

Comorbilidad y esquizofrenia

RESUMEN: Hemos estudiado 19 variables de la información contenida en 199 dosieres de pacientes diagnosticados de esquizofrenia e ingresados en nuestro hospital en dos trienios diferentes: 1977 a 1979 y 1990 a 1992. También, con el fin de estudiar la frecuentación de los Servicios de Salud Mental (SSM) de toxicómanos, hemos realizado una encuesta entre 90 pacientes que son tratados en los Centros de Atención al Drogodependiente (CAD). Ha habido una sustitución casi total del alcohol por las drogas ilegales y los consumidores de sustancias presentan más síntomas tanto positivos como negativos que el resto de los pacientes no consumidores.

PALABRAS CLAVE: Comorbilidad, Esquizofrenia, Abuso de Drogas, Adicción a las drogas.

SUMMARY: We have studied 19 variables in 199 inpatients diagnosed of schizophrenia from 1977 to 1979 and from 1990 to 1992. In order to evaluate the use made by schizophrenics of the Mental Health Services developed for the care and treatment of drug-abusers, and enquiry was made among 90 patients treated in them. The authors conclude: first, alcohol has been replaced by illegal drugs among schizophrenics; second, schizophrenics with history of drug abuse present more positive and negative symptomatology than schizophrenics who do not use drugs. **KEY WORDS:** Comorbidity, Schizophrenia, Drug-abuse, Drug-addiction.

La asistencia psiquiátrica a los pacientes esquizofrénicos se ha visto complicada, en los últimos años, por nuevas circunstancias que van a incidir tanto en la aparición de nuevos patrones de conducta relacional como en la presentación de diversas complicaciones en los aspectos puramente clínicoasistenciales. Complicaciones que tienen que ver, en parte, con la importante presencia del consumo de sustancias psicoactivas en la sociedad actual. Precisamente, el interés por este tema surgió en nosotros ante las dificultades para coordinar (más allá de la relación amistosa entre profesionales) el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, que consumen drogas «ilegales», con los servicios de atención al drogodependiente y poder evaluar las actividades realizadas. Dificultades que en el lugar donde trabajamos se acentúan cuando los dispositivos de tratamiento funcionan ajenos y «enajenados» (en el sentido de aislados) de los Servicios de Salud Mental (SSM). Si hace años uno de los principales factores que incidían en las descompensaciones de los trastornos psiquiátricos era el consumo de alcohol junto con el abandono precoz de los psicofármacos, actualmente un porcentaje no despreciable de pacientes presentan una recaída o ingresan después del consumo de algún tipo de estas drogas ilegales. Consumo que no sólo provoca importantes descompensaciones psicóticas sino también graves trastornos antisociales, tanto en su domicilio como una vez hospitalizados y que tienen como fin conseguir estas sustancias. Las dificultades para abordar estos problemas aumentan si tenemos en cuenta las posibles interacciones entre los psicofármacos que nosotros utilizamos y las drogas consumidas (Cuadro 1).

El término *comorbilidad* (CMB) fue introducido por A. R. Feinstrin (1) en 1970 con la idea de reseñar la presencia previa o concurrencia de un trastorno somático o psíquico sobre una enfermedad primaria crónica, siendo ésta la que lleva al paciente a consultar por primera vez. Inicialmente el campo que acaparó la atención del diagnóstico dual fue el de los trastornos afectivos, encontrando que la comorbilidad más frecuente con éstos se presentaba en el abuso de sustancias. Posteriormente este campo de interés se fue extendiendo a otros cuadros psiquiátricos. En todos ellos el abuso de sustancias es la comorbilidad más frecuente: 56% según Strakowski *et al*, 1993 (7).

La CMB *abuso de sustancias en la esquizofrenia* es el motivo de nuestro trabajo. Todos los estudios al respecto, por problemas metodológicos tales como falta de criterios operativos claros en la selección de las muestras, falta de datos sobre la correlación temporal, etc., sólo han permitido recoger la frecuente coexistencia de ambos trastornos. Hay datos contradictorios sobre si los esquizofrénicos consumen más o menos drogas y las repercusiones de éstas en el pronóstico. En relación con ello un estudio sobre CMB en primeros episodios psicóticos recoge un peor pronóstico para los que asocian CM psíquica y un mejor pronóstico para los que asocian CMB física, como Strakowski *et al*, 1993 (7). Para Rounsaville *et al*, en 1982 (5) solamente el 0,8 de los casos de toxicómanos tratados presentan algún trastorno psicótico.

En España, una de las fuentes de información más importantes en la cual se podrían esclarecer estos aspectos es el Plan Nacional sobre Drogas (PND), pero desgraciadamente éste presta demasiada poca importancia epidemiológica a los problemas de Salud Mental que los toxicómanos pueden presentar. En un reciente documento de este organismo, «Pautas de actuación ante problemas de salud relacionados con el consumo de drogas» MSC-PND (1993), la única mención en este sentido se realiza en cuanto a los problemas psicopatológicos que puedan plantearse en los Servicios de Urgencia. Por ejemplo, se habla de los cuidados durante el ingreso por trastornos somáticos pero nunca por los psiquiátricos. Precisamente, en relación a los problemas en las urgencias el «Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías» (SEIT) nos proporciona información sobre dichos problemas psicopatológicos, entre otros (sobredosis, reac. Indeseable, sind. de abstinencia, prob. orgánico), presentados durante los episodios de urgencia atendidos y relacionados con el consumo de opiáceos y cocaína (Ver cuadros 2 y 3). Este dato del SEIT, como en el PND mismo reconocen, es incompleto, debido a las dificultades que hay para unificar la metodología de la recogida de datos y, por qué muchas CCAA no lo proporcionan, por ejemplo Galicia.

Por otra parte, solamente recogen las urgencias de los Hospitales Generales y no las de los Hospitales Psiquiátricos, no sabemos por qué, ya que de esta manera se pierde una buena parte de la información de urgencia, puramente psiquiátri-

ca, del paciente toxicómano, con lo cual el porcentaje no sería tan bajo como ellos presentan. Tampoco sabemos qué se prima en la recogida de información cuando conviven dos urgencias: somática y psiquiátrica.

Nos ha interesado también la frecuentación de los SSM por los pacientes toxicómanos. Para ello hemos entrevistado, mediante un cuestionario muy simple, respetando al máximo el azar y por un solo entrevistador, en los Centros de Atención al Drogodependiente (CAD) de Vigo, a 90 pacientes toxicómanos repartidos homogéneamente entre los que acuden a las distintas ofertas de estos centros (H. de día, C. T, ambulatorio, etc). Han sido entrevistados en el momento en que se encontraban en dichos dispositivos, con los siguientes resultados: El 40% ha consultado con un psiquiatra alguna vez desde que inició el consumo. El 36% de éstos siguen a tratamiento con un psiquiatra ajeno a los CAD. Cerca del 30% (28,8%) del total siguen tomando psicofármacos por prescripción de un psiquiatra. Solamente el 19% de éstos siguen tomando NL en el momento de la entrevista.

Estos porcentajes, en relación con los de las urgencias y frecuentación de servicios de los S.M.M no nos parecen nada despreciables, por lo que opinamos que las relaciones entre la atención a los drogodependiente y dichos Servicios deben fomentarse más de lo que parecen estar, al menos en la CCAA donde nosotros trabajamos.

Centrándonos en los trastornos psicóticos, M. Casas (6) opina que la escasez de la presencia de este tipo de trastornos en los drogodependientes se explicaría sobre la hipótesis no demostrada de que: «los opiáceos ejercen un efecto de contención sobre los trastornos psicóticos» por lo que el consumo de opiáceos en sujetos con Esquizofrenia puede deberse a fenómenos de automedicación (Cuadro 4). Menciona en su libro un artículo de Brizer y cols. (1985) en el cual se escribe que la asociación de NL con metadona proporciona mejoras significativas de los cuadros psicóticos.

Nosotros tenemos una corta experiencia en este sentido, aún no evaluada, tratando desde hace algo más de un año alrededor de 10 pacientes esquizofrénicos con consumo de heroína y con múltiples ingresos previos. Desde que iniciamos este tratamiento, y aunque tenemos que esperar más tiempo para evaluar resultados, los ingresos se han reducido notablemente y las descompensaciones también. Los problemas presentados más frecuentemente hasta ahora han sido de abandono de tratamiento por descoordinación entre los SSM y los CAD. Sanguinetti and Samuel (11), en un estudio con 401 pacientes, llegan a similares hallazgos, ya que de aquellos en los que se detectaron tóxicos en orina, presentan BPRS de menor gravedad los diagnosticados de Esquizofrenia y otras psicosis.

El interés de la CMB en esquizofrenia, concretamente del diagnóstico dual abuso de sustancias-esquizofrenia, radica en cuatro puntos fundamentales:

1) Es necesario para la selección de cualquier muestra, el adecuado establecimiento de criterios operativos claros que permitan un seguro diagnóstico diferencial entre ambas patologías y en especial con los trastornos afectivos, ya que el abuso de sustancias puede producir sintomatología afectiva. Es importante reseñar que los fenómenos de solapamiento psicopatológico que acontecen en los esquizofrénicos que abusan de sustancias dificulta terriblemente cualquier selección de muestras.

2) Valoración de los caminos asistenciales (Patways) que siguen este tipo de pacientes y, sobre todo, de los vínculos terapéuticos que establecen, ya que parece comprobado que el mayor número de ingresos hospitalarios se produce en los esquizofrénicos consumidores.

3) Abrir nuevos caminos en la investigación de los tratamientos biológicos de la esquizofrenia.

4) Evaluación de las repercusiones que el abuso de sustancias tiene sobre el desencadenamiento, pronóstico y la respuesta al tratamiento de los esquizofrénicos «consumidores». Respecto a este último enunciado, y en relación a los posibles problemas clínicos, se hace necesario aclarar: si el abuso oculta síntomas psicóticos; si el abuso de sustancias precede a la sintomatología esquizofrénica (a partir de esta premisa se han elaborado modelos que explicarían la sintomatología esquizofrénica como una psicosis tóxica); si el abuso acontece después del brote esquizofrénico, de esta premisa surge la hipótesis de la automedicación (6); si ambos aspectos concurren, pues sería conveniente estudiar las modificaciones que el abuso de drogas produce en el curso de la Esquizofrenia; el posible incremento en la frecuencia de ingresos en las unidades de hospitalización, así como el incremento en la frecuencia de diagnósticos entre esquizofrenia y trastornos delirantes; qué secuelas psicosociales corresponden al trastorno psicótico y cuáles al abuso de sustancias.

En relación con la posibilidad de la concurrencia de varios factores, que pensamos es la que más cerca está de la realidad, algunos de nosotros (8) estudiamos una aproximación a esta última posibilidad desde el presupuesto de una simple concurrencia, observando que, siguiendo un patrón conductual en los pacientes esquizofrénicos habría dos fases en la asociación de la esquizofrenia con el abuso de drogas: una inicial, donde surge la sintomatología esquizofrénica; otra final, donde aparece el uso/abuso de sustancias para evitar el «malestar esquizofrénico» (Sindr. amotivacional, sufrimiento alucinatorio, angustia, etc.). Se conseguiría un alivio sintomático por refuerzo negativo que perpetuaría la conducta de consumo de drogas, exactamente igual que en las toxicomanías que podríamos llamar «simples».

Douglas. F. Levinson y Bryan. J. Mowry, en 1991 (3), establecieron varios aspectos que se deben valorar en los estudios sobre CMB relacionados con el

abuso de drogas y esquizofrenia: si las exacerbaciones esquizofrénicas ocurren tras reciente abuso; si semejan psicosis tóxicas; si los síntomas psicóticos persisten largo tiempo en proporción a los del consumo de drogas; si hay síntomas atípicos en los períodos de consumo; si había características esquizo-like antes del abuso; si se han usado drogas psicodislépticas.

Por su parte, Ries, Mullen y Cox (12) inciden en este sentido con un trabajo publicado en 1994 en el que han estudiado 104 pacientes agudos ingresados con drogodependencia (DD): pacientes con CMB (uso de drogas) presentan trastornos afectivos con más frecuencia; pacientes sin CMB de uso de drogas presentan más frecuentemente esquizofrenia o manía; pacientes con uso de drogas actual presentan síntomas más severos y una mayor utilización de los recursos terapéuticos; pacientes con pasado de uso de drogas presentan también una mayor severidad de los síntomas pero necesitan una planificación terapéutica especializada.

Otros trabajos inciden también en la necesidad de definir varios grupos con el fin de planificar el modelo de asistencia que van a tener dado que la forma de consumo presenta una gran heterogeneidad (10): pacientes con diagnóstico dual confirmado; pacientes con posible DD; pacientes con trastorno orgánico cerebral inducido por drogas; pacientes con DD en el pasado.

Material y método

Hemos escogido 200 dosieres de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, de los cuales solamente hemos procesado 199 casos ya que en uno de ellos existía un error diagnóstico. Hemos recogido los ingresos de dos trienios: el comprendido entre los años 1977-1979 y el comprendido entre los años 1990-1992. Así pues, dichos pacientes estudiados han ingresado en uno de los años que comprenden dichos trienios. Los diagnósticos se han establecido según los criterios para la esquizofrenia de la CIE-9.

Se han estudiado las siguientes variables, extraídas de las historias de los pacientes: 1) trienio; 2) año de nacimiento; 3) sexo; 4) motivo de los ingresos; 5) año del 1.º ingreso; 6) edad del ingreso; 7) n.º total de ingresos; 8) tipo de esquizofrenia; 9) año del inicio del consumo de drogas; 10) momento de inicio del consumo de drogas; 11) causas del inicio del consumo de drogas; 12) n.º de ingresos provocados por el consumo; 13) drogas que provocan los ingresos; 14) otras drogas consumidas; 15) tratamientos realizados de la dependencia; 16) síndrome de abstinencia; 17) psicopatología presentada; 18) psicopatología añadida por el consumo; 19) otra comorbilidad.

Resultados

Hay 99 casos del trienio 77 a 79 y 100 casos del trienio 90 a 92, de los cuales 124 (62,3) son hombres y 75 mujeres (37,7%). Se trata de una muestra de pacientes esquizofrénicos con una edad muy repartida a lo largo de las décadas, empezando por la de los veinte, de la cual tenemos 20 casos, aunque el mayor porcentaje está situado en la década de los 50, es decir los que ahora tienen algo más de cuarenta años. El grupo no consumidores de drogas se sitúa en su mayoría en las décadas de los 40 y los 50, sin embargo los consumidores de drogas se sitúan en su mayoría con gran diferencia en la década de los sesenta es decir los que ahora tienen algo más de treinta años (Cuadros 5 y 6).

El reparto por eso (Cuadro 7) muestra de una manera significativa ($p < 0,01$) cómo el consumo de sustancias psicoactivas es más frecuente en los hombres que en las mujeres mientras que esta relación está más igualada para los pacientes no consumidores, tal y como dicen las estadísticas. En relación a los trienios (Cuadro 8), como parece lógico, todos los consumidores de drogas ilegales se sitúan en el trienio 90-92, sin embargo el número de consumidores de alcohol se encuentra reducido a la mitad (16 casos) para este trienio, siendo mucho más importante para el trienio 77-79 (33 casos). En realidad vemos cómo la mitad de los consumidores de alcohol son sustituidos por los de drogas ilegales.

Otro de los aspectos que nos preocupó especialmente es el de los motivos que provocaron el ingreso (Cuadro 9). Nuestras notas de admisión desde que se fundó el hospital tienen el mismo formato. Uno de los ítem que el médico de guardia debe responder es explicar cuáles son las causas que provocan el internamiento de un determinado paciente. Nosotros recogimos las siguientes: 1) No consta. 2) Descompensación psicótica. 3) Consumo de drogas. 4) Agresividad / Agit. física y/o verbal. 5) Amenazas / intento de suicidio. 6) Disminución tensión familiar. 7) Fracaso / abandono de tratamiento. 8) Causas socio judiciales. 9) Otras.

El motivo de descompensación psicótica es más bajo en tanto por ciento para los consumidores que para los no consumidores, lo cual apoyaría la hipótesis de M. Casas y otros. En relación a la agresividad, lo esperado sería que el paciente consumidor provocase más altercados violentos. Vemos en el gráfico que aunque no existe una relación significativa entre estos tres grupos, en el grupo de los consumidores el % es más alto para los consumidores de alcohol que para los esquizofrénicos no consumidores. Solamente 16 de los 199 pacientes han presentado *amenazas* o *intento de suicidio*, con un mayor porcentaje para los consumidores de drogas «ilegales»: 17,6% frente al 6,7% de los no consumidores.

Curiosamente, ningún paciente consumidor de drogas ilegales ha ingresado en nuestro hospital para disminuir la tensión familiar. El fracaso de tratamiento ambulatorio como motivo de ingreso es más alto para los pacientes consumidores

de alcohol. Como era de esperar, los problemas judiciales los presentan en un tanto por ciento mayor los consumidores de drogas ilegales (23% para éstos frente al 18% para los alcohólicos o 16% para los no consumidores). En relación a la *edad del primer ingreso* (Cuadro 10) vemos cómo esta vez sí aparece como altamente significativo ($P < 0,0001$) el número de pacientes que ingresan entre los 20-29 años y que consumen drogas ilegales, mientras que la muestra de no consumidores es más pareja. En cuanto al *número de ingresos* (Cuadro 11), coincide con los hallazgos de otros autores, pero siempre en relación a que los consumidores de alcohol reingresan más que ninguno de los otros grupos.

Recogiendo las hipótesis anteriormente citadas sobre el *inicio del consumo*, (Cuadro 12), elaboramos los siguientes ítem para la recogida de datos. Si el inicio del consumo ocurre 1) durante el tratamiento ambulatorio prehospitalización una vez aparecido el cuadro psicótico; 2) más de 6 meses antes del ingreso inmediatamente posterior al inicio del consumo y sin que haya síntomas psicóticos; 3) menos de 6 meses antes del ingreso inmediatamente posterior al inicio del consumo y sin que haya aparecido el cuadro psicótico; 4) después de abandono de tratamiento farmacológico, 5) coincidiendo con reducción de tratamiento; 6) durante tratamiento post-internamiento.

Vemos en el gráfico cómo los pacientes con consumo de drogas ilegales inician en su gran mayoría el consumo antes de los 6 meses del ingreso mientras que entre los consumidores de alcohol, aunque también en su mayoría se inician de la misma forma que los otros, hay un porcentaje muy alto en el apartado de no consta, debido, creemos, a que el alcohol lo estaban consumiendo desde siempre y no ha sido un dato recogido en los dosieres.

Estos resultados irían a favor de la hipótesis de la psicosis tóxica o tal vez de que pacientes con un conflicto intrapsíquico importante acudan al consumo de drogas para aliviarlo hasta que éstas producen la descompensación.

Una de las interrogantes que se plantean es de qué forma puede actuar sobre la *psicopatología* el consumo de sustancias psicoactivas (Cuadro 13). Para ello hemos recogido la psicopatología tal y como estaba descrita y la hemos ajustado a los criterios RDC de la CIE-10. Es importante reseñar que no hay una psicopatología específica para ninguno de los tres grupos. El reparto en porcentajes es muy parecido para todos ellos. Sin embargo al hacer la división ya clásica entre Síntomas positivos y negativos observamos cómo aparece una relación significativa con los síntomas negativos, de tal forma que aunque los consumidores de drogas presentan más sintomatología negativa que los no consumidores la presencia de síntomas positivos es abrumadora para todas las muestras.

Hay algunas variables que no hemos reflejado mediante tablas de datos cruzados sino que simplemente hemos reseñado y enunciado. Una de ellas ha sido la que hemos llamado Psicopatología añadida después del consumo de drogas.

Solamente hemos encontrado en los dosieres referencia clara en este sentido en 32 casos en los cuales se reseña que aparece una cierta patología en relación con el inicio del consumo.

1) Muestra del primer trienio (sólo consumidores de alcohol): La agresividad y los trastornos de conducta, en el sentido de actos antisociales o conducta extravagante son las esferas más afectadas.

2) Muestra del segundo trienio: La ideación delirante, alucinaciones auditivas y trastornos afectivos predominan sobre los trastornos de conducta y la agresividad.

Uno de los interrogantes que quedan sin descifrar es la respuesta a la pregunta: ¿cuál es la causa por la que un esquizofrénico inicia el consumo de sustancias psicoactivas? Hemos recogido de los dosieres las explicaciones por las que unas veces el paciente y otras la familia refieren como causa del inicio:

1) Muestra del primer trienio (sólo consumidores de alcohol): La soledad y sentirse más valiente.

2) Muestra del segundo trienio: Los amigos, las malas compañías, la evasión de la realidad. No hay ninguna referencia a «pasárselo bien».

También hemos estudiado la posibilidad de otra CMB aparte del consumo de drogas. De los 199 casos únicamente veintiséis (13,06%) han presentado otra CMB. Solamente cuatro presentan SIDA.

Conclusiones

Sobre los aspectos clínicos comentemos, en primer lugar, que entre los pacientes esquizofrénicos es significativamente más frecuente el consumo de sustancias tóxicas en los hombres que en las mujeres. Tal y como hemos visto en los gráficos; se está sustituyendo el alcohol por el consumo de sustancias ilegales. A través del modelo de nuestro estudio no podemos asegurar que las drogas de por sí produzcan descompensación psicótica, así como tampoco queda claro si son consumidores que se psicotizan o pre-psicóticos que inician consumo como automedicación. Aunque no significativa, la agresividad es más frecuente como motivo de ingreso en los consumidores de alcohol que en los de drogas ilegales, y en éstos con el resto de la muestra. La muestra de consumidores de drogas ilegales ingresa significativamente más joven que el resto de los pacientes esquizofrénicos. Se confirma que los bebedores ingresan con más frecuencia que el resto de la muestra. Los síntomas positivos predominan sobre los negativos en los consumidores de tóxicos, pero éstos presentan más síntomas negativos que el resto de la muestra.

Sobre los aspectos organizativo-asistenciales cabe resaltar la presencia de

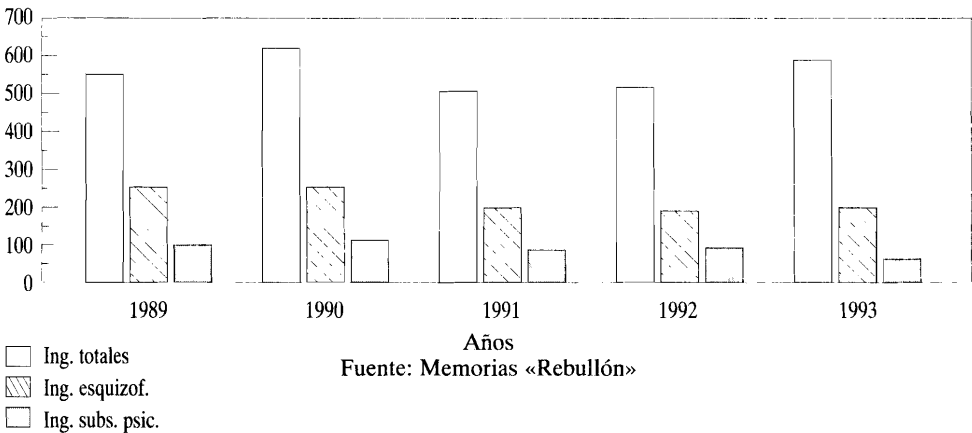
ORIGINALES Y REVISIONES

Psicopatología importante entre los pacientes toxicómanos y los serios problemas de tratamiento que plantean los pacientes psiquiátricos consumidores de tóxicos, hace que nos definamos por varios aspectos: el campo de las toxicomanías debe estar incluido o al menos organizar sus actividades en íntima conexión con el de la S. M.; los futuros especialistas en Psiquiatría deberían acudir con más frecuencia a formarse en el campo de las toxicomanías, dada la frecuencia tanto de comorbilidad entre éstas y los trastornos psiquiátricos como la cada vez más frecuente utilización de los SSM por los pacientes toxicómanos. A nuestro juicio, el PND debería incluir en sus sistemas de información la frecuentación de los SSM por los pacientes toxicómanos.

Cuadro 1
Ingresos Totales

Esquizofrenia/Substan. Psicoactivas

N.º de ingresos



Cuadro 2
Urgencias por consumo de drogas

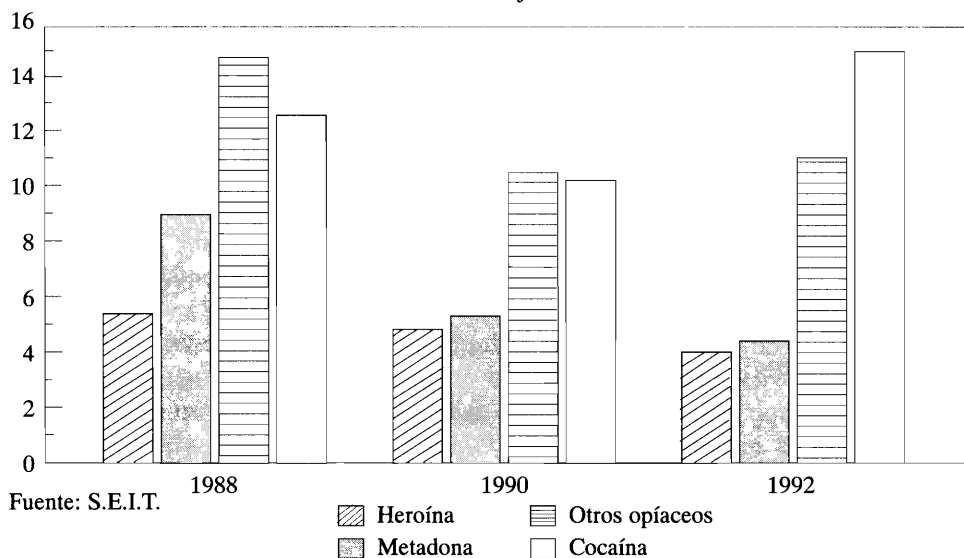
Problemas Psicopatológicos

	Total Urgen.	Prob. Psicop.	Porcentajes
1988	11.387	660	5,8
1990	22.055	1.124	5,1
1992	21.678	896	4,2

Fuente: S.E.I.T.

Cuadro 3

Episodios de urgencia s/droga principal
Problemas psicopatológicos
Porcentajes



Fuente: S.E.I.T.

Cuadro 4

Efecto de los opiáceos en las psicosis

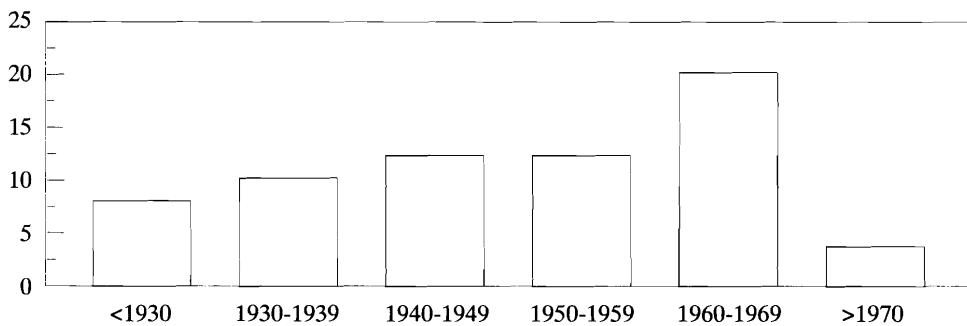
Autor	Psicosis	N.º	Opiáceo administrado	Comentario
Berken y cols (1978)	Esquizofrenia	1	Metadona	Positivo
Judd. y cols. (1982)	”	6	”	Negativo
Mc Kenna (1982)	”	1	”	Positivo
Uhde y cols. (1982)	”	1	”	”
Brizer y cols. (1985)	”	7	”	”
Gianni y cols. (1986)	PCP	10	Meperidina	”
		10	Clorpromacina	”
Choudry y Doe (1986)	Anfetaminas	1	Metadona	”
Schmauss	Esquizofrenia	10	Buprenorfina	”

Fuente: J. Cadafalch y M. Casas.

Pacientes consumidores de drogas

Cuadro 5

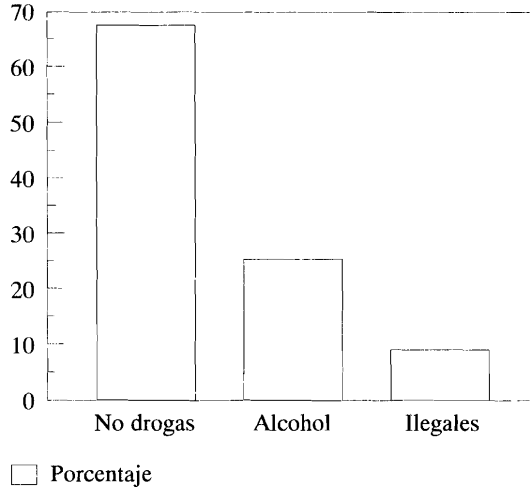
Año de nacimiento



□ Valor

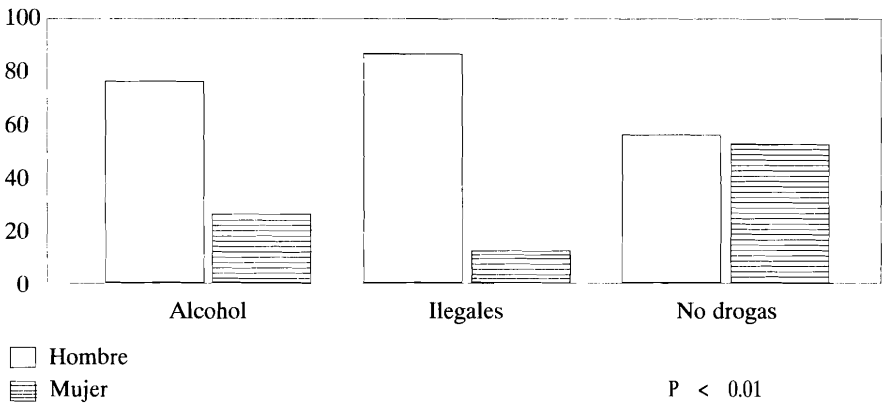
Cuadro 6

Esquizofrénicos y droga



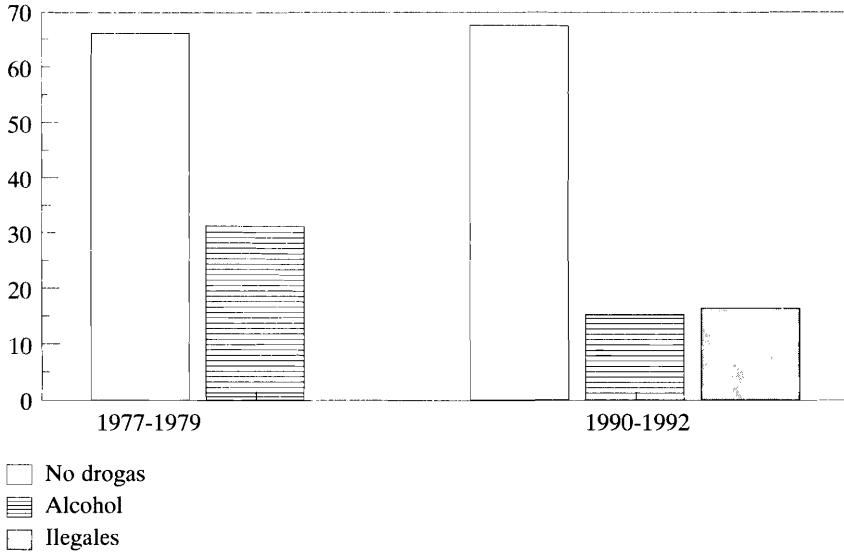
Cuadro 7

Sexo



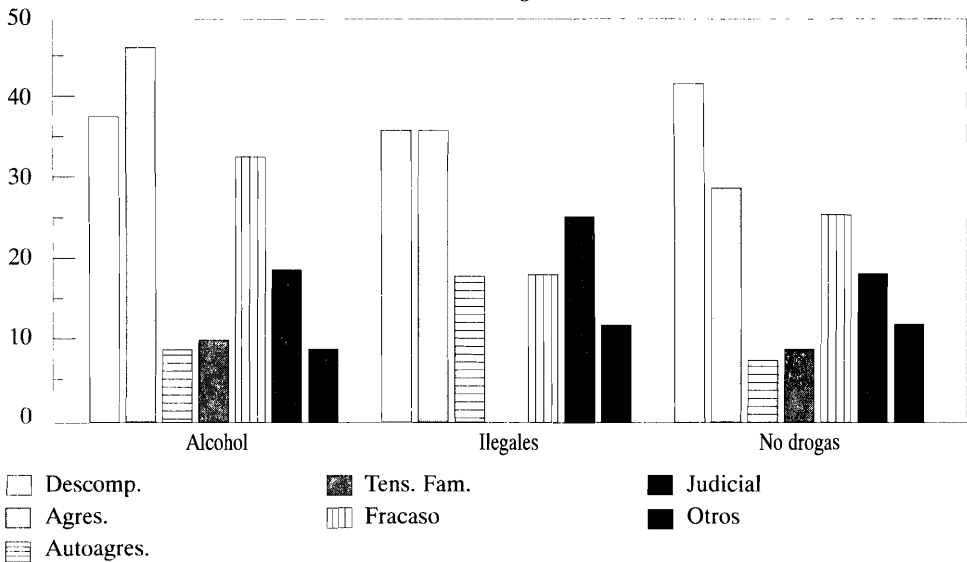
Cuadro 8

Esquizofrénicos y drogas
Trienios

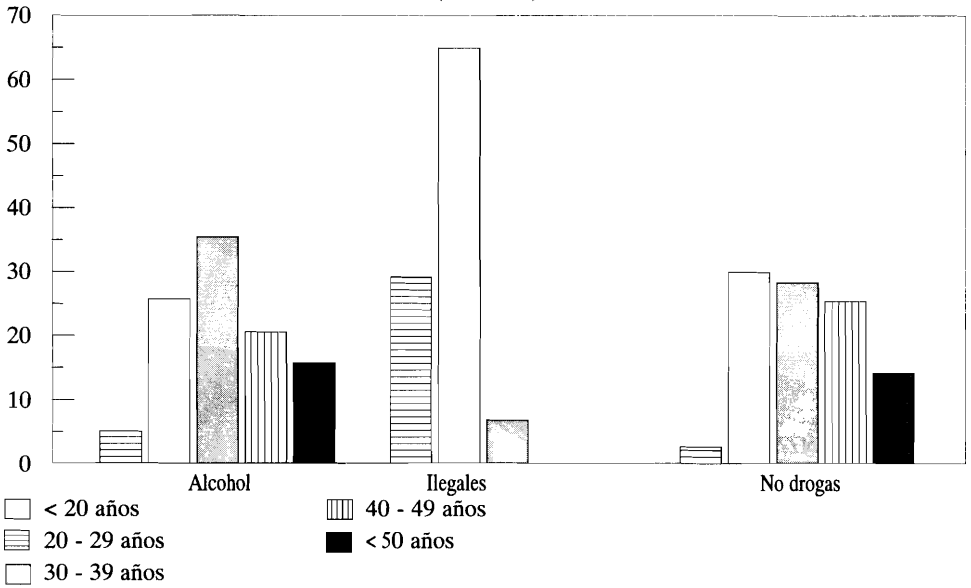


Cuadro 9

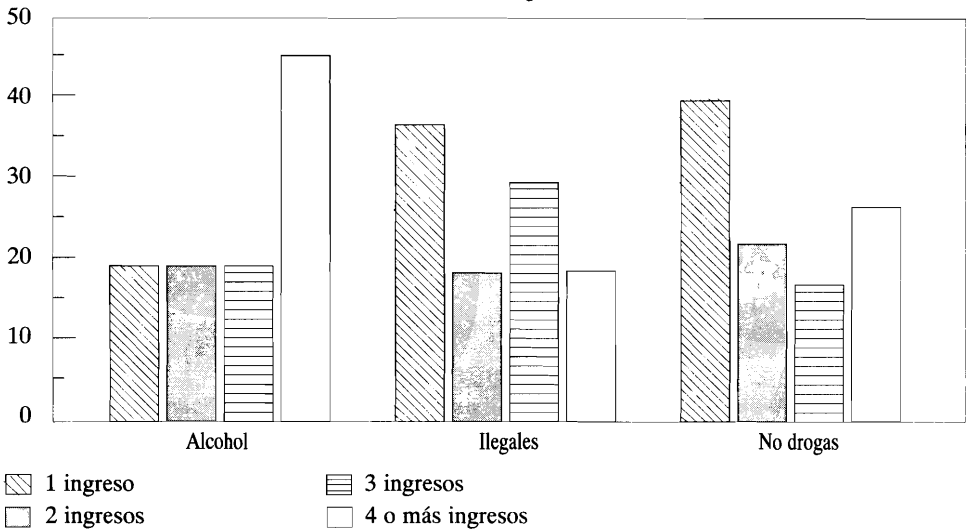
Motivo de ingresos



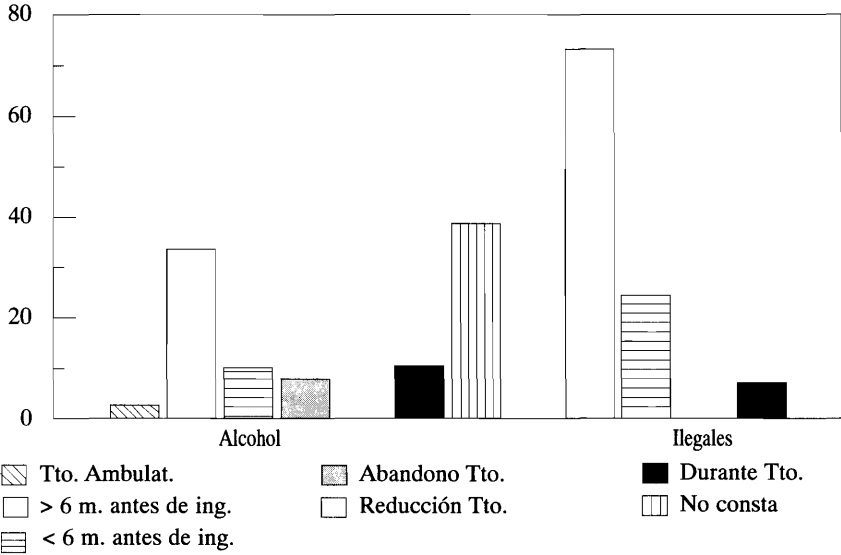
Cuadro 10
Edad en primer ingreso
(Histórico)



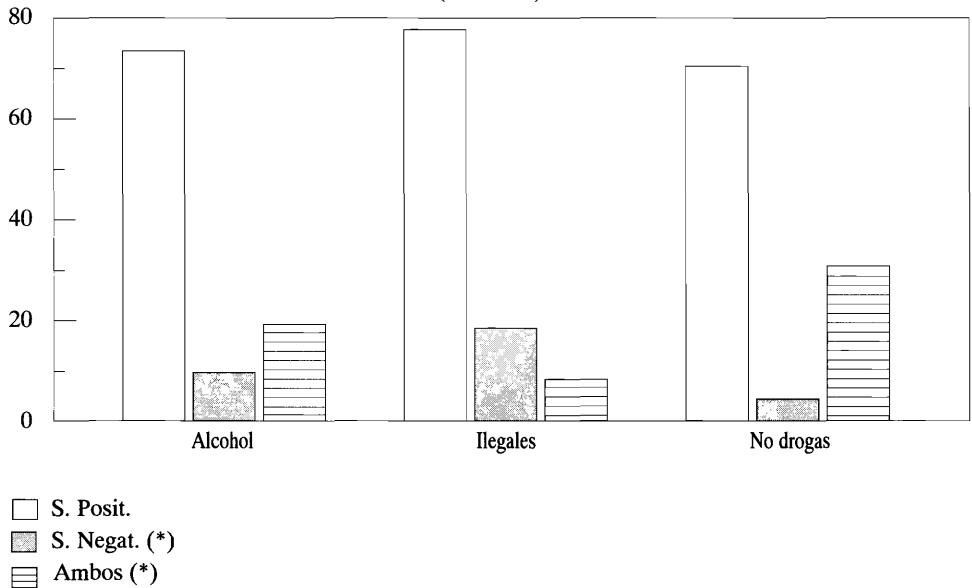
Cuadro 11
Número de ingresos



Cuadro 12
Momento inicio consumo



Cuadro 13
Psicopatol. presentada (Histórico)



BIBLIOGRAFÍA

- (1) FEINSTEIN, A. R., «The pre-therapeutic classification of co.morbidity in chronic disease», *Journal of Chornic Disease*, 1970, 23, pp. 455-468.
- (2) WINSTON, M. y otros, «Impact o substance abuse on the course and Outcome of Schizophrenia», *Esch. Bull.*, 1990, 17, 3, pp. 491-514.
- (3) DOUGLAS F. y otros, «Defining the Schizophrenia Spectrum: Issues for Genetic Linkage Sutides», *Esch. Bull.*, 1990, 17, 3, pp. 491-514.
- (4) ROBERT, E. y otros, «Diagnosis of alchohl use disorders in Schizophrenia», *Esch. Bull.*, 1990, 16, 1, pp. 57-67.
- (5) ROUSANVILLE, B. J. y otros, «Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts», *Arch.Gen. Psychiatry*, 1982b, 39, pp. 161-166.
- (6) CADAFALCH, J.; CASAS, M., *El paciente heroínómano en el Hospital General*, Bilbao, Pub. de PND, CITRAN y la Generalitat de Catalunya, 1992.
- (7) STRAKOWSKI, S. M. y otros, «Comorbidity in Psychosis at first hospitalization», *Am. J. Psychiatry*, 199, 150, 5, pp. 752-57.
- (8) TEJEIRA SANTIAGO, J. R. y otros, *Esquizofrenia y uso/abuso de opiáceos*, Comunicación libre al XIX Congreso de la A.E.N., Sevilla, 1993.
- (9) SERVICIO ESTATAL DE INFORMACIÓN SOBRE TOXICOMANÍAS (S.E.I.T.), 1992.
- (10) LEHMAN, A. F. y otros, «Defining subgroups of dual diagnosis patients for service planning», *Hosp. and Community Psych.*, 1994, 45, 6, pp. 556-561.
- (11) SANGUINETI, V. R.; SAMUEL, S. E., «Comorbid Subs Abuse and recovery from acute psychiatric relapse», *Hosp. Community Psych.*, 1993, 444, 11, pp. 1.073-81.
- (12) RIES, R. y otros, «Simpton severity and utilization of treatment resources among dually diagnosed impatients», *Hosp. Commun. Psych.*, 1994, 45, 6, pp. 562-567.

Trabajo presentado en las XII Jornadas de la A.E.N., Murcia, noviembre de 1994.

* T. Angosto y J. L. Fernández, Psiquiatras; H. Arnillas, M. J. Gastañaduy, J. R. Tejeira, J. M. Olivares, M.I.R. de Psiquiatría.

Correspondencia: Tiburcio Angosto. Hospital Psiquiátrico «Rebullón», Unidad de Agudos, Apdo. de Correos 390. Vigo (Pontevedra).

** Fecha de recepción: 6-VI-1995.