

Trabajo Fin de Grado

Título:

Patología dual: esquizofrenia y abuso de sustancias tóxicas

Alumno/a: Paula Parra Esteban

Director: Calixto Plumed Moreno

Madrid, abril de 2024

ÍNDICE

1. Resumen	4
1. Abstract	4
2. Presentación.....	5
3. Estado de la cuestión	6
3.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	6
3.1.1 Salud mental.....	7
3.1.2 Esquizofrenia	11
3.1.3 Sustancias tóxicas	16
3.1.4 Patología dual.....	19
3.2 Justificación.....	23
4. Objetivos.....	24
4.1 Objetivo general	24
4.2 Objetivos específicos.....	24
5. Pregunta de revisión.....	25
6. Criterios de búsqueda.....	26
6.1 Criterios de inclusión	26
6.2 Criterios de exclusión	26
7. Metodología.....	27
7.1 Estrategia de búsqueda.....	27
7.2 Selección de estudios.....	28
7.3 Evaluación crítica	28
7.4 Extracción de datos	29
7.5 Síntesis de resultados	30
8. Limitaciones.....	31
9. Cronograma.....	31
10. Bibliografía.....	32
ANEXOS	35
Anexo 1 – Hojas de criterios selección de estudios	36
Anexo 2 – Parrillas de valoración critica	39
Evaluación Caspe.....	39
Anexo 3.....	42
Criterios diagnóstico según DSM-5.....	42
Criterios diagnósticos según CIE – 10	43
Anexo 4 – Parrilla de extracción de datos	44
Articulo 1.....	44
Artículo 2	45

Artículo 3	46
Artículo 4	47
Artículo 5	48
Artículo 6	49
Artículo 7	50
Artículo 8	51

1. Resumen

La esquizofrenia es un trastorno mental complicado y crónico que tiende a aparecer entre los 16 y 30 años y cuya particularidad son los cambios en la conducta y en el comportamiento y por la aparición de los síntomas psicóticos.

A nivel mundial afecta a 24 millones de personas y supone entre el 30 y el 40% de los ingresos psiquiátricos.

Numerosos estudios han evidenciado que el uso excesivo de sustancias nocivas, especialmente el cannabis, conlleva un considerable riesgo de desarrollar trastornos psicóticos. Además, los individuos que consumen drogas tienden a experimentar síntomas psicóticos a una edad más temprana en comparación con aquellos que los sufren sin consumirlas.

Debido a la complejidad de la enfermedad y a la diversidad de los síntomas, es crucial desarrollar un vínculo de confianza con el paciente y brindar atención especializada.

Palabras clave: Esquizofrenia; Patología dual; Salud mental; Drogadicción.

1. Abstract

Schizophrenia is a complicated an chronic mental illness that tends to appears between the ages of 16 and 30 and whose particularity is changes in behavior and psychotic symptoms.

Worldwide it affect 24 million people and account for 30% and 40% of psychiatric admissions.

Numerous studies have shown that excessive use of harmful substances, especially cannabis, carries a considerable risk of developing psychotic disorders. Additionally, individuals who use drugs tend to experience psychotic symptoms at an earlier age compared to those who experience psychotic symptoms without using drugs.

Due to the complexity of the disease and the diversity of symptoms, it is crucial to develop a bond of trust with the patient and provide specialized care.

Keywords: Schizophrenia; Dual diagnosis; Mental health; Drug addiction.

2. Presentación

La patología dual es un término que estudiamos en el ámbito de la salud mental, para valorar aquellos pacientes que padecen de manera simultánea una adicción y un trastorno mental. Hablaremos y profundizaremos sobre este tema, ya que es una patología poco estudiada, pero con mucha repercusión social actualmente. Es un tema de gran interés personal, dado que he visto lo que es capaz de desencadenar las adicciones y la transcendencia que puede llegar a tener para la persona afectada.

Hoy en día las adicciones están al alcance de cualquiera. En la actualidad la población más expuesta y con el riesgo de caer en una adicción, son los jóvenes, ya que usan estas a modo de diversión, sin tener en cuenta como pueden llegar a afectarles en un periodo de tiempo, ya que puede afectarles tanto a su estado psíquico como físico. Es evidente que no es solo un problema que, indiscutiblemente, no es solo sanitario, sino que también está presente en diferentes entornos como la política, la sociología, la economía, entre otras.

Por otro lado, los trastornos mentales pueden perjudicar a cualquier persona, sin tener en cuenta su edad, sexo, ingresos, condición sexual, raza, religión o cualquier otro aspecto de identidad cultural. Dichos trastornos, vinculados al problema mencionado anteriormente, es lo que provoca y daría lugar, a la ya mencionada Patología Dual. Esta patología está más presente en nuestra sociedad de lo que la población piensa, y que tiene mucha repercusión tanto en la persona afectada como en el entorno en el que la rodea. Es una enfermedad que está estigmatizada en nuestra sociedad hoy en día, ya que las personas tanto con adicciones o trastornos mentales no están bien vistos por esta.

Por estos motivos, mi motivación para realizar este trabajo final sobre el tema ya mencionado es hacer una revisión sistemática sobre dicha patología y conocer el rol del enfermero en el abordaje de la patología.

3. Estado de la cuestión

3.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

La salud mental ha sido durante muchos años un tema tabú para la población. También ha sido un tema que costó incluir entre los profesionales sanitarios. En los últimos años, dado a la cantidad de casos que han sido reconocidos y gracias al conocimiento y habilidad para su abordaje, tanto la población como los profesionales, se están concienciando y dando cuenta de la importancia que tiene.

Las alteraciones de salud mental, que también abarcan las adicciones, son bastante comunes. Al igual que otros padecimientos médicos, las enfermedades mentales pueden variar desde ser muy graves y limitantes hasta relativamente leves y temporales. Alrededor del 2-3% de los adultos enfrentan condiciones mentales severas, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (1).

Dentro del ámbito de la salud mental, se hace referencia a la "patología dual" como una condición que involucra tanto una adicción como un trastorno mental. Esta condición puede manifestarse de diversas maneras, ya que los pacientes pueden padecer una amplia gama de trastornos mentales, como la esquizofrenia, que exploraremos con más detalle. Además, es común que una persona que enfrenta un trastorno mental también luche contra una adicción a sustancias tóxicas, aunque también se han documentado casos en los que la adicción está relacionada con comportamientos, como el juego compulsivo o la adicción a las redes electrónicas.

Veremos la relación entre la esquizofrenia y la comorbilidad con trastornos por uso de sustancias, ya que es una condición que afecta al 1% de la población y está estrechamente asociada con el consumo de drogas. Durante la última década, ha habido un aumento en los casos de trastornos por uso de sustancias, lo que se ha relacionado con un incremento en los casos de esquizofrenia.

Dado que no contamos con marcadores biológicos para confirmar los diagnósticos en psiquiatría, la evaluación clínica se convierte en el principal recurso. Evaluar la patología dual es especialmente desafiante y requiere capacitación especializada, ya que los clínicos deben lidiar con cuadros sintomáticos complejos que pueden ocultar los síntomas tanto de trastornos por uso de sustancias como de otros trastornos psiquiátricos. Esto tiene un impacto directo en la selección de la intervención más adecuada y, por ende, en el éxito del tratamiento del paciente (2).

3.1.1 Salud mental

3.1.1.1 Historia de la salud mental

Cuando hablamos del origen de las enfermedades mentales, es necesario remontarnos a épocas antiguas, como la de los egipcios y griegos, quienes describían síntomas que hoy podrían interpretarse como indicadores de trastornos mentales. Es importante destacar que, en aquel entonces, las enfermedades mentales se atribuían a la influencia de espíritus malignos. Con el tiempo, las personas que sufrían estas enfermedades eran marginadas, ridiculizadas e incluso perseguidas.

En el siglo XVII se comienza a mantener en aislamiento a las personas que sufren enfermedades mentales, hasta que en el siglo XIX se construyó el primer manicomio como resultado de una reforma humanística de la Psiquiatría, donde tiene gran importancia el papel de la enfermera Dorotea Dix, que es conocida por ser la fundadora del protocolo higiene mental, cuyo objetivo era conseguir un tratamiento para cualquier individuo (3).

En el siglo XIX, se inició la construcción y operación de hospitales mentales o psiquiátricos, dando origen al rol de la enfermera psiquiátrica. En América del Norte, se estableció la primera escuela de enfermería psiquiátrica. Enfermeras destacadas como Mary Davis y Linda Richards subrayaron la importancia de que todas las enfermeras recibieran formación y preparación en el cuidado de pacientes psiquiátricos, quienes deberían recibir la misma atención que los pacientes físicos.

Fue después de la II guerra mundial cuando se apreció las grandes deficiencias que presentaban los enfermos mentales que se encontraban ingresados en hospitales mentales y la ineficiencia terapéutica derivada de la atención recibida (4).

En 1926, en España, se planteó la idea principal de establecer una Escuela de Psiquiatría. Esta escuela no solo tendría como objetivo enseñar cómo abordar el tratamiento de pacientes mentales, sino que también funcionaría como un centro de investigación.

Con la llegada de la II República hubo grandes avances para la enfermería de salud mental. En 1932 se creó el Patronato de Asistencial Social Psiquiátrica que contribuyó a la creación de la profesión de enfermería mental. Las enfermeras tenían la necesidad de realizar un curso para realizar sus funciones en espacios psiquiátricos, convirtiéndose en enfermeras psiquiátricas visitadoras (4).

Las funciones que tenían las enfermeras psiquiátricas en aquella época eran diversas. Entre ellas destacan las visitas a los enfermos mentales y sus familias en su domicilio o

en dónde estuviera ingresado, promover la inserción social, educación a los pacientes y sus familiares acerca de su enfermedad, la colaboración con otros especialistas o profesionales de la salud informando de las novedades y la evolución y administrar medicación (4).

En 1977, la enfermería obtuvo estatus universitario. Una década después, mediante el Real Decreto 992/1987, se establecieron los requisitos para obtener el título de enfermero especialista, incluyendo la especialización en salud mental. Sin embargo, no fue hasta 1998 cuando se abrió la primera convocatoria, ofreciendo solo 21 plazas. En 2011, el plan de formación de esta especialidad fue actualizado, ampliando las competencias de las enfermeras en salud mental.

Actualmente desde Atención Primaria se da cobertura a las enfermedades mentales. Los equipos de atención primaria se encargan de identificar los trastornos emocionales, tienen actividad asistencial y rehabilitadora. También definen cuál es el mejor tipo de intervención y colaboran con equipos personalizados.

También existen unidades intermedias como son los Centro de Día, Unidades de Hospitalización, Unidades de tratamiento a Drogodependientes y Unidades Residenciales (4).

El Congreso de los Diputados de España aprobó el 25 de abril de 1986 la Ley General de Sanidad, la cual tiene como objetivo regular todas las medidas necesarias para garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud. Esta ley establece el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual ofrece cobertura universal y está mayormente financiado con fondos públicos provenientes de los presupuestos generales del Estado. El SNS está compuesto por los servicios de salud gestionados tanto por el gobierno central como por las comunidades autónomas (5).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la salud mental “es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (6).

El concepto de salud mental presenta polémica a la hora de definirlo, porque su campo de acción abarca muchas áreas científicas, como son la medicina o la psicología entre otras. Esto hace que existan numerosas definiciones, que van a depender de cuál sea el campo de estudio o incluso el modelo social vigente.

3.1.1.2 Epidemiología

Según la OMS, los problemas relacionados con la salud mental serán la primera causa de incapacidad en el mundo en el año 2030. Hoy en día constituyen el 10% de la morbimortalidad y el 30% de las enfermedades no mortales.

A nivel global, se calcula que una de cada cuatro personas experimenta algún tipo de trastorno mental. Cerca de 450 millones de individuos enfrentan problemas graves de salud mental que afectan su vida cotidiana. Además, entre el 35% y el 50% de estas personas no reciben el tratamiento adecuado, o incluso carecen por completo de tratamiento.

El problema de salud mental más predominante en la población adulta y que se está incrementando es la depresión, la cual padecen 300 millones de personas en el mundo.

Las enfermedades mentales constituyen el 12,5% de los problemas de salud, superando a los problemas cardiovasculares y al cáncer.

Hay que añadir que el suicidio es la segunda causa de muerte en la población joven de entre 15 y 29 años, ocasionando 800.000 muertes al año (7).

En España, el Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social lleva a cabo la Encuesta Nacional de Salud, un estudio que recopila información sobre la salud de la población, su acceso a los servicios de salud y su utilización. Esta encuesta se realiza de manera personal, en los hogares, con la ayuda de un entrevistador. En 2017, se llevaron a cabo 29,195 entrevistas, incluyendo 6,106 personas menores de 15 años. La encuesta se utiliza como herramienta para informar políticas de salud, la toma de decisiones y la investigación de enfermedades.

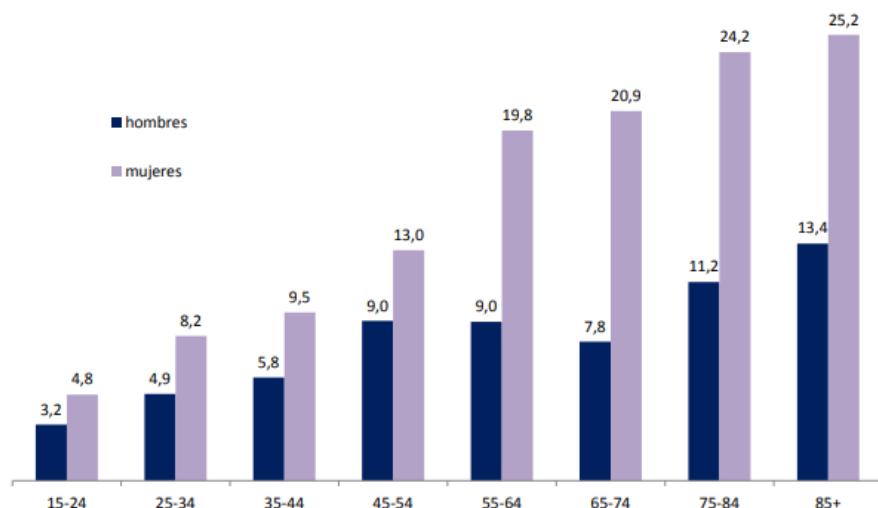


Gráfico 1: Prevalencia de padecer alguna enfermedad mental según sexo y grupo de edad (8).

En dicha encuesta, representada en el Gráfico 1, se pudo objetivar que 1 de cada 10 adultos y 1 de cada 100 niños sufre algún problema de salud mental. Las mujeres presentan algún problema de salud mental con una mayor frecuencia que los hombres. Así mismo, los mayores de 65 años tienen una mayor prevalencia a sufrir algún problema de salud mental, incrementándose cuando se añade un deterioro cognitivo (8).

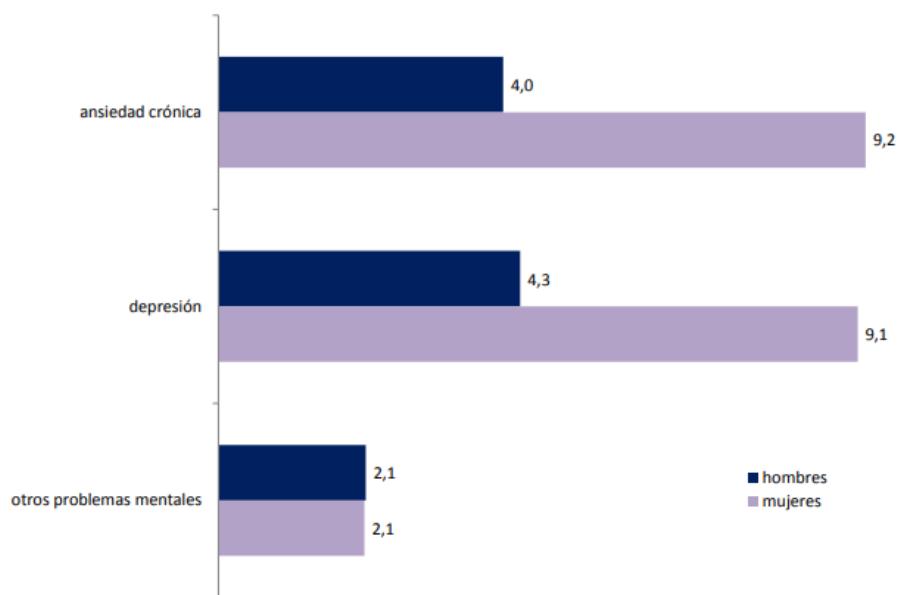


Gráfico 2: Prevalencia de distintos problemas mentales en la población mayores de 15 años y según el sexo (8).

La depresión y la ansiedad, representado en el Gráfica 2, se sitúan en la cabeza de los problemas de salud mental en personas no institucionalizadas en, mayores de 15 años, al igual que los otros problemas de salud mental, hay una mayor prevalencia en mujeres (8).

3.1.2 Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental severo, que influye alrededor de 24 millones de personas en todo el mundo.

La esquizofrenia es una enfermedad mental severa que afecta al pensamiento. Sus síntomas implican alteraciones en procesos psicológicos fundamentales, como la percepción (alucinaciones), el pensamiento (discurso desorganizado), la conducta, la ideación, la percepción de la realidad (delirios), la atención, la concentración y el juicio. No todas las personas con esquizofrenia experimentan todos estos síntomas, pero son características de la enfermedad. No hay un signo específico que indique la presencia de esquizofrenia; más bien, la enfermedad se identifica a través de los síntomas y el comportamiento observado.

Este trastorno se caracteriza por una heterogeneidad de los síntomas entre los individuos que lo sufren, como también un cambio de los síntomas a lo largo de la enfermedad de cada individuo (9).

Los signos distintivos de la esquizofrenia se han dividido en dos categorías: positivos y negativos. Se llaman síntomas positivos o psicóticos cuando son evidentes en personas que padecen la enfermedad, pero no están presentes en individuos sanos, como, por ejemplo, los delirios.

Por otro lado, los síntomas negativos son aquellos que no se pueden apreciar a simple vista, es decir, que no son visibles, como puede ser la perdida de la motivación. En muchas ocasiones no se hace caso necesario a los síntomas negativos, porque al no ser visibles no se les da importancia. Sin embargo, los síntomas negativos, hacen que la persona tenga un peor pronóstico, porque son los que determinan el desarrollo de la enfermedad a lo largo plazo (10).

Debido a que los síntomas de la esquizofrenia varían, según el DSM-5, se pueden clasificar en cuatro subtipos distintos: paranoide, catatónico, desorganizado e indiferenciado (11).

El subtipo inicialmente identificado es el paranoide, el cual se distingue por la manifestación de múltiples ideas delirantes y alucinaciones auditivas, tales como las relacionadas con la persecución. Esta variante es la más frecuente y generalmente presenta un pronóstico más alejado.

En segundo lugar, encontramos el tipo catatónico, donde los síntomas negativos son prominentes junto con otras manifestaciones como la repetición involuntaria de las palabras o movimientos imitativos de los demás. A veces, también puede haber

episodios de agitación. Por lo general, el tratamiento resulta eficaz para este tipo de esquizofrenia, y el pronóstico tiende a ser favorable.

Otro subtipo es el desorganizado, en el cual se observa una falta de coherencia en el comportamiento debido a una alteración emocional. Se manifiesta principalmente con una expresión emocional limitada y falta de congruencia en las emociones. Este tipo tiende a manifestarse desde una etapa temprana y su pronóstico suele ser desfavorable.

Por último, destacamos el tipo indiferenciada, donde podemos encontrar aquellas que no son mencionadas en los subtipos anteriores.

La CIE-10 también reconoce otro subtipo de esquizofrenia conocido como la simple. En este tipo, no hay una presencia prominente de ideas delirantes o alucinaciones, sino más bien una disminución en el funcionamiento general, como la falta de cumplimiento de responsabilidades laborales, acompañada de comportamientos extraños. El pronóstico para este subtipo generalmente no es favorable.

También es importante mencionar el tipo residual, presente en ambos manuales, que se caracteriza porque el paciente ha experimentado episodios psicóticos en el pasado, pero en el momento actual no muestra síntomas positivos, aunque sí puede presentar síntomas negativo (12).

3.1.2.1 Epidemiología

A nivel mundial la esquizofrenia afecta aproximadamente a 24 millones de personas, es decir 1 de cada 100 personas padece la enfermedad. Se estima que el 1% de la población padece alguna forma de esquizofrenia.

La prevalencia es mayor en países o sociedades socioeconómicamente más desfavorecidas, aumentándose en estos casos un 10% más la probabilidad de padecer la enfermedad (6).

La enfermedad prevalece igual entre hombre y mujeres, pero la aparición de los síntomas en más temprana en varones, entre los 15-35 años, lo que hace que su pronóstico sea peor (12).

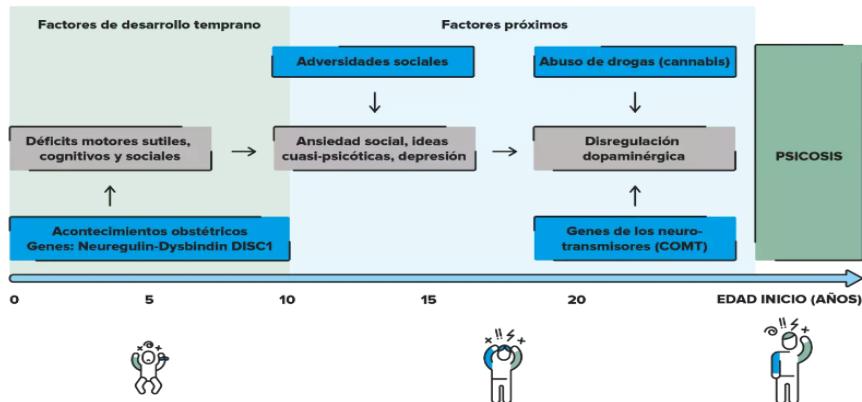


Ilustración 1: Factores de riesgo en relación con la edad de aparición de esquizofrenia (10).

Las personas que padecen esquizofrenia, como podemos ver en la ilustración 1, tienen una mayor probabilidad de morir prematuramente, siendo la principal causa el suicidio, seguido de enfermedades cardiovasculares o infecciosas.

España es el país europeo con la mayor tasa de trastornos mentales en niños y jóvenes, siendo la esquizofrenia una de las enfermedades prevalentes. Entorno 600.000 personas están diagnosticadas de esquizofrenia, representando el 1,3% de la población.

Actualmente es la tercera causa de discapacidad en España entre la población de 15 a 44 años, suponiendo un coste económico elevado, aproximadamente de ocho mil millones de euros al año (12).

3.1.2.2 Diagnóstico

La principal forma de diagnosticar la esquizofrenia, al igual que cualquier otro trastorno mental, es a través de la entrevista. Durante esta, se recopila información a partir de la conversación con la persona entrevistada, observando sus gestos, postura y comportamiento, así como obteniendo datos de familiares o personas cercanas al paciente.

No existen herramientas técnicas ni pruebas de laboratorio que sean definitivas para diagnosticar la esquizofrenia, ya que las pruebas de imagen o neurofisiológicas no son lo bastante concluyentes para eliminar la posibilidad de la enfermedad.

Es cierto que mediante pruebas de imagen es posible examinar la actividad cerebral y distinguir entre el funcionamiento normal y alterado del cerebro. De manera similar, las

pruebas de orina permiten detectar el consumo de sustancias que podrían explicar la presencia de ciertos síntomas.

Para establecer un diagnóstico de esquizofrenia, tanto la (CIE-10) como el DSM-5, que puedes consultar en el anexo 3, proporcionan criterios que deben ser considerados (6).

3.1.2.3 Tratamiento

Para abordar la esquizofrenia, es importante no depender exclusivamente de medicamentos, sino también integrar la psicoterapia como parte del tratamiento.

Los medicamentos utilizados en el tratamiento actual de la esquizofrenia son seguros y eficaces. Principalmente, alivian los síntomas durante la fase aguda y también ayudan a prevenir futuras recaídas. Los antipsicóticos son los fármacos de elección y actúan sobre los sistemas de dopamina. Normalmente, comienzan a hacer efecto en los síntomas dentro de las 2-3 semanas, dependiendo del tipo de antipsicótico utilizado (13).

En los años 50 fue cuando se introdujeron los antipsicóticos de primera generación, denominados neurolépticos, entre los que destaca el haloperidol, que fue el tratamiento de la esquizofrenia durante tres décadas. En la década de los 90 se empezaron a introducir los antipsicóticos de segunda generación, entre los que destaca la quetiapina, al aripiprazol y la clozapina, que se utilizaban para el tratamiento de la esquizofrenia persistente.

Tanto los pacientes como sus familias suelen optar por los antipsicóticos de segunda generación, ya que tienen menos efectos secundarios y son más efectivos en comparación con otros medicamentos.

En la actualidad, se están utilizando antipsicóticos de acción prolongada, los cuales garantizan una protección antipsicótica durante varias semanas. Son antipsicóticos de segunda generación mejorados, como el aripiprazol, que se administran mediante inyección intramuscular cada 2-4 semanas, dependiendo del medicamento. Es recomendable combinarlos con la toma diaria vía oral al principio del tratamiento. A pesar de su mayor costo, estos medicamentos ayudan a prevenir recaídas y a mejorar la adherencia al tratamiento.

Tanto la ziprasidona como la clozapina, al mostrar una eficacia similar y una seguridad y tolerabilidad aceptables en general, pueden ser consideradas como alternativas valiosas para el tratamiento a corto plazo de pacientes con esquizofrenia que son difíciles de tratar debido a su historial de resistencia a múltiples antipsicóticos y/o intolerancia a los mismos (14).

Otro grupo de medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia son los antidepresivos. Para poder utilizar estos fármacos es necesario hacer un buen diagnóstico diferencial entre la depresión y los efectos negativos de la esquizofrenia (apatía, desinterés por las relaciones sociales, entre otros). Una vez realizado el diagnóstico es necesario tratar la depresión en los pacientes esquizofrénicos, ya que presentan una alta tasa de suicidio.

Otro grupo de fármacos son los ansiolíticos, como por ejemplo el diazepam. Estos medicamentos sirven para disminuir la ansiedad. La ventaja que presentan es que su inicio de acción es rápido y se usan al principio del brote psicótico junto con los antipsicóticos.

En pacientes que presentan más descontroles de la conducta se utilizan los estabilizadores del estado del ánimo, como el ácido valproico y la carbamazepina, que sirven para el control de las conductas impulsivas (10).

Todos estos medicamentos pueden presentar efectos secundarios, como puede ser la bajada de tensión, temblores, salivación excesiva, ganancia de peso o alteración en la conducta sexual. Es necesario avisar a los pacientes y familiares de los efectos que pueden presentar al tomar esta medicación.

Como mencionado previamente, además del tratamiento con medicamentos, es importante llevar a cabo terapias psicosociales. Estas terapias pueden ser individuales o grupales, y son conducidas por varios profesionales, como psiquiatras, psicólogos o incluso personal de enfermería. Es fundamental que estas sesiones involucren a los familiares y allegados del paciente, para que puedan comprender la enfermedad y aprender cómo manejarla adecuadamente.

Es importante resaltar que el tratamiento para pacientes con esquizofrenia debe adaptarse a las necesidades individuales y abarcar diferentes aspectos. Esto implica no solo el uso de medicamentos adecuados, sino también la aplicación de terapias y programas de rehabilitación psicosocial según sea necesario (10).

3.1.3 Sustancias tóxicas

3.1.3.1 Concepto droga

En el ámbito médico, las drogas son sustancias que tienen la capacidad de prevenir o tratar una enfermedad, ya que alteran los procesos fisiológicos y bioquímicos en diversos órganos y tejidos (15).

En términos comunes, el término "droga" se asocia con sustancias que afectan la mente o tienen efectos estimulantes, especialmente aquellas que son ilegales. Sin embargo, es importante tener en cuenta que sustancias como el alcohol y la cafeína también se consideran drogas.

Una droga considerada legal es aquella que puede obtenerse con una receta médica o que está permitida legalmente para su consumo. Esta categoría incluye sustancias como el alcohol, la cafeína, la nicotina y ciertos medicamentos, como las benzodiacepinas.

En contraste, una sustancia ilegal es aquella cuya producción, venta o consumo está prohibido por la ley. Este grupo incluye la marihuana, la cocaína, el hachís, el MDMA, el LSD, las anfetaminas, la ketamina y los hongos alucinógenos.

Hay diversas formas de clasificar las drogas, dependiendo de cómo afectan al sistema nervioso central. Se pueden identificar tres categorías principales: las drogas depresoras, las estimulantes y las perturbadoras (16).

En la categoría principal se encuentran las drogas depresoras, las cuales reducen la actividad del sistema nervioso central al disminuir la cantidad de neurotransmisores. Este grupo incluye sustancias como los hipnóticos, sedantes, opiáceos y neurolépticos, como el alcohol, el cannabis, las benzodiacepinas y la heroína.

En segundo término, se encuentran las drogas estimulantes, las cuales incrementan la actividad del sistema nervioso central. Esto se produce por un aumento en la liberación de neurotransmisores y una reducción en el tiempo sináptico, lo que puede provocar síntomas como taquicardia, sudoración y aumento de la presión arterial. Dentro de este grupo se incluyen la cocaína, las anfetaminas, la cafeína y la nicotina (16).

Finalmente, tenemos las drogas perturbadoras, las cuales tienen la capacidad de perturbar la actividad mental y alterar el estado de ánimo, los pensamientos y los procesos del pensamiento. En esta categoría se incluyen el cannabis, los alucinógenos, el LSD, la ketamina y el MDMA.

El uso de drogas no solo puede generar dependencia, sino que también puede acarrear dificultades en el ámbito familiar, laboral y psicológico, e incluso puede resultar en la muerte debido a una sobredosis o a actos de suicidio (16).

3.1.3.2 Consumo de drogas en la actualidad

Es frecuente encontrar trastornos por consumo de sustancias que ocurren al mismo tiempo que un trastorno mental en el momento de buscar tratamiento para el primer episodio de psicosis primaria, y la persistencia en el trastorno por consumo de sustancias conduce a resultados desfavorables (17).

Durante el año 2020, las sustancias más utilizadas en España por personas de entre 15 y 64 años fueron el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, seguidos por el cannabis y la cocaína (18).

El consumo de drogas suele comenzar a los 15 años, siendo común en esta etapa el uso de alcohol, tabaco y cannabis. A medida que las personas avanzan en edad, alrededor de los 34 años, comienzan a consumir hipnosedantes, tanto con receta médica como sin ella, así como analgésicos opioides.

La presencia de trastornos por consumo de sustancias a lo largo de la vida se vinculó con factores como el género masculino, pertenecer a la raza blanca, mostrar niveles más altos de excitación (manifestados en hiperactividad, cambios de humor frecuentes, impulsividad, hostilidad y falta de cooperación), experimentar síntomas psicóticos y depresivos, exhibir un deterioro cognitivo menos pronunciado y tener una percepción mayor de estigma social. En los análisis estadísticos multivariados, el género, la raza y los síntomas de excitación emergieron como los predictores más consistentes de los trastornos por consumo de sustancias a lo largo de la vida (19).

En lo que respecta al uso de alcohol, es la sustancia más comúnmente consumida en España, con un 77,02% de la población que la ha consumido en los últimos 12 meses. Esta tendencia al alza en el consumo de alcohol se ha mantenido desde 2017. El mayor grupo de consumidores de alcohol son hombres de entre 25 y 34 años. Además, en el año 2020, el 19,4% de la población española ha consumido cantidades excesivas de alcohol.

En lo que respecta al tabaco, cada año se registra una reducción en su consumo, gracias a que la población está más consciente, hay más restricciones y el precio es elevado. A pesar de esto, sigue siendo la segunda sustancia más consumida en España y es más común entre hombres de 25 a 34 años (18).

Aproximadamente 645.000 individuos comenzaron a utilizar hipnosedantes, con o sin prescripción, durante el período 2019/2020, a raíz del inicio de la pandemia. Esto los posicionó como la tercera sustancia más consumida en España en 2020. Mayormente, estas usuarias son mujeres de alrededor de 31 años. Similarmente, en el caso de los analgésicos opioides, su consumo es más frecuente en mujeres, y tiende a incrementar con la edad.

En la cuarta posición se sitúa el cannabis, con 237.000 personas que comenzaron a consumirlo en el año 2020, de las cuales 86.000 tenían entre 15 y 17 años. El consumo de esta sustancia ha mostrado una tendencia al alza desde 1995, siendo los individuos menores de 25 años los más frecuentes consumidores.

Durante el año 2020, aproximadamente 61.000 personas comenzaron a consumir cocaína, de las cuales 3.000 tenían entre 15 y 17 años. Este consumo también ha experimentado un aumento desde el año 2001.

Las demás drogas, como la heroína, el LSD, la ketamina, las anfetaminas, el MDMA, y otras, representan aproximadamente el 1% del consumo total. La edad promedio de inicio en el uso de estas sustancias es alrededor de los 22,6 años, y el perfil típico del consumidor es un hombre de unos 45 años (18).

3.1.4 Patología dual

La patología dual se definió por primera vez en 1990 como la coexistencia de un trastorno mental y el trastorno por el consumo de sustancias. Un problema que conlleva la patología dual es que el consumo de sustancias agrava el curso y pronóstico y entorpece el tratamiento psicofarmacológico.

Los individuos que sufren de esquizofrenia y tienen comorbilidades muestran un pronóstico más desfavorable. Por lo general, los síntomas suelen aparecer aproximadamente dos años antes en comparación con aquellos que no presentan comorbilidades. Además, tienden a experimentar una mayor cantidad de síntomas, más reingresos hospitalarios, tienen una menor adherencia al tratamiento y una tasa de suicidios más elevada.

El paciente con esquizofrenia y comorbilidad suele ser un hombre con un nivel socioeconómico bajo, con antecedentes de depresión en su historial médico y síntomas positivos presentes. Tiende a no seguir el tratamiento adecuadamente, mostrando conductas impulsivas y violentas, y suele haber experimentado múltiples hospitalizaciones psiquiátricas (20).

En cuanto a la malignidad, es mayor en mujeres que en varones, ya que tienen más facilidad para intoxิarse y crear adicción, y por lo tanto la sintomatología psicótica aparece más precozmente. Además, tienen un mayor riesgo de infección, entre la que destaca el VIH (21).

3.1.4.1 Epidemiología

Las personas que padecen esquizofrenia son más vulnerables a cursar una dependencia a sustancias nocivas (20).

Se estima que entre el 50-80% de los pacientes que padecen esquizofrenia consumen o han consumido en algún momento de su vida sustancias nocivas. En Madrid se estima que el 53% de los pacientes esquizofrénicos también lo cursan con un trastorno de abuso de sustancias (22).

La edad de presentación de la psicosis es menor en pacientes que consumen sustancias, especialmente si el toxicó es el cannabis.

Las sustancias psicoestimulantes que más se consumen son la cocaína, porque mejora su estado de ánimo y además disminuye la sintomatología positiva. Sin embargo, las drogas supresoras que más consumen son el alcohol, que presenta una predisposición al suicidio y el cannabis, un aumento de la sintomatología psicótica y tiene un peor pronóstico. En mujeres las drogas que más se consumen son el alcohol y los

tranquilizantes, mientras que los hombres consumen más cocaína, heroína y cannabis (23).

3.1.4.2 Diagnóstico

Para realizar un diagnóstico preciso, es crucial en primer lugar distinguir entre pacientes que tienen esquizofrenia con asociación de consumo de sustancias y aquellos cuyos síntomas pueden ser inducidos por el consumo mismo. Esto requiere realizar una historia clínica minuciosa, donde se evalúe la historia de consumo de sustancias, incluyendo la edad de inicio, el patrón de consumo y la relación temporal entre el consumo de sustancias y los síntomas de la esquizofrenia. También es importante examinar los antecedentes familiares de consumo de sustancias.

Actualmente existen numerosas entrevistas, cuestionarios y escalas para valorar la patología dual. Una de ellas es la escala RESUS (Reason for Substance Use in Schizophrenia), que observa la relación que existen entre los síntomas psiquiátricos, el consumo de sustancias y cuál es el motivo por el cual consume estas sustancias (24).

Para identificar la posible presencia de patología dual en un paciente, se observan ciertos signos distintivos. Estos incluyen comportamientos inconsistentes, cambios abruptos en la conducta, alteraciones en el apetito (tanto pérdida como aumento), hiperactividad o somnolencia, problemas oculares y abandono de actividades habituales.

En primer lugar, las conductas poco coherentes se refieren a comportamientos desinhibidos, agresivos o violentos. Estos cambios bruscos de conducta a menudo resultan en la separación del círculo social habitual del individuo. Estos cambios suelen manifestarse cuando hay una necesidad urgente de consumir drogas.

Además, se observa una variación en el apetito, ya sea una pérdida o un exceso de este. Este cambio se atribuye al deterioro de los hábitos higiénico-dietéticos. Es importante señalar que el tratamiento agresivo a menudo puede influir en el apetito del paciente, al igual que el consumo de drogas (23).

Siguiendo con lo mencionado anteriormente, es relevante señalar la posibilidad de experimentar hiperactividad o somnolencia. Estos síntomas pueden ser resultado del tratamiento prescrito o del consumo de drogas, dependiendo del tipo de sustancias utilizadas.

Además, se observan cambios en los ojos, como irritación o dilatación de las pupilas. Estos cambios suelen ser causados por el consumo de drogas y pueden ser indicativos del estado neurológico del individuo.

Finalmente, se observa un abandono de las actividades cotidianas y de entretenimiento. Esto lleva a una distancia del círculo social, ausencias en el trabajo y dificultades socioeconómicas (23).

3.1.4.3 Etiología

Se han propuesto varias teorías para explicar la causa de la patología dual. A pesar de la alta frecuencia de este trastorno, las relaciones exactas entre la esquizofrenia y el abuso de sustancias no están completamente claras. Algunas de estas teorías incluyen la idea de que las adicciones son trastornos primarios, la teoría de la automedicación y la aparición simultánea de ambos trastornos.

Según la primera teoría, las adicciones son trastornos primarios, lo que significa que el abuso de sustancias precede y provoca la aparición del trastorno mental. Esta situación es más probable en individuos que presentan vulnerabilidades como secuelas de eventos previos, factores biológicos, inestabilidad socioeconómica, entre otros.

La teoría de la automedicación sugiere que las personas utilizan sustancias dañinas para aliviar los síntomas asociados con la esquizofrenia, como la ansiedad y las alucinaciones, buscando así un alivio temporal.

Finalmente, está la teoría que sugiere que ambos trastornos, la esquizofrenia y el abuso de sustancias, son independientes entre sí, pero su interacción puede exacerbar los síntomas y problemas asociados.

Estas teorías pueden estar interconectadas entre sí, y es probable que la combinación de todas ellas proporcione una explicación más completa de las causas subyacentes que contribuyen a la patología dual (21).

3.1.4.4 Tratamiento

La presencia de un trastorno psiquiátrico adicional parece incrementar de manera constante los gastos y la frecuencia de utilización de servicios médicos entre individuos con un diagnóstico principal de trastorno por consumo de sustancias (25).

Hay tres enfoques distintos de tratamiento para pacientes con patología dual. Estos son el tratamiento en serie, el modelo paralelo y el modelo integral.

En primer lugar, como se muestra en el Gráfico 3, se encuentra el enfoque de tratamiento en serie o secuencial. Esto implica que el paciente reciba atención primero para la esquizofrenia y luego para la adicción a las drogas, o, al contrario. Es necesario que el tratamiento en una especialidad se complete antes de ser derivado a la otra.

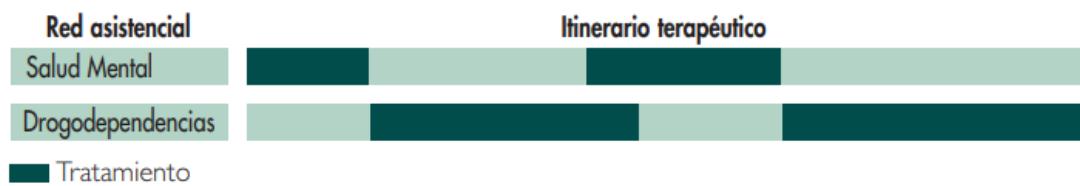


Gráfico 3: Esquema del tratamiento secuencial en patología dual (26).

El segundo modelo, representado en el gráfico 4, es el tratamiento paralelo, donde ambos problemas se van a tratar al mismo tiempo, pero de manera independiente, es decir, con diferentes especialidades.



Gráfico 4: Esquema del tratamiento en paralelo en patología dual (26).

Por último, como podemos ver en el gráfico 5, el modelo integrado, en el cual el paciente sea atendido por un único equipo que aborde tanto la esquizofrenia como el trastorno de abuso de sustancias.

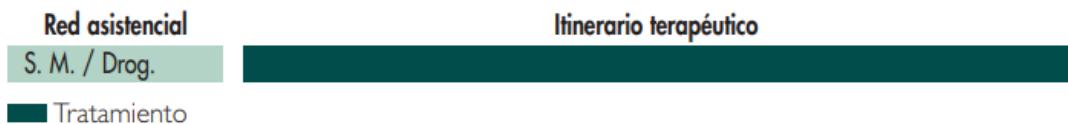


Gráfico 5: Esquema del tratamiento integral en patología dual (26).

3.2 Justificación

Debido a la gravedad y la complejidad del paciente duela se requiere una actuación de enfermería integral y continuada. Hay que tener en cuenta que estos pacientes presentan antecedentes médico-psiquiátricos, que tienen una mala adherencia al tratamiento y un peor diagnóstico.

El equipo de enfermería debe abordar tanto la esquizofrenia como el trastorno por abuso de sustancias simultáneamente, lo que destaca la importancia de que el personal se mantenga constantemente actualizado mediante formación continua. Dada la complejidad de estos pacientes, es esencial establecer una relación de confianza con ellos para que se sientan cómodos compartiendo sus preocupaciones, dudas y la realidad de su situación. Esta confianza mutua es fundamental, ya que garantiza que los cuidados sean personalizados según las necesidades individuales y que la información proporcionada sea precisa. La complejidad del tratamiento farmacológico contribuye a una alta tasa de abandono del tratamiento. Es responsabilidad de la enfermería garantizar la adherencia terapéutica explicando al paciente la importancia del tratamiento, los propósitos de cada medicamento, los posibles efectos adversos y supervisando su evolución para ajustar el tratamiento si es necesario y comunicar al médico responsable.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

El objetivo general de esta revisión sistemática es establecer cuál es tratamiento más adecuado para abordar a los pacientes cuyo diagnóstico es patología dual: esquizofrenia y abuso de sustancias.

4.2 Objetivos específicos

- Reconocer cuáles son los factores de riesgo en la adherencia al tratamiento.
- Analizar cuál es mejor tratamiento farmacológico para la patología dual y los posibles efectos adversos.
- Observar cuál es el conocimiento, la percepción que tiene el personal sanitario acerca de la enfermedad.
- Analizar cuál es el mejor ámbito de actuación y los gastos que supone atender a estos pacientes.

5. Pregunta de revisión

Este trabajo de revisión sistemática se va a focalizar en investigar cuál es el mejor tratamiento para abordar a los pacientes que presentan patología dual.

Para redactar la pregunta de investigación de este trabajo he utilizado el formato PICO. La pregunta de investigación es la siguiente: ¿Cuál es el mejor tratamiento y los cuidados más apropiados para aquellos pacientes que padecen patología dual?

Los conceptos que pertenecen a cada uno de los componentes del formato PICO son los que se pueden contemplar en la siguiente Tabla 1:

P (Población)	I (Intervención)	O (Resultados)
<i>Idea principal.</i>	Patología dual.	Terapia.
<i>Sinónimos y términos de búsqueda.</i>	Esquizofrenia y trastorno por abuso de sustancias.	Acciones realizadas por el personal de enfermería.

Tabla 1: Componentes formato PICO. Elaboración propia.

La propuesta de esta pregunta de investigación viene dada porque cada vez se la da a la salud mental la consideración que merece. Cada vez la edad de inicio al consumo de sustancia es más temprana y está al alcance de cualquiera y esto conlleva a la aparición de enfermedades mentales. Para ellos el personal sanitario, en este caso el personal de enfermería debe estar preparado para intervenir antes dichas situaciones y abordar a este tipo de pacientes.

En este caso, esta revisión sistemática va a estar focalizada en la esquizofrenia, ya que es uno de los trastornos mentales más ligado al consumo de sustancias.

6. Criterios de búsqueda

Para realizar esta revisión bibliográfica se han escogido artículos de entre distintas bases de datos. Se han rechazado todos aquellos artículos que no estuvieran en inglés o español. También se han excluido los artículos que hablan sobre la patología dual y como afecta estas a otras enfermedades como puede ser la diabetes. No se han tenido en cuenta artículos que hable de un grupo específico de pacientes, como por ejemplo podría ser mujeres embarazadas, niños o personas en prisión.

Para la selección de los artículos de la revisión sistemática se han establecido los siguientes criterios de búsqueda:

6.1 Criterios de inclusión

- Artículos de base científica.
- Artículos escritos en inglés o español.
- Artículos relacionados con las actuaciones de enfermería.
- Artículos disponibles a texto completo.
- Estudios aleatorizados o protocolos.

6.2 Criterios de exclusión

- Artículos en los que concurra patología dual con cualquier otra patología.
- Artículos en las que existe alguna circunstancia externa que pueda interferir en los resultados.

7. Metodología

7.1 Estrategia de búsqueda

Para la redacción de esta revisión sistemática se han manejado buscadores en ciencias de la salud (PubMed, Medline y C-17). Las palabras claves utilizadas, que son aquellas que aparecen en la tabla 2, son descriptores obtenidos a partir de los tesauros DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headlines).

Término	DeCS	MeSH
	Español	Inglés
Patología dual	Diagnóstico dual.	Diagnosis dual.
Esquizofrenia	Esquizofrenia.	Schizophrenia.
Drogodependencia	Trastornos relacionados con sustancias.	Substance-Related disorders.
Tratamiento	Terapia.	Therapy.
Cuidados de enfermería	Atención de enfermería.	Nursing care.
Enfermería	Enfermería.	Nursing.

Tabla 2: Búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

7.2 Selección de estudios

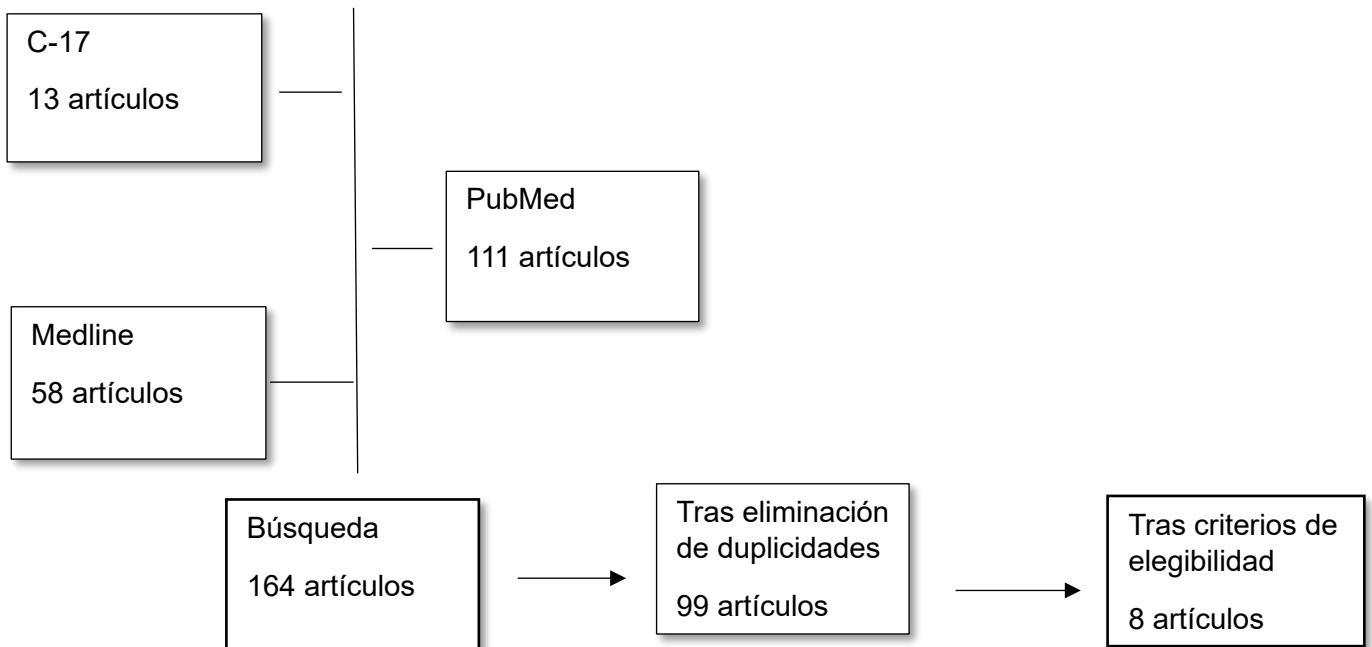


Diagrama de flujo 1: Selección de artículos. Elaboración propia.

Para la selección de artículos se ha realizado una búsqueda común total de 164 artículos. Se han eliminados aquellos artículos que no cumpliesen los criterios de inclusión de la búsqueda. Como podemos ver en el diagrama de flujo 1, para la realización de esta revisión se han escogido un total de 11 artículos.

7.3 Evaluación crítica

Una vez seleccionados los artículos, para ver si eran válidos tenían que pasar una serie de preguntas para verificar que se pudieran considerar un artículo con la calidad suficiente para contestar a mi pregunta de investigación. Estas preguntas han sido extraídas de evaluación Caspe, que se puede encontrar en el Anexo 2.

7.4 Extracción de datos

Tras la lectura crítica y análisis de los artículos seleccionados, que encontramos en el Anexo 4, podemos extraer los siguientes datos:

Se analiza la atención en centros comunitarios, llegando a la conclusión tras siete años de estudio, de que estos pacientes van a tener un buen pronóstico, ya que existe una remisión de los síntomas psicóticos y una disminución del abuso de drogas.

Se analizan los factores que influyen en la adhesión al tratamiento. Este estudio concluye que la edad, la situación social y el momento en que comienza la enfermedad son determinantes para el cumplimiento terapéutico. La situación social destaca como el factor más influyente, ya que los pacientes con una situación social favorable, como aquellos que conviven con sus parejas o han formado su propia familia, muestran un mejor pronóstico debido a su alta adherencia al tratamiento.

Se realiza una comparación entre dos antipsicóticos atípicos de segunda generación, clozapina y ziprasidona. Se concluye que ambos medicamentos pueden ser útiles en el tratamiento de la patología dual debido a su eficacia. Sin embargo, presentan diferencias significativas: la clozapina reduce los síntomas psicóticos positivos, pero conlleva más efectos adversos como sedación, hipersalivación y fiebre. Por otro lado, la ziprasidona promueve una mayor adherencia al tener menos efectos secundarios, aunque su efecto sobre los síntomas psicóticos puede ser insuficiente.

Se analiza la diferencia en costos entre pacientes con dependencia a drogas y pacientes con patología dual a lo largo de cinco años. En el primer año, los costos son más elevados para los pacientes con patología dual. Sin embargo, al alcanzar el quinto año, los costos se equiparan casi por completo, aunque aún son mayores para los pacientes con patología dual. Esta disparidad se explica por el mayor número de ingresos hospitalarios en este grupo de pacientes.

7.5 Síntesis de resultados

Tras una lectura crítica sobre los artículos seleccionados para esta revisión sistemática, que podemos encontrar en el Anexo 4, podemos decir:

Dada la seriedad y la complicación del paciente con patología dual, se necesita una atención de enfermería completa y constante. Es importante considerar que estos pacientes tienen historiales médicos y psiquiátricos previos, tienden a no seguir bien el tratamiento y tienen un pronóstico más desfavorable.

Es esencial que el personal de enfermería se capacite de manera continua, ya que deben abordar tanto la esquizofrenia como el trastorno por abuso de sustancias de manera simultánea.

Debido a lo complicado que puede ser el tratamiento farmacológico, muchas personas lo abandonan fácilmente. Es responsabilidad de los enfermeros garantizar que los pacientes sigan el tratamiento correctamente. Esto implica explicarles la importancia de tomar sus medicamentos, qué efectos tienen, cómo detectar efectos secundarios y estar atentos a ellos, y comunicar cualquier cambio necesario al médico.

8. Limitaciones

A la hora de búsqueda de artículos me he encontrado una limitación, y es que en los últimos diez años no hay los suficientes artículos acerca del tratamiento de la patología dual, por lo que tuve que ampliar los años de antigüedad de mis artículos seleccionados.

9. Cronograma

1. Septiembre 2023	Elección de tema.
2. Octubre 2023	Presentación.
3. Octubre – diciembre 2023	Búsqueda de artículos y desarrollo del estado de la cuestión. Formulación de objetivos.
4. Enero 2024	Pregunta de revisión y selección de artículos incluidos para la valoración crítica.
5. Febrero 2024	Síntesis de resultados.
6. Marzo 2024	Edición de primer borrador.
7. Abril 2024	Corrección primer borrador y entrega del trabajo definitivo.

Tabla 3: Cronograma. Elaboración propia.

10. Bibliografía¹

1. España SM. apuntes sobre patología dual Propuestas de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA. [cité le 12 mars 2024]; Disponible:
<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>
2. Sanidad M de. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 2021 [cité le 12 mars 2024]; Disponible:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEIDA-INFORME.pdf>
3. Extremadura J de. Protocolo de coordinacion y atención a la Patología dual. [cité le 12 mars 2024]; Disponible:
https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/protocolo_de_coordinacion_y_atencion_a_la_patologia_dual.pdf
- **4. Roncero C, Szerman N, Teran A, Pino C, Vazquez JM, Velasco E, et al. Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2016 [citado el 29 de abril de 2024]; 10:1855–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/ppa.s108678>
- **5. [En ligne]. Revista Metas de Enfermería: Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias; [cité le 12 mars 2024]. Disponible:
<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81031/>
6. diagnósticos C. Guía de consulta de los [Internet]. Edu.co. [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en:
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- 7.[En ligne]. Barcelona C. Docencia y Formación sobre Esquizofrenia al Clínic | Hospital Clínic Barcelona; [cité le 12 mars 2024]. Disponible:
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/esquizofrenia/docencia-y-formacion-en-el-clinic>
8. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Encuesta Nacional de Salud de España 2017. [cité le 12 mars 2024]; Disponible:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
9. Consumo M de S y. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. [cité le 12 mars 2024]; Disponible: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf
10. Moreno CP, Reina EC, Puertolas D urgelés, Gómez C, García RI. 60 años de Salud Mental en Madrid. 2015.
- **11. Manuel JI, Covell NH, Jackson CT, Essock SM. Does Assertive Community Treatment Increase Medication Adherence for People With Co-occurring Psychotic and Substance Use Disorders? 2011 [cité le 12 mars 2024];17(1):51-6. Disponible:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164343/>

¹ Los artículos señalados con (**) son los seleccionados para un análisis más detallado.

12. Siles J. Historia de los Cuidados de Salud Mental. 2015. 11 p.
<https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/05/doctrina43461.pdf>
13. Berruelos Villalobos L. Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. Escuela Nacional de Antropología e Historia; 2010 [cité le 12 mars 2024];17(49):61-81. Disponible:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-16592010000200005&lng=es&nrm=iso&tlang=es
- **14. Sacchetti E, Galluzzo A, Valsecchi P, Romeo F, Gorini B, Warrington L. Ziprasidone vs clozapine in schizophrenia patients refractory to multiple antipsychotic treatments: The MOZART study. *Schizophr Res* [Internet]. 2009;110(1–3):80–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.02.017>
15. Szerman N. Patología Dual, Protocolos de intervención, Esquizofrenia. [cité le 12 mars 2024]; Disponible:
https://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo3.pdf
16. Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Solano C, García E, Gabaldón E. De les custodia a los cuidados: una perspectiva histórica en la enfermería en salud mental. [cité le 12 mars 2024]; Disponible:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5050/1/CC_09_06.pdf
- **17. Cather C, Brunette MF, Mueser KT, Babbin SF, Rosenheck R, Correll CU, et al. Impact of comprehensive treatment for first episode psychosis on substance use outcomes: A randomized controlled trial. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018; 268:303–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.055>
18. Tajima Pozo K, Fernández H, López-Ibor Aliño JJ, Carrasco Perera JL, Díaz-Marsa M. Tratamiento para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 2009 [cité le 12 mars 2024];37(6):330-42. Disponible:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3126900>
19. Brunette MF, Mueser KT, Babbin S, Meyer-Kalos P, Rosenheck R, Correll CU, et al. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophr Res* [Internet]. 2018; 194:4–12. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.039>
- **20. Stuyt EB, Sajbel TA, Allen MH. Differing effects of antipsychotic medications on substance abuse treatment patients with co-occurring psychotic and substance abuse disorders. *Am J Addict* [Internet]. 2006;15(2):166–73. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1080/10550490500528613>
- **21. Drake RE, Luciano AE, Mueser KT, Covell NH, Essock SM, Xie H, et al. Longitudinal Course of Clients With Co-occurring Schizophrenia-Spectrum and Substance Use Disorders in Urban Mental Health Centers: A 7-Year Prospective Study. 1 janv 2016 [cité le 12 mars 2024];42(1):202-11. Disponible:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681561/>
22. Molina LS. Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias. [cité le 12 mars 2024]; Disponible: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_570_Guia_Patologia_Dual_compl.pdf

23. Casas NSCRM. Protocolo de intervención patología dual. [cité le 12 mars 2024]; Disponible: <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/prologos.pdf>

24. Sánchez FO. Esquizofrenia. 2008.

**25. Hoff RA, Rosenheck RA. The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders. Psychiatr Serv [Internet]. 1999 [citado el 28 de abril de 2024];50(10):1309–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10506299/>

26. Rodríguez-Jiménez R, Aragüés M, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Muñoz A, Bagney A, et al. Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics. [cité le 12 mars 2024]; Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/3729/372937671007.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 – Hojas de criterios selección de estudios

Año/autores	Objetivos del estudio	Participantes	Método	Resultados
Calixto Plumed Moreno. Elvira Conde Reina. Carmen Gómez López. Roberto Izquierdo García.	Recopilación de datos y documentos a lo largo de los años de la clínica.	Personas implicadas asistencialmente a lo largo de esos 60 años.	Revisión sistemática de datos.	
Alba María Gonzales Martínez, Leonor Nevado Carrillo, Concepción González Candel, Lourdes Gonzales Tapias, Raquel Ruiz Iñiguez.	Actualizar conocimientos sobre el estado la patología dual.	Pacientes con esquizofrenias y que hayan consumido alguna vez sustancias tóxicas.	Revisión sistemática de estudios.	El 50% de los pacientes que presenta esquizofrenia desarrollan una adicción a una sustancia tóxica a lo largo de su vida.
Carlos Roncero, Carmen Barral, Lara Grau-López, Oriol Esteve, Miguel Casas	Mejorar los protocolos de intervención en pacientes con patología dual.	Pacientes con esquizofrenia que han consumido diferente tipos de drogas y han estado en tratamiento por patología dual.	Revisión de datos.	Puntos clave para mejorar el tratamiento de personas que padecen patología dual.
Siles J, Cibanal, L, Vizcaya, F, Solano C, García, E, Gabaldón, E.	Diferenciar entre cuidar y custodiar.		Revisión sistemática.	Se distinguen cuatro periodos en la custodia y cuidado de los enfermos mentales.
Siles, José	Describir la historia de los cuidados de salud mental desde la perspectiva enfermera.		Revisión sistemática.	La Ley general de sanidad facilita la mano de obra cuidadora de los enfermos de forma transversal.
Organización Mundial de la salud.	Aplicar el plan de acción integral sobre la salud mental.	Pacientes que padecen algun trastorno mental.	Revisión sistemática.	
Confederación salud mental España.	Conocer datos sobre pacientes que padecen algún trastorno mental.	Población con alguna enfermedad mental.	Revisión sistemática.	Dar a conocer consecuencias y proporcionar ayuda.
Ministerios de Sanidad y consumo.	Conseguir información que permita diseñar y evaluar diseños que vayan dirigidos a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones.	Se han realizado 17.899 encuestas.		Según el sexo, se demostró que se distribuye de manera simétrica entre hombres y mujeres. En cuanto a la edad, se ve que un tercio de la

				muestra tiene entre 15 y 34 años.
Universitat de Barcelona	Conocer acerca de la esquizofrenia.	Pacientes con esquizofrenia.	Revisión sistemática.	
Javier Martín Camacho	Diagnosticar un trastorno mental.		Revisión sistemática.	Presenta un sistema útil, sencillo de usar y práctico que permite diagnosticar los trastornos mentales.
Kazuhiro Tajima Pozo, H Juan José López-Ibor, José Luis Carrasco Perera.	Conocer mejor tratamiento para esquizofrenia.	Pacientes con esquizofrenia.	Revisión sistemática de datos.	
Luis Berruecos Villalobos.	Abordar uso y abuso de drogas.	Personas que han consumido alguna sustancia tóxica.	Revisión sistemática.	Desmitificar todo tipo de mitos y falsas creencias o actitudes hacia las drogas y sus efectos.
Ministerio de sanidad.	Conseguir información que permita diseñar y evaluar diseños que vayan dirigidos a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones.	Se han realizado 17.899 encuestas.		Según el sexo, se demostró que se distribuye de manera simétrica entre hombres y mujeres. En cuanto a la edad se ve que un tercio de la muestra está entre 15 y 34 años.
Luis San Molina.	Detección de las necesidades y elaboración de propuestas de actuación terapéutica desde el ámbito farmacológico y psicológico.	Personas mayores de 18 años con presencia de un trastorno mental grave.	Revisión sistemática de diferentes casos clínicos.	
Néstor Szerman, Carlos roncero, Miguel Casas.	Conocer acerca de los protocolos de patología dual.	Personas con patología dual.	Revisión sistemática.	
Roberto Rodríguez, María Aragüés, Miguel Ángel Jiménez, Guillermo Ponce, Antonio Muñoz.	Prevalencia de consumo de sustancias tóxicas en pacientes ingresados con trastorno mentales.	257 pacientes ingresados.		El 24.7% de los ingresados presentaban trastornos por uso de sustancias, con la exclusión de la dependencia a la nicotina.

Confederación salud mental España.	Que los profesionales conozcan y sepan abordar la patología dual.	Pacientes con patología dual.	Revisión sistemática.	
Felipe Ortuño Sánchez-Pedreño.	Conocer los criterios para diagnosticar a pacientes con esquizofrenia.	Pacientes con esquizofrenia.	Revisión sistemática.	
Junta de Extremadura, conserjería de Sanidad y Dependencia.	Coordinar las actuaciones de las redes de salud mental y drogodependencias de manera que se mejore la atención a los pacientes con patología dual.	Pacientes con patología dual.	Revisión sistemática a través de formularios y derivaciones.	
Ra Hoff, RA Rosenheck.	Calcular costos de pacientes con un diagnóstico primario es mayor con pacientes con patología dual.	Pacientes con un diagnóstico primario y pacientes con patología dual.	Se utilizaron datos administrativos y una muestra nacional de pacientes con dicha patología.	La patología dual está asociada a mayor costo que aquellos que solo cuentan con un diagnóstico primario.

Tabla 4: Criterio de selección de datos. Elaboración propia.

Anexo 2 – Parrillas de valoración crítica

Evaluación Caspe

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?

PISTA: Un tema debe ser definido en términos de

- La población de estudio.
- La intervención realizada.
- Los resultados ("outcomes") considerados.

SÍ NO SÉ NO

2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?

PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que

- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.
- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.

SÍ NO SÉ NO

¿Merece la pena continuar?

Preguntas detalladas

3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?

PISTA: Busca

- *Qué bases de datos bibliográficas se han usado.*
- *Seguimiento de las referencias.*
- *Contacto personal con expertos.*
- *Búsqueda de estudios no publicados.*
- *Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.*



4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?

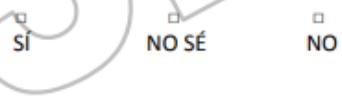
PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)



5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?

PISTA: Considera si

- *Los resultados de los estudios eran similares entre sí.*
- *Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.*
- *Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.*



B/ ¿Cuáles son los resultados?

6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

PISTA: Considera

- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.
 - ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).
 - ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).
-

7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

PISTA:

Busca los intervalos de confianza de los estimadores.

Anexo 3

Criterios diagnóstico según DSM-5

Esquizofrenia
295.90 (F20.9)
A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos unos de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgragación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

Esquizofrenia 55

- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Criterios diagnósticos según CIE – 10

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10

Los criterios generales de esquizofrenia exigen que, durante un mes, la mayor parte del tiempo, deben estar presentes al menos uno de los signos o síntomas de:

- A) eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo,
- B) ideas delirantes de estar controlado, de influencia o pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante,
- C) voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo,
- D) ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tal como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

O al menos dos de los siguientes:

- E) alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente,
- F) interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos,
- G) manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor,
- H) síntomas negativos tales como abulia-apatías, asociabilidad, pobreza del discurso...
- I) cambio consistente.

Además si en el momento de ser atendido el paciente padece un episodio de otras enfermedades (en concreto de depresión o de manía [ver Capítulo 6]), los síntomas esquizofrénicos deben anteceder al trastorno del humor (afectivo). Tampoco el trastorno puede ser atribuible a enfermedad manifiesta o a intoxicación por alcohol o sustancias psicótropas o una abstinencia a los mismos.

Anexo 4 – Parrilla de extracción de datos

Artículo 1

Referencia bibliográfica	<p>Manuel JI, Covell NH, Jackson CT, Essock SM. Does assertive community treatment increase medication adherence for people with co-occurring psychotic and substance use disorders? J Am Psychiatr Nurses Assoc [Internet]. 2011;17(1):51–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/1078390310395586</p>
Objetivo del estudio	Analizar la adherencia al tratamiento en un paciente de patología dual a través de dos tipos de tratamiento asertivo comunitario y compararlo con un tratamiento estándar.
Población del estudio	198 pacientes diagnosticados con trastorno psicótico y dependencia a drogas según criterios de DSM-IV.
Tipo de estudio	Ensayo aleatorizado.
Resultados	A pesar de una limitación clave en el estudio, que consistía en que los pacientes se autoinformaban, esta se superó mediante análisis de sangre. En un 84% de los casos, la información proporcionada por los pacientes coincidía con los datos de las pruebas toxicológicas. El tratamiento comunitario asertivo se destaca como una opción efectiva para abordar la falta de cumplimiento del tratamiento, ya que implica educar a los pacientes sobre su enfermedad, brindarles una mayor comprensión y proporcionarles herramientas para el autocontrol.

Tabla 5: Parrilla de extracción de datos, artículo 1. Elaboración propia.

Artículo 2

Referencia bibliográfica	Roncero C, Szerman N, Teran A, Pino C, Vazquez JM, Velasco E, et al. Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2016;10:1855–68. Available from: http://dx.doi.org/10.2147/ppa.s108678
Objetivos del estudio	Analizar la percepción de los profesionales sanitarios sobre el nivel de cumplimiento, el pronóstico y la adherencia al tratamiento en pacientes con patología dual.
Población del estudio	250 profesionales que trabajan en consultas de drogodependencia (47,2%), centros de salud mental (25,2%), servicios de hospitalización psiquiátrica (11,2%), servicios de internamiento para personas drogodependientes (7,2%), instituciones privadas (6,8%) y centros de salud (2,4%).
Tipo de estudio	Analítico descriptivo.
Resultados	La razón principal detrás de la falta de cumplimiento del tratamiento terapéutico es la posible interacción entre distintos medicamentos. Por eso, es crucial evaluar a cada paciente de manera individual y determinar cuál es el tratamiento más adecuado para ellos. Además del tratamiento con medicamentos, es importante considerar también intervenciones no farmacológicas, las cuales han demostrado ser efectivas en estos casos. Todo esto contribuirá al logro del objetivo principal: reducir los síntomas positivos durante las crisis psicóticas de los pacientes.

Tabla 6: Parrilla de extracción de datos, artículo 2. Elaboración propia.

Artículo 3

Referencia bibliográfica	Drake RE, Luciano AE, Mueser KT, Covell NH, Essock SM, Xie H, et al. Longitudinal course of clients with co-occurring schizophrenia-spectrum and substance use disorders in urban mental health centers: A 7-year prospective study. Schizophr Bull [Internet]. 2015;42(1): sbv110. Available from: http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbv110
Objetivos del estudio	Evaluar los resultados clínicos en pacientes con patología dual que reciben atención en centros comunitarios.
Población del estudio	150 pacientes que padecen esquizofrenia más un trastorno de abuso de sustancias según criterios de DSM-IV y que hacen uso de los servicios sanitarios.
Tipo de estudio	Estudio prospectivo.
Resultados	Las pacientes que optan por participar en un programa integral de tratamiento en centros comunitarios muestran un buen pronóstico a largo plazo para su enfermedad. Se observa una mejoría notable en la reducción de los síntomas psicóticos y en el abuso de sustancias. También se aprecia una mejoría, aunque menos marcada, en la autonomía del paciente, lo que conlleva una mejora en su calidad de vida y situación económica.

Tabla 7: Parrilla de extracción de datos, artículo 3. Elaboración propia.

Artículo 4

Referencia bibliográfica	Revista Metas de Enfermería: Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias [Internet]. Enfermería21. Available from: https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81031/
Objetivos del estudio	identificar los factores que contribuyen a la adherencia del tratamiento en pacientes drogodependientes.
Población del estudio	Pacientes mayores de 18 años que cumplimentaron un tratamiento de deshabituación entre noviembre de 2013 y enero de 2016 en un centro ambulatorio. Se presentaron 216 pacientes, de los cuales 168 finalizó el tratamiento con un alta médica, 97 abandonaron el tratamiento voluntariamente y 11 fueron expulsados por consumir sustancias. Del total de pacientes 112 presentaban patología dual, de los cuales 20 padecían esquizofrenia.
Tipo de estudio	Estudio analítico, observacional, longitudinal y con recogida de datos de manera retrospectiva.
Resultados	El principal factor que influye en el aumento de la adherencia al tratamiento es la situación social del paciente. Se observa una mayor tasa de éxito en aquellos pacientes que viven con sus parejas y han formado su propia familia. Además, la edad del paciente y el momento en que comienza la enfermedad también juegan un papel importante. Por lo tanto, se deduce que existen factores relacionados tanto con el paciente como con su enfermedad que nos permiten prever su adherencia al tratamiento, lo que nos permite intervenir de manera preventiva y focalizar nuestros esfuerzos en estos casos.

Tabla 8: Parrilla de extracción de datos, artículo 4. Elaboración propia.

Artículo 5

Referencia bibliográfica	Stuyt EB, Sajbel TA, Allen MH. Differing effects of antipsychotic medications on substance abuse treatment patients with co-occurring psychotic and substance abuse disorders. <i>Am J Addict</i> [Internet]. 2006;15(2):166–73. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/10550490500528613
Objetivos del estudio	Analizar los diferentes efectos entre los diferentes antipsicóticos que se usan en para la esquizofrenia y el trastorno por abuso de sustancias.
Población del estudio	55 pacientes con criterios de DSM-IV de esquizofrenia y trastorno de abuso de sustancias.
Tipo de estudio	Estudio retrospectivo.
Resultados	Aunque el tamaño de la muestra es reducido, se pueden notar variaciones en el tratamiento con distintos antipsicóticos. Se destacan diferencias marcadas entre dos antipsicóticos atípicos, la risperidona y la olanzapina. Se observa que la risperidona presenta una mejor adherencia al tratamiento, con una tasa de abandono menor y una mejora en la dependencia de drogas en comparación con la olanzapina, según lo evidencia el estudio. Por otro lado, se observan diferencias entre los antipsicóticos típicos y la risperidona, aunque no son tan significativas.

Tabla 9: Parrilla de extracción de datos, artículo 5. Elaboración propia.

Artículo 6

Referencia bibliográfica	<p>Cather C, Brunette MF, Mueser KT, Babbin SF, Rosenheck R, Correll CU, et al. Impact of comprehensive treatment for first episode psychosis on substance use outcomes: A randomized controlled trial. Psychiatry Res [Internet]. 2018; 268:303–11.</p> <p>Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178118302361</p>
Objetivos del estudio	ver si un estudio de atención especializada reduce el consumo de sustancias en comparación con un tratamiento habitual.
Población del estudio	404 pacientes de entre 18 y 55 años, diagnosticado de esquizofrenia, que hayan tenido su primer episodio de psicosis y que estén tomando medicación desde hace al menos 6 meses.
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado.
Resultados	Este estudio presenta diversas limitaciones. En primer lugar, no todos los participantes estaban consumiendo drogas, lo que llevó a algunos pacientes a ser objeto del estudio de manera preventiva, mientras que otros participaron de manera terapéutica. En segundo lugar, no se logró una captación efectiva por parte de los investigadores para que los pacientes asistieran a las sesiones antidrogas. Por lo tanto, basándonos en este estudio, no podemos concluir si es beneficioso ofrecer atención especializada o si podemos abordar el problema mediante el tratamiento actual.

Tabla 10: Parrilla de extracción de datos, artículo 6. Elaboración propia.

Artículo 7

Referencia bibliográfica	Schnell T, Koethe D, Krasnianski A, Gairing S, Schnell K, Daumann J, et al. Ziprasidone versus clozapine in the treatment of dually diagnosed (DD) patients with schizophrenia and cannabis use disorders: A randomized study. <i>Am J Addict [Internet]</i> . 2014;23(3):308–12. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12126.x
Objetivos del estudio	Comparar los efectos de la clonzapina con los efectos de la ziprasidona y ver si ambos pueden utilizarse en el diagnóstico de patología dual.
Población del estudio	Treinta pacientes diagnosticados de esquizofrenia y de un trastorno de abuso de sustancias, por el DSM-IV, que están capacitados para dar su consentimiento informado.
Tipos del estudio	Estudio aleatorizado.
Resultados	Este estudio presenta varias limitaciones, incluyendo el tamaño de la muestra, la tasa de abandono y la posibilidad de utilizar medicación adicional. A pesar de estas limitaciones, se puede concluir que ambos medicamentos son útiles para tratar la patología dual. Sin embargo, es crucial evaluar individualmente cada caso, considerando el perfil del paciente, los síntomas secundarios y los efectos de la medicación en el paciente.

Tabla 11: Parrilla de extracción de datos, artículo 7. Elaboración propia.

Artículo 8

Referencia bibliográfica	<p>Hoff RA, Rosenheck RA. The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders. <i>Psychiatr Serv</i> [Internet]. 1999;50(10):1309–15. Available from: http://dx.doi.org/10.1176/ps.50.10.1309</p>
Objetivos del estudio	observar si el hecho de tener patología dual conlleva un mayor coste sanitario y si estos pacientes utilizan más los servicios sociales o sanitarios.
Población del estudio	Población de estudio: dos grupos de estudio, ambos seguidos por atención comunitaria, uno de ellos compuesto de 3069 personas diagnosticadas por un trastorno de abuso de sustancias y 9538 diagnosticadas por patología dual. Se registraron durante 6 años los costes de cada uno de la atención recibida por ambos grupos.
Tipo de estudio	Estudio analítico.
Resultados	La presencia de patología dual conlleva costos sanitarios más altos en comparación con quienes solo tienen trastorno de abuso de sustancias. Esto se debe a un mayor uso de servicios médicos y a la necesidad de más hospitalizaciones. No obstante, los costos de este grupo disminuyen significativamente una vez que comienzan a recibir tratamiento para su enfermedad. Esto podría explicarse por una mejora en su salud gracias al seguimiento médico adecuado.

Tabla 12: Parrilla de extracción de datos, artículo 8. Elaboración propia.