

# Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones<sup>1</sup>

*José Luis Torres Larrañaga<sup>2</sup>*

## **Introducción**

La coexistencia de enfermedades psiquiátricas y de trastornos inducidos por sustancias, comúnmente denominada *comorbilidad* no constituye un fenómeno nuevo.

Con frecuencia resulta apropiado hablar de *multimorbilidad*, ya que las personas afectadas suelen sufrir además enfermedades somáticas, ejemplo: VIH, hepatitis C, así como trastornos sociales tales como problemas familiares, desempleo, encarcelación o falta de hogar.

## **Definición**

La OMS define la comorbilidad como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

## **Etiología**

Determinar la etiología de la comorbilidad es saber qué fue primero, si el huevo o la gallina. Los estudios actuales sobre las relaciones causales entre los trastornos psiquiátricos y los inducidos por sustancias no son concluyentes. Los síntomas de los trastornos mentales y de los problemas de adicción interactúan y se condicionan mutuamente. Las pruebas obtenidas indican que los trastornos psiquiátricos suelen presentarse antes que los trastornos inducidos por el consumo de sustancias, es decir, aumentan la susceptibilidad del individuo frente a estos problemas. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos también pueden verse agravados por el consumo de drogas.

## **Categorías para el diagnóstico comórbido (Krausz)**

- Un diagnóstico primario de trastorno mental, con un diagnóstico posterior de consumo abusivo de sustancias con efectos perjudiciales para la salud mental.

- Un diagnóstico primario de dependencia a las drogas con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental.
- Diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y trastorno psiquiátrico.
- Un diagnóstico dual de consumo abusivo de sustancias y de trastornos anímicos, resultado de una experiencia traumática subyacente, por ejemplo, un Trastorno por estrés posttraumático (TEPT)

### **Comorbilidad adictiva**

Lo primero que tiene que reconocerse en el escenario de las drogas es que la comorbilidad más frecuente lo constituye la adictiva; es decir, la asociación de otra adicción en la dependencia actual del paciente.

La asociación más reconocida en nuestro medio es la del consumo de alcohol con otras drogas (marihuana, cocaína, PCP, inhalantes, alucinógenos, tabaco, etcétera).

El alcohol como droga modelo:

- Pese a ser legal, afecta la conducta.
- Es la de mayor consumo mundial.
- Genera toda la psicopatología de las drogas.
- Genera toda tragedia esperable en adictos.
- Presenta historia de consumo paradigmática.
- Presenta curva modelo de degradación integral.
- Presenta todos los tipos de dependencia.
- Presenta cuadros severos de abstinencia.
- Es prototipo de objetivos terapéuticos.
- Pasa por todas las etapas de Prochaska.

El alcohol como droga portera:

- El sistema nervioso no discrimina totalmente la droga.
- Se crea hábito embriaguez-desinhibición.
- Establece el estilo funcional subcortical.
- Crea actitud permisiva ante otras drogas.
- Se usan otras drogas para *cortar* efectos.
- Degrada valores morales.
- Conduce a contextos marginales.
- Establece el criterio "nada puede ser peor".
- Su uso irresponsable determina la actitud *permisiva* ante la embriaguez, con riesgo de aceptación de otras drogas.

### **¿Por qué se da la asociación entre diversas drogas?**

- Para contrarrestar los efectos de una de las drogas, como por ejemplo, el uso de alcohol.

- Para contrarrestar los efectos sedativos intoxicantes del alcohol.
- Para contrarrestar la sobrestimulación por la cocaína o, en su defecto, el uso de la pasta básica de cocaína.
- Como efecto sinérgico del uso de ambas drogas.
- Por tendencia a experimentar nuevas sensaciones.

### **Conceptualización de la comorbilidad en drogas**

a) *Enfermedades paralelas*. Esto significa que la asociación entre la drogadicción y la enfermedad asociada no tiene relación alguna y coexisten de manera paralela. Ocurren simultáneamente, pero no comparten relación etiológica alguna. Por ejemplo: una persona con una fobia a las alturas desde pequeña que desarrolla un alcoholismo luego de una crisis conyugal severa.

b) *Relación causal*. Este es el modelo de los trastornos primarios y secundarios. Por ejemplo un paciente con alcoholismo crónico puede desarrollar, como consecuencia directa de su alcoholismo, una depresión mayor secundaria o rasgos de personalidad antisociales (psicopatización) secundarios al propio alcoholismo. De acuerdo con este modelo, el trastorno secundario no hubiese ocurrido si la condición primaria no hubiese existido.

c) *Relación de riesgo*. En este modelo se enfatiza el concepto de riesgo, es decir, la presencia de un trastorno psiquiátrico primario incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias. Ejemplos lo constituyen ciertos trastornos de ansiedad en los cuales el consumo de alcohol y otras drogas puede ser usado para controlar el pánico, el trastorno de hiperactividad con déficit de atención, etcétera. Otro ejemplo lo constituyen los casos de dependientes a alcohol o cocaína, cuyas adicciones los predisponen bioquímicamente y clínicamente a un mayor riesgo de enfermedad depresiva.

d) *Relación de modificador*. Este modelo resalta como un trastorno preexistente, puede modificar una condición de comorbilidad. Postula que un trastorno psiquiátrico primario va a modificar el curso de un trastorno por abuso de sustancias o, en su defecto, que un trastorno por abuso de sustancias puede modificar el curso de la condición psiquiátrica asociada. Ejemplo de este modelo lo constituye el alcohólico que sufre también de un trastorno afectivo que lo hace más vulnerable a una ingesta etílica cuando se encuentra en estado depresivo que cuando se halla en un estado de abstinencia.

e) *Ley de Berkson*. De acuerdo con esta ley, dos trastornos no relacionados pueden aparecer juntos debido a una mayor probabilidad de que una persona que sufre más de un trastorno sea más proclive a la búsqueda de ayuda profesional.

Los trastornos no se relacionan, excepto por el hecho de que sujetos con mayor patología tengan más conducta de búsqueda de ayuda.

## **Importancia de la comorbilidad en la dependencia de sustancias**

- Claridad diagnóstica
- Curso y pronóstico variado
- Permite determinar las necesidades terapéuticas y potenciar la eficacia del TPO.
- Se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad.
- Se asocia con un incremento de la conducta suicida.
- Se asocia con un incremento de la conducta homicida.
- Se vincula con una mayor necesidad de hospitalización y tiempo de estancia.
- Se asocia a un mayor costo.

## **Los caminos que conducen a la adicción**

*El sociocultural.* Es el camino de la costumbre, de la *onda*, del dime con quién andas, de la presión de los grupos; en drogas ilegales a veces es el pago para ser aceptado en un grupo de consumidores. Es el camino más frecuente y más dúctil a la promoción de salud y la prevención.

*El del hedonismo.* Muchas veces vinculado a educación deficiente donde se les da *todo* a los hijos, incluido aporte económico excesivo que no saben manejar. Canje de afecto por bienes materiales

*Vía evasiva.* Pretende huir de vivencias o situaciones, hogares rotos, fallecimientos tempranos, abandono, desamor paterno, rechazo, fracasos sentimentales, estudiantiles, laborales o artísticos. Pero las penas saben nadar.

*La vía asertiva.* Seguridad personal y búsqueda de apoyo, pero el tiro sale por la culata y en vez de seguridad aparecen efectos opuestos. Se acerca a la vía evasiva y a veces tiene iguales causas.

*Vía constitucional.* Factores hereditarios, factores conceptuales, factores durante la etapa prenatal.

*Vía sintomática.* Estas adicciones también llamadas secundarias, en realidad son un síntoma más de una afección subyacente que debe ser tratada.

## **Diagnóstico**

La comorbilidad es muy difícil de diagnosticar. La drogodependencia y el comportamiento negativo que genera suelen dominar el cuadro clínico y pueden enmascarar los síntomas psiquiátricos. Así mismo, el consumo abusivo de sustancias puede provocar síntomas psiquiátricos que apenas pueden distinguirse de los síntomas asociados a los trastornos psiquiátricos.

## **Prevalencia**

Los resultados de estudios de prevalencia en comorbilidad varían considerablemente, dependiendo de:

- Disponibilidad y selección de la población.

- Métodos de muestreo.
- Técnicas y competencia de diagnóstico.
- Validez y fiabilidad de los instrumentos de diagnóstico.
- Periodo de estudio.

Muchos profesionales de esta materia consideran que la prevalencia de la drogodependencia en combinación con trastornos mentales está aumentando.

Algunos argumentan que esto se debe a una mayor concienciación sobre este tema y/o a los cambios en el diagnóstico y en la clasificación de los trastornos psiquiátricos, y/o a la reestructuración de los sistemas sanitarios.

El Estudio Nacional de Comorbilidad en EU indica que 14% de la población tiene una prevalencia de tres o más diagnósticos psiquiátricos en el transcurso de su vida.

### **Trastornos psiquiátricos más frecuentes de comorbilidad en el abuso de drogas y alcohol**

*Trastorno de la personalidad.* Diagnóstico psiquiátrico más común entre los consumidores de drogas, afecta a un porcentaje de la población situado entre 50% y 90%. Estos trastornos principalmente están agrupados en la clase B, grupo relacionado con el descontrol de impulsos, y que reúne a un porcentaje de hasta 50%. Secundariamente, pero mucho menos frecuente, se concentran en la clase A (Grupo esquizotípico), donde encontramos entre 15% y 20%.

*Trastornos del control de los impulsos relacionados con sustancias.* Son una constante en la práctica clínica y, con frecuencia, cuestiona el carácter independiente derivado de su clasificación como entidades separadas. La asociación con los trastornos por uso de sustancias en la ludopatía es una constante (cercana a 50%), así como en la cleptomanía, el Trastorno por atracón y las compras compulsivas.

*Trastornos del humor.* Afecta a un porcentaje de población situado entre 20% y 60%.

*Trastornos bipolares.* Tienen una prevalencia de entre 1.3% y 5%; 15% de los pacientes se suicidan. Entre los enfermos farmacodependientes, esta cifra probablemente se duplica, pero muchos suicidios se diagnostican como "sobredosis accidentales".

La depresión incrementa la vulnerabilidad de la persona a desarrollar un trastorno por uso de sustancias debido a las siguientes condiciones:

- Estrategias limitadas de afrontamiento de problemas.
- Serios problemas de autoestima que impiden una actuación adecuada.
- Distorsiones cognitivas debido al estado depresivo con lo cual suelen ver muy difícil la salida a sus problemas.

- Bajo nivel de energía.
- Pobre motivación.
- Deterioro en el funcionamiento social y laboral.
- Intento de uso de la sustancia psicoactiva como automedicación de su depresión.

*Esquizofrenia.* La comorbilidad de la esquizofrenia y el abuso de sustancias es frecuente; 47% de los pacientes con esquizofrenia presentan un trastorno por abuso de sustancias a lo largo de su vida (sin incluir la nicotina). Aproximadamente 30% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan trastornos relacionados con el abuso de sustancias y 5% de los pacientes alcohólicos hospitalizados sufren esquizofrenia.

La combinación de esquizofrenia y abuso de sustancias contribuye al aumento en el riesgo de hospitalización, estancias hospitalarias más frecuentes y de mayor duración, peor cumplimiento con la terapia farmacológica, estar en contra de los consejos médicos, recaída y costes adicionales. Los pacientes con este doble diagnóstico tienen más probabilidad de ser vagabundos (*sin techo*); además, corren los riesgos de las interacciones entre las medicaciones antipsicóticas y la sustancia a la que son adictos. También tienen mayor riesgo de suicidio y de cometer crímenes violentos raros.

Los pacientes desinstitucionalizados tienen más probabilidades y más oportunidades de consumir drogas que aquellos hospitalizados. Los pacientes esquizofrénicos que abusan del alcohol o las drogas presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), tuberculosis, septicemia y cirrosis hepática.

Tratar de convencer a los pacientes esquizofrénicos que abusan de sustancias para que cumplan con el tratamiento es una tarea difícil, ya que tienen problemas con las figuras de autoridad. Este problema es complejo cuando la paranoia y la psicosis forman parte del cuadro clínico. La comorbilidad de esquizofrenia y abuso de sustancias cambia el curso típico de ambos trastornos. Cada uno de los ellos puede complicar y empeorar al otro, dificultando el cumplimiento y conduciendo a peores resultados.

*Trastornos de ansiedad.* Tienen una prevalencia entre 10% y 50%; la más frecuente, la ansiedad social, con 13.3%.

*Trastorno por estrés postraumático (TEPT).* Presenta una incidencia de 7.8%, cifra que irá aumentando teniendo en cuenta el ambiente belicista en determinadas regiones. Su comorbilidad con alcoholismo: hombres 51.9%, mujeres 27.9%; su comorbilidad con drogas ilegales es de 34.5%.

Clínica del TEPT con Trastorno por uso de sustancias (TUS):

- Aumenta los síntomas del TEPT.
- Aumenta la comorbilidad Eje I y Eje II.
- Aumenta los problemas médicos y psicosociales.

- Aumenta las recaídas.
- Aumenta la refractariedad al tratamiento.
- Disminuye el consumo de sustancias en TEPT en remisión.

#### *Trastorno de pánico (TP) y TUS*

- 36% de TP tiene TUS.
- Mayor riesgo que TP no comórbido.
- TUS precede TP más que TP a TUS.
- Cocaína, anfetamina, cafeína, alcohol, abstinencia de alcohol y benzodiacepinas pueden precipitar ataques de pánico.
- TP inducido por cocaína puede prolongarse después de dos semanas de abstinencia.

#### *TUS y fobia social (FS)*

- Comorbilidad 8% a 56%
- 13.9% de FS en cocainómanos
- Sustancia más común: alcohol
- FS precede a TUS

#### Tratamiento:

- 1ª opción: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), (Paroxetina mejora FS y TUS)
- 2ª opción: Venlafaxina, Bupropion, Gabapentin.

#### *Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y TUS*

- Alcohólicos: 3% a 12% TOC.
- Riesgo de TOC: en usuarios de marihuana y cocaína: 5,6 veces respecto de no TUS.
- Diagnóstico: relativamente poco problemático. Opiáceos y alucinógenos pueden inducir síntomas TOC.

#### Tratamiento:

- 1ª opción: ISRS
- 2ª opción: Clomipramina.
- 3ª opción: Inhibidores de monoamino oxidasa (IMAO).

*Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).* Los adolescentes con ésta afección muestran mayor riesgo de desarrollar TUS para síndromes adictivos de intoxicación y abstinencia o abuso que otra persona de la población general. Para ellos se invocan factores genéticos psicofamiliares y de automedicación.

### **Desórdenes físicos coexistentes**

Existen enfermedades primarias crónicas o agudas coexistentes con la adicción. Estas enfermedades puede o no haber sido causadas por la adicción, pero es necesario identificarlas y tratarlas. Ejemplos: VIH y Sida, diabetes mellitus, enfermedad cardiaca e hipertensión arterial.

### **Obstáculos al tratamiento de la comorbilidad en determinados países**

Uno de los principales obstáculos al diagnóstico y al tratamiento de la comorbilidad es el hecho de que el personal psiquiátrico, generalmente, tiene pocos conocimientos de los tratamientos en materia de drogas, mientras que los conocimientos de psiquiatría del personal especializado en dicho tratamiento suelen ser reducidos.

Los profesionales de la salud mental tienden demasiado a enviar a las personas que sufren comorbilidad a los centros de tratamiento de adicciones y el personal de estos centros los envía inmediatamente de vuelta o viceversa.

En algunos países (España, Italia, Grecia, Eslovenia, etcétera) los pacientes pueden quedar excluidos de los tratamientos de drogadicción debido a sus problemas mentales.

### **Estructuras de tratamiento**

Los estudios internacionales describen tres modelos de prestación de servicios para el tratamiento de la comorbilidad:

1. Tratamiento secuencial o en serie: se tratan de forma consecutiva, con muy poca comunicación entre los servicios.
2. Tratamiento paralelo: se recibe simultáneamente ambos tratamientos. Los servicios especializados en drogodependencias y los de salud mental se ponen de acuerdo para actuar en forma paralela. La necesidad de ambos tratamientos se cubren mediante enfoques terapéuticos distintos y el modelo médico de psiquiatría podría entrar en conflicto con la orientación psicosocial de los servicios especializados en drogodependencia.
3. Tratamiento integrado: es el modelo por excelencia, el tratamiento se sigue en un servicio psiquiátrico o de tratamiento contra la droga o en un programa o servicio específico para la comorbilidad.

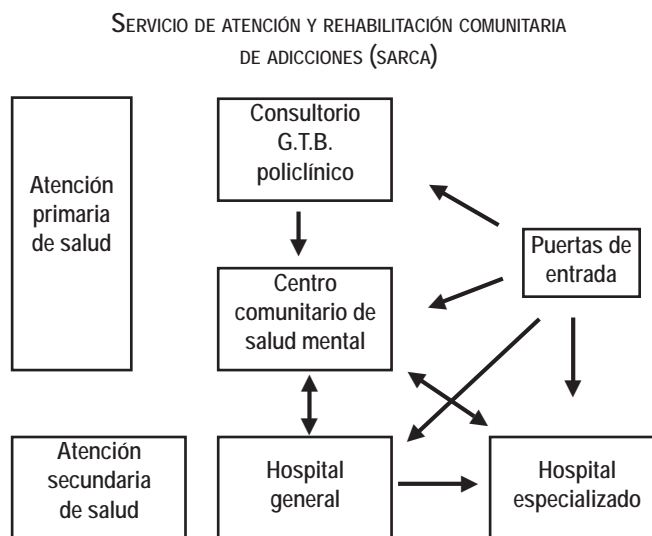
### **Programa de atención a las adicciones Estrategia cubana**

Antes de 1959, el tráfico y consumo ilícito de drogas (fundamentalmente marihuana y, en menor medida, cocaína) constituía un problema social en algunas capas y sectores de la nación. Las transformaciones políticas,



económicas y sociales de la Revolución Cubana y el éxodo hacia EU de los grandes traficantes, expendedores y consumidores permitieron la erradicación de este flagelo. En el momento actual Cuba no escapa de este fenómeno. Existe una incipiente tendencia al mercado de expendio y consumo de drogas.

Trasciende los límites del Sistema de Salud e incluye drogas lícitas, medicamentos y drogas ilícitas y en particular las psicotrópicas.



### Estructura. Premisas

Se crea el Grupo Operativo de Salud Mental y Adicciones (GOSMA) como estructura permanente subordinada al Viceministerio a cargo de la asistencia médica. Este grupo tiene continuidad en todo el Sistema de Salud. Responde a la integralidad del problema y a las exigencias intrasectoriales y extrasectoriales del tema.

El GOSMA desarrolla la atención y rehabilitación comunitaria del alcohólico y adictos a otras sustancias, en forma integral, ambulatoria en su propio medio, con la activa participación de la comunidad, basado en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), lo que facilita que adquieran conocimientos y habilidades para la identificación y manejo de estos casos, además de promover nuevos y más saludables estilos de vida en dicha población.

Permite asimilar a pacientes que acuden a Alcohólicos Anónimos (AA) y a Narcóticos Anónimos (NA).

### ¿Qué tipo de manejo requieren estos pacientes, que presentan una comorbilidad psiquiátrica?

En relación con el manejo es importante considerar algunos aspectos:

1º La evaluación diagnóstica debe ser profunda y exhaustiva, usando técnicas multimodales, basadas principalmente en el diagnóstico de tipo longitudinal.

2º El tratamiento farmacológico debe ser sustitutivo o antagonista, en relación con la droga que se usa; o psicofarmacológico, vinculado con el diagnóstico de la patología psiquiátrica concomitante. En cuanto al proceso psicoterapéutico, es relevante destacar el poder de la terapia de grupo, GAM.

3º Rehabilitación psicosocial.

### **¿Cuáles son las dificultades más frecuentes?**

La dificultad más grande en el abordaje de la comorbilidad es que estos pacientes son difíciles de enganchar por las frecuentes recaídas por el uso de drogas. Es difícil trabajar sobre la motivación al tratamiento. Este es uno de los puntos más importantes y cruciales, ya que la persona debe aceptar el tratamiento de la patología psiquiátrica y, posteriormente, el del problema adictivo.

Con los pacientes psicóticos, se debe ser más flexible por su alta vulnerabilidad; no puede haber una hiperestimulación, ni tampoco la misma intensidad y severidad de los programas habituales.

### **Factores protectores**

Necesidad de una voluntad política así como de todas las organizaciones de masa del país para que la droga no se abra paso en la sociedad. En el orden educacional, seguir remodelando e invirtiendo importantes recursos en medios audiovisuales e informáticos. En el orden cultural, promover el hábito de la lectura para apreciar el arte y la cultura de forma integral. En el orden deportivo, promover la práctica de deportes y educación física desde las edades más tempranas como forma de vida sana. Continuar capacitando al personal de salud para brindar tratamiento efectivo a quienes han sido presas de este mal. Promover la solidaridad, la generosidad, el afán de superación y el amor a la familia como los más genuinos valores humanos que son la esencia de la formación del hombre nuevo.

Una mayor salud mental para nuestra población *es posible*.

### **Notas**

<sup>1</sup> Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones "Depresión, ansiedad y trastornos del sueño asociados al consumo de drogas". 17, 18 y 19 de agosto de 2006 en Durango, Dgo.

<sup>2</sup> Especialista de Primer Grado en Psiquiatría; profesor principal de la asignatura de Psiquiatría en la Facultad de Ciencias Médicas de Sancti-Spiritus, Cuba.

Colaboradoras: doctora Soledad Ruiz Canaán y Martha Palencia Núñez

## Bibliografía

- González R., *Psicoterapia de alcohólicos y otros toxicómanos*, Editorial Científico Técnica, La Habana, 1996.
- González R. y S. Goicolea, "El consumo social y anormal de alcohol. Criterios para su diagnóstico por el médico de familia", en *Revista de Medicina General Integral* 9, (3) 251–257, 1993.
- González R., *Clínica psiquiátrica básica actual*, Editorial Científico Técnica, La Habana, 1998.
- , *¿Cómo Liberarse de los hábitos tóxicos?*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 1994.
- , *El Alcoholismo y su atención específica*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 1994.
- Regier, DA, Farmer, ME, Rae, DS, Locke, BZ, Keith, SJ, Judo, LL; Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*1990; 262:2511-2518.
- Grant, BF, Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults. *J Subst Abuse* 1995; 7: 481-497.
- Kessler, RC, Aguilar-Gaxiola, S, Andrade, L, Bijl, R, Borges, G, Caraveo-Anduaga, JJ, DeWit, DJ, Kolody, B, Merikangas, KR, Molnar, BE, Vega, WA, Walters, EE, Wittchen, H-U, Ustun, TB, Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatr Fenn* 2001; 32:62-79.
- Grant, BF, Stinson, FS, Dawson, DA, Chou, SP, Ruan, WJ, Pickering, RP, Co-occurrence of 12- month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:361-368.
- Swendsen, JD, Merikangas, KR, The comorbidity of depression and substance and use disorders. *Clin Psychol Rev* 2000; 20:173-189.
- Regier, DA, Farmer, ME, Rae, DS, Locke, BZ, Keith, SJ, Judo, L, Goodwin, FK: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*1990; 264:2511-2518.
- Kessler, RC, Crum, RM, Warner, LA, Nelson, CB, Schulenberg, J, Lifetime co ocnurrence of DSM III R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:313-321.
- Kushner, MG, Sher, KJ, Beitman, BD, The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *AM J Psychiatry* 1990; 147: 685-695.
- Schneier, FR, Martin, LY, Leibowitz, MR, Gorman, JM, Fyer, AJ, Alcohol abuse in social phobia. *J Anxiety Disord* 1989; 3:15-23.
- Ross, HE, DSMIII R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity In Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug and alcohol Depend* 1995; 39:111-128.

- Magge, WJ, Eaton, WW, Wittchen, H-U, McGonagle, KA, Kessler, RC, Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 159-168
- Barrowclough, C, Haddock, G, Terrier, N, *et al.*, Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention of patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 158: 1706-1713, 2001.
- Alexander, MG, Woman with co-occurring addictive and mental disorders: an emerging profile of vulnerability, *American Journal of Orthopsychiatry* 66:61-70, 1996.
- Dervaux, A, Bayle, FJ, Laqueille, X, *et al.*, Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking or anhedonia? *American Journal of Psychiatry* 158: 492-494, 2001.
- Hellerstein, DJ, Rosenthal, RN, Miner, CR, Integrating services for schizophrenia and substance abuse. *Psychiatry Q* 72: 291-306, 2001

más artículos en: [www.liberaddictus.org/NumAnt.php](http://www.liberaddictus.org/NumAnt.php)