



**Universidad
Europea** VALENCIA

Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**ROL DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
PATOLOGÍA DUAL TIPO ESQUIZOFRENIA Y
PSICOESTIMULANTES:**

Revisión sistemática

Presentado por: Lucía Román Sánchez

Tutor: Manuel Lillo Crespo

Agradecimientos

Querría dedicar una pequeña sección de mi Trabajo de Fin de Grado para agradecer a todas aquellas personas que me han ayudado a llegar hasta aquí de esta manera tan especial.

En primer lugar, destinar mis agradecimientos a mi familia, especialmente a mis padres, aquellas dos personas que cada día intentan ayudarme a crear la mejor versión de mí y lograrlo, porque sin ellos y su apoyo en los momentos más complicados nada hubiese sido posible.

En segundo lugar, dar las gracias a mis amigos y compañeros de carrera, pues finalmente estos últimos también se han convertido en algo mucho más que compañeros de aula solamente.

Finalmente, me queda agradecer a mi tutor Manuel Lillo por su acompañamiento durante la elaboración de este trabajo y por siempre guiarme teniendo en cuenta mi opinión y mostrando un gran interés.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1. Patología Dual.....	3
2.2. Drogas y su clasificación.	5
2.2.1. Psicoestimulantes.....	6
2.2.2. Términos asociados al abuso de sustancias.	7
2.3. Esquizofrenia.	9
2.4. Esquizofrenia dual.....	10
2.4.1. Etiopatogenia.....	10
2.4.2. Evaluación en esquizofrenia dual.	11
2.4.3. Modelos de tratamiento.....	12
2.5. Papel de Enfermería en la Patología Dual.	13
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	14
3.1. Objetivo general.....	14
3.2. Objetivos específicos.....	15
4. METODOLOGÍA.....	15
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	18
5.1. El rol de la Enfermería en la atención a personas con Patología Dual.	21
5.2. Perfil del paciente con esquizofrenia dual.	26
6. CONCLUSIONES.....	28
7. BIBLIOGRAFÍA.....	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo: Proceso de selección de los artículos de esta revisión bibliográfica.. 22

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de drogas 10

Tabla 2. Palabras clave..... 20

Tabla 3. Bases de datos..... 21

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión..... 22

Tabla 5. Artículos seleccionados..... 23

LISTADO DE SIGLAS

Abreviatura	Significado
OMS	Organización Mundial de la Salud
TUS	Trastornos por Uso de Sustancias
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades y Lesiones
SNC	Sistema Nervioso Central
PD	Patología Dual
PANSS	Positive And Negative Syndrome Scale
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
SAPS Y SANS	Scale for Assessment of Positive/Negative Symptoms
DeCs	Descriptor en Ciencias de la Salud
MeSH	Medical Subject Headlines
SNS	Servicio Nacional de Salud
IE	Inteligencia Emocional
TPMB-D	Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual
TO	Terapia Ocupacional
NPE	Programa de Psicoeducación de Enfermería
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
TAU	Terapia de atención habitual
DBT	Terapia Dialéctica Conductual
TA	Entrevista Motivacional
IIDEA	Integrated Intervention for Dual Problems and Early Actions
U&ME-A	Programa de Comprensión y Manejo de las Emociones-Adicción
16PF-5	Cuestionario Factorial de la Personalidad

1. RESUMEN.

Introducción. La patología dual es la comorbilidad en un mismo individuo de un trastorno psiquiátrico y un trastorno por uso de sustancias; siendo la esquizofrenia una de las enfermedades mentales más comúnmente asociadas. La confluencia entre ambos trastornos tiene graves consecuencias para el paciente, su entorno y la sociedad. **Objetivo.** Conocer el papel de Enfermería en la atención a los pacientes con diagnóstico de Patología Dual: esquizofrenia-adicción a psicoestimulantes (anfetaminas/cocaína). **Metodología.** Se realizó una amplia búsqueda bibliográfica analizando los artículos científicos publicados en las bases de datos PubMed, Medline, Elsevier, Scielo y Dialnet desde el año 2014, con el objetivo de estudiar la evidencia científica en cuanto a los cuidados e intervenciones por parte de Enfermería en pacientes con diagnóstico de Patología Dual. **Resultados y discusión.** Se ha recogido información respecto al rol de la Enfermería en la atención a las personas con Patología Dual, siendo las intervenciones enfermeras más prevalentes las de tipo psicosocial y conductual; y también información acerca del perfil del paciente con esquizofrenia dual. **Conclusiones.** Se concluye que el tratamiento por excelencia para la Patología Dual se trata de un tratamiento integral, en el cual los profesionales de Enfermería dentro del equipo multidisciplinar desarrollan un papel crucial utilizando herramientas clave como la observación de la conducta y la comunicación.

Palabras clave: patología dual, esquizofrenia, cocaína, anfetaminas, adicción, Enfermería, atención de enfermería.

ABSTRACT.

Introduction. Dual pathology is the comorbidity in the same individual of a psychiatric disorder and a substance use disorder; with schizophrenia being one of the most commonly associated mental illnesses. The confluence between both disorders has serious consequences for the patient, their environment, and society. **Objective.** To understand the role of Nursing in caring for patients diagnosed with Dual Pathology: schizophrenia-stimulant addiction (amphetamine/cocaine). **Methodology.** An extensive literature search was conducted analyzing scientific articles published in PubMed, Medline, Elsevier, Scielo, and Dialnet databases since 2014, with the aim of studying the scientific evidence regarding nursing care and interventions for patients diagnosed with Dual Pathology. **Results and discussion.** Information has been gathered regarding the role of Nursing in caring for individuals with Dual Pathology, with the most prevalent nursing interventions being psychosocial and behavioral; as well as information about the profile of patients with dual schizophrenia. **Conclusions.** It is concluded that the treatment par excellence for Dual Pathology is comprehensive treatment, in which Nursing professionals within the multidisciplinary team play a crucial role using key tools such as behavioral observation and communication.

Keywords: Dual pathology, schizophrenia, cocaine, amphetamines, adiction, Nursing, nursing care.

2. INTRODUCCIÓN.

La salud mental, tal y como la entendemos hoy en día, es un ámbito de investigación que posee una gran dimensión, llegando a no existir todavía una definición clara que especifique los límites del concepto “trastorno mental”.

Dentro de la variedad existente respecto a las definiciones de salud mental, en esta revisión se ha escogido la propuesta por la OMS (Organización Mundial de la Salud), según la cual la salud mental “es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”¹.

No cabe duda que en la última década los trastornos mentales se han convertido en una verdadera preocupación para las personas que los padecen, para sus familiares y para todas las personas e instituciones responsables de sus cuidados².

La mayoría de los pacientes con una enfermedad mental grave tienen subyacente el uso problemático o adictivo a sustancias. Además, existe una asociación importante entre el diagnóstico de cualquier enfermedad mental y un trastorno adictivo. Cuando ambos trastornos coexisten simultáneamente en el paciente, es a lo que se denomina Patología Dual (PD)³.

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más frecuentes dentro de la Patología Dual, que se asocia la mayoría de veces con diferentes tipos de comorbilidad, destacando por su gran impacto clínico y su elevada frecuencia, la comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias (TUS)⁴.

El papel de los profesionales de Enfermería en el manejo terapéutico de pacientes con Patología Dual es totalmente esencial puesto que el personal enfermero es el que más contacto logra tener con el paciente, por lo que existe mayor probabilidad de que sea con este con el que mayormente exprese sus preocupaciones y miedos.

2.1. Patología Dual.

El término Patología Dual o diagnóstico dual se empleó por primera vez en la década de los años 90 para definir la existencia simultánea o secuencial de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias (TUS)⁵. La Patología Dual involucra a un gran conjunto de personas, con mayor prevalencia en jóvenes, en el que coexisten una enfermedad mental severa con tendencia a la cronicidad y un elevado consumo de sustancias tóxicas, el cual interfiere de manera grave en la evolución y la clínica de dicha enfermedad.

Pese haber sido demostrado que el deterioro del trastorno psiquiátrico pone en riesgo la situación frente al consumo, e inversamente, el consumo provoca un deterioro psiquiátrico significativo; el término Patología Dual o diagnóstico dual no viene reconocido en el DSM-V (Manual Diagnóstico y

Estadístico de Trastornos Mentales) ni en la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades y Lesiones). Existe una gran polémica en cuanto a la falta de consenso entre profesionales y la gran ambigüedad que esto supone^{6,7}.

Es realmente importante aclarar que ambos trastornos englobados dentro de la Patología Dual son considerados trastornos mentales puesto que la drogodependencia provoca ciertas alteraciones en el cerebro que logran equipararse al cuadro propio de una enfermedad mental. Por ello, ha de remarcarse que se hablará estrictamente de trastorno mental cuando se refiera a la enfermedad que no esté ligada con el consumo de drogas.

A pesar de todos los estudios realizados, a día de hoy no se puede determinar cuál de los dos trastornos es el que realmente influye en la aparición del otro, lo que provoca una gran cantidad de interrogantes en cuanto a la posible causa u origen de la enfermedad⁷.

La relación entre las dos áreas es de influencia mutua. En el caso de estar presente anteriormente el trastorno mental, se genera gran vulnerabilidad ante un posible consumo y, si el consumo ya es una realidad, este puede afectar de manera irreversible a la salud mental de la persona⁷.

En el momento de intentar distinguir estos dos casos no es tarea fácil, solamente el tiempo puede determinar si ha sido un efecto puntual como consecuencia del consumo de la sustancia o si, por el contrario, constituye un trastorno como tal. Es de gran importancia valorar si el trastorno va a ser una dificultad en el tratamiento de la drogodependencia, o viceversa⁸.

Existen ciertos factores que influyen en la aparición de la Patología Dual como pueden ser factores de vulnerabilidad genética, familiares y ambientales, un bajo nivel socioeconómico, la edad, entre muchos otros^{9,10}.

A la hora de realizar un fiable diagnóstico de Patología Dual, es necesario tener en cuenta el hecho de que los efectos causados por las drogas sobre el organismo y el comportamiento de las personas son muy similares a ciertos síntomas propios de los trastornos mentales. Esto normalmente causa gran confusión entre los profesionales al descubrir cuál es realmente la causa de los efectos que manifiesta el paciente¹¹.

Es importante considerar que la coexistencia de ambos está asociado a una peor evolución, es decir, una persona drogodependiente con un diagnóstico de trastorno mental es mucho más vulnerable a sufrir recaídas siendo esto un hecho muy negativo para su evolución. Además, presentan mayor tasa de mortalidad al igual que incrementan los casos de hospitalización psiquiátrica e ingresos en urgencias¹².

En cuanto a la comorbilidad de un trastorno mental y un TUS, esta puede llegar a ocurrir cuando el abuso de sustancias es dominante y primario a la aparición del trastorno psiquiátrico o viceversa¹³.

2.2. Drogas y su clasificación.

Las drogas son aquellas sustancias o fármacos que ejercen en el individuo un efecto que puede ser estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno¹⁴; haciendo una breve clasificación entre drogas blandas, de diseño o duras¹⁵. Aunque, en términos vinculados a la medicina, como indica la OMS, se hace referencia a las drogas como “sustancias capaces de prevenir o curar una enfermedad”¹⁶. Además de ser sustancias que generan adicción, todas ellas afectan al Sistema Nervioso Central (SNC), ya sea excitando, tranquilizando, calmando dolores o trastornando la realidad; también, provocan dependencia, causando síntomas negativos en el individuo. Todo tipo de droga puede ser introducida en el organismo a través de cualquier tipo de vía, ya sea inyectándola, consumiéndose por vía oral, vía endovenosa, vía nasal, etc¹⁷.

Desde el principio de los tiempos el hombre siempre ha tenido como costumbre consumir sustancias que alteren el funcionamiento normal de la mente, ya sea con fines de placer, religiosos o médico-terapéuticos.

Las llamadas drogas de síntesis o drogas de diseño son las drogas de historia más reciente, la Anfetamina se elaboró por primera vez en 1887 en Alemania y la metanfetamina en 1919 en Japón. El consumo de esta última empezó a generalizarse durante la II Guerra Mundial, y en la década de 1950, comenzó a recetarse como auxiliar dietético y para combatir la depresión¹⁸.

Debido al gran número de drogas existentes hoy en día, se hace necesaria una clasificación de las mismas. Estas pueden clasificarse ya sea por su legalidad, su origen, siendo naturales o sintéticas; por los efectos que producen en el sistema nervioso central, o en función de su peligrosidad^{19,20}. Existe gran cantidad de drogas, y cada una tiene sus características y su manera de afectar al organismo, que se resume en la siguiente tabla^{19,20}:

Tabla 1. Clasificación de drogas.

	DROGAS PERTURBADORAS DEL SNC	DROGAS DEPRESORAS DEL SNC	DROGAS ESTIMULANTES DEL SNC
TIPOS	CANNABIS: marihuana y hachís ALUCINÓGENOS: LSD, ketamina, etc. DROGAS DE SÍNTESIS: éxtasis, MDMA, speed	OPIÁCEOS: heroína, morfina, metadona, codeína ALCOHOL SEDANTES: barbitúricos y tranquilizantes INHALANTES	COCAÍNA ANFETAMINAS NICOTINA

CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración y modificación de la realidad • Perturbación del pensamiento y del estado de ánimo 	<ul style="list-style-type: none"> • Atrasan y reducen el funcionamiento normal del SNC • Modifican la atención • Disminuyen la percepción a estímulos 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleran la actividad del SNC
POSIBLES EFECTOS	<p>Euforia Ilusiones y alucinaciones Alteración tiempo y distancia Desinhibición</p>	<p>Euforia Desinhibición Náuseas Somnolencia Desorientación y descoordinación</p>	<p>Euforia Agresividad Irritabilidad Perturbación del sueño Apatía Nerviosismo</p>

Fuente: Elaboración propia^{19,20}

2.2.1. Psicoestimulantes.

Dentro la variedad de drogas recogida en la tabla anterior, vamos a hacer especial hincapié en los psicoestimulantes.

Los psicoestimulantes son sustancias que se caracterizan por actuar a nivel dopaminérgico aumentando los niveles de dopamina en el botón sináptico. Las anfetaminas son consideradas las sustancias con propiedades psicoestimulantes de referencia, aunque la cocaína es la más prevalente. Otros psicoestimulantes son la cafeína, la nicotina, el metilfenidato y el modafinilo⁴.

Los efectos consecuentes de todos los psicoestimulantes dependen de la personalidad del individuo, el medio por el cual se administran, la dosis y la vía de administración²¹.

En pacientes esquizofrénicos es más frecuente el uso de la cocaína y las anfetaminas. Estos pacientes tienen un peor pronóstico, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento. También, es muy habitual que no cumplan con el tratamiento prescrito y a causa de ello necesiten estar hospitalizados en más ocasiones²².

El uso de estas sustancias puede producir síntomas psicóticos y, en los pacientes ya diagnosticados de esquizofrenia, desencadenar un agravamiento de la enfermedad²¹.

El consumo de psicoestimulantes se ha estimado alrededor de cuatro veces más frecuente en esquizofrénicos que en los que no lo son. Además del consumo de anfetaminas y cocaína, el consumo de los psicoestimulantes legales como las xantinas (cafeína, teofilina) también es muy frecuente en pacientes esquizofrénicos²¹.

Por otra parte, el consumo en pacientes sin esquizofrenia se ha relacionado con la aparición de síntomas psicóticos²¹.

La detección del consumo no es fácil en los pacientes esquizofrénicos, que suelen declarar con poca frecuencia el uso de sustancias estimulantes²³.

Por ello, se recomienda realizar análisis de orina para detectar estas sustancias como un procedimiento de rutina. Existen estudios llevados a cabo por medio de análisis urinarios que apuntan que en los últimos años el consumo de anfetaminas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia está declinando y siendo sustituido por el de la cocaína²⁴.

2.2.2. Términos asociados al abuso de sustancias.

- Adicción.

Según la OMS, es una enfermedad cerebral que provoca la búsqueda y uso compulsivo de la droga, a pesar de las consecuencias adversas que ésta provoca²⁵.

- Uso.

El término uso indica consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse como un consumo ocasional y esporádico de una sustancia, sin tolerancia o dependencia, normalmente en encuentros sociales²⁶.

- Abuso.

Se define como el uso recurrente de las drogas que alberga un incumplimiento de las obligaciones: trabajo, escuela, familia, amigos, etc. Este hábito de consumo aumenta el riesgo de sufrir consecuencias perjudiciales para el consumidor^{26,27}.

Según el DSM IV, el abuso puede relacionarse con un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) ítems durante un período de 12 meses²⁸.

- Dependencia.

La OMS define la dependencia como un estado psíquico, y algunas veces también físico, el cual siempre comprende un impulso de consumir sustancias de manera continua o periódicamente, para conseguir sus efectos o para evitar el malestar de su privación²⁹.

Según la OMS, la drogodependencia es el producto de la interacción de tres elementos: la persona, la droga y el medio ambiente o medio sociocultural. Hay tres tipos de dependencia^{27,29}:

- Dependencia física: En este tipo de dependencia existe un estado de adaptación de nuestro cuerpo a cierta droga por un consumo excesivo y continuado, que provoca trastornos físicos y malestar cuando se deja de consumir.
- Dependencia psíquica: Existe un impulso psíquico que lleva a un consumo continuado de la sustancia para alcanzar esa sensación de placer y evitar un estado de malestar. Es la primera en aparecer y la más difícil de que desaparezca.
- Dependencia social: El consumo de sustancias con el fin integrarse y pertenecer a un determinado grupo social.

- Tolerancia.

Capacidad de adaptación del cuerpo a una cierta cantidad de droga debido a la cual se produce una disminución en la respuesta con el consumo de la misma cantidad de droga. Es decir, la necesidad de consumo de una dosis cada vez mayor para la consecución del mismo efecto²⁷.

- Síndrome de abstinencia.

Se trata de un conjunto de síntomas y signos tanto físicos como psíquicos que aparecen cuando se deja de consumir la droga en personas con dependencia. Tanto el curso como la intensidad del síndrome de abstinencia dependen de la sustancia consumida y de sus características, de la cantidad, el tiempo de consumo, la frecuencia y del estado físico y mental de la persona^{27,29}.

- Intoxicación.

Se considera intoxicación cuando el consumo de una droga es superior a la capacidad que tiene el organismo para eliminarla. Resulta del uso reciente de una o varias drogas que producen alteraciones físicas y psicológicas, asociadas con su concentración sanguínea; estas pueden dejar secuelas permanentes de todo tipo o incluso llevar a la muerte. La intoxicación aguda es la comúnmente conocida como sobredosis²⁹.

- *Craving*.

Es la necesidad e impulso irresistible de consumir una droga con el objetivo de estar bajo sus efectos, ya sea por lo gratificante de este consumo, como por la necesidad de evitar el síndrome de abstinencia²⁹.

2.3. Esquizofrenia.

La esquizofrenia es un trastorno mental que se incluye dentro del grupo de los trastornos psicóticos. Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. También afecta a aspectos como la motivación y el funcionamiento social.

Algunas de las experiencias más comunes entre pacientes con esquizofrenia es el hecho de escuchar voces y los delirios^{30,31}.

Los síntomas que se observan se clasifican en positivos y negativos, produciéndose una mezcla entre ambos, pero sin tener que presentarse al mismo tiempo:

Síntomas positivos. Son comportamientos psicóticos que generalmente no realiza una persona sana, también hacen alusión a experiencias extrañas y a la presencia de fenómenos que la persona siente como reales, pero no lo son. Las personas con este tipo de síntomas pueden perder el contacto con la realidad^{32,33}.

- Alucinaciones: percepción falsa de un objeto o estímulo inexistente que la persona considera como real. Pueden ser auditivas, visuales, olfativas, táctiles, etc.; y pueden llevar a pensamientos persecutorios.
- Delirios: creencias falsas, en ocasiones extrañas, no basadas en la realidad pero que el paciente mantiene persistentemente.
- Trastornos del pensamiento: dificultad para pensar de forma clara, lo que conduce a un lenguaje y comportamiento desorganizado.

Síntomas negativos. Son aquellos síntomas asociados con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. "Afecto plano" (disminución en la expresión de emociones a través del rostro o tono de voz), anhedonia (falta de placer), alogia (reducción del habla), falta de autocuidado, inactividad y aislamiento social³⁴.

Existen diferentes subtipos de esquizofrenia, según el CIE 10^{35,36}:

- Esquizofrenia paranoide. Es el tipo más frecuente, se caracteriza por la aparición de delirios acompañados de alucinaciones, en especial auditivas, y de otros trastornos de la percepción. Es decir, predominan claramente los síntomas positivos sobre los negativos. Los pacientes con este tipo de esquizofrenia suelen debutar con una edad mayor a la media y suelen tener buen pronóstico y mejor adherencia al tratamiento.
- Esquizofrenia desorganizada hebefrénica. Presenta importantes trastornos afectivos (afecto plano y abulia) y las ideas delirantes son transitorias y fragmentarias. Existe un lenguaje inadecuado cambiando rápidamente de tema o con expresiones inacabadas, un comportamiento imprevisible y también se puede observar un deterioro global de la

personalidad. Este tipo suele aparecer en la adolescencia, desarrollando una gran tendencia a permanecer solitarios.

- Esquizofrenia indiferenciada. No presenta una sintomatología concreta de un solo tipo, pero reúne los criterios diagnósticos de una esquizofrenia, o puede presentar características de más de uno de ellos.
- Esquizofrenia catatónica. Predominan alteraciones psicomotoras. La persona está callada, con gran negativismo y frecuentemente mantiene posiciones corpóreas extrañas. Es poco frecuente, pero es la que debuta en edades más tempranas y suele tener un peor pronóstico.
- Esquizofrenia residual. Se trata de un estado crónico de la enfermedad en la que se observa una ausencia de sintomatología positiva, predominan los síntomas negativos y de deterioro persistente.

La esquizofrenia requiere un tratamiento de por vida, incluso si los síntomas llegan a desaparecer. El tratamiento de esta enfermedad debe ser de amplio enfoque, integrador e interdisciplinar, incluyendo medicación y terapias psicosociales tanto individuales como grupales. En algunos casos, puede que sea necesaria la internación para el bienestar del individuo³⁷.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los antipsicóticos (haloperidol, clozapina) son los medicamentos recetados con más frecuencia puesto que actúan sobre la dopamina llegando a controlar los síntomas. Otros medicamentos, como ansiolíticos y antidepresivos, pueden llegar también a resultar eficaces en el tratamiento³⁸.

Es común que pasen varias semanas hasta poder observar una mejoría de los síntomas. El psiquiatra puede probar distintos medicamentos, dosis o combinaciones hasta conseguir el resultado deseado³⁸.

2.4. Esquizofrenia dual.

2.4.1. Etiopatogenia.

Múltiples estudios clínicos y epidemiológicos nos permiten saber que el 50% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan un trastorno por uso de sustancias, siendo las sustancias más utilizadas el tabaco, el alcohol, la cocaína y el cannabis. Las causas, aún no bien conocidas, se relacionan con la vulnerabilidad genética, factores de personalidad, características ambientales y los efectos subjetivos de las drogas. Esta situación produce un impacto negativo en la evolución de la enfermedad, lo que se traduce en un mayor número de episodios psicóticos, mayor gravedad de los síntomas y en hospitalizaciones frecuentes, con mayor morbilidad de enfermedades médicas³⁹.

Existen diversas teorías, unas de carácter neurobiológico y otras de tipo ambiental, que tratan de dar una respuesta a la coexistencia entre la esquizofrenia y los TUS. Términos como el reforzamiento

positivo y negativo y las conductas aprendidas de los modelos ambientales se complementan con teorías biológicas ligadas a fenómenos de adicción, como la activación de circuitos de recompensa mediados por el neurotransmisor de la dopamina⁴. Todos estos aspectos se han conseguido integrar en diferentes modelos o hipótesis que tratan de explicar la elevada comorbilidad entre ambos trastornos^{4, 40}:

- Drogoinducción. Se basa en que la interacción de las drogas junto con determinados sistemas neurobiológicos con mal funcionamiento puede causar efectos no esperados, que en el caso de ser de manera prolongada podrían conducir a una enfermedad neurotóxica.
- Vulnerabilidad biológica entre ambos trastornos. Esta hipótesis se fundamenta en que debe existir algún tipo de déficit neurobioquímico similar entre la esquizofrenia y el consumo de sustancias. Se ha podido observar que la disfunción dopaminérgica de las neuronas mesocorticolímbicas puede estar relacionada con la sintomatología negativa propia de pacientes con esquizofrenia, lo que a su vez podría ligarse a una mayor vulnerabilidad de consumo de sustancias en estos pacientes.
- Teoría de la automedicación. Esta teoría defiende que los pacientes con esquizofrenia se ven con la necesidad, ya sea directa o indirectamente, de consumir sustancias como un medio para abordar mejor los síntomas de su enfermedad, y también, los problemas de las relaciones sociales, puesto que el consumo en algunos de estos pacientes provoca una mayor desinhibición y mayor facilidad para suprimir la apatía.
- Independencia entre los trastornos. Se basa en la independencia biológica entre el trastorno mental y el abuso de drogas.

2.4.2. Evaluación en esquizofrenia dual.

Una correcta caracterización del perfil de los pacientes que presentan clínica psicótica y realizan un abuso de sustancias es imprescindible para poder llevar a cabo un abordaje adecuado.

El principal conflicto diagnóstico es averiguar si el trastorno mental asociado al TUS es primario o inducido. Por ello, es necesario una evaluación clínica completa para poder realizar un diagnóstico correcto y construir un plan individualizado de tratamiento⁴.

Se deben valorar los siguientes aspectos relacionados con el consumo de sustancias⁴.

- a. Historia toxicológica.
- b. Relación temporal del consumo con la aparición de sintomatología psicótica.
- c. Antecedentes familiares de consumo.
- d. Estadiaje clínico del momento de cambio del paciente.

A su vez, es necesario llevar a cabo una evaluación clínica que contenga los siguientes apartados⁴.

- a. Estudio de la sintomatología, inicio y grado de gravedad de los síntomas positivos y negativos, ideación autolítica, deterioro cognitivo.

- b. Antecedentes familiares psiquiátricos.
- c. Factores estresantes que desencadenan episodios psicóticos.
- d. Tratamientos previos y psicofármacos.

La evaluación diagnóstica de la esquizofrenia se realiza mediante entrevistas estructuradas. Aunque en la actualidad esta práctica tenga una aplicación limitada debido al tiempo de gestión, son grandes herramientas de aprendizaje que aportan información acerca de los síntomas en el diagnóstico y también ayudan como evaluaciones psicológicas.

Existen tres escalas para evaluar la sintomatología psicótica propia de la esquizofrenia^{4,41}.

- PANSS (*Positive And Negative Syndrome Scale*): Es el instrumento más conocido, debe ser llevado a cabo por un profesional a modo de entrevista semiestructurada. Comprende la categoría de síntomas más grande puesto que aparte de evaluar la sintomatología positiva y negativa, también analiza otro tipo de síntomas. Evalúa la esquizofrenia desde dos perspectivas distintas; una dimensional, valorando la gravedad de toda la sintomatología del trastorno, y otra categorial, clasificando el trastorno en positivo, negativo o mixto.
- BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*): Creada por Overall y Gorham en 1963, se utiliza principalmente para medir la gravedad de los síntomas. Mayormente, es empleada en psicofarmacología y, en menor medida, como instrumento de evaluación clínica.
- SAPS Y SANS (*Scale for Assessment of Positive/Negative Symptoms*): Estas dos escalas son desarrolladas por Andreasen en 1984, con el fin de valorar la gravedad de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y su respuesta al tratamiento.

2.4.3. Modelos de tratamiento.

El principal objetivo del tratamiento de la esquizofrenia dual se basa en una notoria mejoría de los síntomas psicóticos y de la capacidad cognitiva, una disminución de las conductas de búsqueda y consumo de sustancias y un incremento de la calidad de vida del paciente, lo que lleva a una menor utilización de los recursos sanitarios y un mayor bienestar presente en los familiares del paciente.

Existen tres modelos de tratamiento en pacientes con esquizofrenia dual: en serie o secuencial, en paralelo o integrado⁴.

- Modelo en serie o secuencial. Se proporciona tratamiento al paciente en primer lugar para uno de los dos trastornos y debe completar el tratamiento antes de tratar el segundo trastorno con un equipo terapéutico distinto. En el caso de pacientes esquizofrénicos con TUS, por norma general se trabajaría primero el TUS y los casos de remisión o abstinencia se derivarían a la red de salud mental.
- Modelo en paralelo. Se abordan los dos trastornos al mismo tiempo, pero de manera independiente, es decir, desde diferentes centros o dispositivos y con equipos profesionales distintos.

- Modelo integrado. En este modelo se aborda tanto el trastorno psicótico como el TUS con el mismo equipo y en el mismo centro.

Según varios estudios y guías de cuidados, el tratamiento integrado es el más eficaz puesto que a parte de conseguir mejores resultados, logra una mayor adhesión al tratamiento por parte de los pacientes.

Se propone un modelo de tratamiento integrado que debe incluir la hospitalización completa o parcial, dependiendo del tipo de paciente; test de drogas en orina para determinar consumos activos y/o la abstinencia, tratamiento farmacológico completo para ambos trastornos, terapia motivacional tanto para familiares como para pacientes y, por último, un equipo multidisciplinar profesionalmente preparado para el cuidado del paciente esquizofrénico dual⁴².

2.5. Papel de Enfermería en la Patología Dual.

El profesional de Enfermería es una pieza muy importante en la Patología Dual y en la drogodependencia ya que puede servir para el paciente como base de apoyo y fuente de motivación para conseguir abandonar totalmente el hábito de consumo y mejorar sus perspectivas de futuro de vida.

Tanto a nivel preventivo como asistencial, la Enfermería junto al resto del equipo multidisciplinar, son claves para ayudar en la evolución tanto clínica como personal del paciente a través de herramientas como la terapia psicosocial, la inteligencia emocional, programas de tratamiento individualizados y grupales, así como la autoenseñanza de cuidados personales y emocionales que le ayudarán a evitar las recaídas en el transcurso de su enfermedad.

Las funciones de la Enfermería se centran en llevar a cabo una valoración holística del paciente que permita diagnosticar, planificar y evaluar los cuidados integrales e individualizados. Es imprescindible crear una relación terapéutica con el paciente basada en la confianza y en la empatía, promover la adhesión al tratamiento, supervisar la toma de la medicación prescrita, valorar el estado psicopatológico para la detección precoz de recaídas, entrenar habilidades sociales, participar en la toma de decisiones del equipo terapéutico, evaluar de forma regular el estado físico del paciente para detectar problemas médicos y facilitar la educación para la salud respecto a los hábitos de vida saludables⁴³.

Otra intervención de Enfermería de gran importancia es la prevención, esta debe basarse en la evidencia científica con modelos preventivos específicos y procedimientos adecuados para su correcta realización.

Tanto en la población infanto-juvenil como adulta, se desarrollan programas específicos que aportan información desde una perspectiva biopsicosocial con los objetivos principales de promover la salud y prevenir actitudes de riesgo, tratando de identificar estas últimas para poder obtener una solución. En estos programas se proporcionan consejos acerca de la importancia del cambio de hábitos para poder lograr una vida saludable, se aporta información sobre las drogas de abuso y sus posibles efectos, nutrición, ejercicio, sexualidad, etc. Otra función, es la de detectar en Atención Primaria los posibles nuevos pacientes drogodependientes mediante entrevistas clínicas en las que se utilicen preguntas clave referentes a la sintomatología psiquiátrica para poder observar si se ha desarrollado un trastorno mental.

Además, es de gran importancia incluir a la familia y a la comunidad en estos programas para hacer que estos resulten mucho más efectivos⁴⁴.

Al personal de Enfermería también le pertenece la evaluación del estado general del paciente a través de la toma de constantes vitales (FC, TA, SatO₂) y la obtención de muestras de sangre (detección de posibles enfermedades infecciosas), de orina (confirmación de consumo de drogas, control de abstinencia) y aire expirado (alcoholimetría) entre otras. A parte de una exploración física minuciosa y la realización de determinadas pruebas de laboratorio, la observación es de gran relevancia puesto que nos puede aportar información esencial del paciente como posibles recaídas, hábitos adictivos, enfermedades mentales asociadas como ansiedad o depresión, etc. ⁴⁴

El nivel de conocimiento y formación por parte de los enfermeros que tratan con pacientes duales es muy importante, pues las actitudes negativas y la falta de recursos y conocimientos específicos afectan negativamente al pronóstico y la evolución del paciente drogodependiente.

Por otro lado, es notable como existe una gran influencia negativa del estigma por parte de los profesionales sanitarios, así como un estigma social en el resto de la población, impactando negativamente tanto en el cuidado como en la adherencia al tratamiento del usuario⁴⁵.

A través de diferentes estudios, se observa que estas actitudes negativas ocurren con mayor frecuencia en centros donde el personal carece de una formación específica para el tratamiento de drogodependientes con Patología Dual, mostrando grandes barreras en la relación terapéutica entre el profesional y el paciente⁴⁶.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

3.1. Objetivo general.

Conocer el papel de Enfermería en la atención a los pacientes con diagnóstico de Patología Dual: esquizofrenia-adicción a psicoestimulantes (anfetaminas/cocaína).

3.2. Objetivos específicos.

- Identificar las principales intervenciones y actividades propias de Enfermería en el tratamiento de pacientes que sufren Patología Dual.
- Conocer el perfil del paciente dual con esquizofrenia.
- Analizar las dificultades y limitaciones que se encuentra el profesional de Enfermería en la atención a pacientes duales.

4. METODOLOGÍA.

Para la consecución de los objetivos marcados en esta revisión bibliográfica, la metodología empleada ha consistido en una búsqueda de bibliografía con su correspondiente análisis crítico acerca de los diferentes estudios basados en la Patología Dual y el rol desempeñado por Enfermería.

La búsqueda bibliográfica se realizó de forma sistemática y ordenada entre los meses de enero y mayo del año 2024..

En primer lugar, las palabras claves empleadas son descriptores que se obtuvieron a partir de los tesauros DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headlines), enumeradas en la siguiente tabla.

Tabla 2. Palabras clave.

TÉRMINOS DeCS	TÉRMINOS MeSH
Diagnóstico dual (Psiquiatría)	Diagnosis dual (Psychiatry)
Esquizofrenia	Schizophrenia
Cocaína	Cocaine
Adicción	Addiction
Atención en Enfermería	Nursing care
Trastornos relacionados con sustancias	Substance – Related disorders
Salud mental	Mental health
Enfermería	Nursing

Fuente: Elaboración propia.

Para llevar a cabo una búsqueda de forma más completa, a parte de los descriptores obtenidos también se utilizaron sinónimos y términos análogos: dual schizophrenia, co-occurring mental disorders and substance abuse, cocaine relate disorders.

Una vez ya seleccionadas las palabras clave, se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed, Medline, Elsevier, Scielo y Dialnet. En esta búsqueda, se llevó a cabo una combinación entre los

descriptores obtenidos y el operador booleano “AND” en las diferentes bases de datos (los booleanos “OR” y “NOT” no fueron utilizados), quedando reflejada en la siguiente tabla.

Tabla 3. Bases de datos.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS SELECCIONADOS
PubMed	Dual Diagnosis and schizophrenia	141	2
	Dual Diagnosis and nursing care	176	1
	Cocaine and schizophrenia	125	1
Medline	Trastornos relacionados con sustancias and salud mental	6	1
	Diagnóstico dual and salud mental	1	1
Elsevier	Diagnóstico dual and enfermería	5	1
	Esquizofrenia and adicción	6	1
Scielo	Salud mental and atención en enfermería	51	2
Dialnet	Patología dual and enfermería	23	1

Fuente: Elaboración propia.

Es remarcable mencionar que en la realización de esta revisión bibliográfica sistemática se ha obtenido información procedente de artículos de revistas de Enfermería como la Revista ENE y la Revista de Patología Dual.

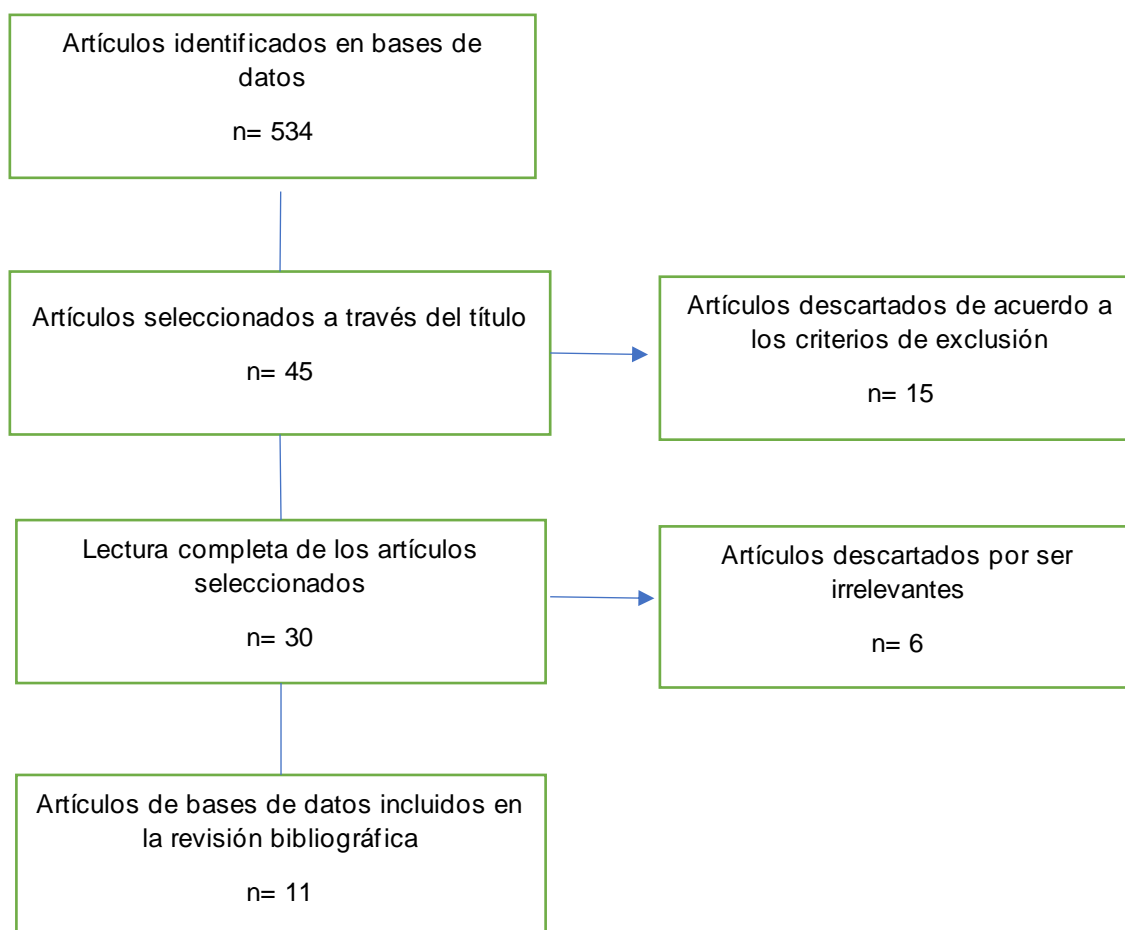
Posteriormente, se realizó una profunda selección de todos los artículos encontrados a partir de nuestra estrategia de búsqueda para poder llegar a incluirlos o descartarlos según los criterios de inclusión y exclusión marcados, siendo utilizados los siguientes criterios.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos de los últimos 10 años.	Artículos de hace más de 10 años.
Artículos redactados en español e inglés	Artículos sin validez científica.
Tipo de documento: artículos científicos, guías, protocolos.	Artículos de opinión.
Artículos relacionados con Enfermería.	Artículos excesivamente biomédicos.
Artículos disponibles a texto completo.	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Diagrama de flujo: Proceso de selección de los artículos de esta revisión bibliográfica.



5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 5. Artículos seleccionados.

Título	Autor/es	Año	Tipo de estudio/muestra	Resumen
Contingency management for patients with dual disorders in intensive outpatient treatment for addiction	Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB.	2014	Ensayo controlado	Se aplica la técnica “manejo de contingencias” como instrumento de adherencia al tratamiento a pacientes con Patología Dual que se encuentran en unidades de hospitalización parcial ambulatorio. Duración de 9 meses.
Perfil Clínico y de Personalidad en Patología Dual	Albalat Alcaraz C.	2015	Tesis doctoral	Se tiene como finalidad crear un perfil de paciente dual basado en sus principales características sociodemográficas, de personalidad, inteligencia emocional (IE) y psicopatológicas.
Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y Patología Dual	Rubio Perlado B, Benito A, Juan M, Francés Olmos S et al.	2015	Estudio experimental	Se evalúa la efectividad de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) comparándola con la Terapia Ocupacional (TO) en pacientes hospitalizados.
Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial	Chien WT, Mui JHC, Cheung EFC, Gray R.	2015	Ensayo controlado aleatorizado	Se evalúa la efectividad de la terapia de adherencia basada en la entrevista motivacional en pacientes ambulatorios. Duración de 6 meses.

Título	Autor	Año	Tipo de estudio/muestra	Resumen
Patterns of Substance Use during Cognitive Enhancement Therapy: An 18-Month Randomized Feasibility Study	Eack SM, Hogarty SS, Bangalore SS, Keshavan MS, Cornelius JR.	2016	Ensayo controlado aleatorizado	Este ensayo trata de testar si la intervención psicosocial, específicamente las técnicas de rehabilitación cognitivas reducen las probabilidades de consumo. Duración 18 meses.
Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia	Matsuda M, Kohno A.	2016	Estudio cuasi-experimental	El objetivo es medir la utilidad clínica del programa de psicoeducación de Enfermería (NPE) frente a un tratamiento estándar para la esquizofrenia en pacientes de las unidades de hospitalización de agudos.
Evaluation of the Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action among Latino Immigrants with Co-occurring Mental Health and Substance Misuse Symptoms: A Randomized Clinical Trial	Alegría M, Falgas-Bague I, Collazos F, Carmona Camacho R et al.	2019	Ensayo Controlado Aleatorizado Multicéntrico	Se evalúa la efectividad de la intervención IIDEA basada en la TCC (Terapia Cognitivo Conductual) frente al TAU (tratamiento habitual). Duración de 6 meses.

Título	Autor	Año	Tipo de estudio/muestra	Resumen
Does an adapted Dialectical Behaviour Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study.	Flynn D, Joyce M, Spillane A, Wrigley C, Corcoran P, Hayes A, Flynn M, Wyse D, Corkery B, Mooney B.	2019	Método Mixto: estudio secuencial explicativo	Se aplica un programa de comprensión y manejo de las emociones-adicción basado en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Se entrenan habilidades de atención plena, gestión de la angustia, regulación emocional y eficacia interpersonal.
Temperament and Character Profile and Its Clinical Correlates in Male Patients with Dual Schizophrenia	Río-Martínez L, Marquez-Arrico JE, Prat G, Adan A.	2020	Estudio clínico experimental	A través de una entrevista estructurada se recogen datos sobre género, edad, estado civil, convivencia, nivel educativo y situación laboral de los pacientes.
Apuntes sobre Patología Dual	Confederación salud mental España	2020	Guía	Se clasifica el tipo de paciente dual según el género y las sustancias que consume. Además, afirma que para realizar un diagnóstico correcto es necesario ver si el trastorno psicótico asociado al TUS es primario o inducido.

Título	Autor	Año	Tipo de estudio/muestra	Resumen
Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders	Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T.	2021	Revisión sistemática y metaanálisis	Tiene como objetivo el estudio del impacto de las intervenciones conductuales, educativas y mixtas, en la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia.

Fuente: Elaboración propia.

5.1. El rol de la Enfermería en la atención a personas con Patología Dual.

La relación terapéutica entre el profesional de Enfermería y el paciente dual resulta indispensable para el abordaje del tratamiento de este último, pues es con el enfermero con quien mayor parte del tiempo compartirá y con quien establecerá una relación de confianza profesional.

A través de esta relación, el profesional de Enfermería podrá ofrecer a los usuarios una gran fuente de motivación y de apoyo lo que facilitará considerablemente la adherencia de estos al tratamiento, al igual que podrá promover la educación para la salud en cuanto a los hábitos saludables de vida se refiere.

El papel del equipo multidisciplinar de Enfermería en el manejo de estos pacientes se centra principalmente en llevar a cabo el proceso de atención de Enfermería desde un punto de vista holístico; a través de la valoración del paciente, la búsqueda de diagnósticos, la planificación de los cuidados y su pertinente ejecución y evaluación.

Aunque se intente definir un mismo patrón de actuación compuesto por unos cuidados y una atención estandarizados, existe la necesidad de la creación de programas específicos que traten la Patología Dual debido a la complejidad que supone su abordaje.

Por lo tanto, el manejo de un paciente con Patología Dual supone todavía un reto para muchos de los profesionales enfermeros. Por ello, a continuación, se realiza una síntesis de los datos obtenidos de diferentes artículos en los que se estudian varias intervenciones por parte de Enfermería basadas en distintas terapias en cuanto a la atención de pacientes duales y cómo estos responden a ellas.

En primer lugar, se tiene en cuenta un estudio experimental de doble ciego el cual tiene como principal objetivo evaluar la efectividad de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-

D) comparándola con la Terapia Ocupacional (TO). La TPMB-D es una terapia que se basa en ofrecer información al paciente acerca de las drogas y todo en torno a ellas, es decir, conductas adictivas, los recursos disponibles de los que pueden disponer y los múltiples riesgos que supone el consumo de sustancias cuando ya hay un diagnóstico de trastorno mental de base. Este tipo de terapia se puede llevar a cabo en el entorno hospitalario, siendo más eficiente de manera grupal. Mientras tanto, la TO trata de una terapia ocupacional que tiene como finalidad dotar al paciente de la mayor autonomía y calidad de vida posible, usando la ocupación como el mayor medio para la rehabilitación. Las intervenciones que tienen lugar en este estudio son realizadas por una psicóloga, una enfermera especialista en salud mental y una terapeuta ocupacional⁴⁷.

Finalmente, se obtiene una muestra total de 163 pacientes los cuales todos tienen un diagnóstico de trastorno mental y de abuso de sustancias (TUS), todos ellos encontrándose en unidades de hospitalización. El 31.3% de la muestra tenía un diagnóstico TUS y el 68,7% PD.

Antes de la impartición de ambas terapias, se realiza un pretest en el que se analizan el nivel de conocimientos acerca de las adicciones, la Patología Dual y la motivación que sienten para el cambio todos los pacientes; después de las sesiones se vuelve a realizar otro test evaluando los mismos aspectos más la satisfacción con la terapia recibida⁴⁷.

Los resultados obtenidos en este estudio demostraron que la TPMB-D resultó ser efectiva para aumentar tanto el nivel de conocimiento como la motivación, mientras que la TO generó más satisfacción entre los pacientes debido a que esta terapia trata un mayor abordaje acerca de la calidad de vida, el manejo de los síntomas y la abstinencia, y el uso de los recursos asistenciales disponibles⁴⁷.

Por otro lado, se realiza un ensayo controlado aleatorizado en el que se quiere evaluar la efectividad de la terapia de adherencia en base a la entrevista motivacional (TA) y sus efectos frente a la terapia de atención habitual (TAU) en pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia durante un periodo de 6 meses⁴⁸.

El estudio se lleva a cabo en 114 pacientes que se encuentran en un servicio de Enfermería psiquiátrica comunitaria de Japón, aplicándose a la mitad de los pacientes la TA y a la otra mitad, la TAU⁴⁸.

La TA es impartida a través de sesiones por parte de una enfermera especialista en salud mental. Los temas que se llevaron a cabo en esta terapia fueron principalmente dirigidos a la involucración por parte de los pacientes en el tratamiento y su adherencia, basándose en los principios de la entrevista motivacional para llegar a una mayor cercanía con los participantes, como por ejemplo la

empatía, el empoderamiento y la autoeficacia, así como la formación de discrepancias en cuanto a mitos o falsas creencias⁴⁸.

En cambio, la TAU se basa en ofrecer consultas psiquiátricas en el ambulatorio y visitar a los pacientes en sus domicilios. Estas consultas, también llevadas a cabo por la enfermera psiquiátrica, tratan principalmente la educación acerca de los trastornos mentales, así como su tratamiento⁴⁸.

Los resultados de este programa remarcaron los efectos positivos que proporciona la TA frente a la TAU sobre todo en pacientes esquizofrénicos que no presentan síntomas psicóticos graves, pero sí poca adherencia al tratamiento, observándose una clara mejora tanto de los síntomas como una mayor adherencia. Por tanto, se demuestra que la TA aplicada junto a tratamientos psicofarmacológicos tiene claros beneficios en los pacientes⁴⁸.

La aplicación de la técnica “manejo de contingencias” fue puesta en marcha como instrumento para fomentar una mayor adherencia en pacientes con Patología Dual en las unidades de hospitalización parcial ambulatorio, con una duración de 9 meses⁴⁹.

El total de 160 participantes en el estudio se dividió en dos grupos, un grupo formado por 88 de ellos para la intervención con el manejo de contingencias y otro grupo control con los 72 restantes para llevar el tratamiento habitual⁴⁹.

En el grupo con manejo de contingencias se llevó a cabo un programa conductual llamado “La Pecera” el cual consistía en que los participantes cogieran boletos canjeables por recompensas tangibles e intangibles por su asistencia, es decir, a más sesiones asistidas más boletos⁴⁹.

Al finalizar el programa, se obtuvo una mayor media de participación por parte del grupo de contingencias que por el grupo control, por lo que se cumplió el objetivo de adherencia. Como consecuencia de esta mayor participación se observó una mejora en la capacidad de afrontamiento de los participantes, en cambio los que participaron en menor medida demostraron sufrir un mayor estrés psicológico⁴⁹.

Se lleva a cabo un estudio cuasi-experimental en el cual el objetivo es medir la utilidad clínica del programa de psicoeducación de Enfermería (NPE) para una mejor aceptación del tratamiento, un mayor nivel de conocimientos acerca de su trastorno y los efectos que produce la medicación antipsicótica en pacientes de las unidades de hospitalización de agudos. Un grupo experimental recibió el NPE y el otro grupo control recibió el tratamiento estándar⁵⁰.

En el programa están asignados 4 temas: los síntomas de la enfermedad, la asociación entre los trastornos mentales y el estrés, los efectos primarios y secundarios de la medicación y el aprendizaje

para vivir con la enfermedad en comunidad. Todos estos datos son recogidos a través de cuestionarios estructurados⁵⁰.

Después de la intervención, se demostró que la NPE resulta muy útil para ayudar a la aceptación del tratamiento de los pacientes esquizofrénicos ya que cuando estos logran tomar conciencia de su enfermedad y, por tanto, la mejora de sus síntomas, resulta mucho más fácil adaptarse a la toma de medicación prescrita por el facultativo⁵⁰.

En otro ensayo controlado aleatorizado se propuso comprobar si la intervención psicosocial, específicamente las técnicas de rehabilitación cognitivas, consiguen reducir las probabilidades de consumo en personas con problemas de dependencia de ciertas sustancias y que sufren de algún trastorno dentro del espectro de la esquizofrenia. Esta intervención tiene una duración de 18 meses⁵¹.

En este estudio participan un total de 31 pacientes ambulatorios, 22 de ellos se someten a un programa de rehabilitación cognitiva y los 9 restantes a un tratamiento habitual. Este tratamiento socio-cognitivo incluye entrenamientos específicos grupales con el ordenador para trabajar atención, memoria y resolución de conflictos con el entorno social, y además se combina con sesiones psicoeducativas individuales respecto al estrés psicológico y la abstinencia⁵¹.

Una vez completada la evaluación, se obtuvieron grandes resultados respecto al grupo socio-cognitivo debido a la relación entre la capacidad cognitiva y el consumo. Se detecta que la velocidad de procesamiento, la resolución de conflictos y el aprendizaje visual disminuyen la probabilidad de consumo, pero bien es cierto que las mejoras en aprendizaje verbal y cognición social se relacionan con una pequeña mayor probabilidad de consumir⁵¹.

En el tercer ensayo controlado aleatorizado se pone en marcha la intervención IIDEA (Integrated Intervention for Dual Problems and Early Actions). Esta intervención, basada en la Terapia Cognitivo Conductual, está dirigida al tratamiento de la depresión, la ansiedad, el TEPT y problemas de consumo⁵².

Hubo un total de 258 participantes que completaron la evaluación, de los cuales 124 formaron parte de IIDEA y 134 del grupo control con tratamiento habitual mejorado. Las sesiones se realizaron por vía telefónica o presencial, contando con el sistema simple ciego por el cual el evaluador desconocía totalmente las condiciones de tratamiento de los evaluados⁵².

Se detectó una reducción de consumo, síntomas depresivos, ansiedad y TEPT en aquellos pacientes con sintomatología leve-moderada. En cambio, no se produjeron cambios en los hábitos de consumo, aunque sí en salud mental⁵².

En un estudio secuencial explicativo se aplica un programa de Comprensión y Manejo de las Emociones-Adicción (U&ME-A) basado en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT). En este programa se refuerzan habilidades como gestión de la angustia, regulación emocional, eficacia interpersonal y atención plena⁵³.

Se dan 3 temas principales: “nueva oportunidad de vida”, “necesidad de atención posterior continua” y “mejoras del programa”, todos estos datos son recogidos a través de autoinformes⁵³.

A nivel cuantitativo se muestran mejoras significativas en la regulación de las emociones, la atención plena, el uso de habilidades DBT y el afrontamiento disfuncional, disminuyendo el consumo de sustancias. En cuanto a los resultados cualitativos, los participantes apoyan el programa valorando esta intervención (nueva oportunidad de vida), valor del apoyo formal continuo y sugerencia de ampliación del programa⁵³.

Por último, se desarrolló un metaanálisis en el cual se analiza el impacto que tienen las intervenciones conductuales, educativas y mixtas, en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar⁵⁴.

Las intervenciones conductuales (entrevista motivacional, terapia cognitivo conductual, recordatorios por mensajes de texto, llamadas telefónicas, alarmas, etc.) demostraron una gran mejoría en la adherencia a la medicación, así como en la capacidad de autogestión de medicamentos. Las intervenciones educativas (psicoeducación y educación para la salud) también mejoraron la adherencia, teniendo como objetivo educar al paciente para entender la Patología Dual, la recaída y cualquier aspecto relacionado con la medicación. En las intervenciones mixtas (conductuales y educativas) se combinaron las entrevistas motivacionales junto con sesiones educativas para familia y pacientes, siendo muy favorecedoras para la adherencia de los pacientes⁵⁴.

Este estudio muestra que las intervenciones mixtas resultan ser las más efectivas, pero aun así existe la necesidad de llevar a cabo sesiones de refuerzo para así mantener la adherencia a largo plazo⁵⁴.

5.2. Perfil del paciente con esquizofrenia dual.

Los pacientes con un diagnóstico de Patología Dual se caracterizan principalmente por una gravedad psicopatológica alta, además suelen identificarse solamente con uno de los dos trastornos (TUS o trastorno mental). Este tipo de pacientes acude con frecuencia a los servicios de urgencias y requieren mas hospitalizaciones puesto que sufren varias recaídas.

Entre ellos existen grandes tasas de desempleo y exclusión social, a parte de tener un peor pronóstico respecto a pacientes no duales puesto que suelen sufrir de varias comorbilidades médicas.

A la hora de evaluar a un paciente dual es muy fácil realizar diagnósticos erróneos debido al amplio espectro de los cuadros psicopatológicos para poder distinguir un trastorno mental primario de un trastorno inducido por sustancias. Por ello, es por lo que se hace sumamente necesario una exploración exhaustiva de la historia clínica del paciente.

Se investiga un estudio que tiene como finalidad crear un perfil de paciente dual basado en sus principales características sociodemográficas, de personalidad, inteligencia emocional (IE) y psicopatológicas⁵⁵.

Para ello, se analiza una muestra de 295 pacientes que acuden a la UHCA en la ciudad de Cartagena. Esta muestra está formada por un 29.2% de mujeres y un 70.8% de hombres, con una edad media de 36.12 años; la edad de los hombres es levemente inferior a la de las mujeres. Teniendo en cuenta la sustancia principal de consumo y por la cual los pacientes acuden a tratamiento, el 29.2% están diagnosticados de dependencia al alcohol, el 26.8% son dependientes de cocaína, un 21.4% de cannabis y el 22.7% del alcohol y cocaína estando los dos patrones de consumo asociados entre sí⁵⁵.

Para la recogida de datos se emplearon los siguientes instrumentos: cuestionario sociodemográfico, cuestionario factorial de la personalidad (16PF-5), inventario clínico multiaxial, inventario de pensamiento constructivo y cuestionario de 90 síntomas⁵⁵.

En cuanto al perfil sociodemográfico de los pacientes, el estudio muestra que el perfil de paciente que destaca con mayor frecuencia es el varón, con edad media de 36.12 años, con estado civil soltero, sin cargas familiares, con nivel de estudios escaso, desempleado y nivel socioeconómico medio⁵⁵.

Respecto al patrón de consumo, destaca la temprana edad en la que se inician en el uso de la sustancia puesto que el 92.2% de los participantes empiezan el consumo antes de los 25 años⁵⁵.

Por último, en la muestra predomina una estructura desajustada de la personalidad, un pobre pensamiento constructivo lo que resulta indicador de una baja IE y la presencia de sintomatología psíquica variada, principalmente de tipo obsesiva, depresiva y psicótica⁵⁵.

En otro estudio esta vez de tipo clínico experimental, se analiza el perfil de personalidad de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno por uso de sustancias (TUS) y esquizofrenia dual⁵⁶.

Se obtiene una muestra de un total de 165 pacientes divididos en 3 grupos según el diagnóstico previo. A través de una entrevista estructurada se recogen los datos sobre género, edad, estado civil, convivencia, nivel educativo y situación laboral de los pacientes⁵⁶.

Respecto a las características clínicas y sociodemográficas de los participantes, los resultados de este estudio indican que el perfil de pacientes con esquizofrenia y esquizofrenia dual se asocia a ser varón, estar soltero o sin una pareja estable, vivir con la familia de origen, tener un nivel educativo bajo y estar desempleado. Aquellos pacientes con esquizofrenia dual llegan a presentar un peor perfil clínico y sociodemográfico, menor adherencia al tratamiento, peores resultados terapéuticos, un inicio más temprano de esquizofrenia y del uso de sustancias, más intentos de suicidio y más conductas violentas, en comparación con los pacientes de un único diagnóstico⁵⁶.

Finalmente, la guía propuesta por la Confederación de Salud Mental de España clasifica el tipo de paciente dual según el género y las sustancias que consume⁵⁷.

Se observa que en la mujer con diagnóstico dual las adicciones más frecuentes son el alcohol y los tranquilizantes mientras que en los hombres se trata de la cocaína, la heroína y el cannabis. Son las mujeres las que más sufren el estigma social y la exclusión social puesto que poseen más complicaciones para incorporarse al trabajo y conciliar una vida familiar. Además, se encuentran con más dificultades para acceder a los servicios de atención⁵⁷.

Según este estudio, las características de un paciente dual pueden ser las siguientes: falta de consciencia del trastorno, alta concurrencia, identificarse solo con un rol de los dos, frecuente visita a los servicios de urgencias, no encajar en los recursos existentes, dificultad para el tratamiento, etc.⁵⁷

Por último, indica que para realizar un diagnóstico correcto del paciente y formular un plan de tratamiento individualizado es necesario ver si el trastorno psicótico asociado al TUS es primario o inducido⁵⁷.

6. CONCLUSIONES.

Tras una lectura reflexiva de los artículos y a partir de todos los resultados que se han obtenido, se extraen las siguientes conclusiones.

Hoy en día, existe un gran interés por el estudio de la Patología Dual ya que cada vez está adquiriendo mayor reconocimiento tanto por parte de los profesionales como por los usuarios debido a su gran prevalencia y las graves repercusiones que tiene tanto clínica como socialmente.

El concepto de Patología Dual todavía no está definido ni en el DSM-V ni en el CIE-10, pero los profesionales la definen como la coexistencia de un trastorno psiquiátrico y un trastorno por abuso de sustancias (TUS).

El tratamiento por excelencia de la patología dual, debe ser una terapia integral de ambas enfermedades que incluya un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, ayude a evitar las posibles recaídas, a la rehabilitación del consumo y a la construcción o mejora de habilidades sociales que favorezcan la reinserción; así también como que ayude a la detección de la patología.

Múltiples estudios clínicos y epidemiológicos nos permiten saber que los pacientes afectados por esquizofrenia presentan un TUS cuatro veces mayor que la población general, siendo las sustancias más utilizadas el tabaco, el alcohol, la cocaína y el cannabis. Esto se asocia a diversos factores genéticos, ambientales y sociales.

Los pacientes diagnosticados de trastorno esquizofrénico manifiestan ya de por sí una grave sintomatología, pero cuando este trastorno se relaciona con el consumo de sustancias psicoestimulantes se multiplican las graves consecuencias que recaen sobre el paciente y todo lo que le rodea. Esta comorbilidad entre trastornos desestabiliza por completo la evolución de la enfermedad, añadiéndose una mayor dificultad todavía para la adherencia al tratamiento y una mayor concurrencia de episodios psicóticos.

Para la Enfermería, como uno de los mayores pilares fundamentales en el tratamiento de los pacientes duales, es imprescindible potenciar la continua formación de profesionales y la realización de estudios que traten las necesidades y cuidados de estos pacientes con el objetivo de poder ofrecer una atención terapéutica de la manera más correcta y adecuada.

El paciente dual debe ser atendido por un equipo multidisciplinar, siendo la herramienta clave la observación de la conducta y la comunicación. Dentro de las diversas terapias llevadas a cabo por la Enfermería, la entrevista motivacional y la psicoeducación son las más adecuadas en tratamiento

de la patología dual, puesto que son aquellas que instruyen al paciente, brindándoles las herramientas necesarias para conseguir una adherencia y mantenerla a largo plazo.

Los programas del tratamiento integral deben basarse en objetivos realistas a largo plazo, como la minimización del consumo, trabajando siempre en la motivación para lograr la abstinencia. Deben ser accesibles e intensivos, con supervisión del tratamiento farmacológico, controles semanales de tóxicos en orina y funciones de acompañamiento y atención a su situación social, asegurando una continuidad de los cuidados. Se necesita la existencia de centros asistenciales que intervengan en el tratamiento de ambas patologías por igual, la enfermedad mental y la adicción.

En España, todavía existe la necesidad de un protocolo estandarizado de cuidados para el manejo de pacientes duales pues destaca una coordinación prácticamente inexistente entre los profesionales y las redes asistenciales, lo que produce intervenciones que interfieren entre sí en lugar de complementarse.

Por último, es parte de la función de los profesionales de Enfermería sensibilizar tanto a la población como al resto de profesionales sobre el estigma y la discriminación asociados a las personas con estos problemas.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Macaya Sandoval XC, Pihan Vyhmeister R, Vicente Parada B. *Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario*. Humanidades Médicas. 2018; 18(2): 338-355. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200338&lng=es&tlng=pt
2. Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. 2013; 54 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
3. Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau López L, Mesías B, Barral C, Basurte Villamor I, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Raga J, Piqué N, Casas M. *Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual*. 2015. Disponible en: <https://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>
4. Roncero C, Barral C, Grau López L, Ros Cucurull E, Casas M. *Patología dual en esquizofrenia. Protocolos de intervención patología dual*. 2019. Disponible en: <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/4-pdual-esquizofrenia.pdf>

5. González G. *Patología dual. Definición, historia y recursos*. Revista d'Intervenció Socioeducativa. 2020; 75, 81-96. Disponible en:
<https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/download/368875/466458/>
6. Albalat Alcaraz C. *Perfil Clínico y de Personalidad en Patología Dual*. 2015. Disponible en:
<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/48268/1/Caridad%20Albalat%20Alcaraz%20Tesis%20Doctoral.pdf>
7. Caballero Gutiérrez S. *Patología dual: La intervención pleural*. 2015. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14303/TFG-G1224.pdf;jsessionid=9C37390621821203FEE5A20DCA7A9E54?sequence=1>
8. Ruiz Porras D. *Patología dual, la función de las drogas: una revisión*. 2014. Disponible en:
<http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3107/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Fernández Mondragón S. *Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en patología dual*. 2015. Disponible en:
https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/107761/4/SFM_TESIS.pdf
10. Tena Suck A, Castro Martínez G, Marín Navarrete R, Gómez Romero P, Fuente Martín A, Gómez Martínez R. *Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica*. Medicina interna de México. 2018; 34(2), 264-277. Disponible en:
<https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
11. Confederación Salud Mental España. *Apuntes sobre patología dual. Propuestas de la RED SALUD MENTAL ESPAÑA*. 2020. Disponible en:
<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>
12. Rodríguez Luna M, Barrientos Torroja M, Rosado Ruiz J, García Benitez C, Reinoso Bellido R, Luque García F, Cano Domínguez P, Sánchez Moreno A. *Actividad motivada y patología dual*. 2016. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2016_Actividad_motivada_y_patologia_dual.pdf
13. Fernández Geijo J. *Comorbilidad entre adicción y los trastornos mentales*. 2019. Disponible en:
https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/185764/TFM_2019_FernandezGeijo_Julia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Gallardo Garrido CB. *Farmacoterapia de la Adicción a Opioides y Alcohol*. 2021. Disponible en:
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/185481/Farmacoterapia-de-la-adiccion-a-opioides-y-alcohol.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Fajó Roncal I. *Trabajo Fin de Grado. Uso y abuso de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Vulnerabilidad de los adolescentes frente al alcohol*. 2020. Disponible en:
<https://zaguan.unizar.es/record/101829/files/TAZ-TFG-2020-3862.pdf>

16. Moscoso Paredes AJ, Titto Beltrán OM. *Problemática de las Drogas. Orientaciones Generales. Prevención del Uso Indebido de Drogas*. 2015. Disponible en:
https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf
17. Krauss K, Naser A. *Actualización en abuso de drogas por vía nasal*. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2018; 78(1): 89-98.
<https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100089>
18. Gil Moreno I. *Cuidados enfermeros ante la aparición de la patología dual: esquizofrenia-adicción a anfetaminas/cocaína*. 2017. Disponible en:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680626/gil_moreno_irenetfg.pdf;jsessionid=90F3BD09104CC477A9950D28C2435FF2?sequence=1
19. Sateler A, Pino G, López A, Silva L, Solari S, Duffau B. Nombres populares y clasificación de drogas ilícitas de uso común en Chile. Rev. méd. Chile. 2019; 147 (12): 1613-1620. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019001201613>
20. Valdés Iglesia AJ, Vento Lezcano CA, Hernández Martínez D, Álvarez Gómez AE, Díaz Pita G. *Drogas, un problema de salud mundial*. Universidad Médica Pinareña. 2018; 14 (2). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/6382/638268502010/638268502010.pdf>
21. Amores López B. *Relación entre consumo de psicoestimulantes y edad de inicio de síntomas psicóticos y duración de psicosis no tratada en primeros episodios psicóticos*. 2019. Disponible en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/10902/17307/1/AmoresLopezB.pdf>
22. Centro de Investigación Biomédica en Red – CIBER. *Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia*. 2015. Disponible en:
<https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/file/2967/download?token=m7kdj3us>
23. Clavijo Sanguinetti F. *Diagnóstico dual: la esquizofrenia y el consumo de cocaína. Implicaciones en su comprensión y tratamiento*. 2019. Disponible en:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23028/1/Clavijo%20Sanguinetti%2c%20Fabiana.pdf>
24. González Llona I, Tumuluru S, González-Torres MA, Gaviria M. *Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2015; 35(127): 555-571. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300008>
25. Méndez Díaz M, Romero Torres BM, Cortés Morelos J, Ruíz Contreras AE, Prospéro García O. *Neurobiología de las adicciones*. Rev. Fac. Med. (Méx.). 2017; 60(1): 6-16. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000100006&lng=es&tlng=es
26. Navarro A, Vezzoni M, Saracco AS, Briccola M, Barrera E, Segura J, Mercado A. *Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas*. 2014. Disponible en:
<https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2014/10/APS-Consumo-Problematico-de-Drogas...pdf>

27. Crean C, Naidis I, Ifeagwu S. *Terminología e información sobre drogas*. Tercera edición. 2018. Disponible en:
https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_S_3rd_Edition.pdf
28. Martín Del Moral M, Lorenzo Fernández P. *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. Sección 1. 2017. Disponible en:
https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Terminos_en_adiccion.pdf
29. Tapia Pancardo DC, Villalobos Molina R, Valera Mota MM, Cadena Anguiano JL, Ramírez Estrada JF, Guzmán Vázquez O, Maldonado Bonilla AG, Ortiz Pérez DML. *Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico*. Primera edición. 2016. Disponible en:
https://librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/263/Adicciones_2016.pdf?sequence=3
30. Roncero C, Barral C, Grau-lópez L, Esteve O, Casas M. *Patología Dual. Protocolos de intervención: Esquizofrenia*. EdikaMed. 2010. Disponible en:
https://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo3.pdf
31. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Primera edición. 2009. Disponible en:
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf
32. Pérez García C. *Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia*. Rev Enfermería y Salud Ment. 2015; (1):16–22. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6145926>
33. Velazco Fajardo Y, Quintana Rodríguez I, Fernández Romero M, Alfonso Fernández A, Zamora Lombardía E. *Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso*. Revista Médica Electrónica. 2018; 40(4): 1163-1171. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400022&lng=es&tlng=es
34. Navarro Ruiz JM. *Enfermería y adherencia terapéutica en la esquizofrenia*. 2019. Disponible en:
https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7814/TFG_NAVARRO%20RUIZ.%20JOSE%20MANUEL.pdf?sequence=1
35. Vázquez C, Sánchez A, Romero N. *Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: el DSM-IV- TR/DSM-V y la CIE-10*. 2014. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Alvaro-Sanchez-Lopez/publication/311767229_Clasificacion_y_diagnostico_de_los_trastornos_psicologicos_el_DSM-IV-TR/DSM-V_y_la_CIE-10/links/58597b5a08aeabd9a58b491a/Clasificacion-y-diagnostico-de-los-trastornos-psicologicos-el-DSM-IV-TR-DSM-V-y-la-CIE-10.pdf

36. Aragón Moyano F. *Paciente con Esquizofrenia: Proceso de Enfermería*. ENE, Revista de Enfermería. 2014; 8 (1). Disponible en:
http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/289/html_4
37. Medina Rodríguez AM, Gómez Pérez M, Acosta Artilles FJ, González Martín MJ. *Efectividad de la terapia grupal en pacientes con esquizofrenia*. Rev Enfermería Docente. 2017; (108):7–11. Disponible en:
https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/3-esquizofrenia_CORREGIDO.pdf
38. Baquero Escribano A, Lucas Miralles MV, Sanz Beltrán A, Aliaga Soler M, Haro Cortés M. (s/f). *Manual para familiares de enfermos de patología dual*. Disponible en:
<https://consaludmental.org/publicaciones/Manualfamiliarespatologiadual.pdf>
39. Río Martínez L. *Rítmicidad circadiana y características de personalidad en pacientes con trastorno por uso de sustancias, esquizofrenia y esquizofrenia dual*. 2019. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/2445/173636>
40. Gutiérrez Royano B. *Rol de la Enfermería en el abordaje de pacientes con patología dual: esquizofrenia y alcoholismo*. 2019. Disponible en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16511/GutierrezRoyanoBarbara.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. Fernández J. *Abordaje de la sintomatología ansiosa desde el Modelo Cognitivo- Conductual en un caso de esquizofrenia paranoide*. 2013. Disponible en:
<https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/4911?locale-attribute=es>
https://patologiadual.es/docs/revista/pdfs/2017_03.pdf
42. Gutiérrez Cáceres S, Vicente Partido AM, García Hidalgo N, Salgado Marcos N, Chicharro Romero JF, Coca Pérez VD, Martín Herrero JL, Culebras García C, López Jiménez MC, Sáez García M. *Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias*. 2015. Disponible en:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf>
43. Torrijos Martín M, Palomino Martínez A. *Patología dual y Enfermería: Revisión Bibliográfica*. Revista de Patología Dual. 2017. Disponible en:
https://patologiadual.es/docs/revista/pdfs/2017_03.pdf
44. Blasco Serrano P. *Labor enfermera en los trastornos mentales relacionados con el consumo de drogas ilícitas*. 2021. Disponible en:
<https://zaguan.unizar.es/record/109011/files/TAZ-TFG-2021-320.pdf>
45. Reyes Abreu G. *Enfermería, estereotipos y estigmatización del usuario drogodependiente*. 2018. Disponible en:
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/11523/%22Enfermeria%2c%20Estereotipos%20y%20Estigmatizacion%20del%20Usuario%20Drogodependiente.%22.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

46. Calderón Calvo C. *El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos asistenciales*. 2021. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8047262.pdf>
47. Rubio Perlado B, Benito A, Juan M, Francés Olmos S, Real López M, Haro Cortés G. *Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual*. *Revista Española de Drogodependencias*. 2015; 40 (3): 61. Disponible en:
<https://roderic.uv.es/items/5764e6b5-6b72-4a25-9de0-e4370d3e4877>
48. Chien WT, Mui JHC, Cheung EFC, Gray R. *Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial*. 2015. Disponible en:
<https://www.hkmj.org/system/files/hkmj1902sp2p4.pdf>
49. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. *Contingency management for patients with dual disorders in intensive outpatient treatment for addiction*. *Journal of Dual Diagnosis*. 2014; 10(3): 108–117. Disponible en:
<https://doi.org/10.1080/15504263.2014.924772>
50. Matsuda M, Kohno A. *Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia*. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30(5): 581-6. Disponible en:
[10.1016/j.apnu.2016.03.008](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.008)
51. Eack SM, Hogarty SS, Bangalore SS, Keshavan MS, Cornelius JR. *Patterns of Substance Use during Cognitive Enhancement Therapy: An 18-Month Randomized Feasibility Study*. *Journal of Dual Diagnosis*. 2016; 12(1): 74–82. Disponible en:
<https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1145778>
52. Alegría M, Falgas-Bague I, Collazos F, Carmona Camacho R, Lapatin Markle S, Wang Y, Baca García E, Le Cook B et al. *Evaluation of the Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action among Latino Immigrants with Co-occurring Mental Health and Substance Misuse Symptoms: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA Network Open*. 2019; 2(1). Disponible en:
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.6927>
53. Flynn D, Joyce M, Spillane A, Wrigley C, Corcoran P, Hayes A, Flynn M, Wyse D, Corkery B, Mooney B. *Does an adapted Dialectical Behaviour Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study*. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2019; 14(1): 28. Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/s13722-019-0156-2>
54. Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. *Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(19):10213. Disponible en:
[10.3390/ijerph181910213](https://doi.org/10.3390/ijerph181910213)

55. Albalat Alcaraz C. *Perfil Clínico y de Personalidad en Patología Dual*. 2015. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/48268/1/Caridad%20Albalat%20Alcaraz%20Tesis%20Doctoral.pdf>
56. Río-Martínez L, Marquez-Arrico JE, Prat G, Adan A. *Temperament and Character Profile and Its Clinical Correlates in Male Patients with Dual Schizophrenia*. *Journal of Clinical Medicine*. 2020; 9(6):1876. Disponible en: [10.3390/jcm9061876](https://doi.org/10.3390/jcm9061876)
57. Confederación Salud Mental España. *Apuntes sobre patología dual*. Propuestas de la red salud mental. 2020. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/apuntes-patologia-dual/>