Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

Patología dual y comportamiento suicida: Una revisión sistemática

Presentado por: Carmen Álvarez Borrás

Tutora: Lidón Mars Aicart

Curso: 2024-2025

Convocatoria extraordinaria

Universidad Europea

[redacted]

[redacted]

Dr./Dña. [redacted]

[redacted]

El/La estudiante [redacted]

[redacted]

Valencia, a 20 de junio de 2025

[redacted]

Se considera que este TRABAJO FIN DE MÁSTER [redacted]

(Rellenar únicamente en caso de que el/la director/a considere que el TFM NO es viable para su evaluación, alegando brevemente los motivos).

Valencia, a de 20 de junio de 2025

Firma del/de la director/a:

[redacted]

Universidad Europea

CONFIRMACIÓN DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO Y DE FIN DE MÁSTER

[redacted] estudiante del Grado/Máster en Psicología General Sanitaria.

CONFIRMA que el Trabajo Fin de Grado/Máster titulado: "Patología dual y comportamiento suicida: una revisión sistemática"

es fruto exclusivamente de su esfuerzo intelectual, y que no ha empleado para su realización medios ilícitos, ni ha incluido en él material publicado o escrito por otra persona, sin mencionar la correspondiente autoría. En este sentido, confirma especialmente que las fuentes que haya podido emplear para la realización de dicho trabajo, si las hubiera, están correctamente referenciadas en el cuerpo del texto, en forma de cita, y la bibliografía final.

Así mismo, declaro conocer y aceptar que de acuerdo a la Normativa de la Universidad Europea, el plagio del Trabajo Fin de Grado/Máster entendido como la presentación de un trabajo ajeno o copia de textos sin citar su procedencia y considerándolos como de elaboración propia, conllevará automáticamente la calificación de "suspenso" (0) tanto en la convocatoria ordinaria como extraordinaria, así como la pérdida de la condición de estudiante y la imposibilidad de volver a matricular la asignatura hasta que no transcurra un curso académico.

Fecha y firma:

29 de junio de 2025

[redacted]

Los datos consignados en esta confirmación serán tratados por el responsable de tratamiento, UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA, S.L.U., con la finalidad de gestión con la finalidad de gestión del Trabajo Fin de Grado/Máster del titular de los datos. La base para el tratamiento de los datos personales facilitados al amparo de la presente solicitud se encuentra en el desarrollo y ejecución de la relación formalizada con el titular de los mismos, así como en el cumplimiento de obligaciones legales de UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA S.L.U. y el consentimiento inequívoco del titular de los datos. Los datos facilitados en virtud de la presente solicitud en Paseo de la Alameda 7, 46010 Valencia. Asimismo, de no manifestar fehacientemente lo contrario, el titular consiente expresamente el tratamiento automatizado total o parcial de dichos datos por el tiempo que sea necesario para cumplir con los fines indicados. El titular de los datos tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, limitar su tratamiento, oponerse al tratamiento y ejercer su derecho a la portabilidad de los datos de carácter personal, todo ello de forma gratuita, tal como se detalla en la información completa sobre protección de datos en el enlace https://universidadeuropea.es/politica-de-privacidad.

Resumen

La presente revisión sistemática analiza la evidencia empírica disponible sobre la influencia de la patología dual – la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental – en el riesgo de conductas suicidas (ideación, intentos y suicidio consumado) en población adulta. Siguiendo las directrices PRISMA, se identificaron 169 registros en cuatro bases de datos; tras aplicar criterios de elegibilidad, 16 estudios fueros incluidos en la síntesis. Los hallazgos revelan tasas de suicidio significativamente mayores en pacientes con patología dual que en aquellos con diagnóstico aislado, con incrementos que oscilan entre 10 y 45 veces según la comorbilidad diagnóstica. Destacan especialmente las asociaciones entre trastorno bipolar y abuso de alcohol, así como entre esquizofrenia y consumo grave de cocaína. Factores neurocognitivos (déficits en funciones ejecutivas), psicosociales (eventos traumáticos) y de calidad de vida (alteraciones circadianas) potencian de manera independiente el riesgo suicida en estos grupos. Las implicaciones clínicas incluyen la necesidad de protocolos integrados de cribado y tratamiento que contemplen tanto las adicciones como la psicopatología concomitante, así como el desarrollo de intervenciones neurocognitivas y de regulación de ritmos biológicos. Se subraya la importancia de homogeneizar definiciones y métodos de medición y de impulsar estudios longitudinales que permitan esclarecer las relaciones causales y la eficacia de estrategias preventivas dirigidas a esta población de alto riesgo.

Palabras clave: patología dual; conducta suicida,; trastorno por uso de sustancia; trastorno mental; revisión sistemática.

Abstract

This systematic review examines empirical evidence on the influence of dual pathology – the coexistence of a substance use disorder and another mental disorder – on the risk of suicidal behaviors (ideation, attempts, and completed suicide) in the adult population. Following PRISMA guidelines, 169 records were retrevied from four databases, and 16 studies met eligibility criteria for synthesis. Findings reveal significantly higher suicide rates in patients with dual pathology compares to those with a single diagnosis, with risk increases ranging from 10 to 45 times depending on diagnostic comorbidity. Notable associations include bipolar disorder with alcohol abuse, and between schizophrenia with severe cocaine use, are particularly noteworthy. Neurocognitive factors (executive function deficits), psychosocial factors (traumatic events) and quality of life (circadian rhythm disturbances) each independently exacerbate suicide risk in these populations. Clinical implications highlight the need for integrated screening and treatment protocols addressing both addictions and co-ocurring psychopathology, as well as the development of neurocognitive interventions and biological rhythm regulation strategies. The review emphasizes the importance of standardizing definitions and measurement methods and promoting longitudinal studies to clarify the causal relationships and evaluate preventive strategies for this high-risk group.

Keywords: dual pathology; suicidal behavior; substance use disorder; mental disorder; Systematic review.

Índice de contenido

1 Marco teórico 1

1.1 Revisión de la literatura 1

1.1.2 Suicidio 4

1.2 Justificación 9

1.3 Objetivos 10

2 Método 11

2.1 Fuentes de información 12

2.2 Estrategia de búsqueda y criterios de elegibilidad 12

2.3 Proceso de selección de estudios 14

2.4 Evaluación de la calidad metodológica 15

3 Resultados 17

3.1 Características de los estudios incluidos 17

4 Discusión 32

4.1 Integración de resultados 32

4.2 Relación de los hallazgos con los objetivos planteados 35

5 Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación 39

6 Limitaciones 40

7 Conclusiones 41

8 Referencias 42

9 Anexos 51

Índice de Tablas

Tabla 1 4
Tabla 2 12
Tabla 3 13
Tabla 4 17

Índice de Figuras

Figura 1 15

1 Marco teórico

1.1 Revisión de la literatura

1.1.1 Patología dual

El DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022) agrupa los trastornos por uso de sustancias y el trastorno por juego bajo la categoría "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos". Estas condiciones comparten síntomas conductuales, neurobiológicos y psicosociales, como pérdida de control, tolerancia, abstinencia, impacto negativo en distintas áreas de la vida.

Por otra parte, los trastornos psiquiátricos se definen como síndromes clínicamente significativos que afectan a la cognición, a la regulación emocional o el comportamiento, e implican una disfunción psicológica, biológica o del desarrollo (APA, 2022). Entre ellos se encuentran los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos psicóticos, los trastornos de personalidad y los trastornos neurocognitivos.

La Patología Dual (PD), aunque no está definida por el DSM-5-TR ni por el CIE-11, es un concepto ampliamente utilizado los profesionales que tratan este trastorno lo definen de forma clara (Torrijos et al., 2017). En el ámbito de la psicología y psiquiatría, se utiliza para describir la coexistencia simultánea de un trastorno adictivo (comportamental y/o a sustancias) y otro trastorno psiquiátrico en un mismo individuo (Fernández-Artamendi et al., 2024). No obstante, otros autores limitan la definición a la comorbilidad entre un trastorno mental y el consumo de sustancias psicoactivas (Martín-Coca et al., 2025; Torrens et al., 2017), excluyendo la adicción comportamental. Esta condición clínica multifacética conlleva implicaciones significativas, tanto para el tratamiento como para el pronóstico de los pacientes. La literatura indica que las personas con patología dual presentan una sintomatología más grave, mayores dificultades de adherencia terapéutica y un deterioro funcional superior en comparación con aquellos que padecen un solo trastorno (Sociedad Española de Patología Dual; SEPD, 2019).

Según la SEPD (2023), se estima que más del 50% de las personas atendidas en los servicios públicos de salud mental o de adicciones, presentan un diagnóstico de patología dual, aunque la

prevalencia varía según el trastorno psiquiátrico de base. Así, se ha documentado que el 70%-80 % de los pacientes con esquizofrenia, el 60 % de los diagnosticados con trastorno bipolar y más del 70 % de los que presentan trastornos graves de la personalidad, tienen un trastorno por uso de estas sustancias. En casos de ansiedad o depresión, la prevalencia supera el 30%.

Uno de los estudios más relevantes realizados en el contexto nacional es el denominado *Estudio Madrid* (Arias et al., 2013), que analizó una muestra de 837 pacientes atendidos en redes de salud pública y drogodependencias. Los resultados mostraron una prevalencia global de patología dual del 61.8%, desglosada en un 36.1% en centros de salud mental y un 70.3% en centros de atención a drogodependencias. Se observó una mayor prevalencia entre los pacientes con PD de trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, psicosis, trastorno paranoide y trastorno antisocial de la personalidad. Estos datos pusieron de manifiesto que más de la mitad de pacientes atendidos en dispositivos especializados presentan comorbilidad entre adicciones y trastornos mentales, lo que refuerza la necesidad de modelos integrados.

Además, una encuesta nacional promovida por el SEPD en 2011, que recogió la opinión de más de 650 profesionales del ámbito clínico, reveló que el 93.2% consideraba que los recursos específicos para la atención de la patología dual eran insuficientes y que este déficit estructural de la red asistencias contribuía al infradiagnóstico de la PD, estimado en torno al 50% en ciertos entornos clínicos (Vega, 2015).

Desde el punto de vista etiopatogénico, existen diversas hipótesis que integran factores biológicos, psicológicos y sociales que intentan explicar el origen de esta comorbilidad.

Desde el modelo de los factores comunes (Frank, 1973) se considera que tanto los trastornos mentales como las adicciones comparten factores de riesgo comunes, de tipo genético, neurobiológico, psicológico y social (Mansilla Izquierdo, 2020). Algunos de estos factores incluyen alteraciones en los sistemas de neurotransmisión, así como antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, ansiedad, impulsividad, experiencias traumáticas en la infancia, desestructuración familiar o exclusión social (Szerman et al., 2012).

El modelo de inducción secundaria (Zimberg et al, 1985) o de trastorno mental secundario a trastorno por uso de sustancias. sostiene que el consumo de sustancias primario puede ser el precursor

del trastorno mental, debido a los efectos neurotóxicos y desestabilizadores que ciertas drogas ejercen sobre el sistema nervioso central. Por ejemplo, el uso reiterado de cannabis, alcohol o estimulantes puede precipitar trastornos depresivos, psicóticos o ansiosos, especialmente en personas con predisposición genética o antecedentes familiares (Fergusson et al., 2005;). El cannabis, en particular, ha sido vinculado con un mayor riesgo de psicosis en adolescentes vulnerables (Di Forti et al., 2015). Además, el DSM-5-TR (APA, 2022) reconoce los trastornos mentales inducidos por sustancias, que pueden surgir por intoxicación, abstinencia o consumo prolongado, sin necesidad de vulnerabilidad previa.

Esta idea es respaldada por el modelo de diátesis-estrés (Zubing y Spring, 1977), que plantea que las sustancias actúan como factores desencadenantes de trastornos psiquiátricos latentes en personas vulnerables, ya sea por factores biológicos o psicológicos. Este modelo permite comprender cómo individuos genéticamente predispuestos pueden desarrollar síntomas psiquiátricos tras la exposición a factores estresores, entre ellos el consumo de sustancias (Haro et al., 2004, citado en Fernández, 2015; Mueser et al., 2005;).

En el modelo del trastorno mental primario se incluye "hipótesis de la automedicación" (Khantzian, 1997), en la que se plantea que el consumo de sustancias se origina como una forma de automedicación frente a los síntomas derivados de un trastorno mental previo. Es decir, el consumo tiene una función paliativa del malestar psíquico, como ocurre en pacientes con ansiedad, depresión o trastornos psicóticos, quienes buscan mediante las drogas aliviar emociones dolorosas o efectos adversos de los psicofármacos (Szerman et al., 2012; Khantzian, 2008).

La hipótesis del modelo bidireccional (Banerjee et al, 2002) reconoce la existencia de una influencia mutua y dinámica entre ambos trastornos. El trastorno mental puede aumentar la vulnerabilidad al consumo, mientras que este, a su vez, puede exacerbar los síntomas psicopatológicos. Esta interacción bidireccional dificulta el diagnóstico y condiciona la evolución clínica (Szerman et al., 2012). Se trata de un modelo que intenta integrar los modelos anteriores, pero se no tiene evidencia científica sólida (Landabaso, 2001; Baena et al., 2006, citado en Fernández, 2015).

Según Fernández (2015) el diagnóstico de la patología dual no es una tarea sencilla, puesto que no existen criterios clínicos específicos para su diagnóstico. La identificación de esta comorbilidad requiere evaluar tanto el trastorno adictivo como el trastorno mental comórbido, lo que implica una

entrevista detallada sobre el trastorno psiquiátrico asociado y, por otro lado, la historia del consumo y sus características (edad de inicio, patrón, sustancias, abstinencia, recaídas, relación con síntomas psiquiátricos, antecedentes y factores de riesgo/protección).

Para esta doble evaluación se utilizan diversos instrumentos estandarizados, agrupados en entrevistas diagnósticas, cuestionarios de gravedad de la adicción y herramientas específicas para otros trastornos mentales. Algunos de los instrumentos más utilizados son los siguientes (Roncero et al, 2016; Roncero y Casas, 2016, citado en Morales, 2018).

Tabla 1

Instrumentos de evaluación útiles en patología dual

Entrevistas diagnósticas	Instrumentos específicos para valorar la conducta adictiva	Instrumentos específicos para valorar otros trastornos mentales
SCID I-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV): diagnóstico de trastornos primarios e inducidos por sustancias, y valoración de trastornos del Eje I y II según el DSM-IV.	EuropASI/ASI (Índice Europeo de Gravedad de la Adicción/Índice de Gravedad de la Adicción): evalúa aspectos vitales que han contribuido a la adicción y el nivel de dependencia.	PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale): valorar la sintomatología positiva, negativa o mixta en esquizofrenia.
PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM- IV): diagnóstico de comorbilidad en personas con trastorno por uso de sustancias.	AUDIT (Development of de Alcohol Use Disorders Identification Test): detectar consumo de riesgo de alcohol y problemas derivados.	BDI (Beck Depression Inventory): Evaluar severidad de síntomas depresivos.
MINI (International Neuropsychiatric Interview): diagnóstico de trastornos del Eje I, según criterios del DSM o CIE.	CCQ (Cuestionario de Craving de Cocaína): mide el craving de cocaína actual o en 7 días.	STAI (State-Trait Anxiety Inventory): Evaluar ansiedad como rasgo y estado.

Fuente: elaboración propia (2025).

1.1.2 Suicidio

El término "suicidio" proviene de latín "*sui*", que significa "sí mismo", y "*caedere*", que se traduce como "matar o dar muerte". Por tanto, etimológicamente el suicidio se refiere al acto de quitarse deliberadamente la vida. Este fenómeno ha sido objeto de estudio tanto desde la psiquiatría, como desde la salud pública debido a su creciente incidencia y su complejidad multi-causal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014; 2024) define el suicidio como "el acto deliberado de quitarse la vida". En su marco conceptual se distinguen varias formas de comportamiento relacionadas con el suicidio:

- Ideación suicida: pensamientos sobre quitarse la vida, que pueden variar en intensidad y frecuencia.
- Planificación de suicidio: elaboración de un método o plan específico para llevarlo a cabo.
- Intento de suicidio: conductas autoinfligidas que no resultan la muerte, pero que pueden implicar una intención letal o ambigua.
- Suicidio consumado: acto voluntario que con que culmina con la muerte de la persona.
- Comportamiento suicida: espectro que incluye la ideación suicida, la planificación, las amenazas, los intentos y el acto consumado.

A nivel mundial, el suicidio es una de las principales causas de muerte, con más de 700.000 fallecimientos al año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. En jóvenes de entre 15 y 29 años, representa la primera causa de muerte, lo que resalta la necesidad urgente de intervenciones preventivas. Además, por cada suicidio consumado se estima que hay más de 20 intentos, lo cual sugiere que los esfuerzos deben extenderse también a quienes presentan ideación activa, aunque no hayan intentado quitarse la vida (OMS, 2024).

En cuanto a su distribución geográfica, el 73% de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medios, aunque los países de altos ingresos presentan tasas elevadas en determinados grupos, especialmente en varones adultos (OMS, 2024). Esta distribución evidencia que el suicidio no depende únicamente de factores económicos, sino también de condiciones sociales, culturales, psicológicas y biológicas.

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024a) registró 4.116 suicidios en 2023, de los cuales 3.004 fueron hombres y 1.072 mujeres, con un promedio de 11 muertes por día. Aunque esta cifra representa una leve disminución con respecto a 2022 (4.227 suicidios), sigue siendo alarmante. La mayoría de los casos se concentraron entre los 30 y 64 años (61,2 %), seguidos por mayores de 65 (30 %) y jóvenes menores de 29 años (8,8 %). Destaca una ligera reducción en el grupo de 15 a 19 años, con 66 casos en 2023 frente a 75 en 2022.

En el primer semestre de 2024 se registraron 1.842 muertes por suicidio, una cifra inferior a las 2.107 del mismo periodo en 2023. Por primera vez desde 2008, el suicidio dejó de ser la principal causa externa de muerte en España, siendo superado por las caídas accidentales (INE, 2024b).

Desde una perspectiva contemporánea, el suicidio se concibe con un *continuum* clínico de comportamientos que van desde la ideación suicida, amenazas y tentativas hasta el suicidio consumado, lo que facilita la detección temprana y el diseño de intervenciones escalonadas (Artieda, 2017; Castellví-Obiols y Piqueras, 2019; Pacheco, 2021 citado en Bascones et al., 2021).

Silverman et al. (2007), cuyo modelo fue adoptado por la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012), ofrece una taxonomía más detallada que distingue entre ideación suicida, comunicación suicida (que incluye amenazas y planes), conducta suicida (autolesión, intentos con diferentes grados de letalidad) y suicidio consumado. Este modelo ofrece una taxonomía útil tanto para la evaluación clínica como para la investigación epidemiológica, ayudando a distinguir entre intencionalidad, letalidad y resultado.

El suicidio es una manifestación compleja que trasciende lo individual, involucrando vulnerabilidades psicosociales, culturales y estructurales, como la desigualdad, exclusión social, violencia, estigma y dificultades en el acceso a servicios especializados (Brodsky et al., 2018). Por ello, la OMS (2024) recomienda estrategias preventivas multisectoriales que integren salud, educación, justicia, medios de comunicación y sociedad civil.

Desde una perspectiva psicológica, el Modelo Interpersonal del Suicidio de Joiner (2002) sostiene que el comportamiento suicida surge de la interacción entre el deseo de morir y la capacidad adquirida para llevar a cabo el acto. El deseo se origina por la coexistencia de dos estados: la sensación de no pertenencia y la percepción de ser una carga para otros, que generan desesperanza e ideación suicida (Joiner, 2005). La capacidad para ejecutar el suicidio se desarrolla tras la exposición repetida al dolor físico o psicológico, disminuyendo el miedo a la muerte y el instinto de autopreservación, ya sea por experiencias directas o vicarias. Además, la impulsividad, vinculada a la desregulación serotoninérgica, actúa indirectamente al aumentar la exposición a situaciones de riesgo y fortalecer esta capacidad (Joiner, 2005).

De manera complementaria, Mann (1999) propone el modelo de diátesis-estrés, que considera el suicidio como resultado de la interacción entre factores predisponentes (distales) —como impulsividad, agresividad y antecedentes genéticos o sociales— y factores desencadenantes (proximales), que incluyen estresores agudos o trastornos mentales activos (Mann, 2003).

Desde una perspectiva biológica, se ha relacionado el suicidio con desequilibrios en neurotransmisores como serotonina, noradrenalina y dopamina, especialmente en trastornos afectivos y psicóticos (McGuirr et al., 2009; Díaz-Villa et al., 2012). Además, existe evidencia significativa de predisposición genética, con estudios que estiman que entre el 30% y el 50% de la variación en el riesgo suicida puede explicarse por factores hereditarios (Torres, 2004; Turecki et al., 2016).

Desde una perspectiva social, Durkheim (1928) sostiene que las tasas de suicidio reflejan el estado de la cohesión social en una comunidad, subrayando que no puede entenderse exclusivamente desde la psicología individual, sino desde la estructura social en la que el individuo se encuentra inmerso (Estigarriba, 2021).

En la actualidad no hay duda de la contribución de los trastornos mentales en el espectro suicida. Bedoya et al. (2016 Bedoya et al. (2016) evidencian que la depresión aumenta hasta 44 veces el riesgo de conducta suicida. Trastornos de ansiedad, bipolaridad y esquizofrenia también presentan alta prevalencia de ideación y tentativa suicida (Turecki et al., 2019).

La prevención requiere un abordaje integral, donde la evaluación del riesgo suicida es un proceso complejo que combina entrevista clínica y escalas estandarizadas, consideradas un complemento y no un reemplazo del juicio clínico (Grupo de Trabajo Guía Clínica, 2012). La entrevista clínica debe recoger información psicopatológica, sociodemográfica y factores de riesgo y protección. Según las guías del Sistema Nacional de Salud (2012), la evaluación debe considerar:

- Factores psicológicos y contextuales (situación social, relaciones interpersonales, eventos vitales, antecedentes psiquiátricos, consumo de sustancias).
- Características del intento suicida (intencionalidad, planificación, letalidad, método).
- Factores personales (edad, sexo, diagnóstico mental, desesperanza, aislamiento social, nivel socioeconómico, enfermedades físicas).

Las escalas recomendadas según el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) son las siguientes: Beck Hopelessness Scale (BHS) que mide la desesperanza, un factor crítico en el riesgo suicida, donde una puntuación igual o superior a 9 indica mayor riesgo; Inventario de Depresión de Beck (BDI) que incluye un ítem específico

para evaluar la ideación suicida; Scale for Suicide Ideation (SSI) que evalúa la intensidad de los pensamientos suicidas; Suicide Intent Scale (SIS) que mide la intencionalidad en intentos recientes de suicidio; y Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) que incorpora un ítem relacionado con la ideación suicida

1.1.3 Suicidio y patología dual

La patología dual, entendida como la coexistencia de trastornos por uso de sustancias (TUS) y trastornos psiquiátricos, constituye una condición clínica compleja y de alta relevancia pública, vinculada a un incremento significativo del riesgo suicida, incluyendo ideación, intentos y suicidio consumado (Armoon et al., 2021, 2022; Arias et al., 2013; Carrà et al., 2014; Fernández, 2015; Ilgen et al., 2009; Kassie et al., 2022; Onaemo et al., 2022; San et al., 2016). En España, San et al. (2016) estiman que seis de cada diez personas con adicciones presentan otro trastorno mental asociado, situación que se relaciona con peor pronóstico, mayor cronicidad y peor respuesta terapéutica (Arias et al., 2013).

Diversos estudios españoles revelan que el 61.6% de una muestra de 837 pacientes adultos presentaba patología dual, y estos pacientes mostraban un riesgo suicida superior al de quienes solo tenían un trastorno mental sin adicciones (Arias et al., 2013). Otro estudio comparativo con tres grupos —patología dual, trastorno por uso de sustancias y trastorno mental severo— reportó que los pacientes con patología dual tenían mayor tasa de intentos de suicidio y un perfil clínico más complejo, aunque sin diferencias significativas entre grupos (Fernández, 2015).

En un metaanálisis, Carrà et al. (2014) demostraron que la comorbilidad entre trastorno bipolar y consumo de alcohol u otras sustancias aumenta significativamente el riesgo de intentos de suicidio, encontrando que el 20.1% de los pacientes habían intentado suicidarse. De forma paralela, Armoon et al. (2022) hallaron que las personas que se inyectan drogas intravenosas y presentan depresión tienen 1.82 y 1.40 veces más probabilidades de ideación e intentos suicidas, respectivamente, y quienes presentan otros trastornos mentales comórbidos tienen 2.02 veces más probabilidades de reportar conductas suicidas. En un estudio relacionado, Armoon et al. (2021) indicaron que las personas con depresión tenían 2.21 veces más probabilidad de ideación suicida y 2.39 veces más probabilidad de intentos en los últimos 12 meses.

En contextos clínicos, Arias et al. (2017) observaron que pacientes bipolares con TUS presentaban mayor comorbilidad con trastornos de ansiedad y de personalidad, así como un riesgo suicida considerablemente más alto que pacientes bipolares sin consumo. Un estudio transversal en Canadá (Onaemo et al., 2022) evidenció que la combinación de depresión mayor con consumo de alcohol, cannabis u otras drogas incrementaba el riesgo de ideación suicida entre nueve y dieciséis veces, superando el riesgo asociado a la depresión sin consumo, lo que indica un efecto aditivo o sinérgico de la comorbilidad sobre el riesgo suicida.

En Etiopía, Kassie et al. (2022) mostraron que los pacientes con enfermedad mental y trastorno por uso de sustancias tenían 3.46 veces más probabilidades de ideación suicida y 4.09 veces más probabilidades de intentos suicidas en comparación con quienes solo tenían diagnóstico por consumo. Además, identificaron que ser hombre, el estigma asociado al consumo y antecedentes familiares de enfermedad mental se asociaban significativamente con ideación suicida, mientras que ser mujer y tener antecedentes familiares de suicidio se vinculaban con intentos.

Ilgen et al. (2009) reportaron que en pacientes con depresión, la presencia concurrente de trastorno por uso de sustancias incrementaba el riesgo suicida, especialmente en pacientes no afroamericanos y aquellos con hospitalización reciente.

En conjunto, la evidencia científica actual confirma que la patología dual es un factor de riesgo sustancial para conductas suicidas, mediado por complejos mecanismos clínicos y psicosociales que exigen una evaluación integral y un abordaje terapéutico multidimensional (Onaemo et al., 2022; Arias et al., 2012).

1.2 Justificación

La patología dual, es decir, la presencia simultánea de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias, constituye un desafío clínico prioritario por su alta prevalencia y complejidad. Diversas investigaciones han mostrado que estos pacientes presentan un riesgo significativamente mayor de conductas suicidas, incluyendo ideación, intentos y suicidio consumado, en comparación con quienes padecen solo uno de estos trastornos (Arias et al., 2012).

Sin embargo, la evidencia disponible es dispersa y metodológicamente heterogénea, lo que dificulta su aplicación en la práctica clínica y la elaboración de estrategias preventivas efectivas

(Fernández-Artamendi et al., 2024). Por ello, resulta necesario sistematizar y evaluar críticamente la literatura existente, para:

- Determinar la prevalencia real del suicidio en personas con diagnóstico dual.
- Estimar el riesgo relativo frente a trastornos únicos.
- Identificar factores moduladores clínicos y sociales que agravan este riesgo.
- Revisar cómo se definen y miden las conductas suicidas en los estudios disponibles.

Esta revisión permitirá mejorar la detección, prevención e intervención en un grupo clínico especialmente vulnerable, y aportar evidencia para la formulación de políticas de salud más eficaces.

1.3 Objetivos

Objetivo general: analizar de manera sistemática y crítica la evidencia empírica disponible para determinar si la presencia de patología dual, entendida como cualquier combinación de trastorno por uso de sustancias otro trastorno mental, incrementa el riesgo de conductas suicidas de ideación, intentos y suicidio consumado en población adulta, en comparación con pacientes que presentan único trastorno psiquiátrico o por uso de sustancias.

Para cumplir con el objetivo general, se han desarrollado los siguientes *objetivos específicos*:

- *OE1.* Estudiar la prevalencia de la ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado en adultos con diagnóstico de patología dual.
- *OE2.* Analizar la magnitud de la asociación entre patología dual y la ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado en comparación con los trastornos únicos.
- *OE3.* Identificar factores clínicos y psicosociales que modulan la relación entre patología dual y la ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado.
- *OE4*. Examinar si los estudios incluidos definen y miden las conductas suicidas (ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado) de manera coherente, evaluando si las variables empleadas con comparables entre sí.

2 Método

La presente revisión sistemática se desarrolló conforme a las directrices metodológicas establecidas por la Declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analasyses) (Page et al., 2021) para revisiones sistemáticas y metaanálisis.

La pregunta de investigación se estructuró mediante el modelo PICO para asegurar la coherencia entre los objetivos planteados y la estrategia de identificación y síntesis de la evidencia. Los componentes se definieron de la siguiente forma:

- Población (P): personas adultas (≥ 18 años) evaluadas en estudios clínicos u observacionales sobre salud mental o adicciones.
- Intervención o exposición (I): presencia de patología dual, entendida como la coexistencia diagnóstica de cualquier trastorno por uso de sustancias (TUS) y cualquier trastorno mental primario no inducido.
- Comparación (C): tres posibles grupos de referencia, según la disponibilidad de datos en cada estudio:
    - Sujetos con un único trastorno mental.
    - Sujetos con un único trastorno por uso de sustancias.
    - Sujetos sin diagnósticos psiquiátricos ni de consumo de sustancias.
- Desenlace primario (O): conductas suicidas tal y como se registren o definan en las investigaciones incluidas:
    - Ideación suicida.
    - Intento de suicidio.
    - Suicidio consumado.

Esta formulación PICO permite abordar de manera estructura y directa los objetivos de la revisión, relacionados con la estimación de la prevalencia de las conductas suicidas en población con patología dual, la magnitud del riesgo relativo respecto a otros grupos clínicos, la identificación de las combinaciones diagnósticas de mayor gravedad y la exploración de los factores moduladores clínicos y psicosociales

Por lo que la formulación de la pregunta PICO sería: ¿Cuál es la prevalencia y magnitud del riesgo de conductas suicidas (ideación, intentos, suicidio consumado) en adultos con patología dual en

comparación con quienes presentan trastornos psiquiátricos únicos, y qué factores clínicos o psicosociales modulan esta relación?

2.1 Fuentes de información

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática y exhaustiva en las siguientes bases de datos electrónicas de literatura científica: Web of Science (WoS), Scopus, PubMed y APA PsycInfo, seleccionadas por su cobertura en el ámbito psicológico y por su fiabilidad en la indexación.

Para la estrategia de búsqueda se emplearon términos descriptores MeSH (Medical Subjects Headings) y palabras clave en español e inglés, relacionados con los conceptos centrales del estudio. Entre los descriptores relacionados se incluyen: “dual pathology”, “dual diagnosis”, “substance use disorders”, “psychiatric disorders”, “suicide”, “suicidal behavior”, “suicidal ideation”, así como sus equivalentes en español (“patología dual”, “diagnóstico dual”, “trastornos por consumo de sustancias”, “trastornos psiquiátricos”, “suicidio”, “conducta suicida”, “ideación suicida”).

La búsqueda combinó los términos mediante operadores booleanos AND y OR para abarcar publicaciones concretas sobre la temática de estudio y maximizar la sensibilidad y especificidad de los resultados. Además, se realizó una búsqueda secundaria revisando referencias de artículos clave para identificar investigaciones adicionales.

2.2 Estrategia de búsqueda y criterios de elegibilidad

La búsqueda se limitó a artículos en idioma español e inglés, y publicaciones comprendidas entre 2015 y 2025 (últimos 10 años) con el objetivo de acotar la literatura a investigaciones relevantes recientes.

Con la finalidad de asegurar la correcta selección de publicaciones, se definieron criterios de inclusión y exclusión (ver Tabla 1). En la Tabla 2, se detalla de forma específica la selección realizada en cada base de datos.

Tabla 2

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión

• Investigaciones publicadas entre los años 2015 y 2025, ambos inclusive. • Artículos publicados en español o en inglés. • Participantes adultos con diagnostico dual (TUS + otro trastorno psiquiátrico). • Estudios que aborden explícitamente el suicidio (ideación, intento o conducta suicida). • Estudios cuantitativos empíricos originales.	• Población infanto-juvenil. • Estudios que no examinan la comorbilidad TUS y otra enfermedad mental. • Estudios que no abordan el suicidio (ideación, intento o suicidio consumado) • Metaanálisis, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, revisiones bibliográficas, tesis, capítulos de libro, manuales o conferencias. • Estudios de caso, y protocolos de investigación no generalizables

Fuente: elaboración propia (2025

Tabla 3

Resumen de la estrategia y del proceso de búsqueda

Base de datos	Ecuación de búsqueda	N	Artículos descartados	Artículos válidos
PubMed	(("Diagnosis, Dual"[Mesh] OR "dual diagnos*"[tiab]) AND ("Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "substance use disorder"[tiab] OR "substance abuse"[tiab]) AND ("Mental Disorders"[Mesh] OR depression[tiab] OR bipolar[tiab] OR schizophrenia[tiab] OR anxiety[tiab]) AND (suicid*[tiab] OR "Suicide"[Mesh] OR "Suicide, Attempted"[Mesh]) AND "Adult"[MeSH])	55	39 por no ser de los últimos 10 años. 10 por no estar disponibles. 1 por ser una revisión bibliográfica. 2 por no tratar el tema de interés.	3
APA PsycInfo	AB (“Dual diagnosis" AND "substance use disorder" AND "depression" AND "suicide")	5	1 por no ser de los últimos 10 años. 2 por ser guía de uso. 2 por no tratar el tema de interés.	0
Scopus	TITLE-ABS-KEY ("dual diagnosis" OR "dual disorder" OR "patología dual") AND TITLE-ABS-KEY ("substance use disorder" OR "substance abuse" OR "drug dependence" OR "alcohol dependence") AND TITLE-ABS-KEY ("mental disorder" OR depression OR bipolar OR schizophrenia OR anxiety) AND TITLE-ABS-KEY (suicide) AND TITLE-ABS-KEY (adult)	104	57 por no ser de los últimos 10 años. 5 por ser guías de actuación 1 por no estar en español ni en inglés 12 por no estar disponibles. 5 duplicados 13 por no tratar el tema de interés.	11
Web of Science (WoS)	("dual diagnos" OR "dual disorder" OR "patología dual") AND ("substance use disorder" OR "substance abuse" OR "drug dependence" OR "alcohol dependence") AND (mental disorder OR depression OR bipolar OR schizophrenia OR anxiety) AND (suicide) AND (adult)	5	2 por no tratar el tema de interés. 1 por estar duplicado.	2

Fuente: elaboración propia (2025).

La búsqueda dio como resultado un número total de 169 artículos, de los cuales, tras aplicar criterios de inclusión y exclusión señalados (ver Tabla 1), sólo se consideraron 16 artículos válidos para dar respuesta al objetivo de la presente revisión.

2.3 Proceso de selección de estudios

La selección de los estudios se desarrolló en cuatro fases consecutivas, siguiendo el diagrama de flujo PRISMA (ver Figura 1): *Identificación*, *Cribado*, *Elegibilidad* e *Inclusión*.

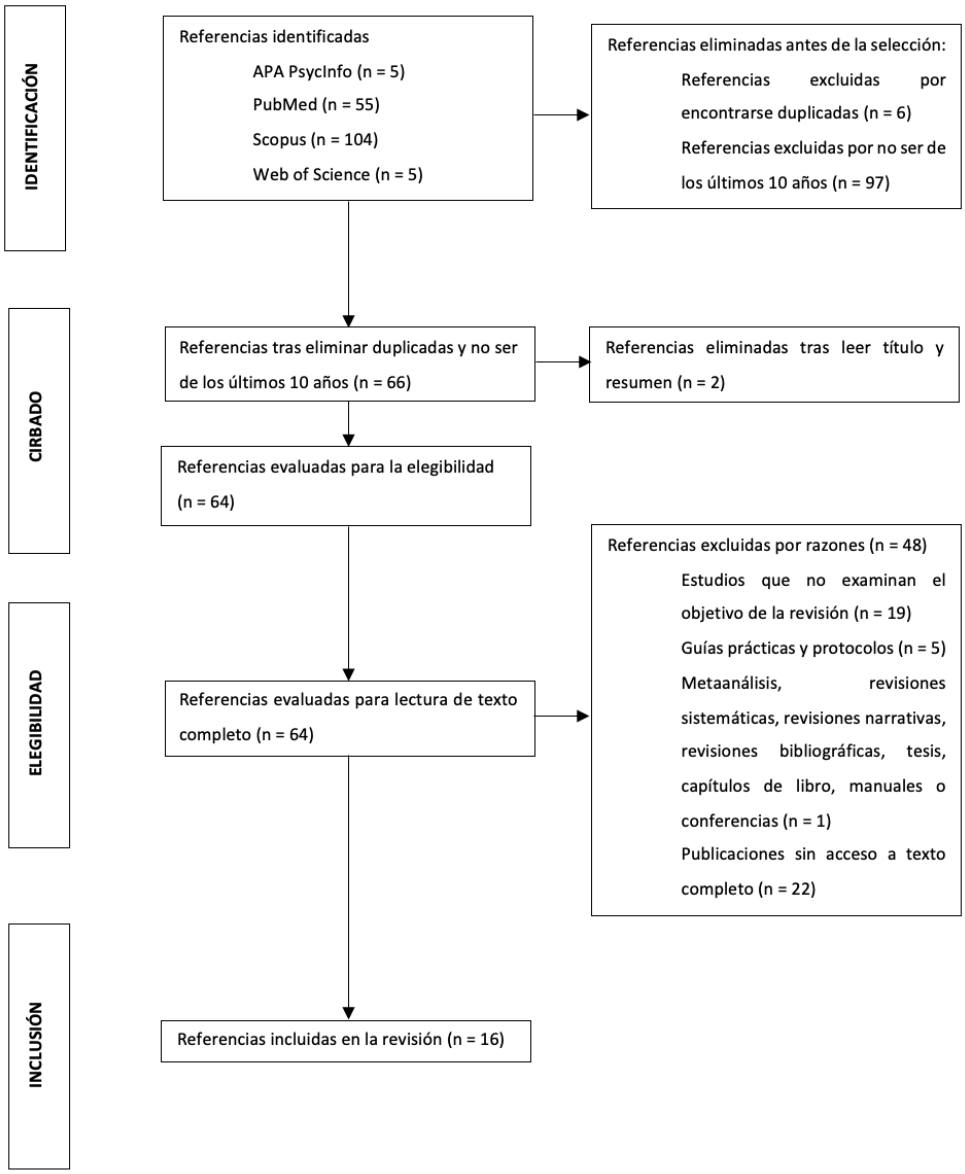
Se identificaron un total de 169 registros en las cuatro bases de datos mencionadas: Web of Science (WoS) (n = 5), Scopus (n = 104), PubMed (n = 55) y APA PsycInfo (n = 5). Durante la fase de identificación, se eliminaron aquellas publicaciones duplicadas (n = 6) y aquellas que no se encontraran entre 2015 y 2025 (n = 97), reduciendo a un total de 66 estudios.

Tras ello, en la fase de cribado, se procedió a la lectura del título y el resumen y se eliminaron 2 por no guardar relación con la temática de la presente revisión, así se redujo el número de artículos a 64.

Una vez finalizada la lectura de títulos y resúmenes, se procedió a evaluar la Elegibilidad de los estudios, para lo que se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión (ver Tabla 1) tras la lectura de textos completos, facilitando así la elección de los artículos más adecuados. Finalmente, llegaron a la última fase de Inclusión un total de 16 artículos en la revisión sistemática.

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA



Fuente: elaboración propia (2025).

2.4 Evaluación de la calidad metodológica

Para valorar la calidad metodológica de los estudios incluidos en esta revisión sistemática se utilizó el instrumento *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP: CASP UK, 2018), una herramienta ampliamente reconocida en el ámbito de la investigación en salud por su utilidad para guiar la evaluación crítica de diferentes tipos de estudios científicos.

La herramienta proporciona listas de verificación específicas para distintos diseños metodológicos, como estudios de cohortes, casos y controles y estudios cualitativos. Sin embargo, en esta revisión se incluyeron principalmente estudios observaciones cuantitativos, en su mayoría de diseño transversal, junto con estudios de cohorte retrospectiva y de casos y controles. Debido a esta heterogeneidad de estudios, se optó por una única matriz de evaluación CASP adaptada, basada en los principios comunes de validez interna, claridad de resultados y aplicabilidad externa (ver Anexo).

Cada estudio fue clasificado como de alta, media o baja calidad, según el grado de cumplimiento de estos criterios. Se consideró alta si cumplía al menos 8 de los 10 criterios, media si cumplía entre 5 y 7, y baja si cumplía menos de 5 o presentaba sesgos metodológicos importantes.

La evaluación de calidad reveló que la mayoría de los estudios incluidos alcanzaron un nivel de calidad metodológica alto. Se destacó la solidez en el planteamiento de objetivos, diseños adecuados y presentación clara de resultados. No obstante, algunos estudios presentaron limitaciones relacionadas con la aplicabilidad externa (muestras no representativas o reducidas) y uso de instrumentos propios no validados en algunos casos, lo que justificó su calificación como “moderada”. A pesar de las limitaciones, la consistencia general de los hallazgos respaldó la robustez de las conclusiones entre la asociación entre patología dual y conductas suicidas.

3 Resultados

3.1 Características de los estudios incluidos

Tabla 4

Resumen de los artículos incluidos en la revisión

	País	Diseño de estudio	Objetivo	Muestra	Criterios diagnósticos	Instrumentos	Resultados
Adan et al. (2017)	España	Estudio comparativo transversal	Explorar las diferencias en el funcionamiento ejecutivo entre pacientes con esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias (diagnóstico dual o DS), según la presencia o ausencia de intentos de suicidio previos, e identificar factores relacionados con el funcionamiento ejecutivo y el riesgo de suicidio.	50 hombres con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y trastorno por uso de sustancias (TUS) en remisión, entre 18 y 45 años, la edad media fue de 36 años. 24 participantes con intentos de suicidio previos (DS+) y 26 sin ellos (DS-). Fueron reclutados de 7 centros médicos de Barcelona, todos clínicamente estables y en tratamiento integrado.	DSM-IV	Entrevista SCID-I para diagnóstico. Evaluación clínica: PANSS, GAF, CGI, BDI, Plutchik Suicide Risk Scale, DAST-20, SASS. Evaluación neuropsicológica: WAIS-III, TMT-B, WCST, Tower of Hanoi, Iowa Gambling Task (IGT). Z scores y puntuaciones compuestas de IQ premórbido y funcionamiento ejecutivo.	Los pacientes DS+ presentaron peor desempeño en toma de decisiones (IGT) y resolución de problemas (WCST), y menor puntuación compuesta en funciones ejecutivas, en comparación con DS. Las diferencias en resolución de problemas desaparecen al ajustar por dependencia de alcohol, pero se mantienen para la toma de decisiones. El funcionamiento ejecutivo estuvo relacionado con el IQ premórbido, duración y severidad del TUS, y síntomas negativos. El riesgo actual de suicidio se asoció con mayor insight, síntomas positivos y antecedentes familiares de TUS, especialmente en el grupo DS+.

Arias et al. (2017)	España	Estudio transversal, subanálisis del "Estudio Madrid" sobre prevalencia de patología dual.	Determinar la prevalencia de patología dual en pacientes con trastorno bipolar (tipo I y II) en redes de salud mental y drogodependencias, analizar sus características clínicas, consumo de sustancias y riesgo de suicidio en comparación con pacientes bipolar sin trastorno por uso de sustancias (TUS).	174 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar (83 tipo I, 91 tipo II) dentro de una muestra de 837 atendidos en redes de salud mental (n=208) y drogodependencias (n=629) en la Comunidad de Madrid.	DSM-IV	Diagnóstico clínico estructurado mediante MINI. Diagnóstico de trastornos de personalidad mediante PDQ-4+. Historia clínica, datos sociodemográficos, y variables clínicas (consumo, edad de inicio, riesgo suicida).	La prevalencia de patología dual en pacientes bipolares fue del 61,9 % en salud mental y del 24,3 % en drogodependencias (*p = 0.03*). Los pacientes con trastorno bipolar dual presentaron: mayor consumo de alcohol y cocaína, inicio más temprano del consumo de alcohol (*p < 0,05*), mayor comorbilidad con trastornos de ansiedad y de personalidad, riesgo de suicidio significativamente mayor en comparación con pacientes bipolares sin TUS (*p < 0,01*).
Blachut et al. (2019)	Polonia	Estudio transversal comparativo	Comparar el curso clínico, el funcionamiento y la presencia de enfermedades somáticas entre tres grupos de pacientes: con diagnóstico dual (trastorno mental y dependencia de sustancias), solo con adicción, y solo con trastorno mental. Se enfocó especialmente en analizar diferencias en intentos de suicidio, conductas agresivas y la necesidad de hospitalización psiquiátrica prolongada.	108 pacientes adultos hospitalizados (mayores de 18 años) en una unidad psiquiátrica cerrada en Polonia, entre 2014 y 2016. Tres grupos: Grupo de diagnóstico dual (DD): 30 pacientes con enfermedad mental (esquizofrenia paranoide o trastorno afectivo) y dependencia de sustancias. Grupo de adicción (A): 37 pacientes con dependencia de sustancias únicamente. Grupo control (C): 41 pacientes con enfermedad mental únicamente (esquizofrenia o trastorno afectivo).	CIE-10	Se diseñaron encuestas y cuestionarios específicos, recogían información sobre el curso de la enfermedad, tratamiento, consumo de sustancias, antecedentes familiares, intentos de suicidio, conducta agresiva, hospitalizaciones, accidentes, enfermedades somáticas, situación laboral y social. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas y revisión de la documentación clínica.	Los pacientes con diagnóstico dual (DD) intentaron suicidarse con mayor frecuencia (53.3%) que los pacientes con solo adicción (16.2%) o solo enfermedad mental (36.6%). Los pacientes DD comenzaron el tratamiento a una edad más temprana y tenían mayor probabilidad de estar solteros o divorciados. Los grupos DD y de enfermedad mental presentaron más hospitalizaciones superiores a 180 días. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a incidencia de enfermedades somáticas, lesiones o conductas agresivas.

				Los diagnósticos se establecieron según los criterios CIE10.			
Blanco et al. (2020)	España	Estudio transversal comparativo multicéntrico	Evaluar la prevalencia y caracterizar los eventos traumáticos, el TEPT y la sintomatología asociada en pacientes con patología dual frente a pacientes con solo TUS, así como analizar el impacto clínico de dichos traumas.	150 pacientes hospitalizados en tres unidades de Barcelona (100 con diagnóstico dual, 50 con solo TUS), adultos (18-65 a).	DSM-5	PRISM-DSM-5; CTQ-SF; DES; EGEP-5; HDRS; YMRS; BPRS; Severity of Dependence Scale; Social Readjustment Rating Scale.	El 94 % informó ≥1 suceso traumático; prevalencia de TEPT ≈ 20 % en ambos grupos, pero los pacientes duales mostraron más traumas infantiles, mayor número de eventos adversos, más síntomas disociativos y un perfil clínico global más grave; el maltrato infantil se asoció significativamente al diagnóstico dual y a mayor severidad clínica.
Doyle et al. (2016)	Reino Unido	Estudio de casos y controles anidado dentro de una cohorte, usando datos longitudinales del registro de Investigación en Práctica Clínica (CRPD) del Reino Unido.	Evaluar si los pacientes con trastorno de personalidad (TP) presentan mayor riesgo de suicidio en comparación con pacientes sin diagnóstico psiquiátrico o con otros trastornos mentales, y examinar como este riesgo se ve modificado por el género la edad, el tipo de TP y el abuso del alcohol.	Casos: 2.384 personas fallecidas por suicidio (2002-2011). Controles: 46.899 personas vivas emparejadas por edad, género y centro de atención primaria. La edad media fue de 45 años. Los datos proceden del registro Clinical Practice Research Datalink (CPRD).	Read codes de registros clínicos	Códigos clínicos Read para identificar diagnósticos de TP, otros trastornos mentales y consumo problemático de alcohol. Se usaron modelos de regresión logística para estimar los odds ratios (OR) ajustados.	El riesgo de suicido es 20 veces mayor en pacientes con TP frente a quienes no tienen enfermedad mental. TP límite presenta un riesgo de suicidio 37 veces mayor. Abuso de alcohol comórbido a TLP aumenta 45 veces el riesgo de suicidio. Mujeres: OR=38; Hombres: OR=16.
Formiga et al. (2015)	Brasil	Estudio analítico transversal, con enfoque cuantitativo y muestreo intencional no probabilístico en dos centros de tratamiento de	Investigar la prevalencia de diagnóstico dual entre consumidores y no consumidores de drogas lícitas e ilícitas, y explorar su relación con riesgo de suicidio e intentos de suicidio.	110 voluntarios entre 18 y 69 años, siendo la media 41.73 años. Se dividieron en tres grupos: abstinentes (n=35), consumidores de alcohol únicamente (n=36), y usuarios de	DSM-IV	Cuestionario diseñado para recopilar datos sociodemográficos. ASSIST, para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas en los últimos tres meses.	Las sustancias más consumidas fueron el alcohol (67,3 %; n = 74), el tabaco (60 %; n = 66), el crack (30 %; n = 33) y la marihuana (27,3 %; n = 30). De los consumidores de drogas ilícitas (n = 42), el 42,8 % (n = 18) usó solo una droga y el 57,2 % (n = 24) fueron poliusuarios.

		adicciones de Brasil.		alcohol y drogas ilícitas (n=39).		MINI, para identificar trastornos psiquiátricos, riesgos e intentos de suicidio.	El diagnóstico dual estuvo presente en el 37.1% del Grupo 1, en el 60% del Grupo 2 y en el 71.8% del Grupo 3. El diagnóstico dual fue significativamente mayor en los participantes que presentaban riesgo de suicidio [*p < 0.01,* PR = 1.50 (1.32 a 1.70)], intento de suicidio [*p < 0,04*; PR = 1.45 (1.27 a 1.65)] y actos ilegales [*p < 0.05;* PR = 1,13 (1.00 a 1.27)]. El consumo de crack tenía una mayor tasa de presencia de episodio depresivo mayor [*p < 0.03*; PR = 1,15 (1.01 a 1,31)] y TPA [*p = 0.03*; PR = 1.13 (1.00 a 1.26)].
Hashemzadeh et al. (2023)	España	Estudio transversal comparativo	Examinar el funcionamiento circadiano (cronotipo, jet-lag social, calidad del sueño) y la calidad de vida en pacientes con TUS con y sin comorbilidad de esquizofrenia, y explorar su relación con intentos de suicidio y severidad psicótica.	155 varones en tratamiento ambulatorio: 75 con TUS + esquizofrenia y 80 con TUS solamente; edad media 39 a.	DSM-5	PSQI; Munich Chronotype Questionnaire; WHOQOL-BREF; entrevista estructurada de intentos suicidas y revisión de historias clínicas.	Los pacientes duales mostraron mayor cronotipo vespertino y peor calidad de vida en dominios físico, psicológico y relacional; dichas dimensiones se correlacionaron negativamente con intentos de suicidio y gravedad psicótica; la mala calidad de vida se asoció a peor calidad de sueño.
Icick et al. (2020)	Alemania	Estudio transversal y observacional. Utilizó datos transversales del primer y segundo estudio internacionales de prevalencia de	Investigar si el TDAH comórbido al TUS aumenta la severidad clínica.	1.294 pacientes mayores de 18 años, buscando tratamiento para TUS.	DSM-IV	CAADID, para evaluar la presencia de TDAH. MINI) para evaluar TUS, depresión mayor e hipomanía. SCID-P para evaluar la presencia deTLP-	247 pacientes fueron diagnosticados con TDAH comórbido a TUS. Los pacientes con TDAH y trastorno por uso de sustancias presentaron mayor severidad clínica (policonsumo, mayor número de diagnósticos de dependencia de

		trastornos por uso de sustancias y TDAH (IASP-1 e IASP-2), realizados por la Colaboración Internacional sobre TDAH y Abuso de Sustancias (ICASA).					sustancias) que aquellos que no presentan TDAH comórbido. En los pacientes con TDAH y TUS son más frecuentes trastornos del estado ánimo o trastorno límite de la personalidad. No se observaron diferencias significativas en pensamientos/comportamientos suicidas entre TDAH comórbido y sin TDAH.
Icick et al. (2019)	Francia y Noruega	Estudio observacional, transversal y multicéntrico.	Investigar los factores clínicos y demográficos asociados con los intentos de suicidio (IS) en personas con trastorno bipolar (TB), y examinar cómo los trastornos por consumo de sustancias, incluido el tabaquismo, se relacionan con el riesgo de intento de suicidio en Francia y Noruega.	Un total de N = 916 participantes, 59% mujeres, 74% con TB tipo I y 26% con TB tipo II. El 37% había realizado intentos de suicidio en algún momento de su vida, y el 51% de estos reportaron IS recurrentes. Los TUS incluían: solo consumo de tabaco, tabaco + trastorno por uso de alcohol, tabaco + trastorno por uso de cannabis, y combinaciones de estos.	DSM-IV	Entrevistas clínicas para evaluar los diagnósticos e intentos de suicidio. En Francia se empleó la DIGS, q, en Noruega, la SCID. Intentos de suicidio se definieron como autolesiones con intención de morir, evaluados mediante instrumentos específicos de cada país (DIGS en Francia y CASE en Noruega).	Los intentos de suicidio recurrentes se asociaron con el género (más en mujeres), el estado civil (separados), menor duración del TB, edad más temprana de inicio, antecedentes de episodios mixtos, polaridad depresiva al inicio del TB, mayor tasa de hospitalizaciones, consumo de tabaco y mayor número de paquetes-año fumados. Las comorbilidades con trastornos por consumo de sustancias, en concreto el tabaco y el alcohol, se vincularon con los intentos de suicidio, y con intentos de suicidio recurrentes en mujeres. IS: 37%. IS recurrente en 51%. Tabaco (OR = 1.93), alcohol (OR = 2.22). Mayor riesgo en mujeres y solteros.
Leposavic et al. (2015)	Serbia	Estudio longitudinal, observacional y comparativo.	Determinar la prevalencia y factores predictivos del consumo nocivo de alcohol en pacientes	50 pacientes, entre 20 y 50 años, con diagnóstico de esquizofrenia, hospitalizados al	CIE-10	MINI para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia. Cuestionario modificado para	Mayor prevalencia de consumo nocivo de alcohol en hombres (89%) que en mujeres (11%) con comorbilidad.

			con esquizofrenia, evaluar el componente hereditario en ambas condiciones y analizar sus consecuencias clínicas.	menos una vez en dos clínicas de Serbia.		evaluar el patrón y los efectos del consumo nocivo de alcohol, el neuroticismo infantil, problemas conductuales en la adolescencia, depresión, suicidio y deterioro cognitivo. MMSE: evaluación del estado cognitivo. Cuestionario diseñado para evaluar relaciones interpersonales y caracterizar el consumo nocivo de alcohol en la muestra.	Herencia de alcoholismo significativa en pacientes con comorbilidad (78% vs 4%). Neuroticismo infantil y problemas conductuales en la adolescencia menos frecuentes en el grupo de comorbilidad. Mayor frecuencia de intentos de suicidio y deterioro cognitivo en pacientes con comorbilidad (78.95% vs 38.71% y 11.11% vs 0%, respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en estado civil ni nivel educativo entre grupos.
Lv et al. (2023)	China	Estudio transversal observacional.	Analizar la prevalencia del consumo de alcohol y su relación con los síntomas psiquiátricos en pacientes chinos con esquizofrenia.	616 pacientes hospitalizados en China, con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-5. Todos fueron hombres de 18 a 75 años.	DSM-V	SCID para confirmar diagnóstico de esquizofrenia. Cuestionario autorreportado de alcohol y consumo de tabaco. Una pregunta sobre la ocurrencia de la ideación suicida. PANSS para evaluar los síntomas psiquiátricos.	El 31.5% de la muestra tenían historial de consumo de alcohol, el 82.9% se habían abstenido tras el diagnóstico de esquizofrenia. Los pacientes con antecedentes de consumo de alcohol frente a los no consumidores, tenían más probabilidades de fumar (*p = 0.004),* tener intentos de suicidio (14.5% vs 7.1%; OR=2.22) e ideaciones autolíticas (29% vs 17.5%; OR=1.93). Además, en comparación con los no bebedores tenían síntomas positivos (*p < 0.001)* y depresivos (*p = 0.034)* más graves, mientras que los negativos eran menos graves.
Marín-Navarrete et al. (2021)	México	Estudio transversal, observacional, descriptivo y multisede.	Caracterizar a usuarios con patología dual (PD) en tratamiento ambulatorio.	148 pacientes de centros de tratamiento, predominantemente hombres y con una edad promedio de 29.8	DSM-IV	Cuestionario sobre características clínicas y demográficas, con una sección del ASI. MoCA, para detectar el deterioro cognitivo.	En el grupo con PD la sustancia con mayor impacto fue la cocaína (25.7%), y en el grupo sin PD fue el alcohol (11.5%).

				años. Se crearon dos grupos: con patología dual – PD – (n=91) y sin patología dual (n=57).		MINI para evaluar los trastornos psiquiátricos. Cuestionario de conducta sexual para evaluar la conducta sexual de riesgo en los últimos 30 días WHOQol-BREF para evaluar la salud física, psicológica, relaciones sociales y medioambiente.	Los trastornos comórbidos más prevalentes fueron el trastorno de personalidad antisocial (48.6%), TDAH (28.9%), trastorno depresivo mayor (12.2%) y trastorno de ansiedad generalizada (10.1%). La prevalencia de intento de suicidio fue del 35.68% en el grupo de patología dual. Encontraron un riesgo aumentado en este grupo para el intento suicida (OR = 4.2, IC95% [1.89–9.34], (*p < 0.001),* ideación suicida (últimos 30 días) (OR = 5.1, IC95% [1.44–18.02], *p < 0.001*) y planeación suicida (últimos 30 días) (OR = 6.5, IC95% [3.24–52.61], *p < 0.001*).
Márquez-Arrico et al. (2020)	España	Estudio transversal con seguimiento a 12 meses	Comparar la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) entre pacientes con TUS y aquellos con TUS y depresión mayor, y evaluar el valor predictivo de la HRQoL sobre recaídas a 3, 6 y 12 meses.	237 varones: 123 con TUS y 114 con TUS + TDM (51 sintomáticos, 63 asintomáticos); edad media 39 a.	DSM-IV	SCID-I; Hamilton Depression Rating Scale; DAST-20; Social Adaptation Self-evaluation Scale; SF-36 (versión española).	El grupo TUS + TDM mostró peores puntuaciones en Salud Mental, Vitalidad y Salud General; las limitaciones físicas se relacionaron con la sintomatología depresiva. La HRQoL basal predijo recaídas: General Health para TUS + TDM asintomáticos y Physical Functioning para TUS fueron predictores principales a 3, 6 y 12 meses.
Márquez-Arrico et al. (2016)	España	Estudio transversal con diseño comparativo entre grupos clínicos.	Determinar si los perfiles de temperamento y carácter varían significativamente entre trastorno por uso de sustancias, trastorno por uso de sustancias comórbido a esquizofrenia y esquizofrenia sin	165 hombres adultos divididos en tres grupos (55 por grupo): Grupo SZ+: diagnóstico de esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias. Grupo SZ-: esquizofrenia sin	DSM-IV	SCID-I para confirmar diagnósticos. GAF para evaluar el funcionamiento general de cada paciente. PANSS para evaluar los síntomas psicóticos. TCI-R para obtener el perfil de	El Grupo SZ+ presento más intentos de suicidio que el grupo SUD (*p = 0.011).* El Grupo SZ+ mostró un perfil de personalidad significativamente más desadaptativo: mayor Búsqueda de novedad (NS) (impulsividad), mayor Evitación del daño (HA) (ansiedad, miedo anticipado), menor Autodirección (SD) (baja autoeficacia, metas

			trastorno por uso de sustancias.	trastorno por uso de sustancias. Grupo SUD: trastorno por uso de sustancias sin diagnóstico psiquiátrico.		temperamento y carácter.	difusas), mayor Autotrascendencia (ST) (tendencia a lo mágico o espiritual no estructurado). El grupo SUD solo tenía alta impulsividad (NS), pero menos rasgos desadaptativos globales. El grupo SZ– tenía alta evitación del daño, pero mayor autodirección que SZ+.
Rodríguez-Cintas et al. (2018)	España	Estudio de cohorte retrospectivo.	Identificar los factores clínicos y demográficos asociados con la ideación suicida y los intentos de suicidio entre pacientes con trastorno por uso de sustancias.	Muestra compuesta por 696 pacientes diagnosticados con TUS, reclutados en servicios ambulatorios de adicciones entre marzo de 2007 y diciembre de 2015. Los participantes presentaban perfiles sociodemográficos y clínicos diversos, con datos centrados en la ideación suicida y los intentos de suicidio a lo largo de la vida.	DSM-IV-TR	Cuestionario sociodemográfico ad-hoc: recopilar información demográfica básica. EuropASI): para evaluar el consumo, y preguntas sobre ideación e intentos de suicidio. Entrevistas diagnósticas: evaluar las comorbilidades psiquiátricas, la impulsividad, los síntomas depresivos y los antecedentes de conductas suicidas.	La ideación suicida y los intentos de suicidio a lo largo de la vida se asoció significativamente con el trastorno límite de la personalidad, trastornos depresivos, abuso sexual, consumo de múltiples sustancias, TDAH e impulsividad motora ($p < 0.001$ en todas las asociaciones). La impulsividad, especialmente la impulsividad motora, fue más alta en los pacientes con conductas suicidas.
Youssef et al. (2016)	Arabia Saudí	Estudio de casos controlado	Examinar la relación entre el diagnóstico dual y los pensamientos suicidas, así como investigar la probabilidad de suicidio y la gravedad de la depresión entre los abusadores de sustancias suicidas.	239 participantes entre 18 y 45 años. El grupo experimental (n = 122) cumplía los criterios diagnósticos de abuso de una o más sustancias, con y sin antecedentes suicidas (79 y 43, respectivamente). El 82,79% presentaba diagnóstico dual. El grupo control estuvo	DSM-IV-TR	Versión árabe estandarizada de la Escala de Probabilidad de Suicidio para evaluar el riesgo de suicidio y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para medir la gravedad de la depresión.	El 82.7% de los pacientes con patología dual presentaron riesgo de suicidio. Se encontró una asociación significativa entre el diagnóstico dual y el riesgo suicida, especialmente el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ($p<0.001$), el trastorno esquizoafectivo ($p<0.017$), el trastorno depresivo mayor ($p<0.001$), el TPA ($p<0.016$) y el TLP ($p<0.005$).

	compuesto por 117 varones sin ningún trastorno.		Una mayor duración del consumo de sustancias, así como el uso de sustancias como alcohol, anfetaminas y sustancias volátiles, se relacionaron con un aumento en los pensamientos y conductas suicidas. Los individuos con conductas suicidas obtuvieron puntuaciones más altas en las escalas de probabilidad de suicidio y depresión, lo que indica un mayor nivel de riesgo.

Nota. Abreviaturas utilizadas:

PD: Patología Dual // TUS: Trastorno por Uso de Sustancias // TDM: Trastorno Depresivo Mayor // TLP: Trastorno Límite de la Personalidad // TPA: Trastorno de Personalidad Antisocial // TP: Trastorno de Personalidad // TB: Trastorno Bipolar // TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático // TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad // SZ+: Esquizofrenia con TUS // SZ–: Esquizofrenia sin TUS // SUD: Trastorno por Uso de Sustancias sin otro diagnóstico psiquiátrico // IS: Intento(s) de Suicidio // DSM-IV / DSM-IV-TR / DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales // CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición // SCID-I / SCID-P: Entrevista Clínica Estructurada para los Ejes I y II del DSM // MINI: // Mini International Neuropsychiatric Interview // DIGS: Diagnostic Interview for Genetic Studies // CAADID: Conners Adult ADHD Diagnostic Interview // PDQ-4+: Personality Diagnostic Questionnaire // PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale // GAF: Global Assessment of Functioning // CGI: Clinical Global Impression // BDI: Beck Depression Inventory // Plutchik: Plutchik Suicide Risk Scale // DAST-20: Drug Abuse Screening Test // SASS: Social Adaptation Self-evaluation Scale // WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale, 3ª edición // TMT-B: Trail Making Test, Parte B // WCST: Wisconsin Card Sorting Test IGT: Iowa Gambling Task // CTQ-SF: Childhood Trauma Questionnaire – Short Form // DES: Dissociative Experiences Scale // EGEP-5: Evaluación Global de la Experiencia Psicótica // HDRS: Hamilton Depression Rating Scale // YMRS: Young Mania // Rating Scale // BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale // SDS: Severity of Dependence Scale // SRRS: Social Readjustment Rating Scale // ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test // MMSE: Mini Mental State Examination // MoCA: Montreal Cognitive Assessment // TCI-R: Temperament and Character Inventory – Revised // SF-36: Short Form Health Survey (36 ítems) // WHOQOL-BREF: WHO Quality of Life – Abbreviated // PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index // ASI/EuropASI: Addiction Severity Index / versión europea // OR: Odds Ratio (razón de probabilidades) // PR: Prevalence Ratio (razón de prevalencia) // IC95%: Intervalo de Confianza del 95% // *p*: Nivel de significación estadística

Se incluyeron 16 estudios en la presente revisión sistemática. Fueron realizados en 11 países, con tamaños muestrales entre 50 y 1.294 participantes. La mayoría emplearon un diseño transversal y se realizaron en contextos clínicos ambulatorios, hospitalarios o unidades especializadas en salud mental o adicciones. Los resultados se organizan temáticamente, y algunos estudios se incluyen en más de una categoría por la multidimensionalidad de sus hallazgos. Se reportan datos sobre país, tamaño de muestra, diseño, ambiente clínico, instrumentos, resultados estadísticos y principales asociaciones con conducta suicida.

Patología dual en trastorno bipolar y riesgo suicida. Diversos estudios incluidos en esta revisión evidenciaron que la coexistencia de un trastorno bipolar (TB) con un trastorno por uso de sustancias (TUS) incrementa significativamente el riesgo de suicidio, tanto en términos de ideación como de intentos. Esta asociación se ha observado de manera consistente en poblaciones clínicas de distintos países, con diferentes diseños y herramientas diagnósticas, incluyendo criterios del DSM-IV, DSM-5 y entrevistas estructuradas como MINI, SCID o DIGS.

Arias et al. (2017, España) realizó un estudio transversal con 174 pacientes diagnosticados con TB tipo I (n = 83) y tipo II (n = 91) dentro de una muestra más amplia de 837 individuos atendidos en redes de salud mental (n = 208) y drogodependencias (n = 629). Utilizando el MINI (DSM-IV) y el PDQ-4+ para los trastornos de personalidad, se observó que la prevalencia de patología dual fue significativamente mayor en los pacientes atendidos en salud mental (61.9%) que en drogodependencias (24.3%). Los pacientes bipolares con TUS presentaron un perfil clínico más grave: consumo más temprano de alcohol ($p < 0.05$), mayor comorbilidad con trastornos de ansiedad y de personalidad, y mayor riesgo suicida ($p < 0.01$). No se observaron diferencias significativas en cuanto al riesgo suicida entre los tipos I y II del TB, pero sí diferencias en los patrones de consumo de sustancias.

Icick et al. (2019, Francia y Noruega) llevó a cabo un estudio observacional transversal con una muestra de 916 pacientes con diagnóstico de TB (74% tipo I, 26% tipo II), evaluados mediante entrevistas estructuradas DIGS (Francia) y SCID (Noruega), conforme al DSM-IV. Se observó una tasa general del 37% de intentos de suicidio a lo largo de la vida, y de estos, el 51% reportó intentos recurrentes. Mediante análisis de regresión logística multinomial, se identificaron como predictores del intento de suicidio: género femenino, estado civil (separación/divorcio), polaridad depresiva al inicio del trastorno, duración más corta del TB, mayor número de hospitalizaciones, y comorbilidad

con consumo de alcohol (OR = 2.22) y tabaco (OR = 1.93). Además, se encontró una asociación significativa entre mayor número de paquetes-año de tabaco y riesgo suicida.

Estos hallazgos se complementan entre sí, señalando que el riesgo suicida en pacientes con TB se ve agravado por la presencia de TUS, particularmente alcohol y tabaco, y que esta asociación se mantiene incluso tras controlar por factores sociodemográficos y clínicos. La identificación de factores de riesgo diferenciales según el país (Francia y Noruega) en Icick et al. (2020) permite contextualizar la patología dual en función de variables culturales y estructurales.

Patología dual en esquizofrenia y funciones cognitivas. Una proporción considerable de los estudios revisados se centraron en la comorbilidad entre esquizofrenia y trastornos por uso de sustancias (TUS), identificando efectos adversos en el funcionamiento neurocognitivo y una mayor prevalencia de ideación e intentos suicidas. Se utilizaron criterios diagnósticos estandarizados (DSM-IV, DSM-5, CIE-10) y entrevistas estructuradas (SCID, MINI), junto con baterías neuropsicológicas para evaluar el deterioro cognitivo.

Adan et al. (2017, España) realizó un estudio comparativo transversal con 50 hombres con diagnóstico dual de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y TUS, entre 18 y 45 años. Se dividieron en dos grupos: con (DS+, n = 24) y sin (DS-, n = 26) intentos de suicidio previos. Se aplicaron múltiples instrumentos diagnósticos (SCID-I, PANSS, GAF, CGI, WAIS-III, WCST, TMT-B, Iowa Gambling Task). Los pacientes con historial de IS mostraron un peor rendimiento en la toma de decisiones (IGT) y en funciones ejecutivas ($p < 0.05$), incluso tras controlar por dependencia de alcohol. Asimismo, el riesgo actual de suicidio se asoció con mayor insight, síntomas positivos y antecedentes familiares de TUS. El análisis de regresión reveló que el IQ premórbido, la duración del TUS y la severidad de los síntomas negativos explicaban una parte significativa del deterioro ejecutivo.

Lv et al. (2023, China) llevó a cabo un estudio observacional transversal con 616 pacientes varones con diagnóstico de esquizofrenia según DSM-5, evaluados mediante SCID y la escala PANSS. El 31.5% reportó historial de consumo de alcohol, de los cuales el 82.9% se había abstenido tras el diagnóstico. La prevalencia de intento suicida fue significativamente mayor en los bebedores (14.5% vs 7.1%, OR = 2.22), así como la ideación suicida (29% vs 17.5%, OR = 1.93). Además, este grupo presentó mayor severidad en los síntomas positivos ($p < 0.001$) y depresivos ($p = 0.034$), lo cual sugiere un perfil clínico más complejo en los pacientes duales.

Leposavic et al. (2015, Serbia) diseñó un estudio longitudinal comparativo con 50 pacientes con esquizofrenia diagnosticados según CIE-10 (confirmado con MINI), con y sin consumo nocivo de alcohol. El grupo dual mostró una prevalencia de intentos de suicidio del 78.95%, en comparación con el 38.71% del grupo sin TUS. También se observó deterioro cognitivo en el 11.11% del grupo dual (vs 0% en el grupo control), medido mediante el MMSE. El estudio evidenció un mayor componente hereditario de alcoholismo en los pacientes duales (78% vs 4%).

Márquez-Arrico et al. (2016, España) analizó a 165 hombres adultos divididos en tres grupos (n = 55 por grupo): esquizofrenia + TUS (SZ+), esquizofrenia sin TUS (SZ-), y TUS sin diagnóstico psiquiátrico. Se aplicaron SCID-I, PANSS, GAF y el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R). Los pacientes SZ+ mostraron mayor frecuencia de IS ($p = 0.011$) y un perfil de personalidad más desadaptativo: mayor impulsividad (alta búsqueda de novedad), alta evitación del daño (indicativa de ansiedad y temor), y baja autodirección (falta de metas claras y escasa autoeficacia).

Trastornos de personalidad y patología dual. Los trastornos de personalidad, especialmente el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y el Trastorno de Personalidad Antisocial (TPA), se han identificado como factores de riesgo relevantes para la conducta suicida en pacientes con patología dual. Esta categoría diagnóstica emerge de forma transversal en múltiples estudios y áreas temáticas de esta revisión.

Rodríguez-Cintas et al. (2018, España) observó en su cohorte de 696 pacientes atendidos en centros de adicciones que la presencia de TLP, diagnosticada mediante entrevista clínica estructurada bajo criterios DSM-IV-TR, era uno de los predictores más robustos de ideación e intentos suicidas ($p < 0.001$). Además, se asociaron a la conducta suicida variables como el abuso sexual, impulsividad motora, y la comorbilidad con TDAH y TDM.

Doyle et al. (2016, Reino Unido) utilizó una cohorte retrospectiva de 49.283 pacientes adultos del Clinical Practice Research Datalink (CPRD), aplicando codificación diagnóstica Read Codes. Se halló que el riesgo de suicidio era 20 veces mayor en pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad, y hasta 45 veces mayor cuando se trataba de TLP comórbido con abuso de alcohol. La regresión logística ajustada reveló una interacción significativa entre TLP, consumo de alcohol y suicidio, especialmente en mujeres jóvenes (OR = 38 para mujeres, OR = 16 para hombres).

Formiga et al. (2015, Brasil) en un estudio transversal con 110 pacientes usuarios de drogas, diagnosticados con MINI (DSM-IV) y evaluados con el ASSIST, reportó que el TPA fue significativamente más prevalente en el grupo con diagnóstico dual, y su presencia se asoció a un mayor riesgo de suicidio (PR = 1.50) e intento suicida (PR = 1.45), ambas asociaciones con significación estadística ($p < 0.05$).

Marín-Navarrete et al. (2021, México) identificó, a través de un estudio transversal con 148 pacientes, que la presencia de TLP fue uno de los predictores más relevantes del intento suicida en pacientes con PD. Se utilizó el MINI, el WHOQOL-BREF y la MoCA, bajo criterios DSM-IV. El 35.68% del grupo dual presentó intentos suicidas, y el análisis multivariado mostró que el TLP, junto con el TDAH y el TDM, explicaban gran parte de la varianza asociada a la conducta suicida (OR > 4.0, $p < 0.001$).

Youssef et al. (2016, Arabia Saudí) también destacó el papel de los trastornos de personalidad, especialmente el TLP, en pacientes con PD hospitalizados por TUS. Usando criterios DSM-IV y escalas como BDI y la Escala de Probabilidad de Suicidio, el estudio encontró que los trastornos de personalidad se asociaban significativamente con ideación suicida y puntuaciones elevadas en riesgo clínico suicida.

Patología dual, trauma y factores psicosociales. Los estudios que abordan el trauma y los factores psicosociales destacan su papel modulador sobre la conducta suicida en personas con patología dual. Las experiencias adversas en la infancia, los trastornos de personalidad comórbidos, la impulsividad y la disociación aparecen como factores relevantes en el desarrollo de conductas autolesivas o intentos suicidas.

Blanco et al. (2020, España) llevó a cabo un estudio transversal multicéntrico con 150 pacientes, de los cuales 100 presentaban patología dual (PD) y 50 solo trastorno por uso de sustancias (TUS). Se utilizaron criterios del DSM-V mediante la entrevista PRISM, además de instrumentos psicométricos como el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-SF), la Escala de Experiencias Disociativas (DES) y la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). El trastorno más prevalente en el grupo de patología dual fue los trastornos del estado de ánimo (37%), seguido del TEPT, que tuvo una incidencia del alrededor del 20% en ambos grupos. El 94% de los pacientes reportó al menos un evento traumático. El grupo con PD presentó significativamente mayor prevalencia de trauma infantil, más síntomas disociativos y mayor gravedad clínica general. El análisis multivariado mostró que el maltrato

emocional y físico en la infancia se asociaba significativamente al diagnóstico dual ($p < 0.01$), siendo también predictores del riesgo suicida.

Rodríguez-Cintas et al. (2018, España) evaluó retrospectivamente a 696 pacientes con diagnóstico de TUS, diagnosticados mediante entrevistas estructuradas y criterios DSM-IV-TR. Se empleó el EuropASI para evaluar variables clínicas y sociales. Los resultados mostraron que la ideación e intentos suicidas a lo largo de la vida estaban significativamente asociados con la presencia de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Trastorno Depresivo Mayor (TDM), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), antecedentes de abuso sexual y alto nivel de impulsividad motora ($p < 0.001$). El estudio identificó la combinación de múltiples factores clínicos y psicosociales como un perfil de alto riesgo suicida en la población con PD.

Patología dual, calidad de vida y cronotipo. La literatura revisada sugiere que los pacientes con patología dual presentan una reducción significativa en la calidad de vida percibida, acompañada de alteraciones en los ritmos circadianos. Estas dimensiones, particularmente el deterioro del bienestar psicológico y social, se han vinculado con mayor probabilidad de conducta suicida.

Hashemzadeh et al. (2023, España) evaluó a 155 hombres adultos en tratamiento por TUS, divididos en dos grupos: 75 con diagnóstico dual (esquizofrenia + TUS) y 80 con solo TUS. Se aplicaron instrumentos como el WHOQOL-BREF (calidad de vida), PSQI (calidad del sueño) y el Munich Chronotype Questionnaire (cronotipo), bajo criterios diagnósticos del DSM-5. El grupo con PD presentó puntuaciones más bajas en calidad de vida física, psicológica y en relaciones sociales, además de un cronotipo vespertino significativamente más marcado ($p < 0.05$). La presencia de un cronotipo vespertino y una menor calidad del sueño se asociaron con mayor prevalencia de intentos de suicidio.

Márquez-Arrico et al. (2020, España) realizó un estudio transversal con seguimiento a 12 meses sobre 237 varones con TUS, divididos según la presencia o no de trastorno depresivo mayor (TDM). Se utilizó el SCID-I para diagnóstico (DSM-IV), la escala SF-36 y la HDRS. Los pacientes con diagnóstico dual TUS+TDM presentaron puntuaciones significativamente más bajas en los dominios de salud mental, vitalidad y salud general ($p < 0.001$). Además, la calidad de vida basal fue un predictor estadísticamente significativo de recaídas a los 3, 6 y 12 meses, mostrando una relación indirecta entre deterioro funcional y vulnerabilidad suicida.

Marín-Navarrete et al. (2021, México) examinó 148 pacientes en tratamiento ambulatorio por TUS, de los cuales 91 presentaban diagnóstico dual. Se aplicaron el MINI, WHOQOL-BREF y la MoCA. La prevalencia de intento suicida fue del 35.68% en el grupo dual. El análisis de regresión logística multivariada evidenció asociaciones significativas entre el intento suicida y la presencia de TLP, TDAH, TDM, así como puntuaciones bajas en calidad de vida general (OR = 4.2, $p < 0.001$).

Variables culturales y contexto en patología dual. El entorno cultural, los sistemas sanitarios y el patrón de consumo influyen en la prevalencia de suicidio en PD.

Formiga et al. (2015, Brasil) condujo un estudio transversal con 110 pacientes de centros de tratamiento. Usó el MINI (DSM-IV) y el ASSIST. El grupo con consumo de drogas ilícitas mostró mayor prevalencia de PD (71.8%), trastorno de personalidad antisocial (TPA), episodios depresivos y mayor riesgo de suicidio (PR=1.50; $p<0.01$).

Youssef et al. (2016, Arabia Saudí) analizó 239 varones (122 con TUS), mediante DSM-IV-TR, BDI y Escala de Probabilidad de Suicidio. El 82.7% de los pacientes duales tenía riesgo suicida. El TLP, TPA y el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se asociaron significativamente con IS ($p < 0.001$).

Doyle et al. (2016, Reino Unido), con una muestra de 2,384 suicidios y 46,899 controles, usó los registros Read Codes en el CPRD. Se encontró que el TP incrementa 20 veces el riesgo suicida (OR=20), y el TLP comórbido con alcohol lo eleva 45 veces (OR mujeres=38; OR hombres=16). El análisis multivariante se ajustó por edad, género y diagnóstico primario.

Los resultados sobre la relación entre el TDAH y la conducta suicida en pacientes con trastorno por uso de sustancias (TUS) son inconsistentes. Icick et al. (2020, Alemania), a partir de los datos de los estudios IASP-1 e IASP-2 con 1.294 pacientes en tratamiento por TUS, encontró que el 19% (n=247) presentaban TDAH diagnosticado según criterios DSM-IV. Aunque el TDAH comórbido se asoció con una mayor gravedad clínica general, incluyendo más policonsumo y comorbilidades psiquiátricas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ideación o conducta suicida respecto a quienes no tenían TDAH.

Este hallazgo contrasta con otros estudios que sí han identificado al TDAH como un factor asociado a un mayor riesgo suicida. Rodríguez-Cintas et al. (2018, España), en una cohorte de 696 pacientes con TUS, encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre el diagnóstico de TDAH y la presencia de ideación o intento suicida. Este estudio, que utilizó criterios DSM-IV-TR y evaluaciones estructuradas, destacó al TDAH como uno de los predictores clínicos más robustos, junto con el trastorno límite de la personalidad, el abuso sexual y la impulsividad motora. De manera similar, Marín-Navarrete et al. (2021, México) mostraron mediante análisis de regresión logística multivariada que el TDAH comórbido se asociaba significativamente con intento suicida en pacientes duales, con un odds ratio mayor a 4.0 ($p < 0.001$).

4 Discusión

4.1 Integración de resultados

Los hallazgos de la presente revisión sistemática confirman la elevada frecuencia y el impacto de la patología dual en las conductas suicidas. En cuanto a la prevalencia, Arias et al. (2017) documentaron que más de la del 60% de pacientes con trastorno bipolar atendidos en redes de salud mental presentaban también TUS, cabe indicar que esta alta coexistencia se asocia con un riesgo de suicidio significativamente superior al observarlo en pacientes con diagnóstico único ($p < 0.01$), lo que coincide con la justificación de la presente investigación acerca de la necesidad de cuantificar la magnitud de esta asociación frente a trastornos aislados. San et al. (2016) y Aris et al (2013) ya señalaban que en España el 60% de las personas con adicción sufren además otro trastorno mental.

Estudios realizados en España, Francia, Noruega, China, Brasil y Arabia Saudí, entre otros, aportan evidencia convergente. Por ejemplo, Márquez-Arrico (2016), reveló que los pacientes con esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias presentó más intentos de suicidio en comparación con aquellos con esquizofrenia o solo trastorno por uso de sustancias. Leposavic et al. (2015) hallaron que el 78.95% de los pacientes con esquizofrenia y consumo nocivo de alcohol había intentado suicidarse, frente al 38.71% en el grupo no dual.

Blachut et al. (2019) encontró que los pacientes con diagnóstico dual (DD) intentaron suicidarse con mayor frecuencia (53.3%) que los pacientes con solo adicción (16.2%) o solo enfermedad mental (36.6%). Asimismo, Icick et al. (2019) mostraron que, entre los pacientes con trastorno bipolar, el consumo de alcohol y tabaco duplicaba el riesgo de intento suicida. Estos

hallazgos coinciden con Arias et al. (2017), quienes revelaron que los pacientes con trastorno bipolar tenían un riesgo significativo de suicidio, además se asoció con el alcohol y la cocaína. El hallazgo de Carrà et al (2014) es concordante, en su metaanálisis encontró un riesgo de suicidio estadísticamente significativamente mayor en individuos con trastorno bipolar.

Este patrón se mantiene en el caso de los trastornos de personalidad, Doyle et al. (2016) detectaron un riesgo 45 veces mayor de suicidio en mujeres con trastorno límite de la personalidad (TLP) y abuso de alcohol, y 20 veces mayor en hombres. Estos datos reflejan una magnitud de riesgo que no solo es clínicamente alarmante, sino también estadísticamente robusta. Arias en al. (2013, 2017) y Marín-Navarrete (2021) también encontraron asociaciones significativas entre riesgo de suicidio y trastornos de personalidad. Asimismo, Kassie et al. (2022), demostró que las mujeres con patología dual presentaban mayor riesgo de intento de suicidio, y los hombres presentaron más riesgo de ideación suicida, igual que Icick et al. (2019), que halló que las mujeres con TB y TUS presentaban más intentos de suicidio.

En consonancia Youssef et al. (2016) encontró que el 82.7% de la muestra con patología dual tuvo ideación suicida, y se asoció de forma significativa con trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno depresivo mayor, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de la personalidad. Estos hallazgos se ven respaldados por otras investigaciones, como las de Onaemo et al. (2022) y la de Armoon et al. (2021, 2022), quienes encontraron mayor riesgo de suicidio en trastorno depresivo mayor y trastorno por uso de sustancias), y Fernández et al. (2015) que asoció el suicidio al trastorno límite de la personalidad comórbido a TUS.

Por otro lado, los estudios revisados destacan la relevancia de factores psicosociales y funcionales como moduladores del riesgo suicida en PD. El trauma infantil fue documentado como predictor de severidad clínica y conducta suicida (Blanco et al., 2020; Rodríguez-Cintas et al., 2018). La impulsividad y así como la disociación psíquica, también se identificaron como mecanismos facilitadores de la autolesión o el intento suicida, especialmente en presencia de TLP o consumo de múltiples sustancias. Esto concuerda con hallazgos anteriores, por ejemplo, Joiner (2005) y Mann (2003), explican que la impulsividad es un factor determinante para el suicidio, así como el consumo de sustancias. Fernández et al. (2015) también investigó la impulsividad como factor clave en los trastornos de personalidad y el trastorno por uso de sustancias.

Las variables emergentes como la calidad de vida y el cronotipo han comenzado a recibir atención. El trabajo de Hashemzadeh et al. (2023) es pionero en vincular el cronotipo vespertino y la baja calidad de sueño con intentos suicidas en pacientes duales. Asimismo, estudios como el de Márquez-Arrico et al. (2020) mostraron que una calidad de vida deteriorada predice recaídas en el consumo y mayor vulnerabilidad suicida a corto y medio plazo. Estos hallazgos invitan a considerar la inclusión de indicadores funcionales y biológicos en las evaluaciones clínicas, ya que podrían actuar como variables de cribado complementarias a los factores clínicos clásicos.

No obstante, más allá de la contundencia general, la revisión revela una heterogeneidad metodológica y diagnóstica considerable que debe ser discutida en profundidad. En primer lugar, los estudios presentan amplias variaciones en el tamaño de la muestra, lo cual influye en la potencia estadística, la precisión de los resultados y su validez externa. Algunos trabajos, como los de Adan et al. (2017) o Leposavic et al. (2015), se basan en muestras clínicas reducidas (n = 50), centradas en varones y con diagnósticos específicos, lo cual limita la generalización de sus conclusiones. En contraste, estudios como el de Doyle et al. (2016) incluyen muestras poblacionales masivas (n > 49.000), lo que les permite mayor representatividad, aunque con menos control clínico sobre los diagnósticos individuales. Esta disparidad condiciona la potencia estadística y la estabilidad de los estimadores: los estudios con muestras pequeñas son más vulnerables al error tipo II, mientras que los estudios de gran escala pueden sufrir sesgos de clasificación si utilizan datos clínicos sin verificación estructurada.

Otro elemento a considerar son los diferentes criterios diagnósticos para identificar tanto los trastornos psiquiátricos como los TUS. Mientras algunos aplicaron criterios del DSM-IV (Arias et al., 2017; Doyle et al., 2016; Formiga et al., 2015), otros usaron el DSM-V (Lv et al., 2023; Hashemzadeh et al., 2023) o la CIE-10 (Leposavic et al., 2015), lo que introduce variabilidad en la clasificación y severidad de los diagnósticos

También existe una notable diversidad en los instrumentos empleados para el diagnóstico y la evaluación clínica. Se utilizaron herramientas estructuradas como el MINI (Formiga et al., 2015; Marín-Navarrete et al., 2021), SCID (Lv et al., 2023; Adan et al., 2017), DIGS (Icick et al., 2019) y PRISM (Blanco et al., 2020), pero en algunos casos, como en Doyle et al. (2016), se recurrió a registros clínicos codificados (Read Codes), lo cual podría afectar la precisión diagnóstica. Asimismo, algunos estudios

utilizaron instrumentos ad hoc o poco validados, sobre todo en contextos no occidentales (e.g., Youssef et al., 2016), lo que plantea problemas de equivalencia conceptual.

Un área de inconsistencia destacada es el rol del TDAH comórbido en pacientes con TUS. Mientras Rodríguez-Cintas et al. (2018) y Marín-Navarrete et al. (2021) lo señalan como predictor robusto de intento suicida (OR > 4.0, $p < 0.001$), el estudio de Icick et al. (2020) no halló diferencias significativas entre pacientes con y sin TDAH. Esta contradicción podría explicarse por diferencias metodológicas (uso del CAADID frente al MINI), diferencias culturales (Alemania vs. Latinoamérica), o por la medición del desenlace (gravedad clínica vs. suicidio). Esto subraya la necesidad de estudios longitudinales que puedan establecer relaciones causales más claras.

En síntesis, la presente revisión confirma que la patología dual constituye un fenómeno clínico de alta complejidad, cuya asociación con la conducta suicida no puede ser explicada únicamente desde la suma de diagnósticos. Se trata de una interacción multifactorial, donde confluyen vulnerabilidades biográficas, psicopatológicas y sociales que configuran un perfil de alto riesgo. A pesar de la heterogeneidad metodológica, la consistencia general de los hallazgos respalda la conclusión de que la PD debe ser considerada como una condición prioritaria en las estrategias de prevención del suicidio, especialmente en contextos clínicos y de salud pública.

4.2 Relación de los hallazgos con los objetivos planteados

Por lo que a la pregunta que vertebra esta revisión sistemática ¿Cuál es la prevalencia y magnitud del riesgo de conductas suicidas (ideación, intentos, suicidio consumado) en adultos con patología dual en comparación con quienes presentan trastornos psiquiátricos únicos, y qué factores clínicos o psicosociales modulan esta relación?, se ha encontrado que

OE1. Estudiar la prevalencia de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado en adultos con diagnóstico de patología dual.

Los resultados obtenidos permiten confirmar que la prevalencia de conductas suicidas en población con patología dual (PD) es sustancialmente elevada, particularmente en comparación con la población con diagnósticos únicos, ya sea trastorno mental o TUS. Las tasas de ideación e intentos suicidas superan con frecuencia el 30% y, en algunos estudios, como el de Leposavic et al. (2015), alcanzan valores cercanos al 80%. En este sentido, la prevalencia de intento suicida en pacientes duales

con esquizofrenia duplica la de aquellos sin TUS (78.95% vs. 38.71%), y cifras similares se observaron en poblaciones con trastorno bipolar (Icick et al., 2019) o TLP (Rodríguez-Cintas et al., 2018).

Aunque el suicidio consumado fue menos abordado, debido a las limitaciones propias de los diseños transversales, estudios como el de Doyle et al. (2016), que analizó datos retrospectivos en el Clinical Practice Research Datalink, identificaron una proporción considerable de muertes por suicidio asociadas a diagnósticos de PD. Estos hallazgos consolidan la necesidad de abordar el suicidio no solo como desenlace extremo, sino como un continuo de riesgo que se inicia con la ideación y progresa hacia el acto suicida.

OE2. Analizar la magnitud de la asociación entre patología dual y la ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado en comparación con los trastornos únicos.

Leposavic et al. (2015, Serbia) comparó explícitamente pacientes esquizofrénicos con y sin consumo nocivo de alcohol, reportando una prevalencia de IS del 78.95% en el grupo dual frente al 38.71% en el grupo sin TUS. Además, se observó deterioro cognitivo en el 11.11% del grupo dual (vs 0%). Por su parte, Lv et al. (2023, China) también evidenció que pacientes con esquizofrenia y antecedentes de consumo de alcohol presentaban mayor prevalencia de intento suicida (14.5% vs 7.1%, OR = 2.22) e ideación suicida (29% vs 17.5%, OR = 1.93) que aquellos sin dicha comorbilidad.

En población con trastorno bipolar, Arias et al. (2017, España) observó un mayor riesgo suicida ($p < 0.01$) en pacientes bipolares con TUS, en comparación con pacientes bipolares sin consumo problemático, así como mayor comorbilidad con ansiedad y trastornos de personalidad. En la misma línea, Icick et al. (2019, Francia y Noruega) encontró que en pacientes con trastorno bipolar, la comorbilidad con consumo de alcohol (OR = 2.22) y tabaco (OR = 1.93) se asociaba significativamente con la ocurrencia de intentos de suicidio.

La evidencia más robusta proviene del ámbito de los trastornos de personalidad. Doyle et al. (2016, Reino Unido), con una cohorte de más de 49.000 pacientes, halló que el riesgo de suicidio era 20 veces mayor en pacientes con trastorno de personalidad, y se incrementaba hasta 45 veces cuando se trataba de TLP comórbido con abuso de alcohol (OR mujeres = 38, OR hombres = 16), en comparación con controles sin comorbilidades.

Formiga et al. (2015, Brasil) también documentó una mayor prevalencia de TPA en el grupo dual y una asociación significativa con IS (PR = 1.45, $p < 0.05$), mientras que Marín-Navarrete et al. (2021, México) encontró que el 35.68% de los pacientes duales presentaban intento suicida, significativamente más que en el grupo sin diagnóstico dual, con odds ratios superiores a 4.0 ($p < 0.001$).

En estudios centrados en trauma y factores psicosociales, Blanco et al. (2020, España) comparó 100 pacientes con PD y 50 con solo TUS. El grupo dual presentó significativamente más síntomas disociativos, peor gravedad clínica general y una asociación estadísticamente significativa entre trauma infantil y riesgo suicida. De igual modo, Rodríguez-Cintas et al. (2018, España) observó que en su cohorte de 696 pacientes con TUS, aquellos con TLP, TDAH, TDM, abuso sexual o impulsividad motora tenían mayor riesgo de IS ($p < 0.001$), con efecto acumulativo en casos de comorbilidad múltiple.

En cuanto a la calidad de vida, Hashemzadeh et al. (2023, España) mostró que los pacientes con esquizofrenia y TUS presentaban significativamente menor calidad de vida física, psicológica y social que los pacientes con solo TUS, y que dichas dimensiones se asociaban con una mayor prevalencia de intentos suicidas. Asimismo, Márquez-Arrico et al. (2020, España) evidenció que los pacientes con TUS y TDM mostraban puntuaciones significativamente más bajas en salud mental, vitalidad y salud general que quienes no presentaban TDM ($p < 0.001$), lo cual se asoció con mayor riesgo de recaída y conducta suicida.

Por último, en los casos donde no se encontró asociación significativa, como en el estudio de Icick et al. (2020, Alemania) sobre TDAH y TUS (n = 1.294), no se observaron diferencias en ideación o intentos de suicidio entre quienes tenían o no TDAH, a pesar de una mayor gravedad clínica general en los primeros. Este resultado contrasta con hallazgos de otros estudios incluidos en esta revisión, como Rodríguez-Cintas et al. (2018) y Marín-Navarrete et al. (2021), quienes sí identificaron al TDAH como un predictor significativo de conducta suicida en contextos duales, con ($p < 0.001$).

En conjunto, los datos revisados muestran de forma consistente que la magnitud del riesgo suicida es significativamente mayor en personas con patología dual que en aquellas con un único diagnóstico. Esta diferencia se mantiene incluso tras controlar por factores sociodemográficos o

clínicos, y se observa en distintos diagnósticos (esquizofrenia, trastorno bipolar, TLP, TDAH), contextos culturales y diseños metodológicos.

OE3. Identificar factores clínicos y psicosociales que modulan la relación entre patología dual e ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado.

El objetivo de identificar factores clínicos y psicosociales que modulan la relación entre patología dual (PD) e ideación, intentos y suicidio consumado revela varios hallazgos clave. En cuanto a factores clínicos, la comorbilidad con trastornos de personalidad, especialmente el trastorno límite de la personalidad (TLP) y trastorno de personalidad antisocial (TPA), incrementa el riesgo suicida, como lo evidencian Marín-Navarrete et al. (2021) y Formiga et al. (2015). También influyen síntomas afectivos como episodios depresivos o mixtos en trastorno bipolar (Arias et al., 2017; Icick et al., 2019) y síntomas positivos y depresivos en esquizofrenia (Lv et al., 2023). Además, el deterioro de funciones ejecutivas, particularmente en toma de decisiones e insight, contribuye a la vulnerabilidad suicida según Adan et al. (2017).

Respecto a factores psicosociales, el trauma infantil emerge como un predictor sólido de conducta suicida en PD. Blanco et al. (2020) reportaron que el 94% de pacientes con PD había experimentado al menos un evento traumático en la infancia, y el maltrato emocional se asoció con mayor gravedad clínica. Rodríguez-Cintas et al. (2018) corroboraron esta relación, identificando un perfil de alto riesgo conformado por TLP, TDAH, antecedentes de abuso sexual y alta impulsividad motora. La impulsividad, tanto cognitiva como motora, se relaciona consistentemente con intentos suicidas, especialmente en contextos de consumo de sustancias (Rodríguez-Cintas et al., 2018). Asimismo, experiencias disociativas, aunque menos estudiadas, también se vinculan con intentos suicidas como mecanismos defensivos ante traumas no resueltos (Blanco et al., 2020).

En cuanto a variables funcionales y cronobiológicas, Hashemzadeh et al. (2023) incorporaron la calidad de vida y el cronotipo vespertino como moduladores del riesgo suicida. Una baja calidad de vida en aspectos físicos, sociales y psicológicos predice un mayor riesgo, evidenciando que el sufrimiento psicosocial mantiene la desesperanza y disfunción emocional. El cronotipo vespertino se asocia con patrones de sueño desregulados, aislamiento social y menor regulación emocional, factores que pueden aumentar la vulnerabilidad al suicidio.

OE4. Examinar si los estudios incluidos definen y miden las conductas suicidas (ideación, intentos y suicidio consumado) de manera coherente, evaluando si las variables empleadas son comparables entre sí.

Este objetivo permite identificar una de las principales debilidades metodológicas de la literatura analizada: la inconsistencia en la definición y medición de la conducta suicida. Si bien todos los estudios hacen referencia a ideación, intento o suicidio consumado, existe una notable variabilidad terminológica, operativa e instrumental.

Algunos estudios miden el suicidio a través de autoinformes únicos o entrevistas clínicas breves, mientras que otros emplean instrumentos estandarizados y validados, como la Escala de Probabilidad de Suicidio (Youssef et al., 2016) o registros clínicos de largo seguimiento (Doyle et al., 2016). Esta diversidad dificulta la agregación de datos y la síntesis cuantitativa de resultados. Además, pocos estudios reportan de manera diferenciada entre ideación, planificación e intento, lo cual impide establecer con precisión la progresión clínica de la conducta suicida.

En cuanto a la comparabilidad de las variables, también se observa una falta de uniformidad en los instrumentos para el diagnóstico de PD, con diferencias en los criterios usados (DSM-IV, DSM-5, CIE-10), el uso de herramientas como MINI, SCID, PRISM, DIGS, y la inclusión heterogénea de trastornos de personalidad o trastornos afectivos menores.

5 Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación

Los resultados de esta revisión sistemática subrayan la necesidad de incorporar de manera rutinaria la evaluación de la patología dual en la valoración de riesgo suicida. La alta prevalencia de comorbilidad encontrada, como el 61.9% en pacientes bipolares con TUS (Arias et al., 2017), y el incremento significativo del riesgo de suicidio en comparación con trastornos únicos ($p < 0.01$) demandan protocolos integrales que aúnen recursos de salud mental y adicciones. En la práctica, ello implica que los equipos clínicos multidisciplinares incluyan herramientas estandarizadas de cribado para detectar tanto síntomas psiquiátricos, como consumos problemáticos, garantizando la identificación precoz de aquellos pacientes con factores de riesgo elevados, tales como historia de eventos traumáticos o temperamento impulsivo. Asimismo, la evidencia sobre los déficits en funciones ejecutivas y alteraciones cognitivas como moduladores del riesgo, detectados en pacientes esquizofrénicos duales mediante tareas como el Iowa Gambling Task y el Wisconsin Card Sorting Test

(Adan et al., 2017), invita a integrar intervenciones neurocognitivas específicas las cuales podrían incluir programas de entrenamiento en resolución de problemas y toma de decisiones, así como psicoeducación dirigida a mejorar el insight clínico, dado que un mayor nivel de conciencia patológica se asoció con un riesgo suicida elevado. A su vez, también cabe tener en cuenta que el abordaje de las alteraciones circadianas, señaladas por Hashemzadeh et al. (2023) en pacientes duales con cronotipo vespertino, podría potenciarse con intervenciones de higiene del sueño y regulación de ritmos circadianos, procurando mejorar la calidad de vida física y psicológica de esta población.

En cuanto a futuras líneas de investigación, destaca la urgencia de homogeneizar la operacionalización de las variables de resultado, puesto que la presente revisión pone de manifiesto la diversidad de criterios empleados para definir ideación, intentos y suicidio consumado, lo que dificulta la comparabilidad entre estudios y la síntesis cuantitativa. Por ello, se recomienda el desarrollo de consensos internacionales que unifiquen escalas y umbrales de riesgo suicida en contextos de patología dual. A su vez, resulta imprescindible promover estudios longitudinales que permitan valuar la dirección causal entre consumo de sustancias, desarrollo de trastornos mentales y conductas suicidas, así como ensayos clínicos controlados para testar la eficacia de intervenciones integradas.

6 Limitaciones

A pesar de los avances aportados, esta revisión presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, la heterogeneidad metodológica entre los 16 estudios incluidos que abarca diferencias en diseño (transversal, cohortes y casos y controles), criterios diagnósticos y herramientas de medición de conducta suicida impide realizar comparaciones directas y complicaría una síntesis cuantitativa rigurosa. Además, la variabilidad en el período temporal y geográfico de las muestras puede introducir sesgos culturales y de práctica clínica, limitando la generalización de los hallazgos a otros contextos. Por su parte, también cabe tener en cuenta que la exclusión de estudios sin texto completo accesible y la restricción a publicaciones en inglés y español podrían haber sesgado la muestra hacia investigaciones de mayor visibilidad académica, dejando fuera datos relevantes de la literatura gris o de otras lenguas. Por tanto, la posibilidad de sesgo de publicación, común en áreas con resultados adversos, sugiere que los estudios con asociaciones nulas o contradictorias podrían no estar representados. Como último apunte, la mayoría de los trabajos analizados utilizan diseños transversales que limitan la capacidad de establecer relaciones causales entre patología dual y conducta suicida, por tanto, la ausencia de ensayos longitudinales amplios y de intervenciones

experimentales obstaculiza la valoración del efecto de tratamientos integrados y de las variables moduladoras a lo largo del tiempo.

7 Conclusiones

La presente revisión sistemática ha permitido confirmar que la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental multiplica el riesgo de conductas suicidas en población adulta, en comparación con quienes presentan un único diagnóstico. Los hallazgos descritos demuestran que, en términos de prevalencia, la ideación y los intentos suicidas alcanzan tasas notablemente superiores en pacientes con patología dual, superando con frecuencia el 50 % en diversos contextos clínicos. Además, el análisis de la magnitud de la asociación revela un incremento del riesgo que puede llegar a multiplicarse por más de diez veces, lo que pone de manifiesto la sinergia adversa entre el consumo de sustancias y la psicopatología concomitante. En cuanto a las combinaciones diagnósticas, esta revisión identifica que determinadas entidades como la interacción entre trastorno bipolar y abuso de alcohol, o la confluencia de esquizofrenia y consumo grave de cocaína que se asocian con los perfiles de riesgo suicida más elevados, al mismo tiempo, la presencia de trastornos de personalidad, especialmente el límite, y la polimorbilidad de adicciones configuran subgrupos con vulnerabilidades extremas. Estos hallazgos inciden en la necesidad de priorizar la atención a dichas combinaciones específicas en entornos de salud mental y adicciones. Por su parte, el estudio de los factores moduladores ha evidenciado que las alteraciones neurocognitivas como déficits en funciones ejecutivas y toma de decisiones, los eventos traumáticos, y las perturbaciones del ritmo circadiano y de la calidad de vida actúan como catalizadores adicionales del riesgo suicida. Por tanto, la identificación de estos factores amplía la comprensión de los mecanismos subyacentes y facilita la orientación de intervenciones integradas que combinen estrategias de estabilización emocional, rehabilitación cognitiva y abordaje de secuelas traumáticas.

En última instancia, la revisión ha cumplido con los objetivos específicos propuestos: se han recopilado y sintetizado tasas de ideación, intentos y suicidio consumado; se ha cuantificado el incremento de riesgo frente a trastornos aislados; se han descrito las combinaciones diagnósticas de mayor gravedad; se han explorado los moduladores clínicos y psicosociales; y se han detallado las formas de registro y definición de los desenlaces suicidas en la literatura. Este conjunto de conclusiones fortalece la base empírica necesaria para optimizar la evaluación de riesgo y diseñar estrategias preventivas focalizadas en población con patología dual.

8 Referencias

Adan, A., Capella, M. D. M., Prat, G., Forero, D. A., López-Vera, S., y Navarro, J. F. (2017). Executive Functioning in Men with Schizophrenia and Substance Use Disorders. Influence of Lifetime Suicide Attempts. *PloS One*, *12*(1), e0169943. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169943

American Psychiatric Association. (2022). *Substance-related and addictive disorders*. En *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x10_Substance-Related_and_Addictive_Disorders

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte I, I., y Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, *29*(3), 186–194. https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.782

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., y Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, *25*(2), 118-127.

Armoon, B., Fleury, M. J., Bayani, A., Mohammadi, R., Ahounbar, E., y Griffiths, M. D. (2022). Suicidal behaviors among intravenous drug users: a meta-analysis. *Journal of Substance Use*, *29*(1), 10–20. https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2120435

Armoon, B., Soleimanvandiazar, N., Fleury, M., Noroozi, A., Bayat, A., Mohammadi, R., Ahounbar, E., y Fattah moghaddam, L. (2021). Prevalence, sociodemographic variables, mental health condition, and type of drug use associated with suicide behaviors among people with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Addictive Diseases, 39*, 550 – 569.

Bedoya Cardona, C. A., y Montaño Villalba, S. A. (2016). Ideación suicida y factores asociados. *Revista CES Psicología*, 9(2), 1–14.

Banerjee, S., Clancy, C., & Crome, I. (2002). *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): An information manual*. Royal College of Psychiatrists.

Błachut, M., Ścisło, P., Jarzab, M., Zajac, M., Piegza, M., Badura-Brzoza, K., y Gorczyca, P. (2019). Impact of dual diagnosis in patients with schizophrenia and affective disorders during hospital treatment on the course of disease and outcomes of treatment - A preliminary report. *Psychiatria Polska*, *53*(6), 1237–1250. https://doi.org/10.12740/PP/ONLINEFIRST/103352

Blanco, L., Sió, A., Hogg, B., Esteve, R., Radua, J., Solanes, A., Gardoki-Souto, I., Sauras, R., Farré, A., Castillo, C., Valiente-Gómez, A., Pérez, V., Torrens, M., Amann, B. L., y Moreno-Alcázar, A. (2020). Traumatic Events in Dual Disorders: Prevalence and Clinical Characteristics. *Journal of clinical medicine*, *9*(8), 2553. https://doi.org/10.3390/jcm9082553

Carrà, G., Bartoli, F., Crocamo, C., Brady, K. T., y Clerici, M. (2014). Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *167*, 125–135. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.066

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) UK. (2018). *CASP checklists*. Recuperado de https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/

Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., Rodriguez, V., Jongsma, H. E., Ferraro, L., La Cascia, C., La Barbera, D., Tarricone, I., Berardi, D., Szöke, A., Arango, C., Tortelli, A., Velthorst, E., Bernardo, M., Del-Ben, C. M., … Van Der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): A multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, *6*(5), 427-436. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3

Espinosa-Salido, A., Rivero-González, M. T., y Jiménez-Picón, N. (2021). La conducta suicida en adolescentes: revisión desde la Teoría Interpersonal del Suicidio. *Clínica y Salud*, 32(1), 27–34. https://doi.org/10.5093/clysa2021a3

Estigarribia, Á., (2021). Una aproximación al problema del suicidio en el Paraguay. *Kera Yvoty: Reflexiones Sobre La cuestión Social*, *6*, 175–188. https://doi.org/10.54549/ky.6.2021.175

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Swain-Campbell, N. R. (2005). Cannabis dependence and mental health problems. *Addiction, 100*(5), 603–614. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01001.x

Fernández Mondragón, S. (2015). *Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en patología dual* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. Repositorio Institucional de la Universitat de Barcelona http://hdl.handle.net/10803/400879

Fernández-Artamendi, S., Florez Menéndez, G., Cortés-Tomás, M. T., y Pascual Pastor, F. S. (2024). Dual pathology? Reviewing the conceptualization of comorbidity in addictions. ¿Patología dual? Revisando la conceptualización de la comorbilidad en adicciones. *Adicciones*, *36*(1), 3–10. https://doi.org/10.20882/adicciones.2053

Formiga, M. B., Vasconcelos, S. C., Galdino, M. K. C., y Lima, M. D. da C. (2015). Presença de diagnóstico duplo entre usuários e não usuários de drogas lícitas e ilícitas no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *64*(4), 288–295. https://doi.org/10.1590/0047-2085000000091

Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Han, B., Compton, W. M., y Blanco, C. (2017). Tobacco use and 12-month suicidality among adults in the united states. *Nicotine and Tobacco Research*, *19*(1), 39–48. https://doi.org/10.1093/NTR/NTW136

Hashemzadeh, I., Navarro, J., y Adan, A. (2023). Circadian functioning and quality of life in substance use disorder patients with and without comorbid schizophrenia. *PROGRESS IN NEURO-*

PSYCHOPHARMACOLOGY & BIOLOGICAL PSYCHIATRY, *120*. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2022.110623

ICASA-Grp, Icick, R., Moggi, F., Slobodin, O., Dom, G., Mathys, F., van den Brink, W., Levin, F. R., Blankers, M., Kaye, S., Demetrovics, Z., van de Glind, G., Velez-Pastrana, M. C., y Schellekens, A. S. A. (2020). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Global Severity Profiles in Treatment-Seeking Patients with Substance Use Disorders. *EUROPEAN ADDICTION RESEARCH*, *26*(4–5), 201–210. https://doi.org/10.1159/000508546

Icick, R., Karsinti, E., Lépinea, J. P., Bloch, V., Brousse, G., Bellivier, F., y Vorspan, F. (2017). Serious suicide attempts in outpatients with multiple substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, *181*, 63–70. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.08.037

Icick, R., Melle, I., Etain, B., Ringen, P. A., Aminoff, S. R., Leboyer, M., Aas, M., Henry, C., Bjella, T. D., Andreassen, O. A., Bellivier, F., y Lagerberg, T. v. (2019). Tobacco smoking and other substance use disorders associated with recurrent suicide attempts in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *256*, 348–357. https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.05.075

Ilgen, M. A., Downing, K., Zivin, K., Hoggatt, K. J., Kim, H. M., Ganoczy, D., Austin, K. L., McCarthy, J. F., Patel, J. M., y Valenstein, M. (2009). Exploratory data mining analysis identifying subgroups of patients with depression who are at high risk for suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(11), 1495-1500. Scopus. https://doi.org/10.4088/JCP.08m04795

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2024a). *Defunciones según la causa de muerte. Año 2023*. https://www.ine.es

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2024b). *Estadística de defunciones según causa de muerte. Avance enero-junio 2024*. https://www.ine.es

Joiner T. E., Jr (2002). The trajectory of suicidal behavior over time. *Suicide & life-threatening behavior, 32*(1), 33–41. https://doi.org/10.1521/suli.32.1.33.22187

Joiner, T. E., Jr, Brown, J. S., y Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual review of psychology, 56*, 287–314. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320

Kassie, G. M., Lemu, Y. M., Biresaw, M. S., Dessie, G. M., Tadesse, G. T., Gared, W. M., y Belay, M. W. (2022). Suicidal ideation and attempt and associated factors among patients with substance use disorder: institution-based cross-sectional study. *BJPsych Open*, *8*(5), e150. doi:10.1192/bjo.2022.55.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*(5), 231–244.

Leposavić, L., Dimitrijević, D., Đordević, S., Leposavić, I., y Baikoski, G. N. (2015). Comorbidity of harmful use of alcohol in population of schizophrenic patients. *Psychiatria Danubina*, *27*(1), 84–89. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,sso&db=psyh&AN=2015-14820-017&lang=es&site=ehost-live&scope=site&authtype=sso&custid=s1136447

Lv, M. H., Wang, X., Wang, Z. R., Li, X. H., Wang, L., Tan, Y. L., y Zhang, X. Y. (2023). Alcohol drinking in male patients with chronic schizophrenia: prevalence and its relationship to clinical symptoms. *FRONTIERS IN PSYCHIATRY*, *14*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1164968

Mann J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. Nature reviews. *Neuroscience, 4*(10), 819–828. https://doi.org/10.1038/nrn1220m

Mann, J. J. (2013). The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 368(1615), 20120537. https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0537

Mansilla Izquierdo, F. (2020). *Una perspectiva de los factores comunes en psicoterapia.* Congreso Internacional Virtual de Psiquiatría. Recuperado de https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-8-2020-20-Comu11.pdf

Marín-Navarrete, R., Fernández-Cáceres, C., de León, E. M., Sánchez-Huesca, R., Díaz-Negrete, B., Rodríguez-Kuri, S., Sánchez-Domínguez, R., Pérez-López, A., Hernández-Alvarez, D., y Szerman, N. (2021). Characterization of dual disorders in addiction treatment-seekers at mexican outpatient centers. *ACTAS ESPANOLAS DE PSIQUIATRIA*, *49*(1), 1–10. https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/719/1112

Márquez-Arrico, J. E., López-Vera, S., Prat, G., y Adan, A. (2016). Temperament and character dimensions in male patients with substance use disorders: Differences relating to psychiatric comorbidity. *PSYCHIATRY RESEARCH*, *237*, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.061

Márquez-Arrico, J. E., Navarro, J. F., y Adan, A. (2020). Health-Related Quality of Life in Male Patients under Treatment for Substance Use Disorders with and without Major Depressive Disorder: Influence in Clinical Course at One-Year Follow-Up. *Journal of clinical medicine*, *9*(10), 3110. https://doi.org/10.3390/jcm9103110

Martín-Coca, A., y Martín-Herrero, J. A. (2025). Propuesta terapéutica para el tratamiento de diagnóstico dual en un entorno penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 27*(1), 35-45

McGirr, A., Alda, M., Séguin, M., Cabot, S., Lesage, A., & Turecki, G. (2009). Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: a three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1124–1134. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121743

Molla Kassie, G., Lemu, Y. M., Biresaw, M. S., Dessie, G. M., Tadesse, G. T., Gared, W. M., y Belay, M. W. (2022). Suicidal ideation and attempt and associated factors among patients with substance use disorder: institution-based cross-sectional study. *BJPsych open*, *8*(5), e150. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.551

Morales Chamorro, A. (2018). *Patología dual: dependencia a las drogas y trastornos mentales, un reto profesional* (Trabajo de Fin de Grado, Universidad del País Vasco). Recuperado de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/29873/Morales%20Chamorro%20Alba-2.pdf

Onaemo, V. N., Fawehinmi, T. O., y D'Arcy, C. (2022). Risk of suicide ideation in comorbid substance use disorder and major depression. *PloS One*, *17*(12), e0265287. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265287

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643

Organización Mundial de la Salud. (2024, 18 de septiembre). *Suicidio: Preguntas y respuestas*. https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/suicide[1]

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. En *The BMJ* (Vol. 372). BMJ Publishing Group. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Rodríguez-Cintas, L., Daigre, C., Braquehais, M. D., Palma-Alvarez, R. F., Grau-López, L., Ros-Cucurull, E., Rodríguez-Martos, L., Abad, A. C., y Roncero, C. (2018). Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Research*, *262*, 440–445. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.021

Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Ros-Cucurull, E., Casas, M. (2016). *PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN PATOLOGÍA DUAL: PATOLOGÍA DUAL EN ESQUIZOFRENIA*.

San, L., Arranz, B., Bernardo, M., y Arrojo, M. (2016). Why a Dual Pathology Clinical Guideline? Analysis of the evidence. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, *9*(2), 67–69. https://doi.org/10.1016/J.RPSMEN.2016.04.006

Sociedad Española de Patología Dual. (2019). *Patología dual: protocolos de intervención en esquizofrenia* [PDF]. Recuperado de https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/4-pdual-esquizofrenia.pdf

Szerman, N., Goti, J., y Díaz, R. (2012). *Protocolo de intervención en patología dual. Módulo 7: Modelos explicativos de la patología dual* [Protocolo]. Sociedad Española de Patología Dual. https://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo7.pdf

Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., Montanari, L., Vicente, J., y Domingo-Salvany, A. (2017). Patología dual: Una perspectiva europea Dual diagnosis: An European perspective. *Adicciones*, *29*(1), 3-5.

Torres, D. (2004). Herencia y conducta suicida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(1), 43–58.

Torrijos, M., y Palomino, A. (2017). PATOLOGÍA DUAL Y ENFERMERÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *Revista de Patología Dual, 4*(1), 3.

Turecki, G., y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide prevention. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 74. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0

Vega, P. (2015). Recursos para pacientes con patología dual en España: Resultados de una encuesta a nivel nacional: libro blanco. Grupo Saned.

Youssef, I. M., Fahmy, M. T., Haggag, W. L., Mohamed, K. A., y Baalash, A. A. (2016). Dual Diagnosis and Suicide Probability in Poly-Drug Users. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, *26*(2), 130–133. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26876401

Zimberg, S., Wallace, J., & Blume, S. B. (1985). *Practical approaches to alcoholism psychotherapy.* Springer Publishing Company

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 103-126.

9 Anexos

La matriz adaptada consta de 10 criterios fundamentales:

1. Claridad de la pregunta de investigación: si el objetivo está claramente formulado.
2. Adecuación del diseño: si el diseño metodológico se justifica y se adapta a la pregunta de investigación.
3. Selección de participantes: si la muestra está bien definida y es representativa.
4. Medición válida de variables: si se utilizaron instrumentos válidos para medir exposición y resultado.
5. Control de factores de confusión: si se identificaron y abordaron variables que pudieran distorsionar los resultados.
6. Seguimiento adecuado (para estudios longitudinales): si el seguimiento fue suficiente y completo.
7. Claridad de los resultados: si los hallazgos están claramente descritos.
8. Precisión estadística: si se reportan medidas como odds ratios, intervalos de confianza o valores *p*.
9. Aplicabilidad: si los resultados pueden transferirse a la práctica clínica o contexto poblacional.
10. Relevancia científica: si los hallazgos aportan nuevo conocimiento o valor en el área estudiada.

Evaluación de la calidad según CASP para los estudios incluidos en la revisión.

Estudio	Claridad	Diseño adecuado	Selección de participantes	Medición	Confusión	Seguimiento	Resultados claros	Precisión	Relevancia	Va-lor	Calidad general
Adan et al. (2017)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	No aplica	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Arias et al. (2017)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	No aplica	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Blachut et al. (2019)	Sí	Sí	Parcial	Sí	Parcial	No aplica	Sí	Parcial	Sí	Sí	Media
Blanco et al. (2020)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No aplica	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Doyle et al. (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Formiga et al. (2015)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	No aplica	Sí	Parcial	Sí	Sí	Media
Hashemzadeh et al. (2023)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	No aplica	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Icick et al. (2020)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No aplica	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Icick et al. (2019)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No aplica	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Lv et al. (2023)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	No aplica	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Marín-Navarrete et al. (2021)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	No aplica	Sí	Parcial	Sí	Sí	Media
Márquez-Arrico et al. (2020)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Márquez-Arrico et al. (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	No aplica	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta

Rodríguez-Cintas et al. (2018)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No aplica	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Youssef et al. (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	No aplica	Sí	Parcial	Sí	Sí	Media
Leposavic et al. (2015)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta