in children and adolescents with first episode psychosis: influence of psychopathology and short-term outcome (Cafeps Study)". *Schizophrenia Research*, Vol 113.

Barrett M.S.; Chua W.J.; Crits-Christoph P.; Gibbons M.B., Casiano D.; Thompson D. (2008). "Early withdrawal from mental health treatment implications for psychotherapy practice" *Psychotherapy*, Nº 45, 247-267.

Beck, A. T.; Weissman, A.; Lester, D.; Trexler, L. "Beck Escala de Desesperanza de Beck (HS)". En banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría. Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.

Beck, A.; Block, J. J. (2008). "Issues for DSM-V: internet addiction". *Am J Psychiatry*; 165:306-307.

Bobes, J. (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Psiquiatría Editores.

Cervera, G.; Haro, G.; Martínez-Raga, J.; Bolinches, F.; De Vicente, P. y Valderrama, J. C. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos*, Vol 3(3):164-171.

Claret, J. (2006) *Trastorno límite de la personalidad*. Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. E. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría.

Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.

David, L.; Uezato, A.; Newell, J. M.; Fraizer, E. (2008). "Major depression and comorbid sud". *Current Opinion in Psychiatry*, Vol 21.

Luengo López, A. (2004). Test de adicción a internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. Vol2, 22-52.

Garner, R. M.; Stark, K.; Jackson, N.; Friedman, B. N. Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner. En banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría. Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.

Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1995). Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): Análisis y Modificación de Conductas, Vol 21, Nº 76.

First, M. B.; Gibbon, M.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; Smith Benjamin, Lorna (1997). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV-SCID II*. Ed. Masson.

Guimón, J.; Maruottolo, C.; Mascaró, A.; Boyra, A. (2007). "Results of a brief crisis program for people with borderline personality disorders". *European Psychiatry*, Vol. 22, Nº 1 (supplement), 58.

- Kokkevi, A.; Hartgers, C. Índice europeo de gravedad de la adicción-EUROPASI. *European addiction severity index*. En banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría. Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.
- Beck, A. T.; Ward, M.; Mendelson, J.; Mock, J.; Erbaugh, J. Inventario de depresión de Beck (BDI). Becks Depression Inventory. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría. Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.
- León; O. y Montero, I. (1999). Diseño de investigaciones: Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. McGraw-Hill.
- Martínez, R.; Camps, N.; Rodríguez, N.; et al. (2008). "Perfil del paciente dual". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 1:1321.
- Maruottolo, C.; Guimón, J. (2011). Reducción de abandonos en una unidad de día con un programa de psicoterapia breve dinámica para trastornos límite de la personalidad asociados a trastornos adictivos. *Avances en Salud Mental Relacional*, Vol 10 N° 2.
- Mc Laren, J.; Silins, E.; Hutchinson, D.; Mattick, R.; Hall, W. (2010). "Assessing evidence for casual link between cannabis and psychosis: a review of cohort studies". *International Journal of Drug Policy*, Vol 21.
- Owen, P. L.; Hoagwood, K.; Horwitz, S. M.; Leaf, P.; Poduska, J.; Kellam, S. K.; Ialongo, N. S. (2002). "Barriers to children's mental health services". *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 41:6, 731-738.
- Petry, N. M.; Stinson, F.S.; Grant, B. F. (2005). "Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatry disorder: results from epidemiologic survey on alcohol and related conditions". *Journal of Clinic Psychiatry*, Vol 66.
- Regier D. A.; Farmer M. E.; Ral D.S. (1990). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (eca) study". *JAMA*;264:2511-2518.
- Sánchez-Carbonell, X.; Beranuy, M.; Castellana, M.; Chamarro, A.; Oberst, U. (2008). "Internet and cell phone addiction: passing fad or disorder?". *Adicciones*; Vol 20:149-59.
- Shapira, N. A.; Goldsmith, T. D.; Keck, P. E.; Khosla, U. M.; McElroy, S. L. (2000). "Psychiatric features of individuals with problematic internet use". *Journal of Affective Disorders*, Vol 57(1-3):267-72.
- Szerman, N.; Haro; Martínez-Raga, J.; Casas, M. (2011). Patología dual (Patología psiquiátrica). En Manual de trastornos adictivos. Editores: J. Bobes; M. Casas; Gutiérrez, M. Enfoque Editorial, 2ª ed.
- Garner, D. M.; Garfinkel, P. E. "Test de actitudes hacia la alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-26)". En Manual de trastornos adictivos. Editores: J. Bobes; M. Casas; Gutiérrez, M. Enfoque Editorial, 2ª ed.
- Othmer, E.; De Souza, C. Test de Othmer y Desouza para la detección del trastorno de somatización. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría. Eds. Bobes, J.; G-Portilla, M. P.; Bascarán, M. T.; Sáiz, P. A.; Bousoño, M. (2003) *Ars Médica*, 3ª Edición.
- Zanarini, M. C.; Frankenburg, F. R. (1994). "Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient". *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, Vol 3.
- Zanarini, M. C.; Frankenburg, F. R.; Dubo, E. D.; et al. (1998) "Axis I comorbidity of borderline personality disorder". *American Journal of Psychiatry*, Vol 155.