

T

RATAMIENTO ESQUIZOFRENIA DUAL Y CALIDAD DE VIDA

DUAL SCHIZOPHRENIA TREATMENT AND QUALITY OF LIFE

Josep R. Ortega-Fons
Palma de Mallorca
joseportega@cop.es

RESUMEN:

La esquizofrenia dual es la forma más frecuente de trastorno dual en España. Sin embargo, en la actualidad todavía constituye un desafío para la práctica clínica por dos razones principales: la escasez de estudios enfocados a esta temática y los bajos niveles de calidad de vida en las personas que la sufren debido, sobre todo, a su dificultad diagnóstica. Hasta donde sabemos, no hay evidencias científicas que determinen cuál es el tratamiento de mejor elección para la esquizofrenia dual. Precisamente, el objetivo de este trabajo es identificar cuál es el tratamiento psicológico más eficaz para la esquizofrenia dual que, además, preste atención a la calidad de vida de los pacientes. Siguiendo las orientaciones de la Declaración PRISMA, de esta revisión sistemática se extrajeron 8 artículos científicos que ponen a prueba distintos tratamientos desde distintas modalidades terapéuticas. Los resultados permiten afirmar que, en estos momentos, el Tratamiento Integrado de Trastornos duales (IDDT) es el más efectivo para tratar la esquizofrenia dual y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Del mismo modo, se concluye que los tratamientos para la esquizofrenia dual que, además, integran la calidad de vida, que obtienen mejores resultados comparten características comunes, como que son los de tipo ambulatorio, integrado y multidisciplinar y que, además, persiguen la integración psicosocial.

Palabras clave: tratamiento, esquizofrenia, calidad de vida.

ABSTRACT:

Dual schizophrenia is the most frequent form of dual pathology in Spain. However, it still constitutes a challenge for clinical practice for two main reasons: the scarcity of studies focused on this issue and the low levels of quality of life in people who suffer from it, mainly due to the difficulty of diagnosis. There is no scientific evidence to determine which is the best-choice treatment for dual schizophrenia. For this reason, the objective of this study is to identify the most effective psychological treatment for dual schizophrenia that also pays attention to the quality of life of patients. Following the guidelines of the PRISMA Declaration, 8 scientific articles were extracted from this systematic review that test different treatments from different therapeutic modalities. The results show that, currently, the Integrated Dual Disorders Treatment (IDDT) is the most effective treatment for dual schizophrenia, improving the quality of life of patients. In the same way, it is concluded that the treatments for dual schizophrenia, which integrate the quality of life obtain better results and share common characteristics, such as that they are ambulatory, integrated and multidisciplinary treatments, and aim to achieve psychosocial integration.

Keywords: treatment, schizophrenia, quality of life, dual diagnosis.



1. INTRODUCCIÓN

Hasta bien acabado el siglo XX, existió dentro del ámbito de la psicología la carencia de un marco conceptual respecto a ciertas dualidades diagnósticas. Esto es, no había referencias teóricas sobre cómo proceder en tratamientos, técnicas o estudios cuando un paciente presentaba un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y otro diagnóstico de enfermedad mental. Esa carencia resultaba cada vez más evidente y recurrente en los contextos clínicos, por lo que, ante la necesidad de abordar esa dualidad, se acuñó el concepto de Trastorno Dual (TD). Fue, concretamente, en los años noventa cuando Stowell (1991) utilizó este concepto por primera vez para “definir la coexistencia de un trastorno mental como la esquizofrenia o las psicosis, y un trastorno por uso de sustancias (TUS)” (1). Desde entonces, ha habido un notable incremento del interés por esta temática, siendo el año 2000 un momento destacado en España, debido a que entre la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica consensuaron criterios diagnósticos y normas de tratamiento e intervención sobre la TD (2).

Sin embargo, a pesar de la creciente evolución en el estudio de la TD, todavía no goza de un reconocimiento fehaciente en el contexto científico y clínico. En palabras de Szerman (3): “persiste en estado de orfandad dentro de las clasificaciones internacionales como el DSM-5 y la próxima CIE-11”. Además, afirma que esta situación supone una “falta de reconocimiento que ha conducido y conduce a un aumento de la morbi-mortalidad de nuestros pacientes con trastorno Dual” (p.1).

Así, tanto la definición de Stowell, como otras posteriores, coinciden al señalar que uno de los aspectos fundamentales de la TD es la naturaleza diversa de los trastornos. No obstante, es importante destacar una diferencia esencial entre los trastornos coexistentes en la TD: mientras que los trastornos psiquiátricos suelen presentar una instauración pasiva, es decir, que no hay ninguna conducta intencional que provoque directamente el trastorno, las adicciones siempre tienen una instauración activa, esto es, que las personas ejercen una serie de conductas para desarrollar el trastorno (4).

Por lo que se refiere al tratamiento del TD, desde el ámbito de la psicología aún es un reto, ya que intentar mejorar o recuperar la situación de los individuos que viven ese multitrastorno resulta muy complejo. Tanto es así que, actualmente, todavía existen dificultades respecto a su propia etiología debido, principalmente, a las múltiples implicaciones derivadas de la retroalimentación entre los distintos trastornos, a los que se suman los factores sociales, culturales y medioambientales que convergen en una sola persona (5).

En la práctica clínica existen distintas líneas de tratamiento para el TD. Algunas de ellas se centran en la mejora integral de la persona, enfatizando la calidad de vida y la inserción psico-social, mientras que otras son más selectivas y se focalizan únicamente en algún aspecto (o aspectos) de los diversos trastornos, llegando incluso a centrarse tan solo en uno de ellos, dejando en segundo plano el resto.

Esta revisión sistemática se centra en los tratamientos para la esquizofrenia dual que, a su vez, mejoren la calidad de vida en las personas que la sufren, por dos motivos fundamentales. En primer lugar, porque a pesar de la alta frecuencia con la que se presenta la esquizofrenia dual en la práctica clínica, existen importantes carencias respecto a su investigación y tratamientos (6). En segundo lugar, porque, tal y como se recoge en investigaciones previas, la integración de la calidad de vida en los tratamientos mejora aspectos internos del paciente como la afectividad, la autoestima, la esperanza, la aceptación de la enfermedad, la sensación de control de su vida y la motivación para cambiar (7). Es decir, tiene efectos positivos en la evolución integral de la persona y su proceso vital, y no solo en la rehabilitación de los trastornos en sí.

Por este motivo, esta revisión sistemática pretende determinar cuál es el tratamiento actual más adecuado para la esquizofrenia dual que tenga en cuenta, además, la calidad de vida de las personas que la padecen.

1. 1 Trastorno dual y esquizofrenia

De acuerdo con la literatura científica, las personas esquizofrénicas duales presentan características clínicas que difieren de las no duales. Entre ellas, destaca la edad en la que aparece la psicosis, que tiende a ser menor en los esquizofrénicos adictos en relación con los que no lo son, lo que repercute en peores pronósticos en el caso de los primeros. Además, hay evidencias que apuntan a que hasta en un tercio de los casos, el consumo precede al primer episodio de esquizofrenia (8).

Respecto a la relación entre gravedad y sintomatología en pacientes esquizofrénicos duales, hay opiniones discrepantes. Por un lado, la mayoría de las investigaciones parecen confirmar que estos pacientes muestran mayor sintomatología positiva (9), un mayor número de re-hospitalizaciones y unas tasas de suicidio más altas (10). Por otro, algunos autores no encuentran diferencias en la gravedad de los síntomas que presentan los esquizofrénicos adictos de los que no lo son (11), llegando a afirmar que incluso es menor en los consumidores debido a que la conducta de búsqueda de las sustancias requiere un cierto nivel de funcionamiento atribuido a personas mejor conservadas. En este caso, la comorbilidad se asocia a una mayor prescripción de dosis altas de neurolépticos y a la refractariedad al tratamiento antipsicótico.

Existen también diferencias respecto a la gravedad y sintomatología en función del sexo que indican que las mujeres son más vulnerables, y que en ellas la sintomatología se manifiesta más rápidamente que en los hombres. En general, el perfil de la persona que padece esquizofrenia dual suele ser de sexo masculino, bajo nivel cultural y social, predominancia de sintomatología positiva y antecedentes depresivos. Asimismo, suele tener hospitalizaciones psiquiátricas en edades tempranas, mayor tasa de conductas violentas, de incumplimiento terapéutico y de suicidio (1).

Respecto al tipo de consumo de sustancias, cabe señalar que en las personas que sufren esquizofrenia,

el trastorno por abuso de alcohol es el trastorno comórbido más frecuente, ya sea como sustancia única o junto con otras sustancias (12).

No obstante, la persona que sufre esquizofrenia dual, al igual que el resto de población, puede consumir diferentes tipos de sustancias, pero muestran una serie de características o particularidades distintivas (4):

1. *Difiere del resto en el patrón de consumo.* Existen características propias respecto al tipo de sustancia. En cuanto al alcohol, presentan un consumo más irregular que los alcohólicos que no padecen TD (11). Por otra parte, respecto al tabaco, la dependencia es más grave y se desarrolla más en personas con TD, que en la población en general. En cambio, el uso de la cocaína en personas con TD es más intermitente que en las personas que no la padecen y, posiblemente, está asociado a los síntomas negativos o positivos de la esquizofrenia (13).
2. *Sobre el tipo de sustancias preferentes y los motivos de consumo.* Pese a que existen discrepancias entre algunos estudios (11), la mayoría apuntan como sustancias predominantes el alcohol y la nicotina. Además, valoran la preferencia de una sustancia u otra en función del momento temporal-histórico y de las características demográficas de las personas que presentan el TUS (14). Por otra parte, algunos estudios aluden a que la facilidad de acceso y disponibilidad de sustancias son los factores más importantes para preferir su consumo, más, incluso, que el efecto que estas tienen en el sistema nervioso central (15).
3. *Efectos subjetivos y objetivos de cada tipo de droga sobre la persona con TD,* que modifican también los patrones de consumo y el tipo de sustancia consumida.

Tal y como se recoge en líneas anteriores, una de las mayores dificultades para el tratamiento de la esquizofrenia dual proviene del propio diagnóstico y de la dificultad de encontrar una orientación terapéutica clara y precisa dentro de la investigación de la TD (16). Este hecho está relacionado con que el consumo de sustancias puede generar en la persona síntomas que mimetizan con la psicosis, lo cual aumenta el riesgo de que la esquizofrenia quede obviada y la sintomatología psicótica se atribuya al consumo; o a la inversa, que la esquizofrenia pueda sobre diagnosticarse como consecuencia del consumo de drogas.

Sin embargo, uno de los problemas más graves en relación con el tratamiento de la esquizofrenia dual, es que no existen muchos sistemas asistenciales dirigidos específicamente a ello, lo que dificulta la evolución satisfactoria de las personas que la sufren. No obstante, se puede afirmar que, en el caso de la esquizofrenia dual, la evolución será más favorable si se recibe medicación antipsicótica, un buen apoyo social, y se abandona el consumo de drogas (17).

Además de los factores antes mencionados, hay otro tipo de factores que afectan directamente a la esqui-

zofrenia dual:

- *Factores sociales:* inciden en el inicio y el desarrollo de los procesos de exclusión y pueden acabar provocando una situación final de marginación para la persona que padece TD, haciéndola vulnerable. En este contexto, la vulnerabilidad consiste en el enfriamiento de la cohesión social que precede a la ruptura y provoca situaciones que sitúan a la persona en una posición desaventajada. En el caso de la esquizofrenia dual, esta vulnerabilidad se caracteriza por las relaciones sociales inestables, las convicciones frágiles y el trabajo precario. Algunos factores que facilitan la exclusión podrían ser: la estructura familiar y su dinámica interna, la situación económica, la política social de la vivienda, el desarrollo de nuevos procesos de socialización y la percepción social sobre las drogodependencias y los trastornos mentales (18).
- *Factores clínico-demográficos:* tener antecedentes en la familia (ya sea por consumo de sustancias, por hechos vitales estresantes o crónicos, problemas infantiles, trastorno depresivo o de conducta), mostrar una peor adaptación premórbida, un mayor nivel de gravedad de la enfermedad mental desde el inicio o el no tener consciencia de la enfermedad (4). Por último, hay algunos factores demográficos que incrementan esos riesgos, como el ser de sexo masculino, menor edad, soltero, tener bajos niveles educativos, económicos, laborales, funcionales y de sistemas de apoyo social.

1.2 Tratamientos de la esquizofrenia dual.

Existen diversas modalidades de intervención terapéutica dentro del ámbito de la esquizofrenia dual. Sin embargo, según Hunt, Siegfried, Morley, Brooke-Sumner y Cleary (19) no se encuentran estudios que corroboren que un tratamiento sea más eficaz que otro. De hecho, este es el origen de este trabajo: determinar cuál es el tratamiento más efectivo para la esquizofrenia dual en relación con la Calidad de Vida (CV), la cantidad de brotes psicóticos/hospitalizaciones y la cantidad de consumo. De acuerdo con la literatura, las principales modalidades de tratamientos de rehabilitación psicosocial para la esquizofrenia dual son (1):

- *Los tratamientos en paralelo:* donde se realiza un plan de intervención global, basado en el tratamiento de la esquizofrenia dual de manera simultánea coordinando los distintos dispositivos de atención. Es decir, se trabaja al mismo tiempo cada uno de los dos diagnósticos de manera independiente pero coordinada.
- *Los tratamientos secuenciales:* donde se prioriza en primer lugar la estabilización del trastorno más grave y, posteriormente, se trata el más leve.
- *Los tratamientos integrados:* un solo equipo terapéutico aplica tratamiento farmacológico y

psicológico al paciente, de forma que los dos trastornos son tratados simultáneamente.

- *Los tratamientos asertivos comunitarios (TAC):* se basan en un modelo de reparto de prestaciones para dotar de tratamiento integral en la comunidad o sociedad a las personas con trastorno mental grave, incluyendo a las que presentan esquizofrenia dual (4). Tienen como principal objetivo dotar a los pacientes de habilidades básicas, instrumentales y sociales para la vida en comunidad, para así favorecer su exposición pública de manera responsable y efectiva y, de este modo, evitar la institucionalización y la re-hospitalización. Están, por tanto, más enfocadas en la mejora de la calidad de vida integral de la persona. En este tipo de intervenciones, también se trabaja con el entorno y los familiares para evitar relaciones de dependencia, establecer una relación con los distintos recursos de la comunidad y evitar los posibles abandonos, interesándose activamente por los pacientes y su evolución. Finalmente, cabe señalar que este tipo de tratamientos requieren de un equipo multidisciplinar que asuma la responsabilidad completa del tratamiento en el medio natural de la persona afectada, asumiendo una alta intensidad de prestación de servicios y una baja ratio de pacientes por profesional, con una planificación individualizada y centrada en las necesidades de cada usuario (20).

1.3 La Calidad de Vida en la esquizofrenia dual.

La CV de la persona que sufre esquizofrenia dual, es uno de los aspectos centrales de este trabajo. Según la OMS, hace referencia a "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (21). Por tanto, la CV puede considerarse un concepto multidimensional basado en la percepción de lo que se observa externamente del paciente (las otras personas) y su auto reporte subjetivo (como se percibe a sí mismo). Se compone de seis dimensiones básicas: el dominio físico y psicológico, el medio ambiente que lo rodea, su nivel de independencia, las relaciones sociales que mantiene y sus creencias personales y/o espiritualidad (22).

El concepto de CV ha ido adquiriendo un protagonismo paulatino en el campo de la salud a medida que se ha ido priorizando la CV frente a la longevidad. En el caso de la esquizofrenia dual en particular, el concepto de CV ha surgido de la necesidad de humanizar la asistencia de las personas evitando su tecnificación e instrumentalización, velando, en la medida de lo posible, por la desinstitucionalización y consiguiente reincorporación a la red social con objetivos de crecimiento personal y comunitario (7). Por tanto, tener en cuenta la CV de las personas en los servicios de salud mental implica adoptar e integrar el punto de vista subjetivo del paciente sobre su bienestar, valorar su opinión y, en consecuencia, aumentar su sentimiento de control percibido y de participación (22).

Hasta donde sabemos, existen diversos modelos que

han servido de base para crear instrumentos de evaluación de la CV aplicables al ámbito de la esquizofrenia dual (p. ej., el QSQ o el SF-36) (7):

- *Modelo comprehensivo:* considera a la persona con esquizofrenia como un ser humano completo, y busca los aspectos más fundamentales para promover su CV atendiendo a las individualidades de cada paciente.
- *Modelo de necesidades de Maslow:* La CV es el resultado de la interacción entre la satisfacción de necesidades y el afrontamiento de las demandas que la sociedad hace sobre las personas. La tarea de los servicios de salud mental, por tanto, es compensar estos déficits, moderando las demandas sociales, restaurando habilidades y generando oportunidades e integración.
- *Modelo dinámico:* influido por las expectativas y deseos, y la realidad percibida en su contexto físico, social y cultural.
- *Modelo de bienestar global:* este modelo depende de tres factores: las características personales, los indicadores objetivos de distintas áreas y los indicadores subjetivos.
- *Modelo integrativo:* George Awad, Voruganti y Heslegrave (23) proponen un modelo explicativo de la CV para personas con esquizofrenia dual, que parte desde la percepción subjetiva de los pacientes sobre los síntomas que les provoca la enfermedad y la gravedad que estos revisten, así como también los efectos secundarios producidos por la medicación y la disminución de su rendimiento psicosocial, como factores a tener en cuenta para valorar correctamente la CV.

Cabe señalar que la evaluación de la CV debe basarse en la evolución reportada a lo largo del tiempo en un mismo individuo y no de una medida puntual de la misma. Debido a la complejidad del propio concepto de CV y de la esquizofrenia dual, se aconseja utilizar medidas subjetivas y objetivas que combinen la evaluación genérica con la específica de cada una de las personas (7). En el caso que nos ocupa, esa evolución dependerá de la sintomatología psicótica, de la red social, de la satisfacción de las necesidades y de la autoestima de la persona.

Por último, al seleccionar la CV como un elemento fundamental al que atender dentro de los tratamientos para la esquizofrenia dual, este trabajo adopta un planteamiento holístico de la persona, desde el que se tiene en cuenta tanto su percepción subjetiva, como sus metas y objetivos a lo largo de la vida.

2. MÉTODO.

Para determinar cuál es, en la actualidad, el tratamiento más efectivo para la esquizofrenia dual que atienda a la calidad de vida de los pacientes adultos se valorarán: los tratamientos para la esquizofrenia y tratamientos para el TUS; la tipología de tratamientos existentes para la esquizofrenia dual; los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia dual y los tratamientos que mejoren la calidad de vida en la esqui-

zofrenia dual.

Este trabajo sigue las orientaciones de la declaración PRISMA (24), utilizando la lista de comprobación de 27 ítems para asegurar la máxima exhaustividad y replicabilidad del estudio. Antes de realizar la revisión sistemática, se hizo una primera búsqueda a través de PROSPERO (Registro internacional Prospectivo de Revisiones Sistemáticas) para identificar protocolos relacionados con el objeto de estudio y comprobar si existían revisiones sistemáticas o metaanálisis previos que usasen los mismos criterios o similares a los que propone este trabajo, sin obtener resultados que se pudieran solapar.

En primer lugar, se seleccionaron las bases de datos más idóneas para llevar a cabo la búsqueda de información: Web of Science, Scopus, Cochrane Plus y Biblioteca de la Universidad Internacional de Valencia (VIU).

En segundo lugar, se identificaron los términos apropiados para realizar la búsqueda de información. Para ello, se localizaron los términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeSC (Descriptor en Ciencias de la Salud), que son descriptores que representan y describen contenidos sobre las ciencias de la salud y disciplinas afines.

3. RESULTADOS.

3.1 Características de los estudios incluidos.

En los 8 artículos que finalmente se incluyeron en esta revisión sistemática se observan similitudes y diferencias. Todos ellos tienen en común que recogen intervenciones desarrolladas fuera del ámbito hospitalario y que tienen un tamaño muestral aceptable (entre 75 y 310 pacientes).

La principal diferencia entre ellos reside en la tipología de sus diseños de intervención: la mayoría presentan tratamientos integrados mientras que uno de ellos presenta un tratamiento secuencial (Margolese et al. (25)); tres de ellos son de tipo multidisciplinar (Margolese et al., (25); Morrens et al.,(27); Xie et al., (25)) mientras que los cinco restantes sólo trabajan aspectos psicológicos del paciente; siete de ellos usan el formato grupal para realizar el tratamiento, mientras que uno es exclusivamente individual (28). Además, cinco se centran en comparar la eficacia y efectividad entre diferentes tratamientos, mientras que tres son estudios de un solo tratamiento (Laudet et al., (29); Margolese et al., (25); Xie et al., (27)). Además, la mitad de los estudios cuentan con muestras de pacientes esquizofrénicos duales exclusivamente (Bellack et al., (30); Margolese et al.,(25); Smeerdijk et al., (31); Xie et al., (27)), mientras que en los otros cuatro los pacientes esquizofrénicos duales son solo una parte de la muestra. Sin embargo, todos ellos son relevantes para este trabajo, ya que aportan información sobre la efectividad de diferentes tratamientos para la esquizofrenia dual que, además, tienen en cuenta la CV de los pacientes.

En la Tabla 1 se presenta la información más relevante de los estudios finalmente incluidos. Para ganar claridad expositiva, se emplearon abreviaturas y siglas para hacer referencia a trastornos, componentes, tratamientos o escalas de medida.

3.2 Riesgo de sesgo.

Para valorar si los estudios seleccionados cumplen con los estándares de calidad propios de los estudios científicos, fue necesario estimar el riesgo de sesgo a fin de determinar la fiabilidad y calidad de cada uno de ellos, dado que, a partir de los resultados de estos estudios, se extraen las conclusiones del presente trabajo. Para simplificar este proceso, se utilizó un instrumento Cochrane (32) adaptado para este estudio. Esta herramienta ayudó a estimar el riesgo de sesgo en cinco dimensiones para cada uno de los artículos (ver Tabla 2).

3.3 Síntesis de los resultados.

Tomados en su conjunto, los resultados de esta revisión sistemática indican que hay diversos posibles tratamientos para la esquizofrenia dual que, además, atienden a la calidad de vida de los pacientes. Para ganar claridad expositiva, a continuación, se presentan los resultados de este estudio en cada uno de los tres elementos centrales que lo conforman: la esquizofrenia, los tratamientos y la calidad de vida.

1. Esquizofrenia.

Los estudios seleccionados para esta revisión sistemática utilizan tanto tratamientos centrados exclusivamente en la esquizofrenia dual (25, 26, 27, 30, 31), así como tratamientos dirigidos a pacientes con TD entre los que se incluyen los esquizofrénicos duales.

En primer lugar, en los estudios que se centran de forma exclusiva en la esquizofrenia dual, destaca la eficacia del Tratamiento Integrado Trastorno Dual (IDDT) aplicado por Xie et al. (27) que, además, Morrens et al. (26) compara en su artículo con el tratamiento TAU. Este tratamiento, el IDDT, mostró la mayor reducción respecto al número de brotes psicóticos e ingresos hospitalarios que el resto de los tratamientos, con un 46,3% de descenso según Xie et al. (27), y una reducción significativa (no especificada) según el estudio de Morrens et al. (26). Por su parte, la intervención BTSAS aplicada por Bellack et al. (30) obtuvo una menor caída de estas variables con un 23% menos de ingresos hospitalarios, mientras que la intervención comparada STAR obtuvo resultados inferiores a los descritos. Por último, la intervención CCS implementada por Margolese et al. (25) indica que solo un 15% de las personas que participaron en el estudio tuvieron ingresos hospitalarios, sin precisar la reducción cuantitativa ni cualitativa de la cantidad de brotes psicóticos.

En segundo lugar, respecto a los artículos que tratan la esquizofrenia dual junto con otras modalidades de TD, el programa de los 12 pasos aplicado por Brooks y Penn (33), redujo significativamente los brotes psicóticos. También el programa SMART afirma que se redujeron significativamente los ingresos hospitalarios sin especificar si fueron por esquizofrenia o no. Por otro lado, el estudio de Hjorthoj et al. (28) afirma que no existen diferencias significativas entre el tratamiento conjunto de CapOpus y TAU, y el programa TAU aplicado de forma independiente, respecto al número de brotes psicóticos y hospitalizaciones, pero que si se redujeron significativamente en cada una de ellas de forma separada. El estudio de Laudet

et al. (29) no recoge la medida en que se redujeron los brotes psicóticos ni hospitalizaciones, afirmando únicamente que se produjo una mejora significativa.

Se puede concluir, por tanto, que el tratamiento IDDT analizado en Xie et al. (27) y en Morrens et al. (26) es el que mejores resultados presenta en porcentaje de recuperación de la esquizofrenia u hospitalización (un 46,3%), seguido de la intervención BTSAS aplicada por Bellack et al. (30), con un 23% menos de ingresos. No se puede comparar con el resto de las intervenciones ya que presentan reducciones porcentuales menos importantes o resultados cualitativos que no permiten la comparación entre ellas.

2. Tratamientos.

La muestra de participantes de todos los estudios oscila en un rango que va desde los 75 pacientes y 97 familias en el estudio de Morrens et al. (26), a los 310 casos del estudio de Laudet et al. (29). La duración de la mayoría de los tratamientos va de los 6 a los 12 meses, excepto el de Xie et al. (27) que es un estudio prospectivo de tres años. Además, en siete de los estudios se realiza un seguimiento a largo plazo para medir la eficacia y perdurabilidad de los efectos del tratamiento a lo largo del tiempo, en concreto, en Bellack et al. (30), Brooks y Penn (33), Hjorthoj et al. (28), Margolese et al. (25), Morrens et al. (26), Smeerdijk et al. (31) y Xie et al. (27).

Respecto a las características de los tratamientos, se observa que seis de ellos son de tipo grupal (intercalando alguna sesión individual, en su mayoría), uno de tipo individual (ver Hjorthoj et al. (28)) y uno de formato grupal, pero de ámbito familiar (ver Smeerdijk et al. (31)). Cabe destacar que la única que no ha presentado diferencias significativas en la mayoría de sus resultados es, precisamente, la que usa el formato individual, mientras que las de tipo grupal, por lo general, han obtenido mejores resultados. Tres de los estudios usan como principio básico y de forma exclusiva la técnica cognitivo conductual (ver Bellack et al., (30); Brooks y Penn (33); Hjorthoj et al., (28)), mientras que las otras intervenciones usan, además de las técnicas cognitivo-conductuales, gran variedad de técnicas como la gestión emocional, el aprendizaje de habilidades sociales, resolución de problemas, prevención de recaídas, estrategias de manejo de la enfermedad, etc. Además, uno de los artículos, el de Laudet et al. (29), añade un elemento que el resto no menciona, que es el soporte espiritual como elemento terapéutico.

En cuanto a la elección de la muestra para el estudio, seis de ellos son aleatorizados (Bellack et al., (30); Brooks y Penn (33); Hjorthoj et al. (28); Morrens et al. (26); Smeerdijk et al., (31); Xie et al., (27)), mientras que los dos restantes no presentan esta característica; siete son de tipo ambulatorio (fuera del centro hospitalario), y solo uno de ellos tiene inicio hospitalario y continuación ambulatoria, concretamente, el de Morrens et al. (26). Por tanto, parece que la intervención ambulatoria es la más usada en estos tratamientos. A excepción de uno de los tratamientos, el de Margolese et al. (25), que es de tipo secuencial (primero trata la esquizofrenia y luego el TUS), el resto de los tratamientos son de tipo integrado (trabajan los dos trastornos a la vez).

En todos los artículos se emplearon instrumentos validados, como el ASI, Quality of life Scale, MANSA, AUS, DUS, SATS, etc. que se complementaron, en la mayoría de los estudios, con uroanálisis frecuentes (ver Bellack et al., (30); Brooks y Penn, (33); Hjorthoj et al., (28); Morrens et al., (26); Xie et al., (27)). Respecto al número de mediciones realizadas, cabe señalar que existe cierta disparidad. Aunque en la mayor parte de los estudios se realizaron diversas mediciones de una misma variable a lo largo del tiempo, algunos de ellos únicamente recogieron datos del pre y postratamiento, como, por ejemplo, los trabajos de Laudet et al. (29), Margolese et al. (25) y Smeerdijk et al. (31).

En cuanto a la reducción de la frecuencia de consumo, solo tres de los ocho estudios seleccionados mostraron evidencias de una reducción significativa. Cabe señalar que los tratamientos para la esquizofrenia dual seleccionados son tratamientos que se realizan con independencia de la sustancia consumida. Concretamente, los tratamientos BTSAS aplicados por Bellack et al. (30), produce un 59% de reducción de consumo, el tratamiento IDDT implementado por Xie et al. (27) y comparado con el tratamiento TAU por Morrens et al. (26), produce una reducción del consumo del 40,5% según Xie et al. (27) y una reducción significativa (sin especificar) según Morrens et al. (26). Por otra parte, el tratamiento FMI aplicado por Smeerdijk et al. (31) presenta una reducción significativa en consumo y deseo sin especificar el porcentaje de esta.

3. Calidad de Vida.

Pese a que en todos los artículos se usaron instrumentos psicométricos validados para evaluar la calidad de vida de los participantes, no en todos ellos se presentan datos cuantitativos que atestigüen los cambios producidos tras el tratamiento. Concretamente, en los artículos de Brooks y Penn, (33), Laudet et al. (29), Morrens et al. (26) y Smeerdijk et al. (31) los resultados se presentan a través de una valoración de tipo cualitativo. En base a la información proporcionada por los autores (ya sean resultados cuantitativos o cualitativos), no se encontraron diferencias significativas respecto a la calidad de vida en el artículo de Margolese et al. (25) con el tratamiento CCS, que es de tipo secuencial no integrado mientras que el resto sí.

Los resultados que obtuvieron los diferentes tratamientos sobre la CV son diversos. No obstante, el aumento más significativo en CV lo ha provocado el tratamiento IDDT aplicado por Xie et al., (27) y por Morrens et al., (26), con una mejora del 46,7%, seguido del tratamiento BTSAS con un incremento del 22,6%, y de un 7,6% la intervención STAR. El resto de las intervenciones que no aportan datos numéricos, pero sí apuntan a significatividad positiva cualitativa respecto a la CV el tratamiento SMART, en mejor grado (ya que así lo afirma el artículo), el tratamiento de los 12 pasos, analizados los dos en Brooks y Penn (33), el tratamiento CApOpus implementado por Hjorthoj et al. (28), el tratamiento DTR del estudio de Laudet et al. (29), y los tratamientos RFS y FMI aplicados por Smeerdijk et al. (31).

Los resultados de esta búsqueda sistemática ponen

de manifiesto que los dos tratamientos de mejor elección para la esquizofrenia dual en referencia a la CV, son el tratamiento IDDT aplicado por Xie et al., (27) y comparado en el estudio de Morrens et al. (26) con el tratamiento TAU, y, en segundo lugar, el tratamiento BTSAS estudiado por Bellack et al. (30), por obtener los mejores índices en CV, en descenso de consumo y de brotes psicóticos y hospitalizaciones.

4. DISCUSIÓN.

Este trabajo tenía por objetivo encontrar cuál es, en la actualidad, el tratamiento más eficaz para la esquizofrenia dual que, además, atiende a la calidad de vida de los pacientes. Para responder a esta cuestión, se realizó una revisión sistemática en la que se seleccionaron ocho artículos.

Los resultados obtenidos apuntan a que, en la actualidad, el tratamiento más efectivo que integra la CV para tratar la esquizofrenia dual es el Tratamiento Integrado Trastorno Dual (IDDT). Sin embargo, el tratamiento BTSAS también muestra ser efectivo pese a no haber alcanzado niveles tan altos en reducción de brotes psicóticos/hospitalizaciones como el IDDT.

El tratamiento de mejor elección, el IDDT, es de tipo multidisciplinar e incluye psicoeducación, entrevistas motivacionales, entrenamiento en prevención de recaídas, desarrollo de habilidades sociales y personales, uso y manejo de sustancias y entrenamiento en resolución de problemas. Utiliza un procedimiento que incluye intervenciones de carácter individual, grupal y familiar, desde una perspectiva holística y sistémica del paciente, y es de tipo asertivo comunitario (TAC). Precisa de un alto ratio de profesionales por paciente, por lo que para implementarlo es necesario contar con numerosos recursos, tanto humanos como económicos, así como una importante preparación y coordinación por parte de los profesionales implicados. Está estructurado como un tratamiento de larga duración con seguimientos periódicos cada seis meses que se centran en el nivel de consumo de sustancias, en el número brotes psicóticos u hospitalizaciones, y en la evolución de la calidad de vida de la persona que padece esquizofrenia dual.

Esta revisión sistemática ha alcanzado parcialmente el objetivo propuesto, ya que, si bien ha identificado una opción terapéutica idónea, hay otras intervenciones que presentan alguna otra variable con resultados más satisfactorios que la intervención IDDT, como puede ser la reducción del consumo que se incluye en el tratamiento BTSAS.

A pesar de que el tratamiento IDDT es el de mejor elección, en función de las posibilidades profesionales y económicas de las instituciones que pretendan aplicarlo, podría resultar más sencillo aplicar el tratamiento BTSAS implementado por Bellack et al. (30), porque obtiene también resultados satisfactorios y requiere de menos infraestructuras y recursos humanos y/o económicos.

4.1 Limitaciones.

El presente trabajo adolece de algunas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, es

importante señalar que no se ha podido acceder a todos los artículos, o bien porque no estaban disponibles en las bases de datos consultadas, o bien porque no se consultaron todas las bases de datos existentes. Además, no se ha hallado el texto completo para dos de los ítems seleccionados. En segundo lugar, dado que el autor de este trabajo ha sido el responsable de revisar la información de cada uno de los artículos, podría existir algún sesgo relativo a la comunicación de la información, como, por ejemplo, que no se haya comunicado fidedignamente aquello que los estudios recogen o los autores pretendan destacar. En tercer lugar, los estudios seleccionados muestran un alto riesgo de sesgo de evaluación, hecho que pudiera afectar a la calidad de los resultados de esta revisión. En cuarto lugar, la escasez de estudios recientes sobre la esquizofrenia dual ha imposibilitado hacer una discriminación de los resultados en función de la fecha de publicación, por lo que algunos de los estudios incluidos en esta revisión sistemática tienen veinte años de antigüedad. Este hecho pone de manifiesto las carencias que afectan a la disponibilidad de información sobre esquizofrenia dual y que, probablemente, tienen consecuencias en la formación de los profesionales sanitarios. Del mismo modo, esta situación contribuye a la invisibilización de un trastorno que afecta a una parte importante de las personas con TD. Por tanto, futuras investigaciones deberían centrarse en la esquizofrenia dual para así ajustar los tratamientos y la formación de los sanitarios, a las características de este trastorno. En quinto lugar, otra limitación a destacar es que los TUS analizados en este trabajo, pueden asociarse a distintas sustancias de manera independiente, debido a que no existen investigaciones suficientes sobre la esquizofrenia dual que permitan la comparación de los diferentes tratamientos para las sustancias más frecuentemente asociadas con este trastorno.

En investigaciones futuras, además, sería interesante diseñar un tratamiento que incorpore las variables incluidas en los estudios seleccionados en esta revisión sistemática e integrarlas en uno solo (p. ej., la dimensión familiar; la forma de terapia grupal o grupo de ayuda mutua; o la modalidad multidisciplinar (donde intervienen distintos tipos de profesionales). Además, sería necesario realizar estudios que incorporen más información sobre el control de las variables extrañas y sesgos, para tener investigaciones de mayor calidad que permitan confirmar con certeza la efectividad de los tratamientos.

Por último, sería interesante estudiar en profundidad la dimensión espiritual de la persona con TD que se emplea en el tratamiento DTR aplicado por Laudet et al. (29). Se trata de una dimensión que en los últimos años ha ido ganando relevancia en las intervenciones psicológicas y ha mostrado resultados positivos, por ejemplo, en tratamientos de cuidados paliativos (34). Además, sería interesante incluir una dimensión relativa al proyecto vital o vocacional dentro de este colectivo.

4.2 Conclusiones.

Este estudio tenía como objetivo determinar cuál es el tratamiento más apropiado para la esquizofrenia

dual que se preocupe por la CV de los pacientes y de frenar el consumo en personas que la sufren. Los resultados indican que el tratamiento más efectivo que cumple los criterios de elegibilidad previamente establecidos es el tratamiento IDDT, dado que presenta los mejores resultados en reducción de brotes psicóticos y de hospitalización, muestra mejoras significativas respecto a la calidad de vida y reducción de consumo. No obstante, el tratamiento BTSAS (30), también muestra efectividad, pero con índices más bajos que el IDDT, por lo que podría ser una alternativa en contextos en los que el IDDT no se pueda aplicar (i.e., cuando se disponga de recursos limitados).

Aunque algunos de los artículos mostraban un riesgo de sesgo alto, precisamente el tratamiento que resultó ser de mejor elección (IDDT) es el que viene avalado por los estudios de mayor calidad (de 27 y de 27), y que además están referidos a sustancias diferentes (uno al alcohol y la otra a la cocaína), obteniendo los dos resultados positivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Ros-Cucurull, E., & Casas, M. (2016). Patología dual en esquizofrenia. Protocolos de intervención en Patología dual. Departamento de psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona. Cita original de: Stowell R. Dual Diagnosis Issues. *Psychiatr Ann*. 1991; 21: 98-99. doi: 10.3928/0048-5713-19910201-09.
- San Molina, L., Dueñas, R. M., & Arranz, B. (2004). Aspectos generales de la patología dual. In *Monografías de psiquiatría* (Vol. 16, Issue 4). <https://doi.org/0214-4220>.
- Szerman, N. (2014). Revista de Patología Dual Journal Of Dual Psychopathology Editorial. *Revista de Patología Dual*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.17579/RevPatDual.01.1>
- Gómez García, M. (2015). Tratamiento del juego patológico en pacientes con patología dual (esquizofrenia). Universitat de Barcelona.
- Izquierdo Muñoz, R. (2019). Revisión y actualización conceptual. Asociación Dual. <http://patologiadual.com/asociacion-dual-difusion-tecnica#revision>
- Gimeno, C., Dorado, M. L., Roncero, C., Szerman, N., Vega, P., Balanzá-Martínez, V., & Alvarez, F. J. (2017). Treatment of comorbid alcohol dependence and anxiety disorder: Review of the scientific evidence and recommendations for treatment. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 8, Issue SEP). *Frontiers Media S.A.* <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00173>
- Fernández J.A. Evaluación del abuso de drogas en personas con trastorno mental grave. En Fernández, J. A., Touriño, R., Benítez, N., & Abelleira, C. (Eds.) *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valadolid, FEARP, 2010.
- Lambert M, Conus P, Lubman DI, Wade D, Yuen H, Moritz S, et al. The impact of substance use disorders on clinical outcome in stance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(2):141-8.
- Margolese HC, Malchy I, Negrete JL, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychosis: levels and consequences. *Schizophr Res*. 2004;67(2-3):157-66.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Wallace, C. J. (2003). Psychiatric rehabilitation for schizophrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 283-298. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-34247368455&partnerID=40&md5=78d80a0b0567fa228ae81db6c888817e>
- Batel, P. (2000). Addiction and schizophrenia. *European Psychiatry*, 15(2), 115-122. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00203-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00203-0)
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2002). Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 99-101.
- Lysaker, P., Bell, M., Beam-Goulet, J., & Milstein, R. (1994). Relationship of positive and negative symptoms to cocaine abuse in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(2), 109-112. <https://doi.org/10.1097/00005053-199402000-00008>
- Mueser, K. T., & Marcello Duva, S. (2010). Schizophrenia. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 469-504). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxford-hb/9780195366884.013.0022>
- Bellack, A. S., Gold, J. M., & Buchanan, R. W. (1999). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects, and strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 257-274. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033377>
- Lopez-Fernandez, E., Sole, B., Jimenez, E., Salagre, E., Gimenez, A., Murru, A., Bonnín, C. del M., Amann, B. L., Grande, I., Vieta, E., & Martínez-Aran, A. (2018). Cognitive Remediation Interventions in Schizoaffective Disorder: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00470>
- Fernández, J. A., Touriño, R., Benítez, N., & Abelleira, C. (Eds.). (2010). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. FEARP.
- Pérez Madera, P. (2000). Factores sociales que incrementan la vulnerabilidad de personas con patología dual. *Patología Dual*.
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>
- de la Cal Herrera, A. (2015). Tratamiento asertivo comunitario y terapia ocupacional. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, 21, 5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091787>
- Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). (1993). *Quality of Life Research*, 2(2), 153-159. <https://doi.org/10.1007/BF00435734>
- Urzúa A., C.-U. A. (2012). Calidad de vida : Una revisión teórica del concepto Quality of life : A theoretical review. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- George Awad, A., Voruganti, L. N. P., & Heslegrave, R. J. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research*, 6(1), 21-26. <https://doi.org/10.1023/a:1026409326690>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., ... Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Margolese, H. C., Carlos Negrete, J., Tempier, R., & Gill, K. (2006). A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: Changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophrenia Research*, 83(1), 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.11.019>
- Morrens, M., Dewilde, B., Sabbe, B., Dom, G., De Cuyper, R., & Moggi, F. (2011). Treatment outcomes of an integrated residential programme for patients with schizophrenia and substance use disorder. *European Addiction Research*, 17(3), 154-163. <https://doi.org/10.1159/000324480>
- Xie, H., McHugo, G. J., Helmstetter, B. S., & Drake, R. E. (2005). Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophrenia Research*, 75(2-3), 337-348. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.07.012>
- Hjorthøj, C. R. R., Fohlmann, A., Larsen, A.-M. M. A.-M., Gluud, C., Arendt, M., Nordentoft, M., Hjorthøj, C. R., Fohlmann, A., Larsen, A.-M. M. A.-M., Gluud, C., Arendt, M., Nordentoft, M., R. R., Fohlmann, A., Larsen, A.-M. M. A.-M., Gluud, C., Arendt, M., & Nordentoft, M. (2013). Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial. *Psychological Medicine*, 43(7), 1499-1510. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002255>
- Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. (2000). Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis. *Community Mental Health Journal*, 36(5), 457-476. <https://doi.org/10.1023/A:1001982829359>
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 426-432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.426>
- Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., Van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., De Haan, L., Barrowclough, C., Schippers, G., & Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(8), 1627-1636. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002832>
- Higgins, J. [Ed], & Green, S. [Ed]. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones, in Spanish]. The Cochrane Collaboration, March, 1-639. www.cochrane-handbook.org
- Brooks, A. J., & Penn, P. E. (2003). Comparing treatments for dual diagnosis: Twelve-step and self-management and recovery training. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 359-383. <https://doi.org/10.1081/ADA-120020519>
- Rudilla, D., Oliver, A., Galiana, L., & Barreto, P. (2015). Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. *Psychosocial Intervention*, 24(2), 79-82. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.06.002>

Tabla 1. Resultados

| Autores | Contexto | Muestra | Objetivo/ Técnica | Contenidos básicos | Tiempo | Conclusiones |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Bellack et al., 2006) | Comunidad ambulatoria. Grupal. | 129 personas adultas. Aleatorizado. | Cognitivo-conductual integrado. Comparación tratamiento BTSAS y STAR. Especifico esquizofrenia. | Intervención social, entrevista Motivacional, uroanálisis, habilidades sociales. | Dos veces a la semana, durante 6 meses. | El tratamiento BTSAS obtiene -59% frecuencia consumo, menos brotes psicóticos y un -23% de ingresos hospitalarios, y una mejora del 22,6% en CV frente al tratamiento STAR. |
| (Brooks y Penn, 2003) | Ambulatorio y semi-ambulatorio. Grupal (12 pasos) e individual (SMART). | 112 personas adultas. Aleatorizado. | Comparativa tratamiento 12 pasos (autoayuda) y SMART (cognitivo-conductual). Ambos integrados. | Según manuales SMART y 12 pasos: manejo de la enfermedad, prevención de recaídas, logros, trabajos, preparación tiempo lúdico, compras, tareas diarias, educación en substancias, uroanálisis. | Una vez por semana durante 6 meses | No hubo diferencias significativas en la frecuencia de consumo entre intervenciones. El programa 12 pasos reduce brotes psicóticos mientras el programa SMART reduce ingresos hospitalarios. El programa SMART no mejora significativamente la CV respecto al programa 12 pasos. |
| (Hjorthoj et al., 2013) | Ambulatorio. Individual. | 103 personas adultas. Aleatorizado. | Comparación tratamiento CapOpus y TAU, y sólo tratamiento TAU. Cognitivo-conductual, integrado, | Manual EPPIC, entrevista motivacional, análisis ventajas-desventajas consumo, estrategias, asertividad. | Primer mes 1 o 2 semanales. Resto 1 semanal durante 6 meses. | No hay reducción significativa entre la comparativa CapOpus y TAU, y sólo TAU, en frecuencia de consumo. No hay datos sobre brotes psicóticos ni hospitalización. No existe diferencia significativa en CV entre un tratamiento y el otro (p=0.29). |
| (Laudet et al., 2000) | Ambulatorio. Grupal | 310 personas adultas. No aleatorizado. | Tratamiento DTR, integrado. | Mejora psicosocial, autoayuda, ayuda mutua. Soporte espiritual y social. | 12 meses. | No hay datos de mejora en consumo ni ingresos hospitalarios. CV final generalmente alta (sin comparación con la CV inicial) |

| Autores | Contexto | Muestra | Objetivo / Técnica | Contenidos básicos | Tiempo | Conclusiones |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Margoles e et al., 2006) | Ambulatorio Grupal e individual. | 147 personas adultas. No aleatorizado. | Multidisciplinario. Tratamiento CCS no integrado (no trata directamente TUS), exclusivo para esquizofrenia. | Psicoterapia, intervención en crisis, habilidades sociales, vinculación social, vocacional, recreación, psicoeducación. | 12 meses. | No hay reducción significativa en consumo ni en brotes psicóticos. Reducción ingreso hospitalario (sólo 15% requieren ingreso). No diferencias significativas individuales en CV (86,6-89,7). |
| (Morrens et al., 2011) | Inicio residencial después ambulatorio. Grupal e individual. | 110 personas adultas. Aleatorizado. | Comparación tratamiento IDDT (Mueser et al., 2003) (multidisciplinar) y TAU (habitual). Integrado. | Entrevistas motivacionales, prevención recaídas, desarrollo habilidades, uso de substancias. | 12 meses. | Reducción significativa grupo IDDT en brotes psicóticos e ingresos hospitalarios. También IDDT provoca mayor mejora significativa en CV y en funcionamiento social que tratamiento TAU. |
| (Smeerdijk et al., 2012) | Grupal ambulatorio. Multifamiliar | 75 pacientes adultos y 97 familias. Aleatorizado. | Comparación tratamiento FMI (familiar) y RFS (apoyo familiar ordinario). Integrado. Especifico esquizofrenia. | Psicoeducación, manejo medicamentos, reducción estrés, prevención recaídas. FMI: trabaja de resolución problemas. | FMI: 2 sesiones psicoeducación, 12 grupales, durante 6 meses. RFS: 2 al mes. Max 12. | Disminución mayor en FMI en consumo y deseo respecto al RFS. No hay datos sobre brotes psicóticos ni ingresos hospitalarios. Tanto RFS como FMI producen mejoras significativas en CV. |
| (Xie et al., 2005) | Ambulatorio individual, grupal, familiar. | 162 personas adultas. Aleatorizado. | Tratamiento Integrado Trastorno Dual (IDDT) (Mueser et al., 2003) Estudio prospectivo. Especifico esquizofrenia. Multidisciplinar. | Psicoeducación, entrevistas motivacionales, prevención recaídas, desarrollo habilidades sociales, uso de substancias, resolución problemas. | 3 años. Evaluación cada 6 meses. | Reducción en frecuencia consumo (-40.5%), mejora brotes psicóticos (-46,3%), menor cantidad ingresos hospitalarios, mejora CV (46,7%). |

Tabla 2. Riesgo de sesgo

Riesgo de sesgo en artículos incluidos.

| Artículos | Selección secuencia | Selección ocultamiento | Realización cegamiento participante | Realización cegamiento personal | Detección cegamiento evaluador | Desgaste resultado incompleto | Notificación selectiva resultados. |
|--------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| (Bellack et al., 2006) | Bajo | Poco claro | Poco claro | Alto | Alto | Bajo | Bajo |
| (Brooks y Penn, 2003) | Bajo | Bajo | Bajo | Alto | Poco claro | Poco claro | Poco claro |
| (Hjorthoj et al., 2013) | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo | Poco claro | Alto |
| (Laudet et al., 2000) | Alto | Alto | Poco claro | Alto | Alto | Alto | Poco claro |
| (Margolese et al., 2006) | Alto | Alto | Alto | Alto | Alto | Alto | Poco claro |
| (Morrens et al., 2011) | Bajo | Bajo | Bajo | Alto | Poco claro | Poco claro | Bajo |
| (Smeerdijk et al., 2012) | Bajo | Bajo | Bajo | Alto | Alto | Poco claro | Poco claro |
| (Xie et al., 2005) | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo |