

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**COMPONENTES TEÓRICO-METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN  
DE UNA GUÍA PSICOEDUCATIVA DIRIGIDA A FAMILIARES Y PERSONAS  
DE APOYO SOBRE LA DOBLE CONDICIÓN DE PACIENTES VARONES  
CON DIAGNÓSTICOS COMÓRBIDOS DE ESQUIZOFRENIA U OTROS  
TRASTORNOS PSICÓTICOS Y TRASTORNO MENTAL Y DEL  
COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN SOMETIDO A LA CONSIDERACIÓN  
DEL COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA  
OPTAR POR EL GRADO Y TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA  
CLÍNICA**

**SUSTENTANTE**

**JOSUÉ ENRIQUE MURILLO ARCE**

**2021**

## **DEDICATORIA**

A mi esposa Melissa, a mi hijo Santiago y a mi hija Luciana por su compañía, apoyo y comprensión durante el camino para alcanzar esta meta y motivarme día a día a seguir adelante y soñar.

A mis padres, por inculcar en mí los valores que hoy me identifican como persona y el deseo de vivir en plenitud.

A mi hermano, Andrés por enseñarme a luchar.

## AGRADECIMIENTOS

A los pacientes, quienes me enseñaron enormemente tanto en el plano académico como desde su esencia humana.

A cada profesor y supervisor de quienes tuve el privilegio de aprender.

A mi tutor, el Dr. Carlos Sandoval por su guía, orientación y acompañamiento durante este proceso.

A la Dra. Rocío Vindas por su apoyo incondicional.

Este trabajo final de graduación fue aceptado por la Subcomisión de la Especialidad en Psicología Clínica del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista Psicología Clínica.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

PPEM Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Hoja de calificación de Presentación de Trabajo Final de Graduación Programa de Posgrado de Especialidades Médicas

Fecha de la sesión: 10/08/21  
 Nombre del estudiante: José Múllis Ace  
 Título del Trabajo de Investigación: Componentes Teoría - metodológicas para la elaboración de una guía para seducción diagnóstica feminas y personas de apoyo sobre la doble condición de parejas varones con drogadicción: considerados de recuperación  
 Tutor académico: D. Sandoval Chacón

Rúbrica de evaluación (Calificar en escala de 1-10)

Calidad de la presentación	10
Claridad de la exposición	10
Dominio del tema	10
Claridad de respuestas al público	10
Uso adecuado del tiempo	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

Observaciones: Considerar la socialización con los hospitales y áreas de salud, FICAM, e incluso a nivel administrativo. Recomendar para publicación.

Aprobado  No

[Signature]  
 NOMBRE Tutor (a)  
Carly Jordana C.

[Signature]  
 NOMBRE Lector (a)  
Rocio Vindos H

[Signature]  
 NOMBRE Director (a)  
Keren Orosco R



Sustentante

[Signature]

## ÍNDICE GENERAL

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>1. Marco introductorio</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Justificación</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Antecedentes</b>	<b>6</b>
<b>2. Marco teórico</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Patología dual: Consumo de sustancias y Psicosis</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Espectro de la Esquizofrenia</b>	<b>9</b>
<b>2.2.1 Delirio</b>	<b>10</b>
<b>2.2.2 Alucinaciones</b>	<b>10</b>
<b>2.2.3 Pensamiento desorganizado</b>	<b>10</b>
<b>2.2.4 Comportamiento desorganizado</b>	<b>11</b>
<b>2.2.5 Síntomas negativos</b>	<b>11</b>
<b>2.3 Trastornos dentro del espectro de la Esquizofrenia</b>	<b>12</b>
<b>2.3.1 Esquizofrenia</b>	<b>12</b>
<b>2.3.1 Trastorno psicótico breve</b>	<b>13</b>
<b>2.3.4 Trastorno delirante</b>	<b>13</b>
<b>2.3.5 Trastorno esquizofreniforme</b>	<b>14</b>
<b>2.3.6 Trastorno esquizoafectivo</b>	<b>14</b>
<b>2.4 Conducta adictiva: Conceptos relevantes</b>	<b>15</b>
<b>2.4.1 Niveles de adicción: Experimentación</b>	<b>15</b>
<b>2.4.2 Niveles de adicción: Uso</b>	<b>15</b>
<b>2.4.3 Niveles de adicción: Abuso</b>	<b>16</b>
<b>2.4.4 Niveles de adicción: Adicción</b>	<b>16</b>
<b>2.5 Droga</b>	<b>16</b>
<b>2.5.1 Depresoras</b>	<b>16</b>
<b>2.5.2 Estimulantes</b>	<b>17</b>

<b>2.5.3 Alucinógenos/Psicodélicos</b>	<b>17</b>
<b>2.6 Dependencia a sustancias</b>	<b>17</b>
<b>2.6.1 Tolerancia</b>	<b>18</b>
<b>2.6.2 Abstinencia</b>	<b>18</b>
<b>2.6.3 Patrón de uso compulsivo de una sustancia</b>	<b>18</b>
<b>2.7 Intoxicación por sustancias</b>	<b>19</b>
<b>2.8 Craving</b>	<b>19</b>
<b>2.9 Recaída</b>	<b>19</b>
<b>2.10 Vía de administración de la droga</b>	<b>20</b>
<b>2.11 Neurobiología de la adicción</b>	<b>20</b>
<b>2.11.1 Circuito de recompensa</b>	<b>20</b>
<b>2.11.2 Neurotransmisores implicados</b>	<b>21</b>
<b>2.12 Principales hipótesis explicativas sobre patología dual</b>	<b>22</b>
<b>2.13 Sistema familiar</b>	<b>23</b>
<b>2.13.1 Propiedades del sistema familiar</b>	<b>24</b>
<b>2.13.2 El concepto de emoción expresada</b>	<b>25</b>
<b>2.13.3 El concepto de codependencia</b>	<b>26</b>
<b>2.14 Modelos teóricos relevantes</b>	<b>28</b>
<b>2.14.1 Terapia familiar sistémica</b>	<b>28</b>
<b>2.14.2 Terapia cognitivo conductual</b>	<b>28</b>
<b>2.14.3 Modelo transteorico</b>	<b>29</b>
<b>2.14.4 Entrevista Motivacional</b>	<b>29</b>
<b>2.14.5 Prevención de recaídas</b>	<b>29</b>
<b>2.14.6 Reducción del daño</b>	<b>30</b>
<b>3. Objetivos</b>	<b>31</b>
<b>3.1 Objetivo general</b>	<b>31</b>
<b>3.2 Objetivos específicos</b>	<b>31</b>

<b>4. Metodología</b>	<b>31</b>
<b>4.1 Tipo de estudio y metodología</b>	<b>31</b>
<b>4.2 Muestra</b>	<b>32</b>
<b>4.3 Población</b>	<b>32</b>
<b>4.3.1 Criterios de inclusión</b>	<b>32</b>
<b>4.3.2 Criterios de exclusión</b>	<b>33</b>
<b>4.4 Procedimiento</b>	<b>33</b>
<b>4.5 Método para análisis de datos</b>	<b>36</b>
<b>5. Resultados de la investigación</b>	<b>37</b>
<b>5.1 Encuesta con las familias</b>	<b>42</b>
<b>5.1.1 Primera parte</b>	<b>42</b>
<b>5.1.2 Segunda parte</b>	<b>52</b>
<b>5.1.3 Tercera parte</b>	<b>55</b>
<b>5.2 Entrevista a profesionales con experiencia en el tema</b>	<b>107</b>
<b>5.3 Análisis de resultados: Perfil del paciente</b>	<b>112</b>
<b>5.4 Análisis de resultados: Comprensión de las familias sobre la condición del paciente y necesidades de intervención-psicoeducación</b>	<b>114</b>
<b>5.5 Principales hallazgos de la investigación</b>	<b>119</b>
<b>5.6 Integración: Relevancia de la teoría con la relación a los datos obtenidos a partir de triangulación de fuentes de información</b>	<b>121</b>
<b>5.7 Propuesta de elementos teórico-metodológicos para la psicoeducación a las familias</b>	<b>122</b>
<b>5.7.1 Elementos teóricos</b>	<b>122</b>
<b>5.7.2 Propuesta metodológica</b>	<b>127</b>
<b>6. Conclusión</b>	<b>128</b>
<b>7. Referencias bibliográficas</b>	<b>130</b>

## RESUMEN

La investigación que se llevó a cabo fue de corte mixto no experimental. La misma nace a partir de que se identificó en cuanto al tema de investigación (guías de psicoeducación a familiares de pacientes con patología dual) que, si bien existen modelos explicativos de su etiología, estudios relacionados con la incidencia y planteamientos sobre la comorbilidad entre consumo de sustancias y trastornos del espectro de la esquizofrenia; la confección de guías psicoeducativas para los familiares ha sido escasa. Diversos estudios nacionales e internacionales concuerdan en la relevancia que guarda la forma en como la familia comprende la situación del paciente con respecto al curso de la enfermedad. De ahí que, un abordaje integral de la situación del paciente implicaría el trabajo con su sistema familiar.

El objetivo principal del estudio es hacer una propuesta de elementos teórico-metodológicos que debe contener una guía psicoeducativa para familiares que presenten patología dual; a partir de las necesidades de psicoeducación percibidas por las familias; además para objetivar los datos obtenidos a través de las familias, se realizó una entrevista con cinco profesionales con experiencia en el campo.

Las familias participaron en una encuesta estructurada, los miembros a participar eran elegidos a partir de los siguientes criterios; Familiares o cuidadores mayores de edad, de pacientes hospitalizados que cumplan con el diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos asociado al consumo de sustancias, familiares o cuidadores tanto de género masculino como femenino, de pacientes hospitalizados que cumplan con el diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos asociado al consumo de sustancias, de cualquier grupo étnico.

En el estudio participaron 32 familias, que fueron encuestadas vía llamada telefónica, para ello el investigador principal contó con un espacio con teléfono en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Los datos obtenidos de las encuestas a las familias fueron analizados a partir del programa estadístico SPSS.

Se encontró que las familias no tienen claro lo que significa la patología dual. Al respecto da la impresión de que las familias comprenden ambas enfermedades como procesos patológicos paralelos y no como una entidad patológica como tal. En este sentido, tienen más información y conocimientos sobre la conducta adictiva, aunque llama la atención que en su mayoría no identifican el carácter progresivo (tolerancia-dependencia) de la conducta adictiva; además relacionan la recaída con fracaso y no como una etapa más del proceso de cambio. En lo relacionado con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, se evidenció que manejan menos información, lo cual es una limitación para comprender la sintomatología clínica que presenta su familiar, y a su vez dificulta la posibilidad de identificar pródromos ante una descompensación de la enfermedad mental.

Asimismo, se encontró que la mayoría considera que el consumo de drogas afecta el curso de la enfermedad mental y está implicado con las conductas que conllevan a la hospitalización del paciente. La mayoría de las familias considera que la problemática les compete a todos en la familia; y se han sentido culpables por la condición de su familiar. No obstante, a nivel de interacción y comunicación familiar, llama la atención que la perspectiva de las familias se encuentra determinada a partir del comportamiento del paciente (relacionado a estados de paciente compensado/paciente descompensado).

Finalmente, con relación a las necesidades psicoeducativas y recursos terapéuticos, hay concordancia entre lo indicado por las familias y lo señalado por los profesionales en cuanto a los conceptos y temas psicoeducativos más relevantes y recursos tales como la terapia grupal multifamiliar.

En cuanto a las conclusiones, la problemática relacionada al consumo de drogas es reconocida como un asunto de salud pública a nivel mundial; aunado a ello como se evidencia en diversos estudios y se menciona en este documento, la incidencia de la comorbilidad entre consumo y trastorno mental ha crecido en los últimos años. Una de las características de la patología dual, es que implica un reto significativo para los profesionales en salud mental en cuanto al abordaje. Al respecto, la inclusión de la familia del paciente dentro de un tratamiento integral posiblemente sea una herramienta determinante puesto que varios estudios han reflejado el papel esencial de la familia en el

curso y pronóstico de la enfermedad dual, siendo un factor de protección o de riesgo en cuanto a recaídas ya sea en la conducta adictiva o brotes y crisis psicóticas. El modo en cómo el sistema familiar comprenda la condición del paciente influirá en las pautas interaccionales y de comunicación en el hogar, por tanto, el establecimiento de un programa de psicoeducación a familias de pacientes con patología dual probablemente se convierta en un recurso valioso tanto para ellas como para el sistema sanitario.

**Palabras claves:** Patología dual, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, conducta adictiva, sistema familiar, psicoeducación grupal multifamiliar.

## ABSTRACT

The research that was carried out was of a non-experimental mixed cut. It was born from the fact that it was identified in terms of the research topic (psychoeducation guidelines for relatives of patients with dual pathology) that, although there are explanatory models of its etiology, studies related to the incidence and approaches on the comorbidity between consumption substance and schizophrenia spectrum disorders; the preparation of psychoeducational guides for relatives has been scarce. Various national and international studies agree on the relevance of the way the family understands the patient's situation with respect to the course of the disease. Hence, a comprehensive approach to the patient's situation would imply working with their family system.

The main objective of the study is to make a proposal of theoretical-methodological elements that should contain a psychoeducational guide for family members with dual pathology; from the psychoeducation needs perceived by the families; In addition, to objectify the data obtained through the families, an interview was conducted with five professionals with experience in the field.

The families participated in a structured survey, the members to participate were chosen based on the following criteria; Family members or caregivers of legal age, of hospitalized patients who meet the diagnosis of Schizophrenia and other psychotic disorders associated with substance use, family members or caregivers of both male and female gender, of hospitalized patients who meet the diagnosis of Schizophrenia and other disorders psychotic associated with substance use, of any ethnic group.

Thirty-two families participated in the study, and they were surveyed via telephone call. For this, the main researcher had a space with a telephone in the National Psychiatric Hospital. The data obtained from the family surveys were analyzed using the SPSS statistical program.

It was found that families are not clear about what dual pathology means. In this regard, it gives the impression that families understand both diseases as parallel pathological processes and not as a pathological entity as such. In this sense, they have more

information and knowledge about addictive behavior, although it is striking that most of them do not identify the progressive nature (tolerance-dependence) of addictive behavior; they also associate relapse with failure and not as another stage in the change process. Regarding schizophrenia and other psychotic disorders, it was evidenced that they handle less information, which is a limitation in understanding the clinical symptoms presented by their family member, and in turn makes it difficult to identify prodromes in the event of a mental illness decompensation.

Likewise, it was found that the majority consider that drug use affects the course of mental illness and is involved with the behaviors that lead to the hospitalization of the patient. Most families consider that the problem belongs to everyone in the family; and they have felt guilty about the condition of their relative. However, at the level of family interaction and communication, it is striking that the families' perspective is determined from the patient's behavior (related to compensated patient / decompensated patient states).

Finally, in relation to psychoeducational needs and therapeutic resources, there is agreement between what is indicated by families and what is indicated by professionals regarding the most relevant psychoeducational concepts and issues and resources such as multifamily group therapy.

Regarding the conclusions, the problem related to drug use is recognized as a public health issue worldwide; In addition to this, as evidenced in various studies and mentioned in this document, the incidence of comorbidity between drug use and mental disorder has grown in recent years. One of the characteristics of dual pathology is that it implies a significant challenge for mental health professionals regarding the approach. In this regard, the inclusion of the patient's family within a comprehensive treatment is possibly a determining tool since several studies have reflected the essential role of the family in the course and prognosis of dual disease, being a protective or risk factor in terms of relapses either in addictive behavior or psychotic outbreaks and crises. The way in which the family system understands the patient's condition will influence interactional and communication patterns at home, therefore, the establishment of a psychoeducation

program for families of patients with dual pathology will probably become a valuable resource both for them as for the health system.

**Key words:** Dual pathology, schizophrenia and other psychotic disorders, addictive behavior, family system, family group psychoeducation.

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla #1: Edad de pacientes cuyas familias participaron del estudio</b>	<b>37</b>
<b>Tabla #2: Edad de inicio de consumo</b>	<b>37</b>
<b>Tabla #3: Nacionalidad de los pacientes</b>	<b>39</b>
<b>Tabla #4: Tipos de familias</b>	<b>40</b>
<b>Tabla #5: Nivel académico de los paciente</b>	<b>41</b>
<b>Tabla #6: Área laboral de los pacientes</b>	<b>41</b>
<b>Tabla #7: Sobre el significado de patología dual</b>	<b>42</b>
<b>Tabla #8: Sobre el significado de esquizofrenia</b>	<b>43</b>
<b>Tabla #9: Sobre el significado de trastorno psicótico</b>	<b>44</b>
<b>Tabla #10: Sobre el significado de delirio o idea delirante</b>	<b>45</b>
<b>Tabla #11: Sobre el significado de alucinación</b>	<b>46</b>
<b>Tabla #12: Sobre el significado de pensamiento desorganizado</b>	<b>47</b>
<b>Tabla #13: Sobre el significado de síntomas negativos</b>	<b>48</b>
<b>Tabla #14: Sobre el significado de adicción</b>	<b>49</b>
<b>Tabla #15: Sobre el significado de dependencia</b>	<b>49</b>
<b>Tabla #16: Sobre el significado de tolerancia</b>	<b>50</b>
<b>Tabla #17: Sobre el significado de abstinencia</b>	<b>51</b>
<b>Tabla #18: Sobre el significado de recaída</b>	<b>52</b>
<b>Tabla #19: Relación entre consumo e internamientos</b>	<b>52</b>

<b>Tabla #21: Implicación de la familia</b>	<b>53</b>
<b>Tabla #22: Sentimientos de culpabilidad en la familia</b>	<b>54</b>
<b>Tabla #23: Relación entre historial de internamientos, consumo y enfermedad</b>	<b>115</b>
<b>Tabla #24: Abordando la patología dual (conceptos clave)</b>	<b>123</b>
<b>Tabla #25: Rol e importancia de la familia en el proceso terapéutico</b>	<b>124</b>
<b>Tabla #26: Tratamiento farmacológico</b>	<b>125</b>
<b>Tabla #27: Manejo de brotes psicóticos</b>	<b>126</b>
<b>Tabla #28: Manejo de las crisis suicidas</b>	<b>126</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro de operacionalización de categorías</b>	<b>33</b>
---------------------------------------------------	-----------

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico #1: Media de edad de inicio de consumo</b>	<b>38</b>
<b>Gráfico #2: Diagnósticos registrados en expedientes de salud</b>	<b>39</b>
<b>Gráfico #3: Lugar de residencia</b>	<b>40</b>
<b>Gráfico #4: Factor de recaída en consumo de sustancias #1</b>	<b>56</b>
<b>Gráfico #5: Factor de recaída en consumo de sustancias #2</b>	<b>57</b>
<b>Gráfico #6: Factor de recaída en consumo de sustancias #3</b>	<b>58</b>
<b>Gráfico #7: Factor de recaída en consumo de sustancias #4</b>	<b>59</b>
<b>Gráfico #8: Factor de recaída en consumo de sustancias #5</b>	<b>60</b>
<b>Gráfico #9: Factor de recaída en consumo de sustancias #6</b>	<b>61</b>
<b>Gráfico #10: Factor de recaída en consumo de sustancias #7</b>	<b>62</b>
<b>Gráfico #11: Limitación percibida #1</b>	<b>63</b>
<b>Gráfico #12: Limitación percibida #2</b>	<b>64</b>
<b>Gráfico #13: Limitación percibida #3</b>	<b>65</b>
<b>Gráfico #14: Limitación percibida #4</b>	<b>66</b>
<b>Gráfico #15: Limitación percibida #5</b>	<b>67</b>
<b>Gráfico #16: Limitación percibida #6</b>	<b>68</b>
<b>Gráfico #17: Limitación percibida #7</b>	<b>69</b>
<b>Gráfico #18: Percepción de la comunicación familiar #1</b>	<b>70</b>
<b>Gráfico #19: Percepción de la comunicación familiar #2</b>	<b>71</b>
<b>Gráfico #20: Percepción de la comunicación familiar #3</b>	<b>72</b>
<b>Gráfico #21: Percepción de la comunicación familiar #4</b>	<b>73</b>

<b>Gráfico #22: Percepción de la comunicación familiar #5</b>	<b>74</b>
<b>Gráfico #23: Percepción de la convivencia familiar #1</b>	<b>75</b>
<b>Gráfico #24: Percepción de la convivencia familiar #2</b>	<b>76</b>
<b>Gráfico #25: Solución intentada #1</b>	<b>77</b>
<b>Gráfico #26: Solución intentada #2</b>	<b>78</b>
<b>Gráfico #27: Solución intentada #3</b>	<b>79</b>
<b>Gráfico #28: Solución intentada #4</b>	<b>80</b>
<b>Gráfico #29: Solución intentada #5</b>	<b>81</b>
<b>Gráfico #30: Solución intentada #6</b>	<b>82</b>
<b>Gráfico #31: Solución intentada #7</b>	<b>83</b>
<b>Gráfico #32: Solución intentada #8</b>	<b>84</b>
<b>Gráfico #33: Temas para psicoeducación #1</b>	<b>85</b>
<b>Gráfico #34: Temas para psicoeducación #2</b>	<b>86</b>
<b>Gráfico #35: Temas para psicoeducación #3</b>	<b>87</b>
<b>Gráfico #36: Temas para psicoeducación #4</b>	<b>88</b>
<b>Gráfico #37: Temas para psicoeducación #5</b>	<b>89</b>
<b>Gráfico #38: Temas para psicoeducación #6</b>	<b>90</b>
<b>Gráfico #39: Temas para psicoeducación #7</b>	<b>91</b>
<b>Gráfico #40: Temas para psicoeducación #8</b>	<b>92</b>
<b>Gráfico #41: Temas para psicoeducación #9</b>	<b>93</b>
<b>Gráfico #42: Recurso terapéutico #1</b>	<b>94</b>
<b>Gráfico #:43 Recurso terapéutico #2</b>	<b>95</b>

<b>Gráfico #44: Recurso terapéutico #3</b>	<b>96</b>
<b>Gráfico #45: Recurso terapéutico #4</b>	<b>97</b>
<b>Gráfico #46: Recurso terapéutico #5</b>	<b>98</b>
<b>Gráfico #47: Recurso terapéutico #6</b>	<b>99</b>
<b>Gráfico #48: Recurso terapéutico #7</b>	<b>100</b>
<b>Gráfico #49: Estrategia de afrontamiento nueva #1</b>	<b>101</b>
<b>Gráfico #50: Estrategia de afrontamiento nueva #2</b>	<b>102</b>
<b>Gráfico #51: Estrategia de afrontamiento nueva #3</b>	<b>103</b>
<b>Gráfico #52: Estrategia de afrontamiento nueva #</b>	<b>104</b>
<b>Gráfico #53: Estrategia de afrontamiento nueva #5</b>	<b>105</b>
<b>Gráfico #54: Estrategia de afrontamiento nueva #6</b>	<b>106</b>

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

**APA:** Asociación Americana de Psicología

**ATV:** Área Tegmental Ventral

**DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición

**DSM-IV:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta edición

**DTM:** Dimetiltriptamina

**DUP:** Tiempo de Psicosis no tratada

**EE:** Emoción Expresada

**FEAFES:** Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental

**HHA:** Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal

**HNP:** Hospital Nacional Psiquiátrico

**LSD:** Dietilamida del Ácido Lisérgico

**NAc:** Núcleo Accumbens

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**PCP:** Fenciclidina

**PEP:** Primer Episodio Psicótico

## INTRODUCCIÓN

La comorbilidad entre los trastornos mentales, con el consumo de sustancias, conocida como *patología dual*, ha sido en los últimos años, un importante campo de investigación a nivel de salud mental. Según Marín y Szerman (2015), desde 1980 se han realizado diversos estudios epidemiológicos que concluyen una elevada prevalencia en la coocurrencia de las condiciones mencionadas. Entre la información relevante que brindan estos estudios, aunque históricamente se evidencia una prevalencia importante, es a partir de la última década que se ha comenzado a prestar mayor atención a este diagnóstico. Siendo así, que el tratamiento a personas en condición de *patología dual* durante mucho tiempo se ha realizado de forma paralela, en la cual por un lado se trabaja la condición psiquiátrica y por el otro el consumo de sustancias de manera incomunicada, minimizando las posibilidades de éxito del paciente.

Con la perspectiva de tratamiento paralela e incomunicada mencionada anteriormente, el abordaje de esta condición concomitante ha tenido un campo de acción que se ha visto limitado, debido a que históricamente la *patología dual* ha sido considerada como criterio de exclusión, de modo tal que, este tipo de pacientes eran rechazados de programas de salud mental si presentaban consumo de sustancias, o bien, no se les admitía en centros de atención de drogodependencias si presentaban alguna psicopatología. De este modo, muchos de los programas orientados a trabajar este tipo de condiciones, al no contar con una visión integral de tratamiento, encuentran obstáculos para consolidarse como un dispositivo que brinde contención al usuario, lo cual en muchos de los casos se convierte en un factor precipitante de la falta de adherencia al tratamiento (Becoña et al., 2010).

En la actualidad, con una mayor comprensión de la *patología dual* se han desarrollado diversos tratamientos con cierto grado de integración tales como la Entrevista Motivacional, la Terapia Cognitivo-Conductual, técnicas de manejo de contingencias, entre otras técnicas de abordaje, cuya intervención puede ser dirigida al paciente individualmente, a nivel grupal o familiar.

Uno de los ejes centrales en esta investigación es la influencia del apoyo familiar percibido por el paciente durante el tratamiento; a propósito, la Fundación Argia y Fundación Gizakia (2012) señalan que a mayor implicación de la familia hay mejores resultados o en caso contrario, pueden llegar a boicotear las intervenciones. Lo anterior puesto que generalmente llevan muchos años a la par del paciente, están cansadas de enfrentarse a su situación una y otra vez, y pueden existir conflictos intrafamiliares significativos.

En este sentido Becoña et al. (2010) refieren que el grupo familiar ha sido uno de los temas más estudiados en cuanto a las adicciones, al ser la fuente en la cual la persona desarrolla su personalidad y valores, a través de experiencias vividas en este núcleo socializador. Durante el desarrollo humano hay factores que tienen una incidencia determinante en la formación del individuo como lo son el apego, el estilo de crianza, el clima familiar, la estructura familiar y la existencia de historia de consumo por parte de los padres, de modo que, para lograr entender la conducta adictiva de un paciente, es necesario conocer el entorno en el cual se ha desarrollado. En cuanto al presente, resulta importante comprender el significado que le ha dado la familia a la adicción del paciente y cuáles son los factores que mantienen la conducta.

Además de tomar en cuenta la influencia de la familia en el proceso adictivo, resulta relevante también tener en cuenta su papel en la recuperación. En el núcleo familiar, el que uno de sus miembros tenga alguna adicción influye en todo el sistema familiar, a la vez que la familia puede influir en el mantenimiento de sus comportamientos y conductas. De este modo los modelos sistémicos son fuente de referencia, puesto que se entiende que la familia puede desarrollar herramientas de resolución de conflictos, acelerando procesos terapéuticos y educativos (Vilimelis et al., 2017).

Con relación a la enfermedad mental, a lo largo del tiempo se han realizado múltiples estudios indicando que, factores como la vinculación activa por parte de la familia, acceso al conocimiento de la enfermedad, así como de las alternativas de tratamiento con que se cuenta puede ser fundamental para la recuperación de los pacientes. Asimismo, el escaso apoyo familiar percibido por el paciente está directamente relacionado con las recaídas (Cardona et al., 2012).

En cuanto a la esquizofrenia, a partir de diversos estudios se han encontrado hallazgos sobre la relación significativa entre el entorno familiar y el pronóstico de la enfermedad. A partir de lo anterior, se han diseñado intervenciones familiares con el fin de ofrecer a sus miembros las herramientas necesarias para apoyar la recuperación del paciente. Los profesionales en la clínica de la salud mental se ven beneficiados del trabajo para mejorar las conductas de apoyo de los familiares, puesto que estas intervenciones pueden ampliar enormemente lo que puede lograrse (Glynn, 2013).

Según Rebolledo (2018), en diversos estudios llevados a cabo tanto en Estados Unidos como en España, la concurrencia diagnóstica entre psicopatología y consumo de sustancias en la actualidad son la norma, no la excepción.

## **I. Marco introductorio**

### **1.1. Justificación**

En Costa Rica, la estadística en cuanto a desórdenes duales evidencia una incidencia que refleja esta misma conclusión en cuanto al incremento de la prevalencia en los servicios de salud mental, y las dificultades que supone el abordaje de la condición dual.

Según Uribe y Díaz (2017), en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP), el perfil epidemiológico de la población atendida durante los años 2014 a 2016 expone el mismo panorama, por lo cual resulta importante el planteamiento de un abordaje integral que beneficie al paciente. Dicho estudio revela que entre los años 2014 y 2016, el diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como el diagnóstico de Trastorno mental y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, figuran de forma independiente entre las principales entidades nosológicas según diferentes variables. En cuanto a la variable de “principales grupos diagnósticos en el servicio de hospitalización adultos y niños 2014-2016”, el diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ocupa el primer lugar, ya que de los 10284 casos atendidos 3302 presentaron este diagnóstico para un porcentaje de 32.1%. Por su parte, el diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, ocupa el tercer lugar, se presentaron 1185 casos para un 11.5%. Con relación a la variable “grupos diagnósticos con sintomatología psicótica en hospitalización por año” las cifras indican un incremento significativo. En esta variable, nuevamente el diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ocupa el primer lugar presentando un incremento entre el 2014 (1059 casos) y el 2016 (1177). Por su parte el diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, tiene una incidencia más llamativa, ocupando el segundo lugar y evidenciando un incremento de 376 casos en 2014, a 513 casos en 2016.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas como diagnóstico primario en hospitalización al comparar los egresos por año, se tiene que, en 2014 se atendieron un total de 3298, de los cuales 318 egresaron con el consumo de sustancias psicoactivas como diagnóstico primario para un porcentaje del 9.64%. Para el 2015 de 3027 usuarios

hospitalizados, 296 egresaron con el diagnóstico primario de consumo de sustancias psicoactivas para un 9.77%. En cuanto al 2016, el número total de usuarios egresados fue de 3959, de los cuales egresaron con el diagnóstico primario de consumo de sustancias un número absoluto de 673, para un porcentaje de 10.3%. Cabe señalar, el incremento porcentual con relación a los egresos y el diagnóstico primario de consumo de sustancias que se viene presentando. Además, es importante mencionar, que, según el estudio, al valorar la presencia de consumo como diagnóstico secundario, terciario e incluso como sexto diagnóstico, la incidencia porcentual aumenta a 40% en adultos y 75% a nivel de niños y adolescentes; lo cual sustenta la importante asociación y comorbilidad entre consumo de drogas y trastornos mentales y del comportamiento. Con referencia al diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como diagnóstico primario, el perfil obtuvo también datos de interés para la investigación, a saber: como fue citado supra, este diagnóstico se ubicó en el primer lugar de principales grupos diagnósticos, además, se evidenció un importante incremento de los casos entre 2014 y 2016. En cuanto al rango de edad, cabe señalar que entre los 18 y los 25 años, la incidencia fue de 680 casos para un 20.6%, únicamente superado por rango de edad entre 26 a 35 años, con una incidencia de 782 casos para un porcentaje del 23.7% (Uribe y Díaz, 2017).

Al enfocarse en la patología dual y su incidencia, en el 2016 en la modalidad de hospitalización, el perfil epidemiológico para este periodo de tiempo arroja resultados que evidencian la correlación entre los diagnósticos objeto de estudio en esta investigación, así como el incremento porcentual que se ha venido observando. A continuación, algunos datos de peso: en cuanto a la enfermedad mental en asociación al consumo de sustancias, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo ocupa el primer lugar, presentándose en un 25,47% del cual el 18,6% presenta consumo asociado, en segundo lugar, se ubicó el trastorno psicótico presentándose porcentualmente en 13,49%, del cual un 11,82% presenta consumo (cabe señalar que se excluye el consumo de tabaco y alcohol). En cuanto a la esquizofrenia como diagnóstico primario asociado al consumo de sustancias, en el 2016 se atendieron un total de 845 casos, de los cuales 736 presentaban consumo de sustancias, siendo en la esquizofrenia paranoide, donde más se presenta el consumo, ya

que se atendieron 269 casos en total, de los cuales 240 presentaban consumo, de igual manera se excluye el consumo de tabaco y alcohol (Uribe y Díaz, 2017).

Al revisar estos datos, se justifica la importancia de desarrollar el presente estudio con el fin de generar un mayor impacto en el abordaje de pacientes que presentan patología dual, orientando el trabajo e intervenciones al núcleo primario de apoyo del usuario, su familia. Asimismo, se realiza el trabajo en aras de documentar información y elaborar una propuesta metodológica y conceptual respecto a la psicoeducación sobre la condición, a las familias en una eventual unidad de patología dual en el HNP.

## **1.2 Antecedentes**

Para Tena (2020), psicoeducar es el proceso mediante el cual las personas pueden desarrollar potencialidades propias al descubrir sus fortalezas; a través de este proceso son capaces de analizar y enfrentarse a las dificultades cotidianas de un modo más adaptativo.

Asimismo, hipotetiza que, entre mayor conocimiento tenga la persona de sus propias dificultades o proceso patológico en el cual está inmerso, tendrá mayor capacidad de afrontamiento y estará más consciente de sus recursos para tener una mejor calidad de vida.

Este autor considera que los principales objetivos del proceso psicoeducativo son los siguientes: Brindar información a la persona sobre el proceso que está viviendo para que tenga capacidad de manejarlo, eliminar prejuicios generadores de pensamientos anticipatorios, facilitar la adherencia al tratamiento, reducción del riesgo de recaídas, aliviar la carga emocional que puede estar afectando a nivel cognitivo, emocional y conductual. Señala que la psicoeducación puede ser usada de manera general en tres niveles; el individual, el familiar y el grupal.

En cuanto a la psicoeducación familiar, diversos estudios internacionales concuerdan en la importancia de incluir a las familias en los procesos terapéuticos. Al respecto, Cardona et al. (2012), realizan una recopilación de observaciones aportadas por varios autores como resultado de sus estudios al respecto. Entre las más destacables: la función de la familia como principal recurso ambiental, la importancia que tiene la inclusión de los

miembros del sistema para que desarrollen herramientas para el cuidado integral del paciente en casa, la comprensión de los cambios comportamentales presentados por el paciente a partir de entender su enfermedad, mayor estructuración y estabilidad tanto en la familia como en el paciente, la familia como principal elemento para evitar la recaída o una agudización del cuadro, el aprendizaje del sistema familiar sobre la Emoción Expresada (EE) y su papel en el proceso del paciente.

A pesar de lo anterior, en la búsqueda bibliográfica realizada tanto en idioma español como en inglés únicamente se encontró un manual específicamente dirigido a las familias de pacientes que presentan patología dual y una propuesta para un programa de educación para la salud dirigido a familiares de pacientes que presentan la condición.

La Fundación Hospital Provincial de Castellón (2014) elaboró el manual dirigido a las familias de pacientes que presentan patología dual; según los autores el lograr la participación de la familia es de suma importancia puesto que puede actuar como factor de protección mejorando el curso de la enfermedad y disminuyendo la posibilidad de recaídas. El manual facilita a los familiares una explicación con relación al término patología dual; detallando conceptos clave para comprender tanto la enfermedad mental como la conducta adictiva. Asimismo, incluyen información para que los familiares tengan mayor claridad en cuanto la identificación de sintomatología según etapas del curso de la enfermedad y asesoran sobre acciones o actitudes prudentes para hacerle frente a situaciones específicas. En cuanto a la intervención y el tratamiento hacen énfasis en el establecimiento de un programa basado en dos componentes importantes; el tratamiento farmacológico y el abordaje psico-social. En este sentido explican por qué es necesario el uso de medicamentos, mencionando algunos utilizados comúnmente; además mencionan diversos tipos de tratamientos psicosociales efectivos y señalan la importancia de un estilo de vida saludable y una adecuada gestión del estrés. Otro de los capítulos se utiliza para psicoeducar con respecto a los factores de riesgo y protección relacionados a la condición, a nivel personal, familiar y social. Y finalmente facilitan un glosario con términos que son frecuentemente utilizados en el ámbito hospitalario o terapéutico.

Por otro lado, Ángulo (2016) elaboró la propuesta de programa de educación para la salud dirigido a familiares de enfermos con patología dual. La autora previa revisión bibliográfica propone diez sesiones con los siguientes objetivos cada una: En la primera sesión conocer el sistema familiar en el que está integrado el paciente por medio de un genograma que realizan los familiares en la sesión; además de valorar el conocimiento que tienen sobre patología dual y las estrategias de afrontamiento a través de un cuestionario. En la segunda sesión plantea poner en común los diferentes conocimientos y opiniones sobre la enfermedad mental con la finalidad de que las familias se vean reflejadas en otras y sientan que no están solas. La tercera sesión propone enfocarse en la patología dual, las características que predominan y una descripción breve de las sustancias más consumidas por este tipo de pacientes. En la cuarta sesión sugiere introducir el tema de los signos de la esquizofrenia y cómo pueden verse afectados por el consumo. Durante la quinta sesión considera realizar una descripción de las opciones de tratamiento farmacológico, sobre las recaídas como consecuencia de dejar el tratamiento y educar a los familiares para que reconozcan señales que alertan una recaída. En la sexta sesión plantea abordar el tema de las interacciones familiares y de la EE como factor de recaídas, así como estrategias para mejorar el clima familiar. Para la séptima sesión el objetivo es concientizar en cuanto a la sobrecarga familiar y el autocuidado. En octava sesión propone realizar psicoeducación sobre síntomas negativos de la esquizofrenia y tratar el tema de la conducta suicida. Durante la novena sesión plantea brindar información sobre aspectos sociales, legales y ayudas de las que pueden disponer las familias, así como recursos disponibles. Finalmente, en la sesión diez propone generar ilusión y esperanza en las familias a partir de un corto relacionado con el tema y cerrar con una evaluación de los conocimientos post-programa.

A nivel nacional, a pesar de que tanto a nivel público como privado existen programas que intentan incluir al sistema familiar durante el proceso terapéutico; no se encontraron guías psicoeducativas específicamente estructuradas y dirigidas al abordaje de sus necesidades informativas.

## **II. Marco teórico**

### **2.1. Patología Dual- Consumo de sustancias y Psicosis**

Según Stowell (citado por Roncero et al., 2016) fue en la década de los noventa cuando por primera vez se utilizó el término patología dual con el fin de definir la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias. Una definición similar es planteada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES, 2014), señalando que se trata de la intersección entre un trastorno mental y un trastorno de consumo de sustancias en la misma persona, en la que se establece una relación con fuerte influencia entre ambas condiciones. Con relación al tema de investigación, Roncero et al. (2016) refieren que la comorbilidad entre esquizofrenia y consumo de sustancias es una realidad frecuentemente observada a nivel clínico. Al respecto, Torrens et al., (2017) señalan que existe mayor comorbilidad de consumo de sustancias en personas con psicosis, particularmente esquizofrenia y trastorno bipolar que en la población general; implicando que quienes padecen esta condición tienen mayor riesgo de recaída, más cantidad de ingresos hospitalarios y una mayor mortalidad.

### **2.2. Espectro de la esquizofrenia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f), define la esquizofrenia como un trastorno mental grave que afecta a más de veintiún millones de personas a nivel mundial; caracterizado por la distorsión del pensamiento, percepciones, emociones, lenguaje, conciencia de sí mismo y de la conducta. Señala como experiencias más comunes relacionadas a la enfermedad, los delirios y escuchar voces. Asimismo, plantea la discapacidad en el desempeño de la persona, principalmente en los niveles educativo y laboral.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5), dedica un apartado al denominado espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Forman parte de dicho espectro la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico de la personalidad. Según el DSM-5, los trastornos mencionados se caracterizan por

anomalías en uno o más de los siguientes dominios: entre los síntomas positivos se encuentran; los delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado y comportamiento motor muy anómalo o desorganizado (incluida la catatonía); y los síntomas negativos. Se pueden definir estas características de la siguiente manera:

### **2.2.1. Delirio**

Creencias fijas que tiene la persona que no son susceptibles al cambio a pesar de que existan pruebas que las contradigan. Estas creencias pueden ser extravagantes en caso de ser inverosímiles, incomprensibles y no guarden relación con las experiencias corrientes; o no extravagantes en referencia a creencias extrañas que carecen de pruebas convincentes. El contenido de estas ideas puede incluir varios temas, permitiendo clasificarlos en: delirios de persecución, de referencia, de grandeza, erotomaníacos, nihilistas y somáticos (APA; 2014).

### **2.2.2. Alucinaciones**

Percepciones que se experimentan en el contexto de un adecuado nivel de conciencia, pero en ausencia de un estímulo externo; las mismas, no están sujetas al control voluntario y son vividas con toda la fuerza e impacto de las percepciones normales. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, siendo las alucinaciones auditivas las más comunes en la esquizofrenia y trastornos relacionados. Por lo general dichas alucinaciones auditivas se perciben como voces diferentes del propio pensamiento. (APA; 2014).

### **2.2.3. Pensamiento (discurso) desorganizado**

Se trata del trastorno formal del pensamiento que por lo general se infiere a partir del discurso de la persona; donde se evidencia que cambia rápidamente de una idea a otra (descarrilamiento o asociación laxa de ideas), responde de forma indirectamente relacionada o sin ninguna relación con las preguntas que se le realizan (tangencialidad). Asimismo, en raras ocasiones el discurso puede estar tan desorganizado que resulta incomprensible (incoherencia o ensalada de palabras). El pensamiento desorganizado debe ser lo suficientemente grave como para dificultar la comunicación sustancialmente, (APA; 2014).

#### **2.2.4. Comportamiento muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía)**

Puede evidenciarse de diversas maneras; desde comportamientos infantiloides hasta la agitación incomprensible. Es probable que la persona presente dificultades para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo y, por ende, se comprometa su capacidad para realizar sus actividades cotidianas. Con respecto a la catatonía, ha sido asociada históricamente a la esquizofrenia; sin embargo, no es un síntoma exclusivo de la misma. Se trata de una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre negativismo, mutismo y estupor, además puede incluir excitación catatónica. Entre otras características de la catatonía se puede mencionar: mirada fija, muecas, movimientos estereotipados, mutismo y ecolalia, (APA; 2014).

#### **2.2.5. Síntomas negativos**

Especialmente prominentes en la esquizofrenia son: la expresión emotiva disminuida, caracterizada por disminución de expresión de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la prosodia y movimientos de las manos y cabeza que generalmente dan un énfasis emotivo al discurso; la abulia definida como la disminución de las actividades desarrolladas por iniciativa propia y con un fin. Entre otros síntomas negativos se encuentran la reducción del habla (alogia), dificultad para experimentar placer (anhedonia) y falta de interés por las relaciones sociales (asocialidad), (APA; 2014).

Como se ha mencionado anteriormente, el uso y/o abuso continuado de sustancias psicoactivas durante el curso de una enfermedad mental mayor, se asocia con la probabilidad de un peor pronóstico; como lo describen Cano et al. (2007), y agregan que los individuos con tal condición experimentan una mayor severidad de los síntomas. Asimismo, describen otros factores que modifican el curso y pronóstico ante un primer episodio psicótico (PEP), refiriéndose al tiempo de la psicosis no tratada (DUP) o tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas psicóticos y el momento en que se inicia el tratamiento. Otras variables son: el declive en el funcionamiento o adaptación de la persona previo a la aparición del PEP caracterizado por síntomas prodrómicos como depresión, aislamiento social, disminución de la concentración y motivación, alteraciones

del sueño y suspicacia; poca introspección que dificulta atribuir los síntomas a una enfermedad y atribuir los síntomas a una enfermedad e interpretar la experiencia psicótica como anormal y condiciones psicosociales desfavorables. Estas condiciones o factores podrían explicar la prevalencia de esquizofrenia en quienes presentan comorbilidad entre consumo de sustancias y psicosis tal como se ha evidenciado en este y otros estudios, probablemente debido a que tales factores, principalmente el consumo continuado de sustancias psicoactivas perfila la enfermedad hacia un trastorno mental mayor.

### **2.3. Trastornos incluidos en el espectro de la esquizofrenia**

Según la clasificación que realiza el DSM-5 sobre los trastornos que forman parte del apartado “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”; se puede definir cada uno de ellos de la siguiente manera:

#### **2.3.1. Esquizofrenia**

La esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo que comprende un amplio abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Para su diagnóstico deben estar presentes durante el periodo de un mes o menos, si se trata exitosamente al menos dos de los cinco síntomas característicos y por lo menos uno de ellos debe ser delirios, alucinaciones o discurso desorganizado. Asimismo, se debe observar durante una parte significativa del periodo del trastorno, un declive funcional en uno o más ámbitos principales como el trabajo, relaciones interpersonales o cuidado personal. Además, los signos continuos del trastorno persisten durante al menos seis meses o menos de ser tratado exitosamente, en cuyo periodo se pueden observar síntomas positivos atenuados y síntomas negativos. Entre otras características clínicas de los sujetos con esquizofrenia se puede mencionar: afecto incongruente, ánimo disfórico, falta de interés por comer o rechazo a la comida. Podrían presentar despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas que en ocasiones alcanzan proporciones delirantes. Son comunes la ansiedad, las fobias, déficits cognitivos, déficits de cognición social. Además, pueden presentar falta de conciencia de enfermedad como un síntoma típico de la esquizofrenia en sí y no como un modo de afrontamiento, (APA; 2014).

### 2.3.2. Trastorno psicótico breve

Alteración que implica el inicio brusco de al menos uno de los síntomas psicóticos positivos. Se trata del cambio de un estado no psicótico a uno claramente psicótico en un periodo de dos semanas; dicho estado de alteración dura más de un día, pero menos de un mes y el individuo retorna a su funcionamiento premórbido luego de la resolución del cuadro. Otras características asociadas y que apoyan el diagnóstico son; agitación emocional o cambios rápidos de un afecto intenso a otro y gran confusión que afecta su capacidad de juicio, (APA; 2014).

### 2.3.4. Trastorno delirante

Según (APA; 2014) se caracteriza por uno o más delirios que persisten durante al menos un mes, algunos de los cuales podrían ser extravagantes. A parte del impacto del delirio(s) el funcionamiento del individuo no se ve tan alterado y su comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño. Pueden ser capaces de describir el hecho de que otras personas consideran irracionales sus creencias, pero ellos mismos son incapaces de aceptarlo. Se describen los siguientes subtipos:

- **Erotomaniaco**

El núcleo del delirio es que otra persona está enamorada del paciente. La persona sobre la cual se mantiene dicha convicción por lo general tiene un estatus más alto; pero también puede ser un completo desconocido.

- **Grandeza**

El tema central en este caso es la convicción de que se posee cierto talento, conocimientos o de haber realizado un descubrimiento importante. Pueden presentar contenido religioso.

- **Celotípico**

En el cual la convicción es que la pareja le es infiel, sin motivo justificado y basado en inferencias apoyadas en pequeños indicios.

- **Persecutorio**

La creencia central en este caso es que están conspirando en su contra o de que lo engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga sus objetivos a largo plazo. Puede que exageren ciertos desaires y los conviertan en el foco de su sistema delirante.

- **Somático**

El núcleo del delirio implica sensaciones o funciones corporales. Pueden aparecer de diversas maneras, entre las más habituales: creencia de que se desprende un olor desagradable, de que hay una infestación de insectos debajo o encima de la piel, de un parásito interno, de partes del cuerpo deformes o feas o que no funcionan.

### **2.3.5. Trastorno esquizofreniforme**

Clínicamente, las características del trastorno esquizofreniforme son idénticas a la esquizofrenia; en cuanto a la presentación de al menos dos de los cinco síntomas característicos y por lo menos uno debe ser delirios, alucinaciones o discurso desorganizado. La clínica debe presentarse en un periodo de al menos un mes, pero menor a los seis meses; de modo que puede ser diagnosticado en dos condiciones: cuando el periodo de enfermedad dura entre uno y seis meses y la persona se ha recuperado o cuando el individuo sigue presentando síntomas, pero durante menos de los seis meses para diagnosticar la esquizofrenia, (APA; 2014).

### **2.3.6. Trastorno esquizoafectivo**

Se caracteriza por períodos en los que episodios depresivos mayores o maníacos van a estar presentes durante la mayor parte de la duración total de la enfermedad y se superponen con síntomas de la fase activa de la esquizofrenia y periodos mínimos de dos semanas en los que hay delirios y alucinaciones en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (depresivo o maníaco), (APA; 2014).

## **2.4. Conducta adictiva-conceptos relevantes**

La adicción es catalogada por la OMS (2004) como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas que involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Se trata de una enfermedad progresiva y fatal, que provoca que la persona experimenta episodios de descontrol, distorsiones en su pensamiento y negación de la enfermedad. Para definir que un individuo presenta dependencia física y psicológica, debe presentar tres o más de los siguientes criterios durante un periodo de doce meses: fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia, dificultad para controlar el consumo, presenta síndrome de abstinencia en caso de interrumpir o reducir el consumo, tolerancia a la sustancia psicoactiva, abandono progresivo de otros intereses debido a la creciente inversión del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia y persistencia en el consumo a pesar de darse cuenta de los efectos adversos que le está generando.

La OMS (2004) distingue entre distintos niveles de la adicción. Al tener en cuenta la característica progresiva de la conducta adictiva; se trata de un continuum, cuyo avance se ve favorecido por distintos factores. Los niveles de la adicción son los siguientes:

### **2.4.1. Experimentación**

Primer acercamiento a la droga. La persona guiada por la curiosidad se anima a probarla con la posibilidad de continuar consumiendo o no.

### **2.4.2. Uso**

Luego de probar la droga, la persona ha continuado consumiendo casualmente o los fines de semana; lo cual no ha generado conflictos a nivel laboral, social o familiar y no ha experimentado episodios de intoxicación. Únicamente se buscan nuevas sensaciones; no obstante, toda droga genera dependencia física y/o psicológica de forma progresiva, lo cual puede facilitar el abuso.

### **2.4.3. Abuso**

El uso se ha vuelto regular de modo que se consume casi todas las semanas. De forma progresiva la droga va tomando control sobre la vida de la persona que comienza a presentar deterioro académico, laboral, social y familiar e incluso puede afectar su estado de ánimo.

### **2.4.3. Adicción**

El deseo de consumir es compulsivo y lograr la abstinencia se convierte en una tarea difícil. En este punto es probable que la persona haya experimentado rupturas a nivel interpersonal, así como importantes dificultades académicas o laborales. Pueden presentarse conductas de riesgo como promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas, combinación de varias drogas. El estado de ánimo del individuo depende del ciclo consumo/abstinencia.

## **2.5. Droga**

Para la OMS (2004) las drogas son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. Se trata de toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración en el funcionamiento natural del sistema nervioso central del individuo y que tiene la capacidad de generar dependencia física y/o psicológica. A partir de ello, genera una clasificación de estas en: depresoras, estimulantes o alucinógenas/psicodélicas; las define de la siguiente manera:

### **2.5.1. Depresoras**

Su efecto genera una disminución en el funcionamiento del sistema nervioso central. Lo cual puede generar relajación, disminución de la tensión y sensación de bienestar; no obstante, en dosis más elevadas puede provocar alteración de la concentración, en ocasiones falta de juicio, disminución de apreciación de estímulos externos, apatía o sedación. Pueden producir alteración de la concentración o en ocasiones del juicio. Se consideran drogas depresoras; el alcohol, los barbitúricos, sedantes e hipnóticos,

inhalantes o solventes volátiles; así como el opio y sus derivados como morfina, codeína, heroína, metadona.

### **2.5.2. Estimulantes**

Aquellas drogas que aceleran el funcionamiento del sistema nervioso central generando euforia, desinhibición, inquietud, irritabilidad, gran actividad, disminución de la necesidad de dormir, disminución de la sensación de fatiga y menor control emocional. En esta categoría se incluye la cocaína, anfetaminas, tabaco, cafeína y la mayoría de las drogas de síntesis.

### **2.5.3. Alucinógenos/psicodélicos**

Caracterizadas por su capacidad de alterar la sensopercepción, el estado de ánimo y procesos del pensamiento. En la literatura también se les conoce como perturbadoras. En este grupo se incluyen sustancias como: dietilamida del ácido lisérgico (LSD), ketamina, peyote, salvia, dimetiltriptamina (DMT), fenciclidina (PCP) y cannabis.

## **2.6. Dependencia a sustancias**

La Asociación Americana de Psiquiatría (1995) describe en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su cuarta edición (DSM-IV), que la dependencia a sustancias se caracteriza por la presencia de un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia, a pesar de estar presentando problemas significativos relacionados con ella. Se trata de un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, abstinencia y una ingestión compulsiva de la sustancia. Un concepto clave en este sentido es el “craving” o necesidad irresistible de consumir.

Los síntomas característicos de dependencia son similares para todas las sustancias; no obstante, en algunas los mismos pueden ser menos patentes o no aparecer. Como se mencionó anteriormente la dependencia se define a partir de la presentación de tres o más de los siguientes síntomas durante el mismo período de doce meses:

### **2.6.1. Tolerancia**

El organismo se adapta a la droga, de modo que la persona debe consumir mayores cantidades para lograr los efectos deseados o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en que se desarrolla la tolerancia varía según el tipo de sustancia, (APA, 1995).

### **2.6.2. Abstinencia**

Cambio de comportamiento desadaptativo con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Es decir; se trata de la sintomatología experimentada al suspender bruscamente el consumo continuado de una droga. Luego de la aparición de los síntomas desagradables, la persona retoma el consumo con el fin de aliviarlos o eliminarlos. Los síntomas de abstinencia varían mucho según sea la sustancia consumida, (APA, 1995).

### **2.6.3. Patrón de uso compulsivo de una sustancia**

Se caracteriza por el consumo de la sustancia en cantidades mayores o por un periodo de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido; por la utilización de periodos de tiempo considerables para obtener la sustancia, tomarla y recuperarse de sus efectos; en algunos casos la conducta de consumo se vuelve el eje central en la vida del individuo, reduciendo o abandonando importantes actividades sociales, laborales o recreativas; es probable que la persona exprese su deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia y es probable que cuente con un historial previo de numerosos intentos infructuosos al respecto; así mismo, posiblemente la persona continúe consumiendo la sustancia a pesar de conocer sus implicaciones a nivel del deterioro físico y psicológico, (APA, 1995).

## **2.7. Intoxicación por sustancias**

En el DSM-IV (APA, 1995) se describe como la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión o exposición caracterizado por cambios psicológicos o comportamentales (agresividad, labilidad emocional, disfunción a nivel cognoscitivo, en la capacidad de juicio, en la actividad laboral y social), secundarios a los efectos fisiológicos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y se presentan durante su consumo o poco tiempo después. Frecuentemente implica alteraciones a nivel de percepción, la vigilancia, la atención, el pensamiento, el comportamiento psicomotor e interpersonal. El cuadro clínico específico en la intoxicación por sustancias varía entre los sujetos y depende de la sustancia implicada, de la dosis, la duración o cronicidad de su uso, de la tolerancia del sujeto a los efectos de la sustancia, del tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, de las expectativas por parte de la persona a los efectos de la sustancia y del entorno o lugar en el que la sustancia se ha tomado.

## **2.8. Craving**

Según el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia “la insidia o craving es un deseo irresistible para consumir, es un aspecto central para la dependencia y uno de los mayores. Existe evidencia de que el craving por el consumo es consecuencia de los condicionamientos aplicados a la neuroadaptación” (IAFA, 2005, p. 26). Lo anterior se explica a partir de un apareamiento producido entre el efecto de la droga y los múltiples estímulos internos y externos provocados al consumir una droga regularmente.

## **2.9. Recaída**

En cuanto a este concepto, Becoña et al. (2010), señalan que “la recaída ocurre cuando las estrategias que emplea un individuo para mantenerse en abstinencia fallan” (p. 69). Plantean que dicha situación por lo general va a desencadenar sentimientos de culpa, fracaso o desesperanza afectando la autoeficacia de la persona. Es relevante, tal como plantean Prochaska y Diclemente en el modelo transteórico de las conductas adictivas

comprender que la recaída como parte del proceso de cambio previo a lograr el abandono definitivo.

## **2.10. Vía de administración de drogas**

La vía de administración de la sustancia, junto con las dosis administradas y frecuencia de consumo, son factores relevantes ante el establecimiento de la conducta adictiva como tal. Existen seis tipos de vías de administración de sustancias: la oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la pulmonar, ya sea inhalada y/o fumada; nasal, de forma esnifada; la intravenosa, intramuscular o subcutánea y la rectal. De estas vías; es la pulmonar la que permite que la sustancias llegue con mayor rapidez al sistema nervioso central, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas (Becoña, 2002).

## **2.11. Neurobiología de la adicción**

### **2.11.1. Circuito de recompensa**

Definido por Becoña et al. (2010) como un sistema cerebral primitivo compartido tanto por el ser humano como por gran mayoría de los animales; el cual desempeña un papel relevante en el desarrollo de la dependencia a sustancias tanto en el inicio, como durante el mantenimiento y las recaídas. Señalan que se trata de un circuito básico para la supervivencia del individuo y la especie ya que de él dependen actividades como la alimentación y la reproducción; puesto que su activación facilita el aprendizaje y mantenimiento de conductas de acercamiento y consumatorias importantes para la adaptación.

A propósito, Volkow, Fowler y Wang (citados en Becoña et al., 2010) señalan que dicho circuito de placer o recompensa está formado por el sistema mesocorticolímbico; a su vez conformado por el área tegmental ventral (ATV), la sustancia negra y estructuras del cerebro anterior como amígdala, tálamo, hipocampo, corteza cingulada y corteza prefrontal. Es descrito como un circuito de alta complejidad que implica diferentes vías de comunicación entre diversas áreas cerebrales; de modo que, el ATV recibe aferencias entorrinales, corticales prefrontales y otras procedentes de regiones límbicas como la

amígdala y el hipotálamo lateral. Además, recibe proyecciones del locus coeruleus, de los núcleos del rafe, hipotálamo lateral y la corteza prefrontal a los cuales a su vez envía eferencias. El ATV envía proyecciones hacia el núcleo accumbens (NAc) que conecta a su vez mediante aferencias y eferencias con el hipotálamo lateral y corteza prefrontal. Igualmente, el NAc se encuentra conectado a estructuras límbicas como la amígdala, el hipocampo y el tálamo dorsomedial.

Con relación a lo anterior, Everitt y Robbins (citados en Becoña et al., 2010) plantean que el NAc se encarga de convertir las señales recibidas del sistema límbico en acciones motivacionales a través de sus conexiones con el sistema motor extrapiramidal. Asimismo, este núcleo se conecta con núcleos simpáticos y parasimpáticos del tronco y de la médula, con el núcleo pálido ventral y el globo pálido subcomisural; es decir, integra funciones motor-visceral y motor-somáticas.

Por su parte, varios autores entre ellos Tirapu, Landa y Lorea (mencionados por Becoña et al., 2010) indican que el objetivo del sistema de recompensa es perpetuar las conductas que generan placer en el individuo. El consumo de sustancias psicoactivas directa o indirectamente genera un incremento de la dopamina, neurotransmisor básico de este circuito; de modo que se amplifica el efecto hedónico. Esta sensación placentera es la que hace que el sujeto vuelva consumir.

### **2.11.2. Neurotransmisores implicados**

En su trabajo, Becoña et al. (2010) señalan a la dopamina como el neurotransmisor clave en el circuito de recompensa; especialmente en las proyecciones y conexiones dopaminérgicas entre el ATV y el NAc. La dopamina se encarga directamente de establecer y regular las sinapsis que componen al circuito. Normalmente la llegada de un estímulo placentero implica la liberación de dopamina en el espacio presináptico, estimulando los receptores postsinápticos de tipo D1 y D2.

Becoña y sus colaboradores (2010) mencionan varios autores para concluir que el consumo de sustancias psicoactivas supone el incremento de liberación de dopamina y por tanto sobre su actividad favoreciendo una intensificación en la sensación de placer;

sin embargo, cuando el consumo es crónico al parecer ya no se produce mayor liberación de dopamina, sino alteraciones en los receptores del neurotransmisor. A nivel clínico, lo anterior se evidencia en la tolerancia ya que la disminución de la dopamina y los cambios neuroadaptativos consiguientes hacen que la persona potencie el consumo como manera de mantener constante el grado de estimulación.

En cuanto a otros neurotransmisores implicados, Nestler (citado en Becoña et al., 2010) hace referencia a la serotonina como regulador del circuito de recompensa a través de su acción sobre el hipotálamo; señala también que los opiáceos y GABA lo hacen sobre el ATV y el NAc. Además, la noradrenalina procede del locus coeruleus liberándose en el hipocampo.

Finalmente, Sinhá, Garcia, Paliwal, Kreek y Rounsaville (como se citó en Becoña et al.2010) señalan como otra vía de perpetuación de la condición adictiva, al efecto de las sustancias psicoactivas sobre los sistemas hormonales. Especialmente sobre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), cuya hiperactivación facilita el mantenimiento de la adicción al deteriorarse su estado físico e inmunológico.

## **2.12. Principales hipótesis explicativas sobre patología dual**

En su trabajo, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES, 2010) refiere que se han integrado hipótesis o modelos explicativos a partir de la aparición de los trastornos y la influencia entre ellos mencionando:

- La conducta adictiva como trastorno primario cuya interacción con sistemas neurobiológicos vulnerables podría favorecer la aparición de un trastorno mental.
- La hipótesis del uso de la droga como automedicación para aliviar los síntomas de la enfermedad psiquiátrica existente; en el caso de la esquizofrenia tanto la sintomatología clínica como la secundaria al uso de fármacos prescritos.
- La comorbilidad de ambos trastornos en consecuencia de compartir los mismos factores de riesgo como estrés, rasgos de personalidad o factores medioambientales.

Con respecto a la tercera hipótesis, García et al. (2015), agregan la vulnerabilidad biológica, como un factor común para ambos trastornos a partir de la alteración de sistemas cerebrales dopaminérgicos, endorfinicos y endocannabinoides. Por su parte, Corominas (citado por Roncero et al., 2016) señalan al sistema de recompensa como el principal ente involucrado.

Al respecto, García et al. (2015) señalan que las hipótesis que actualmente son más defendidas y se respaldan en más estudios son las referentes a la automedicación, y sobre la vulnerabilidad biológica compartida por ambos trastornos. Asimismo, agregan dos hipótesis: la bidireccionalidad que implica que un trastorno favorezca la aparición de otro y viceversa; y la posibilidad de que ambos trastornos sean independientes y coinciden al mismo tiempo.

### **2.13. Sistema Familiar**

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales; se trata de un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas, establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quien relacionarse, y dichas pautas apuntalan al sistema. Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia, y son mantenidas por dos sistemas de coacción, uno genérico que implica las reglas universales como el establecimiento de una jerarquía en la que los padres poseen niveles de autoridad diferentes a los de los hijos; y uno idiosincrático que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. De esta manera el sistema se mantiene a sí mismo, ofreciendo resistencias al cambio conservando las pautas preferidas durante el tiempo que pueda hacerlo (Minuchin, 2004).

Con relación a lo anterior, Garibay (2013), afirma que “un sistema familiar es la totalidad de personas, relaciones, funciones, roles y expectativas relacionadas entre sí y que comparten objetivos comunes y forman una unidad frente al medio externo” (p. 35).

### 2.13.1. Propiedades del sistema familiar

Según Ochoa de Alda (1995), “en un sistema familiar se pueden observar principalmente las propiedades de totalidad, causalidad circular, equifinalidad, Equicasualidad, limitación, regla de relación, ordenación jerárquica y teleología” (p.19). Las define de la siguiente manera:

- **Totalidad**

La conducta del sistema no puede ser entendida como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto que incluye además las relaciones existentes entre ellos; por lo que es necesario comprender sus interacciones.

- **Causalidad circular**

Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo que conduce a la noción de secuencia de conductas. Entre las conductas de los miembros del sistema existe una codeterminación recíproca. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten de forma pautada, lo cual no es patológico en sí misma, sino que facilita la vida cotidiana de sus integrantes. Por otro lado, cuando se habla de secuencia sintomática se hace referencia al encadenamiento de conductas articuladas en torno al síntoma reguladas por una causalidad circular.

- **Equifinalidad**

Se refiere al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo cual dificulta encontrar una única causa del problema.

- **Equicasualidad**

Hace referencia a que una misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.

- **Limitación**

Se relaciona con la disminución en cuanto a la posibilidad de que el sistema familiar adopte respuestas distintas, cuando ya ha sido adoptada una determinada secuencia de

interacción durante mucho tiempo. De modo que, si la secuencia engloba una conducta sintomática, se convierte en patológica puesto que contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

- **Regla de relación**

Es una necesidad de todo sistema definir cuál es la relación entre sus componentes; puesto que un factor trascendente en la vida humana es la manera en que las personas encuentran la conducta al comunicarse entre sí.

- **Ordenación jerárquica**

Se trata del establecimiento de una jerarquía en el sentido de que algunas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar que se hará. La organización jerárquica de la familia comprende además del dominio que unos ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman; también la ayuda, el consuelo y cuidado que brindan los demás.

- **Teleología**

Proceso de continuidad y crecimiento psicosocial que ocurre a través del equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias: la metamorfosis que implica la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio; un eventual cambio en uno de los miembros o en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes de este que restaura el equilibrio. Por otro lado, la tendencia del sistema a cambiar y a crecer recibe el nombre de morfogénesis que comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia.

### **2.13.2. El concepto de emoción expresada**

Cuando se habla de conducta adictiva; tal como se ha mencionado, la familia es el principal agente de riesgo y protección. En este sentido la atmósfera emocional del sistema familiar juega un papel determinante. Al referirnos a trastornos mentales como los

mencionados en el espectro de la esquizofrenia, dicha atmósfera familiar también tiene una incidencia relevante sobre el proceso de tratamiento y el curso de la enfermedad.

Un concepto para destacar en este sentido es el de emoción expresada (EE), planteado por Becerra (2009) como los aspectos de la conducta emocional familiar manifestados hacia el miembro que es el paciente identificado; siendo considerada un estresor crónico. Se trata de patrones de comunicación hacia el miembro de la familia que presenta algún tipo de patología cargados de altos niveles de criticismo, hostilidad y sobreimplicación. Este estilo interaccional se encuentra muy relacionado con las recaídas en la esquizofrenia y ha sido descrito como un predictor de recaída en numerosas patologías entre ellas la conducta adictiva.

### **2.13.3. El concepto de codependencia**

Haaken (Citado por Manzilla, 2002) se refiere a la codependencia como una patología del vínculo que se manifiesta por la excesiva tendencia de encargarse o asumir las responsabilidades de los otros.

Para explicar el concepto Manzilla (2002) citando varios autores señala que se trata de una enfermedad primaria del sistema familiar disfuncional, que presenta un mecanismo reactivo que impide la manifestación de sentimientos y la discusión directa de los problemas y que conlleva interacciones que facilitan la adicción, la encubren y la mantienen.

En investigaciones llevadas a cabo con familias de personas con problemas de adicción se ha evidenciado que a partir de las interacciones disfuncionales del sistema familiar se van adoptando distintos roles que cumplen una función. Al respecto, Puente (2012) hace la siguiente descripción.

- **Rescatador**

Es quien se encarga de salvar al drogodependiente de sus problemas; se asignan así mismos la tarea de resolver las crisis que el consumidor genera. De este modo, promueve el autoengaño del familiar a la vez que refuerza sus conductas.

- **Cuidador**

Son quienes tratan de asumir todas o la mayoría de las responsabilidades del drogodependiente, posiblemente convencidos de que la situación marchará bien. Sin embargo, promueve la falta de conciencia del adicto.

- **Rebelde**

Su función es desenfocar a la familia atrayendo la atención sobre sí mismo de un modo negativo, siendo que los demás familiares podrían desplazar su ira y frustración hacia él.

- **Héroe**

Al igual que en el caso anterior, atrae la atención de la familia sobre sí mismo, pero a través de logros positivos, ayudando a la familia a distraer la atención que tiene sobre el drogodependiente.

- **Recriminador**

Es quien traslada la culpa al consumidor de todos los problemas de la familia. No obstante, esto produce indignación en el drogodependiente, lo cual lo acerca al consumo.

- **Desentendido**

Es quien se mantiene al margen de las discusiones y dinámica familiar. Sin embargo, es probable que encubra gran frustración, decepción y tristeza que no logra expresar.

- **Disciplinador**

Es partidario de la idea de que el drogodependiente lo que necesita es ser disciplinado, de modo que arremete contra él ya sea verbal o físicamente. Dicha actitud nace de la ira, culpa y frustración que se han acumulado a través del tiempo.

## **2.14. Modelos Teóricos relevantes**

### **2.14.1. Terapia Familiar sistémica**

Modelo enfocado en la familia como un sistema a partir del cual logra comprender el síntoma en uno o varios de sus miembros. Al respecto, Ochoa de Alda (1995), señala que las personas y sus condiciones de vida están estrechamente relacionadas a sistemas recíprocos más amplios, siendo la familia la principal. En este sentido, para abordar la problemática del paciente identificado se debe tener en cuenta el funcionamiento del sistema familiar, de modo que se logre comprender el síntoma dentro del contexto del sistema.

### **2.14.2. Terapia cognitivo Conductual**

Modelo enfocado en conocer y evaluar los pensamientos y cogniciones empleados por las personas ante un evento; de modo que si los mismos resultan disfuncionales se convertirán en el objetivo de la terapia. Según Oblitas (2008), se pueden destacar dos modelos dentro de este enfoque:

- **Modelo cognitivo de Beck**

Se centra en detectar las cogniciones erróneas y cambiar las mismas para procesar de un modo más adecuado la realidad con el fin de cambiar la triada cognitiva de visión negativa de sí mismo, sobre sus experiencias y sobre su futuro.

- **Terapia Racional Emotiva de Ellis**

Se basa en el esquema ABC, de la teoría de Ellis, en donde (A) es cualquier evento activante; (B) son las creencias racionales o irracionales y (C) son las consecuencias emocionales y conductuales. El objetivo de la terapia será cambiar las creencias irracionales. Para este modelo el pensamiento, la emoción y la conducta están íntimamente ligados entre sí, de modo que el cambio en uno de estos componentes influirá en los demás.

### **2.14.3. Modelo transteorico**

Modelo planteado por Prochaska y DiClemente para el abordaje de la conducta adictiva basado en la motivación y la intención de cambio. En este sentido, Becoña et al. (2010) señala:

Este planteamiento, formulado por Prochaska y DiClemente en los años ochenta (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983, 1985), es un modelo tridimensional que proporciona una visión global y al mismo tiempo diferenciada del cambio a partir de la integración que realiza de estadios, procesos y niveles de cambio. Los estadios identifican los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva.

Los procesos permiten comprender cómo suceden esos cambios, cómo va incrementándose el nivel de predisposición al cambio. Estos procesos incluyen el conjunto de actividades encubiertas o manifiestas que una persona suele realizar para modificar o consolidar su nivel motivacional. (pp. 65-66)

### **2.14.4 Entrevista motivacional**

Se trata de un modelo estratégico en el abordaje de la conducta adictiva; centrado en aumentar el nivel de conciencia con respecto al problema, incrementar la motivación para el cambio y visualizar las consecuencias positivas de realizar tal cambio en la conducta. Dicho modelo desarrollado por Miller y Rollnick, se basa en un estilo asistencial directo centrado en el paciente, que busca guiarlo a una motivación intrínseca con el fin de movilizar hacia un cambio en su comportamiento, tras ayudarlo a explorar y resolver ambivalencias, a reflexionar sobre razones y valores propios que justifican y promueven el cambio de modo que sea el mismo paciente quien se convenza de la necesidad de realizar el cambio y adopte un compromiso al respecto, (Pedrero-Pérez, 2015).

### **2.14.5 Prevención de recaídas**

Modelo para el abordaje de la conducta adictiva en fase de mantenimiento con el fin de facilitar herramientas que le permitan permanecer en abstinencia. A propósito, Marlatt,

1993 (citado por Castilla, 2016) señala que la prevención de recaídas (PR) es un programa que busca entrenar a las personas para anticipar y afrontar los factores que conllevan a las recaídas en el proceso de cambio de tal problemática. Se trata de un enfoque cognitivo conductual que combina el entrenamiento en habilidades de modificación de conductas y la reestructuración cognitiva orientado al reequilibrio del estilo de vida. Según Marlatt, un factor relevante en este programa es la sensación de control del individuo con relación a la conducta adictiva; tal sensación tiende a aumentar entre mayor sea el tiempo de abstinencia. No obstante, este control percibido podría verse amenazado cuando la persona se enfrente a factores de alto riesgo.

#### **2.14.6 Reducción del daño**

Modelo para el abordaje de las adicciones que brinda una posibilidad de tratamiento a aquellas personas que de momento no logran comprometerse con el modelo tradicional de abstinencia.

Según International Harm Reduction Association (IHRA, 2013), hace referencia a políticas, programas y prácticas que buscan disminuir el impacto negativo a nivel salud, social y legal relacionados al consumo de sustancias psicoactivas. Este programa basado en la justicia y derechos humanos se centra en el cambio positivo y busca dejar de lado los juicios, la coacción, discriminación; de modo que no exige que la persona haya dejado de consumir como condición previa para recibir el apoyo.

Se trata de servicios y prácticas sociales y de salud aplicadas al uso de drogas tanto lícitas como ilícitas. Dichos servicios incluyen programas de agujas y jeringas, reinserción social no basada en la abstinencia, control de las drogas para prevenir sobredosis, psicoeducación sobre estilos más seguros de uso de drogas, salas de consumo de drogas, entre otros, (IHRA, 2013).

Enfoques como los expuestos son rentables, están basados en evidencias y tienen un impacto positivo en la salud. En este sentido como sucede en otras patologías el establecimiento de un programa de tratamiento basado en las características individuales del paciente podría ser un determinante para la adherencia al proceso y para el éxito de

este. Aunado a ello, la implicación de la familia en el programa que se decida desarrollar con el paciente resulta favorable, por tanto, es esencial familiarizar al sistema con el modelo que se defina.

### **III Objetivos**

#### **3.1. Objetivo general**

Formular una propuesta de componentes teórico-metodológicos en patología dual esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y consumo de sustancias, dirigida a la construcción de una guía psicoeducativa de abordaje familiar intrahospitalario.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Identificar las principales necesidades de información percibidas por parte de las familias del usuario hospitalizado con patología dual.
- Comprender las principales preocupaciones con relación al curso y pronóstico de la enfermedad por parte de los familiares de usuarios con patología dual hospitalizados
- Explorar posibles deficiencias y recursos del sistema familiar para brindar contención al paciente con patología dual.
- Proponer un modelo temático y metodológico de abordaje psicoeducativo con miras a la proyección de desarrollo de las actividades psicológicas en una eventual unidad de patología dual.

### **IV Metodología**

#### **4.1. Tipo de estudio y metodología**

El estudio es de enfoque mixto no experimental, orientado a explorar la perspectiva de los participantes según su contexto, en torno a las necesidades psicoeducativas con relación al diagnóstico de patología dual de su familiar. La forma en la que se obtendrá la información será, en el caso de los familiares y personas de apoyo por medio de una encuesta estructurada que explora variables cerradas cuantificables y otras abiertas que permiten codificarlas en categorías de análisis para una interpretación de carácter mixto;

asimismo con respecto a los profesionales que participen del estudio, la información será obtenida por medio de una entrevista estructurada que explora su percepción respecto a los temas más relevantes de la patología dual, para la psicoeducación de las familias.

#### **4.2. Muestra**

Muestra combinada, un primer grupo se seleccionó a conveniencia en el contexto de hospitalización y otro grupo de forma aleatoria de una lista facilitada por registros médicos y estadística del HNP que estuvieron internados entre enero 2019 y agosto 2020.

#### **4.3. Población**

La muestra que participó en la investigación fueron familiares de pacientes internados durante el periodo de estudio en pabellones 1 y 2 de hombres del HNP o de pacientes con historial de hospitalizaciones en este nosocomio y que presentan las condiciones diagnósticas objeto de esta investigación.

#### **Proceso de recolección de datos con las familias**

Se trata de 32 familias que durante el proceso de recolección de datos participaron de una encuesta estructurada. La encuesta se llevó a cabo por medio de llamada telefónica en la cual además se abordaron dudas expuestas por las familias.

##### **4.3.1. Criterios de inclusión**

- Familiares o cuidadores mayores de edad, de pacientes hospitalizados o con antecedentes de hospitalización que cumplan con el diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos asociado al consumo de sustancias.
- Familiares o cuidadores tanto de género masculino como femenino, de pacientes hospitalizados que cumplan con el diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos asociado al consumo de sustancias. (pacientes que estén hospitalizados en el momento de la investigación o que egresaron en el último año con diagnóstico dual)
- Cualquier grupo étnico.

### 4.3.2. Criterios de exclusión

- Menores de 18 años.
- Familiares del paciente que presenten trastorno mental mayor, consumo activo de sustancias psicoactivas o ambas.
- Familiares que no convivan con el paciente.

### 4.4. Procedimiento

Se elaboró una encuesta estructurada que permite valorar el grado de conocimiento o desconocimiento que tienen las familias con relación a la doble condición que presenta su familiar. La encuesta consta de variables cerradas cuantificables y otras abiertas que permiten ser codificadas en categorías de análisis para una interpretación de carácter mixto. Dicha encuesta fue elaborada tomando como base los temas conceptuales planteados en el Manual para familiares de enfermos de patología dual (Fundación Hospital Provincial de Castellón, 2014); asimismo se incluyeron preguntas orientadas a explorar la propia vivencia de las familias.

#### Operacionalización de categorías

Categoría	Descripción	Indicador en instrumento
Patología dual	Coexistencia de un diagnóstico psiquiátrico y un trastorno por uso de sustancias. Se le conoce como diagnóstico dual o patología dual.	Parte 1. Ítem 1. Parte 2. Ítems 1 y 2
Esquizofrenia	Esquizofrenia es un trastorno mental que se engloba dentro de los trastornos psicóticos. Se caracteriza por trastornos en la percepción, conciencia de la realidad y funcionamiento psíquico de la persona. También tiene impacto sobre la motivación y el funcionamiento social.	Parte 1. Ítem 2
Trastorno psicótico breve	Alteración que implica el inicio brusco de al menos los siguientes síntomas psicóticos positivos: delirio,	Parte 1. Ítem 3

	alucinación, pensamiento desorganizado o comportamiento psicomotor muy anómalo. El inicio brusco se define como el cambio de un estado no psicótico a otro claramente no psicótico dentro de un periodo de dos semanas.	
Delirio	Creencias fijas no susceptibles al cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (por ejemplo: persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos y de grandeza).	Parte 1. Ítem 4
Alucinación	Percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Las mismas son vividas y claras con toda la fuerza y el impacto que tienen las percepciones normales, no se encuentran sujetas al control voluntario. Las alucinaciones pueden darse en cualquier modalidad sensorial. En cuanto a la Esquizofrenia, las alucinaciones auditivas son las más habituales, generalmente experimentadas en forma de voces conocidas o desconocidas que se perciben como ajenas al propio pensamiento.	Parte 1. Ítem 5
Pensamiento (Discurso) desorganizado	El pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento), habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo, quien puede cambiar de un tema a otro, las respuestas a las preguntas que se le hacen pueden estar indirectamente relacionadas a las mismas o no estarlo en absoluto, en ocasiones el discurso puede estar tan desorganizado que puede ser incomprensible.	Parte 1. Ítem 6
Comportamiento motor	Puede evidenciarse en la marcada dificultad para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, afectando la capacidad para realizar	Parte 1. Ítem 7

desorganizado o anómalo	actividades cotidianas. Puede incluir la catatonia que es la disminución marcada a la reactividad al entorno, pudiéndose presentar la resistencia a seguir instrucciones, el mantener una postura rígida y la actividad motora sin finalidad.	
Síntomas negativos	Pueden presentarse por la disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la entonación del habla, los movimientos de las manos, cara y cabeza que generalmente dan énfasis emotivo al discurso (expresión emotiva disminuida), o disminución en las actividades realizadas por iniciativa propia y orientadas a un objetivo (abulia). Otros síntomas negativos son la alogia (disminución del habla), la anhedonia (disminución de la capacidad de experimentar placer) y la asocialidad (aparente falta de interés por la interacción social).	Parte 1. Ítem 8
Adicción	Enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia hacia una sustancia.	Parte 1. Ítem 9
Dependencia	Situación caracterizada por la pérdida total del control respecto al consumo. El consumo de la sustancia se convierte en una necesidad vital. <i>Dependencia Física:</i> Proceso de adaptación del organismo a la sustancia, es decir, el cuerpo se acostumbra a funcionar con la droga y la necesita para mantenerse en equilibrio. <i>Dependencia psicológica:</i> Caracterizada por el impulso psíquico que exige el consumo ya sea para experimentar placer o evitar el malestar por no tomarla. (Craving= ganas o deseo de consumir).	Parte 1. Ítem 10
Tolerancia	El organismo se adapta a la droga, de modo que la persona debe consumir mayores cantidades para lograr los efectos deseados.	Parte 1. Ítem 11

Abstinencia	Síntomas que surgen cuando se suspende el consumo de manera brusca, y dependen del tipo de droga consumida.	Parte 1. Ítem 12
Recaída	Regreso a patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa ya superados (abstinencia), los cuales conllevan el reinicio del uso de la sustancia.	Parte 1. Ítem 13 Parte 3. Ítem 1
Dinámica familiar	Patrones de interacción y convivencia entre los miembros del núcleo familiar.	Parte 2: ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8
Otras	Categorías que puedan surgir en la puesta en marcha de la investigación a partir de la encuesta planteada.	Parte 3: todas las preguntas abiertas que se plantean; principalmente las preguntas 2 y 3 que podrían ofrecer pautas específicas de intervención según la necesidad del participante o la familia.

#### 4.5. Método para el análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo por medio de estadística descriptiva utilizando el programa estadístico informático SPSS.

## V. Resultados de investigación

En cuanto al perfil sociodemográfico del paciente cuya familia participó en el estudio se encontró lo siguiente:

**Tabla 1**

*Edades de los pacientes cuyas familias participaron en la investigación.*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 24 años	14	43,8
De 25 a 34	15	46,9
De 35 a 44	3	9,4

Con respecto a la edad del paciente, oscila entre los 18 y los 44 años, dividiéndose en cuanto a frecuencia de la siguiente manera; 14 entre los 18 a 24 años para un 43.8%, 15 entre los 25 a 34 años para un 46.9% y 3 entre los 35 a 44 años para un 9,4%.

**Tabla 2**

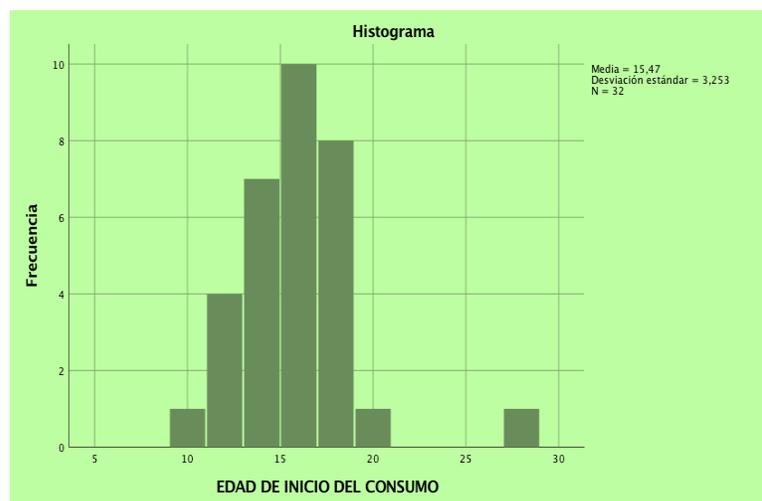
*Edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas.*

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
10	1	3,1	3,1
11	2	6,3	9,4
12	2	6,3	15,6
13	2	6,3	21,9
14	5	15,6	37,5
15	5	15,6	53,1
16	5	15,6	68,8
17	3	9,4	78,1

18	5	15,6	93,8
19	1	3,1	96,9
28	1	3,1	100,0

**Gráfico 1**

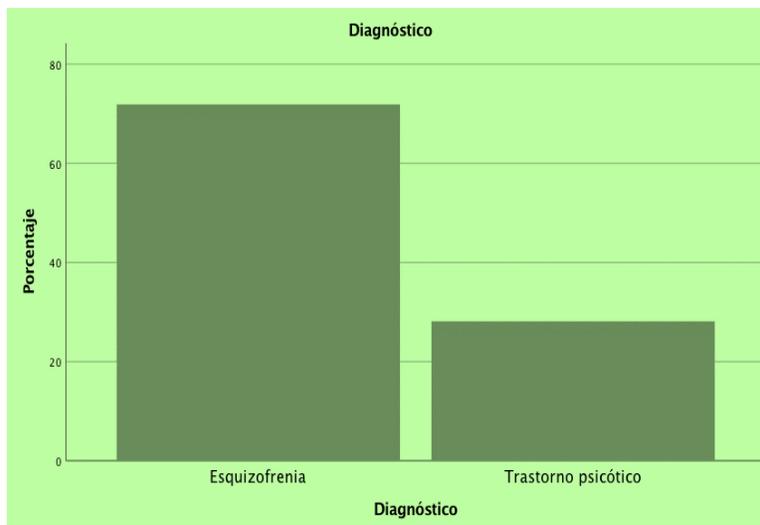
*Media de edad de inicio de consumo.*



El inicio de consumo de sustancias psicoactivas, la media se ubicó en los 15,47 años con un rango de entre los 10 años hasta los 28 años. Cabe señalar en este sentido, que a los 18 años ya el 93.8% de los pacientes cuyas familias participaron del estudio habían iniciado el consumo.

## Gráfico 2

*Diagnósticos registrados en expediente de salud de los pacientes.*



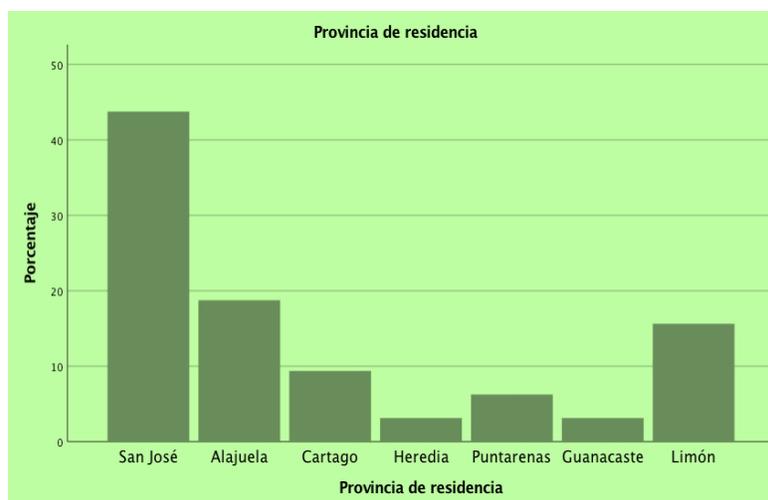
Se encontró en la muestra a nivel de diagnóstico clínico una mayor prevalencia de la esquizofrenia, estando dicho diagnóstico presente en veintitrés de los pacientes para un 71.9%. El resto de la muestra, nueve pacientes que conforman un 28.1% de la misma tienen un diagnóstico de trastorno psicótico agudo transitorio.

### Tabla 3

*Nacionalidad de los pacientes.*

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Costarricense	30	93,8
Nicaragüense	1	3,1
Estadounidense	1	3,1

En cuanto a la nacionalidad de los pacientes, treinta de ellos son costarricenses para un 93.8% y solamente dos extranjeros; un nicaragüense y un estadounidense que conforman el otro 6.2% de la muestra.

**Gráfico 3***Lugar de residencia de los pacientes.*

Por otro lado, con referencia al lugar de residencia de los pacientes y sus familias, la muestra contó con participantes de todas las provincias del país; siendo que, catorce residen en San José para un 43.8%, seis en Alajuela para un 18.8%, cinco en Limón para un 15.6%, tres en Cartago para un 9.4%, dos en Puntarenas para un 6.3%, una familia en Guanacaste y otra en Heredia, que completan el 6.2% faltante.

**Tabla 4***Tipo de familia de los pacientes.*

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Familia nuclear	5	15,6
Familia sin hijos	1	3,1
Familia monoparental	7	21,9
Familia de padres separados	9	28,1
Familia Extensa	3	9,4
Familia compuesta	7	21,9

Un dato significativo con relación al estudio es el tipo de familia de la cual proviene el paciente. En este sentido, el 28.1% provienen de una familia con padres separados, un 21.9% de una familia monoparental, otro 21.9% de una familia compuesta, un 15.6% de una familia nuclear, el 9.4% de una familia extensa y solamente un caso convive en matrimonio “familia sin hijos” para un 3.1%.

**Tabla 5**

*Nivel académico de los pacientes.*

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	5	15,6
Primaria completa	3	9,4
Secundaria incompleta	15	46,9
Secundaria completa	7	21,9
Universidad	2	6,3

Con respecto a la escolaridad 15,6% no completó la primaria, un 9,4% cuenta con primaria completa, 46,9% no completaron la secundaria, mientras que el 21,9% sí lo logró, y únicamente un 6,3% inició estudios universitarios.

**Tabla 6**

*Área laboral de los pacientes.*

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Sin ocupación	18	56,3
Estudiante	2	6,3
Estilista	2	6,3
Agricultor	3	9,4
Pesca	1	3,1
Repartidor comida	2	6,3

Finanzas	1	3,1
Ventas	3	9,4

En cuanto el área laboral 56.3% no tienen ocupación, un 6.3% estudian, otro 6.3% laboran en barberías o salones de belleza, un 9.4% dedicado a la agricultura, el 3.1% a la pesca, un 6.3% trabaja en plataformas de repartición de comidas, el 9.4% se dedica a las ventas y uno trabaja en finanzas para un 3.2% de la muestra.

### 5.1. Encuesta con las familias

El método para recolectar los datos con las familias fue a través de una encuesta de elaboración propia que consta de tres partes.

#### 5.1.1. Primera parte

Conformada por preguntas mixtas en las cuales se indaga acerca del conocimiento que tienen las familias con relación a términos básicos sobre patología dual. A continuación, se detallan las percepciones sobre cada concepto:

- **Patología Dual**

**Tabla 7**

*¿Conoce el significado del término Patología Dual, o ha escuchado hablar del término?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No lo conoce	30	93,8
Sí conoce el término	2	6,3

En cuanto al concepto de patología dual únicamente dos familias encuestadas respondieron que sí han escuchado hablar al respecto; indicando que se trata de la cuestión mental y la adicción que presenta su familiar y que se trata de dos enfermedades en la

misma persona. Las otras treinta familias que conforman el 93.8% de la muestra respondieron que no han escuchado sobre el término.

- **Esquizofrenia**

**Tabla 8**

*¿Conoce cuál es el significado de esquizofrenia?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No lo conoce	4	12,5
No lo tiene claro	16	50,0
Sí conoce el término	12	37,5

Al respecto, doce familias respondieron que “sí conocen” el término, para un 37.5% de la muestra. Se refirieron a la esquizofrenia como una enfermedad mental en la que la persona está lejos de la realidad ya que tiene alucinaciones o piensa cuestiones extrañas. Algunos mencionan que se trata de una enfermedad hereditaria, que viene de nacimiento o que se desarrolla por el consumo de drogas; hay quienes comentan que hay varios tipos de esquizofrenia. En su mayoría consideran que quienes portan este tipo de enfermedad suelen ser agresivos, violentos con poca capacidad para manejar el enojo y pueden hacerse daño a sí mismos. Además, en una familia se mencionó que la esquizofrenia es una enfermedad degenerativa, mientras que en otra refieren que quien la padece tiene varias personalidades.

Asimismo, dieciséis familias que suponen el 50% de la muestra consideran que “no tienen claro” el concepto. Se refirieron a la esquizofrenia como un trastorno mental grave que hace que la persona actúe de forma extraña, que escuche voces y vea cosas feas, por lo cual la persona va a estar desequilibrada mentalmente y puede reaccionar de forma agresiva. Algunos consideran que se trata de una condición que ya viene del embarazo. En una familia refieren que hay dos tipos de esquizofrenia; una en la que el afectado escucha voces que le piden hacerse daño o que dañe a otros y que desconfíe de la sociedad, y otro tipo en el cual pasan llorando y no quieren hacer nada.

Únicamente cuatro familias respondieron que “no conocen” el término, para un 12.5% de la muestra.

- **Trastorno psicótico**

**Tabla 9**

*¿Conoce qué es un trastorno psicótico?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No lo conoce	15	46,9
No lo tiene claro	12	37,5
Sí conoce el término	5	15,6

En cuanto al término, cinco familias indican que “sí lo conocen”, siendo un 15.6% de la muestra. Refieren que se trata de una alteración mental debida a diferentes circunstancias que causa un descontrol en el cerebro, genera alucinaciones, percepciones trastornadas y la persona pierde el hilo conductor de la realidad.

Por su parte, doce familias que conforman el 37.5% de la muestra respondieron que “no lo tienen claro”. Consideran que se trata de una alteración de la mente debida a la psicosis, por lo cual es parecido a lo que sucede en la esquizofrenia; con la diferencia de que se trata de una crisis de la que el paciente puede recuperarse. Refieren que se trata de una descompensación de la enfermedad mental en la que se ven muy afectadas las acciones del sujeto y pueden escuchar voces. Algunos señalan que puede deberse al consumo o abstinencia de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, quince familias lo cual supone el 46.9% de la muestra refieren que “no conocen” el término.

- **Delirio o idea delirante**

**Tabla 10**

*¿Conoce qué es un delirio o idea delirante?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta no relacionada	12	37,5
No lo conoce	4	12,5
No lo tiene claro	13	40,6
Sí conoce el término	3	9,4

En este sentido, tres familias respondieron que “sí conocen” el término, siendo un 9.4% de la muestra. Consideran que se trata de los momentos en que su familiar habla incoherencias, cosas que los demás no pueden percibir.

Asimismo, trece familias que suponen el 40.6% de las encuestados indicaron que “no tienen claro” el término. Al respecto señalan que se trata de ideas irreales y repetitivas, cosas que se imaginan y no concuerdan con la realidad; consideran que quien las padece no tiene estabilidad en sus emociones.

Por otro lado, doce familias que conforman el 37.5% de la muestra dieron respuesta que no se relacionan con el concepto. Algunos refieren que se trata de imaginaciones irreales como ver o escuchar cosas que no ocurren realmente. Otros hacen referencia al delirium señalando que sucede cuando alguien tiene fiebres muy altas, por ejemplo.

Además, cuatro negaron conocer a que hace referencia el término siendo el 12.5% de la muestra.

- **Alucinación**

**Tabla 11**

*¿Sabe lo que es una alucinación?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta no relacionada	1	3,1
No lo conoce	2	6,3
No lo tiene claro	11	34,4
Sí conoce el término	18	56,3

En cuanto al concepto de alucinación dieciocho familias que conforman el 56.3% de la muestra respondieron que “sí conocen” su significado. Quienes respondieron de esta manera hacen referencia a cosas que se ven o se escuchan pero que son irreales; algo perceptivo, ver fantasmas, por ejemplo.

Por su parte, once familias consideran que “no lo tienen claro”, siendo el 34.4% de la muestra. Hacen referencia a cosas irreales e imaginadas que no pueden ser; hay quien considera que es el equivalente a que la persona piense que está soñando cuando está viviendo su realidad.

Una familia brinda una respuesta que no guarda relación realmente con el término, señalando que se trata de cosas que el paciente piensa pero que no pueden ser.

Dos familias refieren que no conocen el término ni han escuchado hablar al respecto, para un 6.3% de la muestra.

- **Pensamiento desorganizado**

**Tabla 12**

*¿Ha escuchado acerca del pensamiento desorganizado que puede presentarse en los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta no relacionada	1	3,1
No lo conoce	22	68,8
No lo tiene claro	5	15,6
Sí conoce el término	4	12,5

Con respecto al concepto de pensamiento desorganizado, cuatro familias que conforman un 12.5% de la muestra refieren que “sí lo conocen”. Lo relacionan con momentos en que “la mente” no está bien y por tanto el pensamiento es incoherente, ilógico, desordenado con poco hilo conductor. Una de estas familias mencionó que se relaciona con ambivalencia puesto que el paciente quiere hacer muchas cosas y finalmente no hace nada.

Cinco familias refieren que “no tienen claro” el significado de pensamiento desorganizado, siendo un 15.6% de la muestra. Refieren que podría estar relacionado a una persona sin control, que no coordina lo que piensa, puesto que hay delirios y alucinaciones el pensamiento se encuentra deteriorado y desordenado de modo que el paciente no “se acomoda a la realidad en la que vivimos”.

Una de las familias dio una respuesta que no se relaciona con el término, señalando que se trata de un reloj biológico “raro” que cambia muy rápido todo el pensamiento.

Por su parte, veintidós familias que suponen el 68.8% de la muestra indicaron que “no conocen” dicho término.

- **Síntomas negativos**

**Tabla 13**

*¿Sabe cuáles son los síntomas negativos que pueden presentarse en la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta no relacionada	5	15,6
No lo conoce	19	59,4
No lo tiene claro	5	15,6
Sí conoce el término	3	9,4

Al respecto, tres familias que conforman el 9.4% de la muestra consideran que “sí conocen” el término. Comentan que se trata de los momentos en que no quieren escuchar a nadie, no quieren bañarse, salir o comer; además sufren de miedos y ven a la sociedad como enemigo. Una de las familias comenta que también tienen deseos de morir.

Cinco familias refieren que “no tienen claro” el concepto, siendo el 15.6% de la muestra. Consideran que podría relacionarse con el perjuicio en la salud y avance de la enfermedad; además se refieren al poco deseo de hacer las cosas, alguien sin sentido de vida y que sienten constantemente la necesidad de llorar.

Otras cinco familias dieron respuestas que no se relacionan con el concepto. Refieren que podría tratarse de momentos en que el paciente se siente muy positivo y cambia de actitud, no concuerdan con la realidad, son impredecibles. Una familia agrega que en la enfermedad todo es negativo, mientras que otra considera que se refiere a que el paciente niega su condición.

Por su parte, diecinueve familias que conforman el 59.4% de la muestra respondieron que “no conocen” el término.

- **Adicción**

**Tabla 14**

*¿Tiene claro el significado de la palabra adicción?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No lo tiene claro	3	9,4
Sí conoce el término	29	90,6

En cuanto al término adicción, veintinueve familias respondieron que “sí conocen” el concepto, siendo el 90.6% de la muestra. Hacen referencia a una necesidad desarrollada que genera mucha ansiedad por consumir drogas; a la dificultad de pasar un tiempo determinado sin consumir, poca capacidad para dejar de hacerlo y las complicaciones sociales que genera la conducta adictiva. Una familia considera que se debe a un mecanismo de defensa ante una situación que le afectó.

Por su parte tres familias que suponen un 9.4% de la muestra, consideran que “no tienen claro” el término. Comentan sobre la dependencia a la sustancia, describen la adicción como una enfermedad “mala” de la cual el paciente no puede abstenerse.

- **Dependencia**

**Tabla 15**

*Con relación al consumo de drogas, ¿sabe que significa dependencia?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta no relacionada	1	3,1
No lo conoce	5	15,6
No lo tiene claro	2	6,3
Sí conoce el término	24	75,0

Con respecto al término dependencia, veinticuatro familias que suponen el 75% de la muestra respondieron que “sí conocen” su significado. Comentan que es la necesidad de consumir del paciente, la creencia de que sin la droga no puede vivir, les hace falta para funcionar y desempeñarse.

Dos familias indican que “no tienen claro” el concepto. Aunque comentan que se trata de la necesidad de consumir para “poder vivir” que tiene la persona.

Una familia da una respuesta no relacionada con el término ya que se refiere a la dependencia interpersonal que suelen padecer los pacientes con estas condiciones.

Por su parte cinco familias que conforman un 15.6% de la muestra indicaron que “no conocen” el término.

- **Tolerancia**

**Tabla 16**

*Con relación al consumo de drogas, ¿Sabe que significa tolerancia?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta no relacionada	7	21,9
No lo conoce	14	43,8
No lo tiene claro	5	15,6
Sí conoce el término	6	18,8

En este sentido, seis familias que suponen el 18.8% de la muestra respondieron que “sí conocen” el término. Hacen referencia al uso continuado de la droga y la forma en la que el cuerpo tolera la sustancia.

Cinco familias respondieron que “no lo tienen claro”, siendo un 15.6% de la muestra. Comentan sobre las dosis de droga y reacciones diferentes en el organismo, la resistencia de cada organismo a la droga y la capacidad de que dure más el efecto en el cuerpo.

Siete familias dieron respuestas no relacionadas al concepto, siendo el 21.9% de la muestra. Comentaron que se relaciona con no consumir drogas, ya que las personas hacen caso y dejan de drogarse. Otra familia respondió que se trata de ser tolerante y tenerle paciencia al paciente.

Asimismo, catorce familias que conforman un 43.8% de las familias respondieron que “no conocen” el término.

- **Abstinencia**

**Tabla 17**

*¿Conoce qué es abstinencia?, con relación al consumo de drogas.*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No lo conoce	4	12,5
Sí conoce el término	28	87,5

Con respecto al término abstinencia veintiocho familias que suponen el 87.5% de la muestra respondieron que “sí lo conocen”. Hacen referencia a la fuerza de voluntad de la persona en recuperación para sostenerse y dejar de consumir; además toman en cuenta que genera ansiedad en quien ha consumido por mucho tiempo y que puede producir síndrome de abstinencia.

Por su parte cuatro familias, respondieron que “no conocen” el concepto, siendo un 12.5% de la muestra.

- **Recaída**

**Tabla 18**

*¿Sabe a qué se le llama recaída, cuando se habla de consumo de drogas?*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No lo conoce	1	3,1
Sí conoce el término	31	96,9

En cuanto al concepto de recaída treinta y un familias que conforman el 96.9% de la muestra respondieron que “sí conocen” el término. Todas coincidieron en que se trata del regreso del paciente al consumo de drogas.

Solamente en una familia indicaron que “no conocen” tal concepto.

### 5.1.2. Segunda parte

Compuesta por preguntas cerradas orientadas a conocer la percepción de las familias sobre la relación entre enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas, así como la involucración y compromiso familiar hacia el afrontamiento de la situación. A continuación, los resultados:

**Tabla 19**

*Consideran que existe relación entre el consumo de sustancias y comportamientos que conllevan al internamiento.*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
sí	25	78,1
no	2	6,3
Tal vez, podría ser	5	15,6

Con respecto a la relación entre enfermedad mental y consumo de sustancias; se encontró que el 78.1% de la muestra considera que existe relación directa entre el consumo de

sustancias psicoactivas y los comportamientos que provocan que su familiar sea internado, catalogando el consumo como principal detonante. El 15.6% no se encuentran completamente seguros de que exista tal relación directa, puesto que toman en cuenta otros factores como el hereditario en familias con antecedentes de trastorno mental, la presentación de sintomatología psicótica previa al inicio de la conducta adictiva y el hecho de que en periodos de abstinencia el paciente sigue experimentando síntomas de la enfermedad mental. Solamente 2 familias consideran que no hay relación alguna, siendo que una familia atribuye los internamientos del paciente al mal manejo del estrés como principal causa y en la otra apuntan al antecedente de privación de libertad del paciente como principal motivo.

**Tabla 20**

*Consideran que el consumo de drogas empeora la enfermedad o conductas del paciente.*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
sí	30	93,8
Tal vez, podría ser	2	6,3

En cuanto al curso y pronóstico de la enfermedad, el 93.8% de la muestra considera que el consumo de sustancias psicoactivas lo empeora. Mientras que el 6.3% no lo tienen del todo claro y se encuentran indecisos al respecto.

**Tabla 21**

*Consideran que la problemática es exclusiva del paciente.*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
si	1	3,1
No	31	96,9

Con relación al compromiso que tienen las familias para afrontar con el paciente su situación encontramos que únicamente una familia considera que la problemática es exclusiva del paciente y que le compete solamente a él; sin embargo, se encuentran en la disposición de informarse al respecto y recibir capacitación que les facilite herramientas para comprender a su familiar y tener mayor claridad sobre cómo apoyarlo puesto que consideran que una de las razones que los ha limitado es la falta de conocimiento. El 96.9% de la muestra concuerda en que la situación involucra a todo el sistema familiar; al respecto, algunos se refieren al apoyo y ayuda que se puede brindar al paciente, otros se enfocan más en cómo afecta la conducta del paciente al resto del sistema, mientras que una familia expone que si bien es cierto figuras como la madre en este caso están en total anuencia de apoyar y comprometerse con el tratamiento del paciente, otros miembros del sistema como hermanos o la figura paterna tienen menos disposición.

**Tabla 22**

*Se ha sentido culpable o corresponsable por lo que le sucede al paciente.*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
sí	15	46,9
no	12	37,5
Algunas veces	5	15,6

En cuanto al estilo de involucramiento de las familias específicamente con relación a sentimientos de culpabilidad debidos a la condición del paciente el 46.9% de la muestra refiere haberse sentido culpables o corresponsables, como principales causas de dicho sentimiento refieren historia de violencia intrafamiliar, historia de alcoholismo en el padre, separación de los padres, poca supervisión de los hijos debido a necesidad de trabajar y estilo de crianza permisivo. El 37.5% indica que no se han sentido culpables o corresponsables por la situación y a pesar de experimentar otros sentimientos como la tristeza por la condición de sus familiares consideran que siempre les han ofrecido apoyo, a pesar de que en algunos casos plantean la falta de tiempo de calidad durante el

crecimiento y adolescencia de los hijos como una inquietud con respecto al desarrollo de la enfermedad. El 15.6% reporta haber experimentado algunas veces sentimientos de culpa o se han sentido corresponsables, entre las causas refieren la poca supervisión, poca capacidad para ayudarle más y poco tiempo para compartir con el familiar.

### **5.1.3. Tercera parte**

Finalmente, la tercera parte favoreció una mayor comprensión a nivel cualitativo en cuanto a la experiencia vivencial de las familias que participaron en la investigación. Se realizaron preguntas abiertas sobre diferentes temas que permitieron que el grupo familiar hiciera un debate y generará sus propias conclusiones que fueron clasificadas y categorizadas para facilitar el manejo de estas. A continuación, el detalle de las categorías y subcategorías obtenidas.

#### **1. Factores que conllevan a la recaída en el consumo de sustancias.**

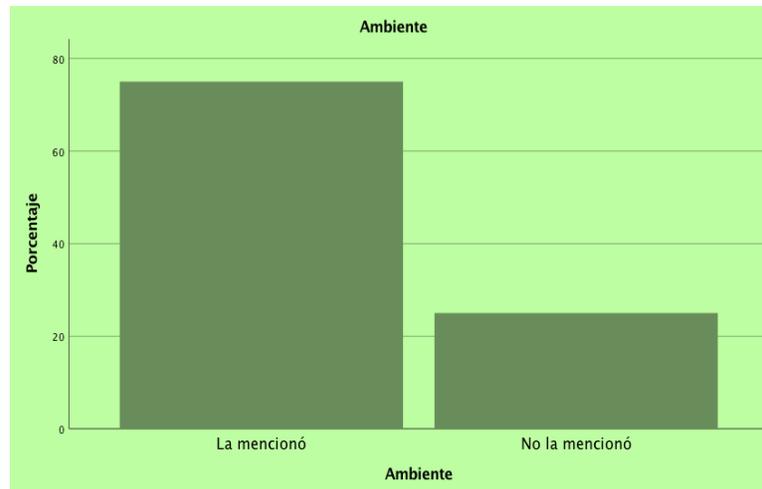
Con el fin de conocer la perspectiva de las familias con respecto a las recaídas del paciente, se les realizó la pregunta: ¿Cuáles considera que pueden ser los factores de una recaída?, con relación al consumo de drogas.

Se obtuvieron las siguientes subcategorías a partir de sus respuestas:

- **Ambiente del paciente**

**Gráfico 4**

*Factor de recaída en consumo de sustancias #1.*

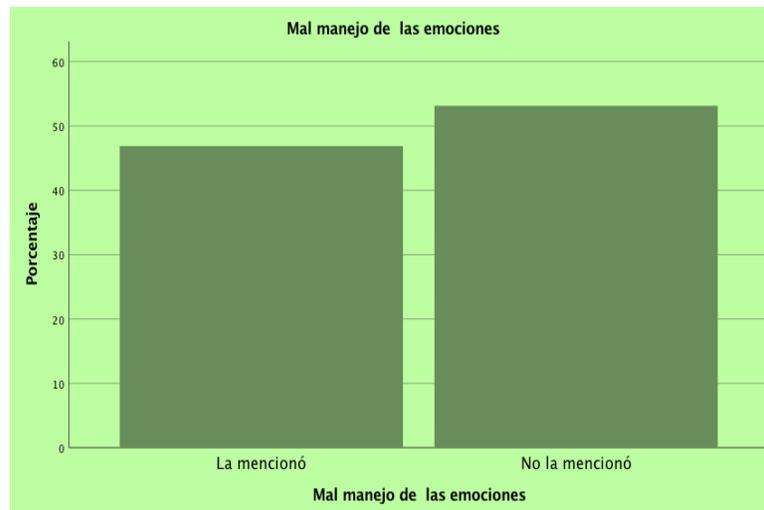


El 75% de la muestra considera que el ambiente en el cual se desenvuelve el paciente es un factor que ha influido en las recaídas; al respecto es importante señalar que la mayoría hacen referencia principalmente a las amistades y grupos con los que suelen compartir fuera de su casa y a la zona donde residen. Llama la atención que una familia refiriéndose a lo anterior enfatiza en que “los pacientes con esta condición tienen poca capacidad de enfrentarse al mundo sin drogas”. Además, únicamente el 12.5% de quienes indicaron el ambiente del paciente como factor de recaída se refirieron al núcleo familiar señalando cuestiones como la permisividad y poca supervisión por parte de los padres, así como limitada capacidad de manejo en casa.

- **Mal manejo de emociones por parte del paciente**

### Gráfico 5

*Factor de recaída en consumo de sustancias #2.*

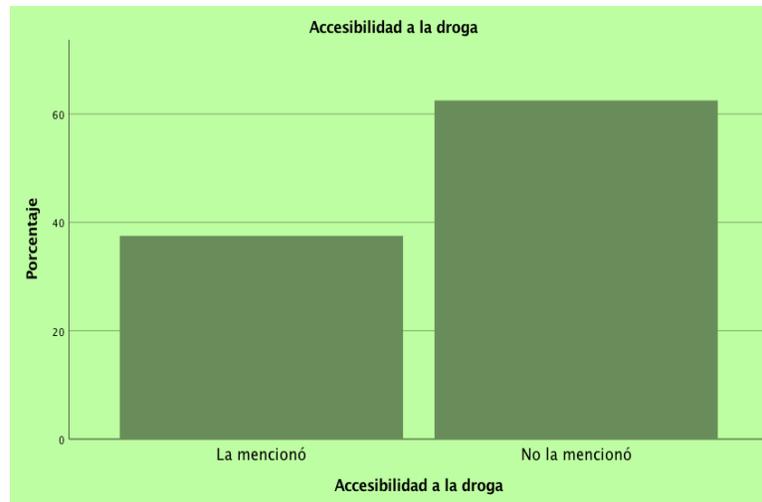


Las dificultades en la gestión de las emociones por parte del paciente se mencionaron como factor de recaída en el consumo de sustancias por el 46.9%. Al respecto, entre quienes mencionaron este factor; el 33.33% señala el mal manejo del estrés, un 20% mencionó las frustraciones personales, otro 20% se refirió al uso de la sustancia como principal alternativa para relajarse y manejar el malestar emocional, el 13.33% comentó sobre la dificultad de encontrar un empleo, otro 13.33% sobre poca capacidad de manejo de la ansiedad. Además, se mencionaron otros temas como la baja autoestima, la poca seguridad en sí mismo y el poco amor propio.

- **Accesibilidad a la droga**

**Gráfico 6**

*Factor de recaída en consumo de sustancias #3.*

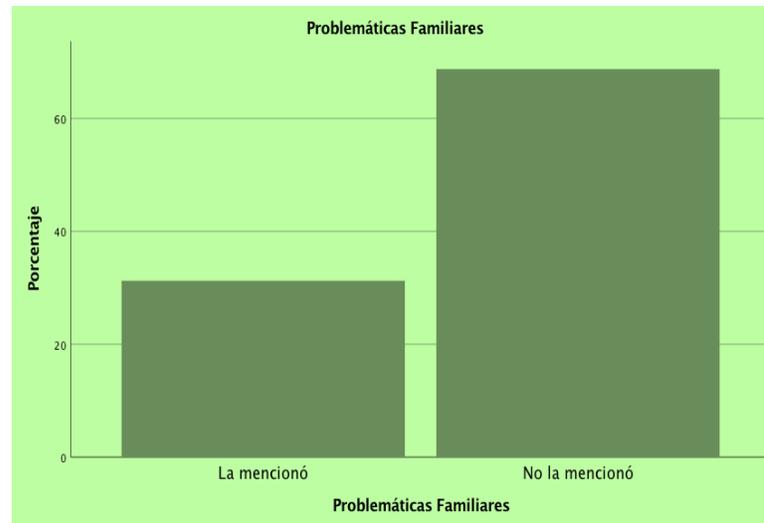


La facilidad de acceso a sustancias psicoactivas se mencionó como otro factor de recaída por el 37.5%. Los motivos para señalar este factor fueron variados, entre los más relevantes: ser poco supervisado por figuras de autoridad, tener la libertad de salir de casa, gran cantidad de tiempo libre, facilidad de comunicación con amistades quienes consiguen las sustancias y tener dinero.

- **Dinámica familiar problemática**

### Gráfico 7

*Factor de recaída en consumo de sustancias #4.*



Los problemas y discrepancias a nivel de interacción y funcionamiento del sistema familiar fueron mencionados como otro factor de recaída en el consumo de sustancias por el 31.3%. Al respecto se señalaron situaciones como violencia intrafamiliar, problemas en los diferentes holones del sistema familiar, sentirse poco apoyado por la familia, ausencia o rechazo de alguna figura principalmente la paterna, interacciones conflictivas con diferentes miembros de la familia, cambios socioeconómicos y del funcionamiento familiar tras separación de los padres, poca supervisión y muestras de afecto limitadas.

- **Deterioro en el funcionamiento del paciente**

### Gráfico 8

*Factor de recaída en consumo de sustancias #5.*

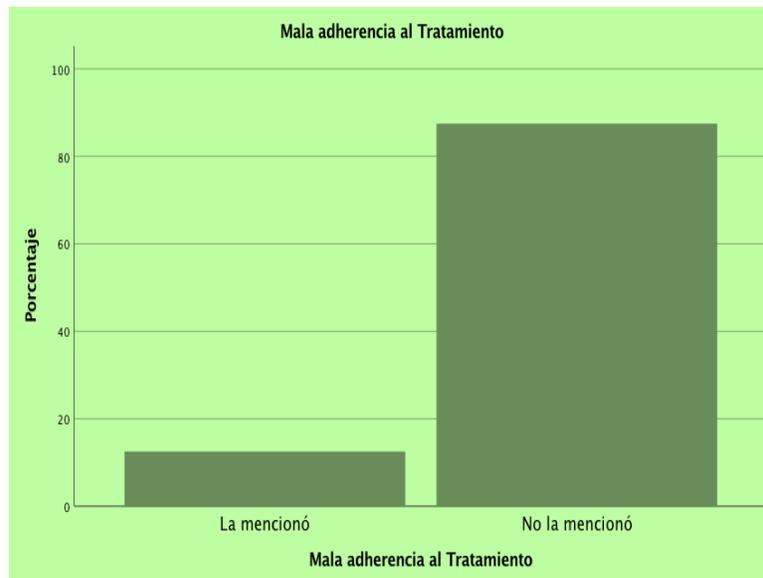


El deterioro que ha sufrido el paciente tanto a causa del curso de la enfermedad mental como debido al consumo de sustancias psicoactivas se señaló como factor de recaída por el 15.6%. Se refiere en cuanto a este factor el deterioro funcional del paciente en diversas áreas de desempeño, la ausencia de proyecto de vida, el impacto de la enfermedad mental sobre su capacidad de decisión y como factor que por sí mismo hace vulnerable a la persona hacia el consumo.

- **Mala adherencia al tratamiento**

**Gráfico 9**

*Factor de recaída en consumo de sustancias #6.*

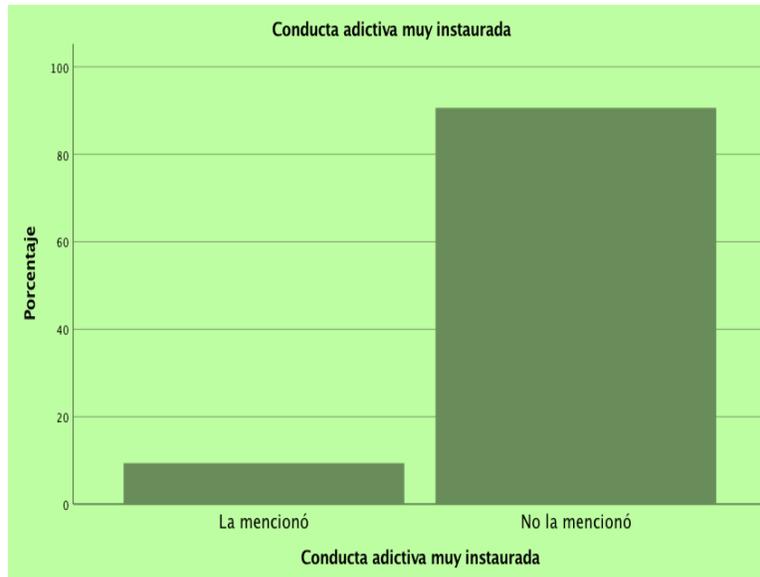


La dificultad para apegarse a procesos de rehabilitación sobre la conducta adictiva y controles médicos, así como los antecedentes de transgresión medicamentosa generan otro factor de recaídas planteado por el 12.5%. En este sentido principalmente se hace referencia al rechazo del paciente a ingresar a un centro de rehabilitación, la decisión apresurada de salirse del centro de restauración de quienes lo han intentado, la renuencia a cumplir con el seguimiento de psiquiatría y dejar de tomarse el medicamento.

- **Conducta adictiva muy instaurada**

**Gráfico 10**

*Factor de recaída en consumo de sustancias #7*



La adicción propiamente dicha fue señalada como factor de recaída por el 9.4%. Quienes mencionaron este factor se refirieron al largo proceso adictivo del paciente, su debilidad y orientación al consumo de sustancias y el poco deseo de cambio.

## **2. Limitaciones percibidas por el sistema familiar para afrontar con el paciente su situación.**

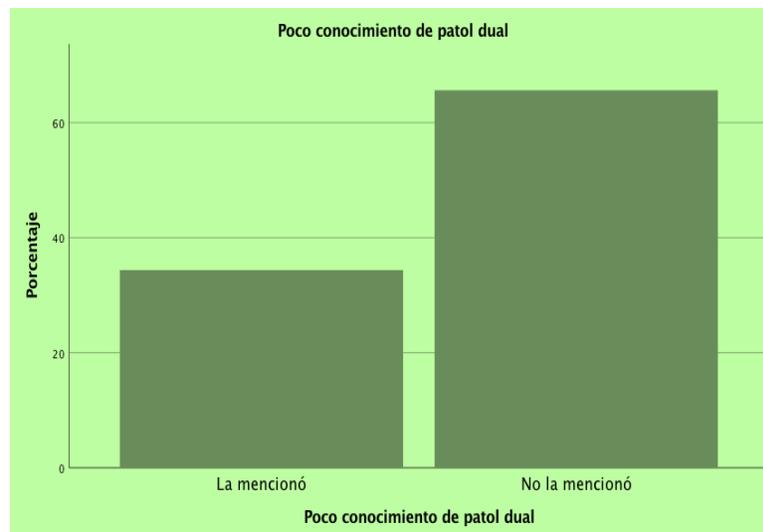
Para conocer cuáles limitaciones ha experimentado la familia para afrontar la situación se les preguntó: Con respecto a la problemática que presenta su familiar, ¿Cuál considera que es la mayor limitación para superar el problema?

A partir de lo que refirieron las familias, se obtuvieron las siguientes subcategorías:

- Poco conocimiento sobre la patología dual

**Gráfico 11**

*Limitación percibida #1.*

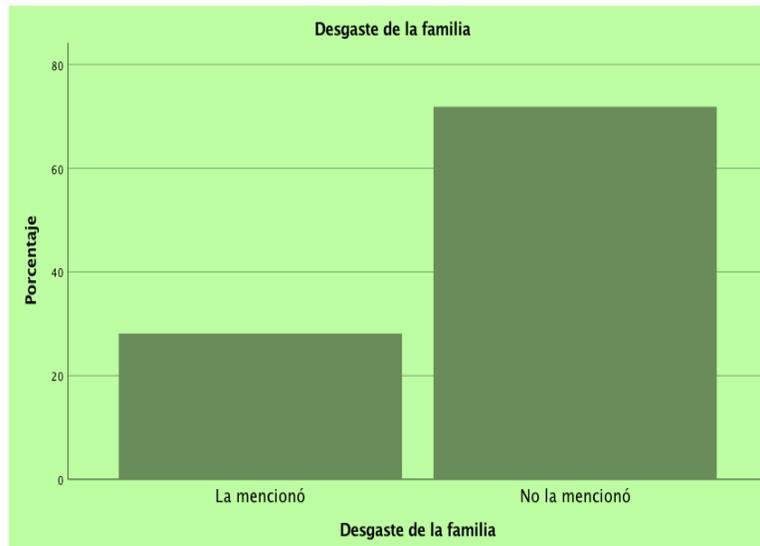


La escasa información con la que cuentan las familias sobre la patología dual fue señalada como limitación por el 34.4% de la muestra. Al respecto mencionan que las familias tienen muy poca comprensión de la enfermedad como tal o sobre el modo en que las drogas afectan a la condición mental, se entiende poco de lo que le está sucediendo al paciente, y no cuentan con el conocimiento o herramientas sobre el manejo del paciente en casa.

- **Desgaste de la red de apoyo (familia)**

**Gráfico 12**

*Limitación percibida #2.*

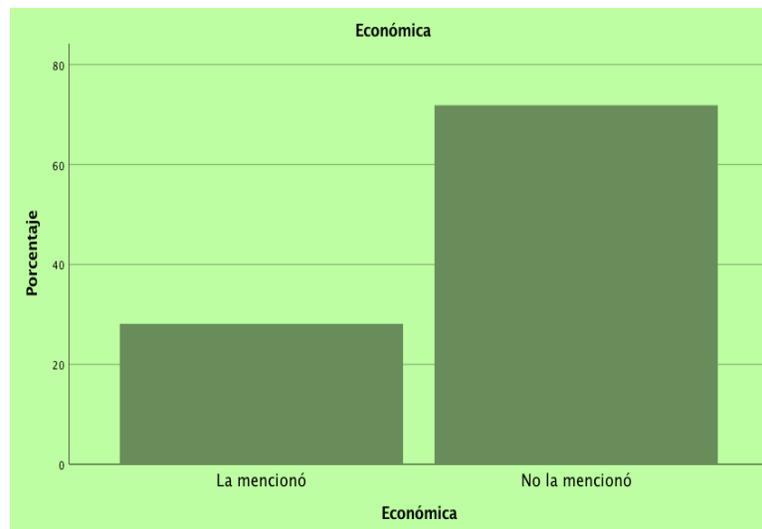


El 28.1% considera dentro de las principales limitaciones para brindar apoyo al paciente y afrontar con él su situación el desgaste que ha sufrido el sistema familiar durante el proceso de enfermedad del paciente. Al respecto se señalan aspectos como la frustración de la familia, el cansancio que conlleva a la dificultad de poner límites, las interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia como consecuencia del estrés en el ambiente familiar, poco apoyo por parte de otros miembros de la familia por ejemplo cuando se trata de familias de padres separados se genera una recarga en la figura materna generalmente o el holón conyugal se ve sobrecargado al no contar con el apoyo de los otros hijos.

- **Limitaciones económicas**

**Gráfico 13**

*Limitación percibida #3.*

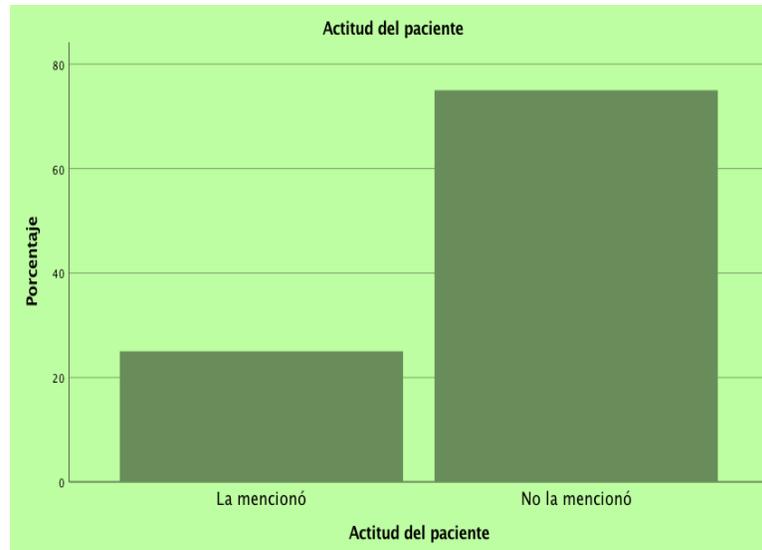


Las condiciones económicas desfavorables fueron mencionadas como una limitante por un 28.1%. Las quejas principales en este sentido son con relación a la dificultad para internar al paciente en centros de rehabilitación, dificultades para adherirse al control médico puesto que en ocasiones no cuentan con el dinero para asistir a citas y la poca solvencia económica que les permita hacer un traslado con el paciente a un lugar de residencia con un ambiente más sano para el sistema familiar.

- **Actitud del paciente**

**Gráfico 14**

*Limitación percibida #4.*

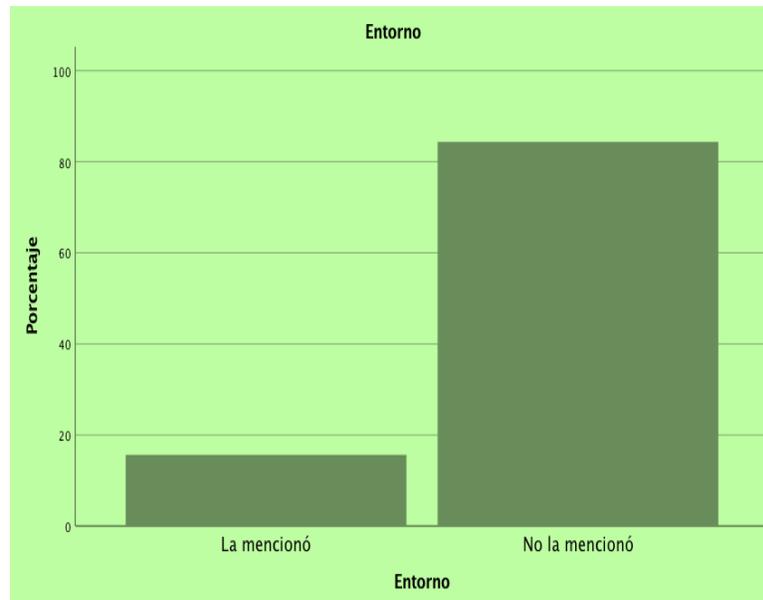


El 25% considera que una limitación para afrontar la situación ha sido la actitud del paciente. En este sentido los familiares perciben poco deseo de cambio por parte de él, renuencia a recibir ayuda, negativismo, una actitud desinteresada hacia el tratamiento. Asimismo, se menciona el hecho de que el paciente no haya aceptado la enfermedad o que tenga poca comprensión de esta.

- Entorno del paciente

**Gráfico 15**

*Limitación percibida #5.*

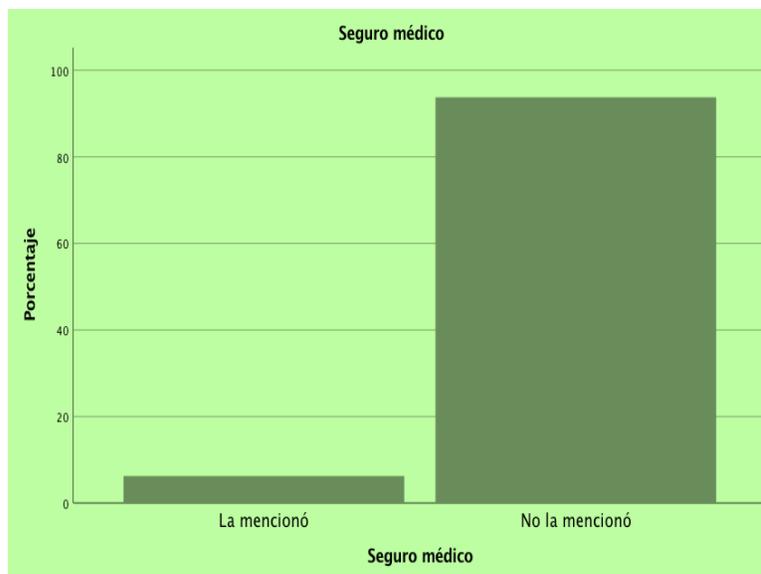


El lugar donde vive el paciente fue considerado como una limitación por el 15.6%. Con respecto a esto, tres familias se refieren a la dinámica familiar conflictiva generalmente haciendo alusión a violencia intrafamiliar; mientras que dos familias se enfocaron en el lugar donde viven y la problemática social que este presenta.

- **Problemas con el seguro médico**

**Gráfico 16**

*Limitación percibida #6*

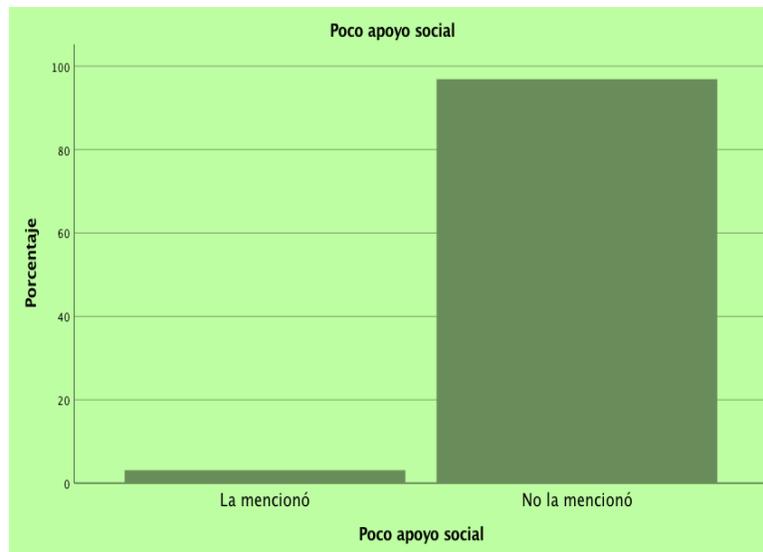


Dos familias consideraron las dificultades y problemáticas que han experimentado en cuanto al seguro médico señalando que han perdido citas de control en psiquiatría o han tenido problemas para retirar medicamentos puesto que al momento el seguro médico se ha encontrado vencido. Por tanto, consideran esta situación como parte de las limitaciones que enfrentan.

- **Poco apoyo social**

**Gráfico 17**

*Limitación percibida #7*



Una de las familias encuestadas considera que ha recibido poca o nula ayuda social para poder enfrentar la situación, por tanto, perciben una limitante en este sentido. Hacen referencia al poco apoyo a nivel comunitario y la falta de trabajo de campo en cuanto prevención y promoción de la salud mental en zonas marginales o con conflictiva social.

### **3. Comunicación Familiar**

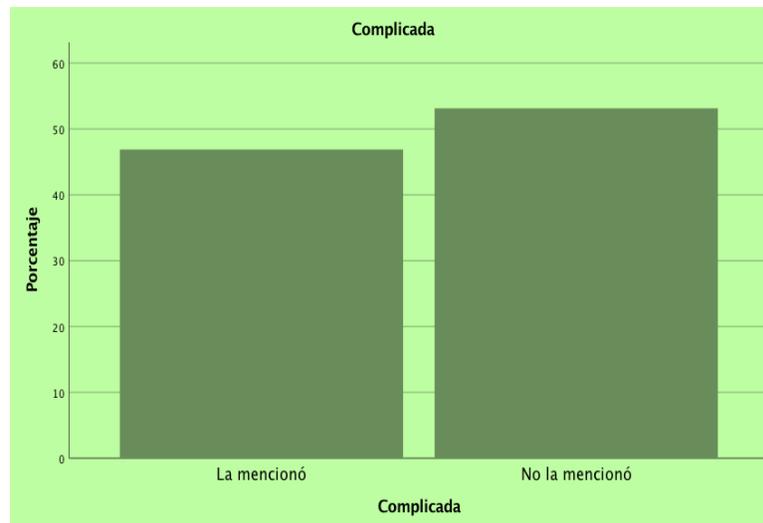
El estilo comunicativo a nivel familiar se evaluó a partir de la pregunta: ¿Cómo describiría brevemente la comunicación que se establece entre el paciente y los demás miembros de la familia?

En este sentido cabe señalar que varias familias indicaron varias pautas de comunicación que se encuentran muy relacionadas al estado mental del paciente o si está en consumo activo. Se obtienen las siguientes subcategorías:

- **Comunicación familiar complicada**

**Gráfico 18**

*Percepción de la comunicación familiar #1*

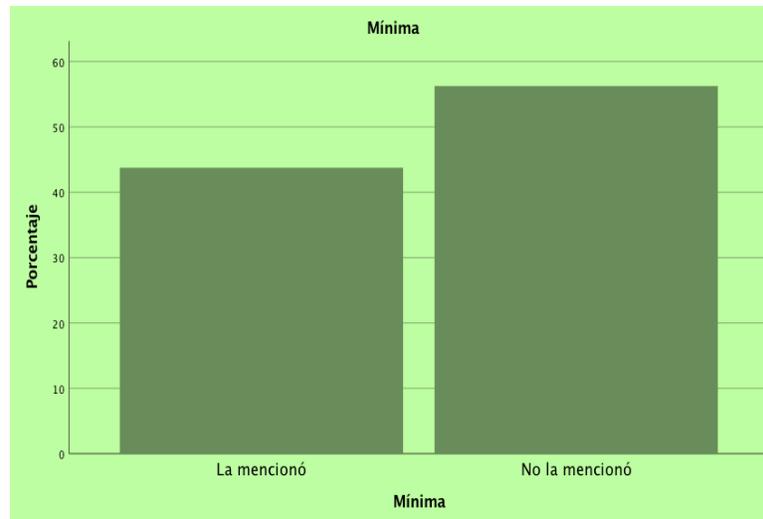


Un 46.9% de la muestra considera que la comunicación familiar se torna complicada. Describen pautas comunicativas caóticas cargadas de violencia verbal y la mayoría atribuye dicha complicación a la hostilidad y agresividad del paciente principalmente cuando se encuentra descompensado mentalmente.

- **Comunicación familiar mínima**

**Gráfico 19**

*Percepción de la comunicación familiar #2*

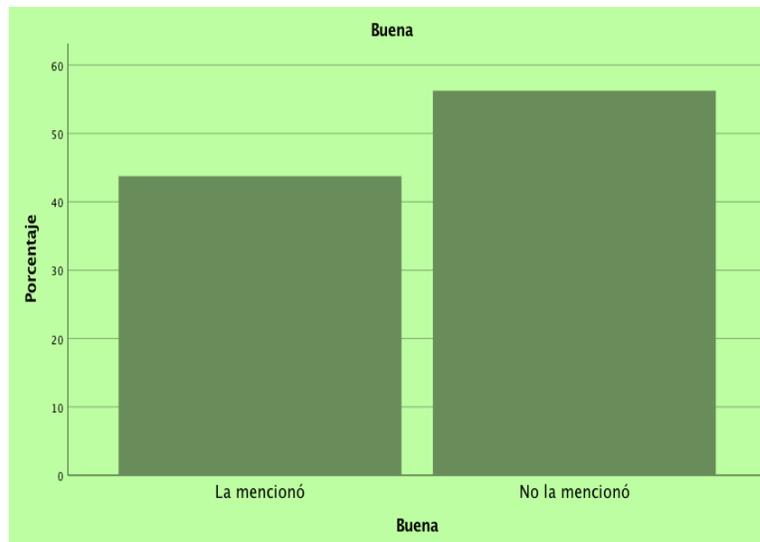


El 43.8% considera que la comunicación que se establece entre el paciente y los demás miembros de la familia es escasa. Quienes respondieron de esta manera describen un estilo comunicativo superficial y la mayoría coincide en que la poca comunicación que existe se debe al aislamiento del paciente y su poco interés por interactuar con los demás.

- Buena comunicación

**Gráfico 20**

*Percepción de la comunicación familiar #3*

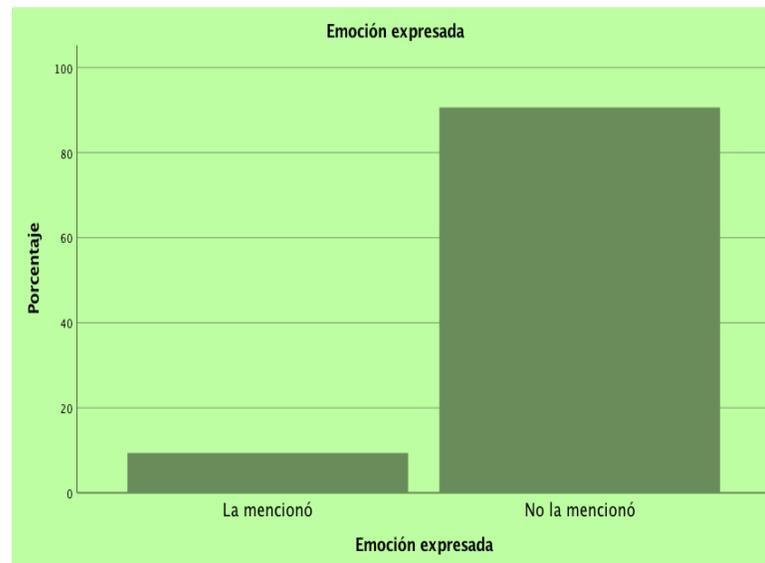


Una comunicación aceptable con pautas asertivas a nivel familiar es descrita por el 43.8% quienes refieren apertura por parte de los demás miembros del sistema familiar para el paciente, espacios para compartir y expresarse. Concuerdan en que la comunicación es más eficiente cuando el paciente se encuentra compensado de su enfermedad mental.

- **Emoción expresada**

**Gráfico 21**

*Percepción de la comunicación familiar #4*



Un 9.4% acepta que el estilo comunicativo contiene matices de EE hacia el paciente caracterizados por insultos, malos tratos y ofensas; lo cual evidencia patrones comunicacionales compatibles con criticismo y hostilidad principalmente.

- **Poca comprensión al paciente**

**Gráfico 22**

*Percepción de la comunicación familiar #5.*



Las dificultades para comprender los sentimientos y emociones del paciente, así como entablar una conversación debido a que es complicado seguir el hilo conductor entre sus ideas, es descrita por el 6.3% de la muestra.

#### **4. Convivencia familiar**

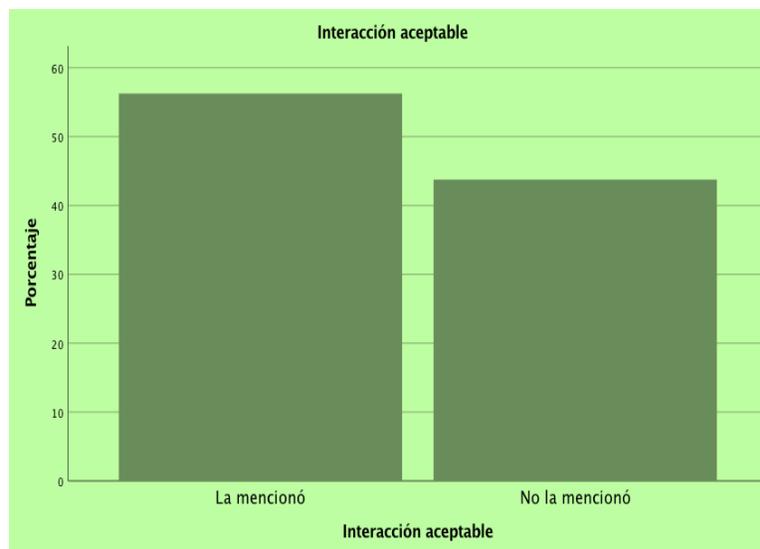
Se indaga sobre las pautas de interacción familiar a partir de la pregunta: ¿Cómo describiría brevemente la convivencia a nivel familiar?

Nuevamente algunas familias dan en este caso dos respuestas tomando en cuenta las pautas interaccionales cuando el paciente está o no compensado mentalmente. Las respuestas dadas permiten establecer dos categorías:

- **Interacción aceptable**

**Gráfico 23**

*Percepción de convivencia familiar #1*

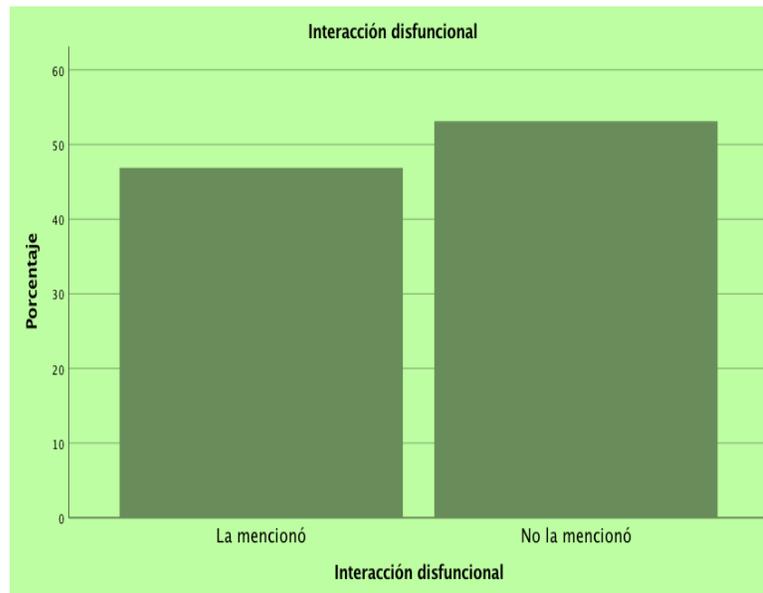


Con respecto a las pautas de interacción en la convivencia del sistema familiar, 56.3% de la muestra considera que es aceptable. Describen buenas relaciones, confianza recíproca, apoyo y tolerancia. Conducen en que las interacciones suelen ser más asertivas cuando el paciente se encuentra compensado.

- **Interacción disfuncional**

**Gráfico 24**

*Percepción de convivencia familiar #2*



Las interacciones familiares disfuncionales son señaladas por el 46.9%. Entre quienes respondieron de esta manera se identifican respuestas como la poca unión familiar, interacciones superficiales, individualismo, poca comprensión, sobreprotección, ambiente tenso, crítica constante y violencia intrafamiliar. Algunos se enfocan más en comportamientos del paciente describiendo conductas manipuladoras, irritabilidad y agresividad, así como sentimientos de rechazo.

## 5. Soluciones intentadas por los sistemas familiares

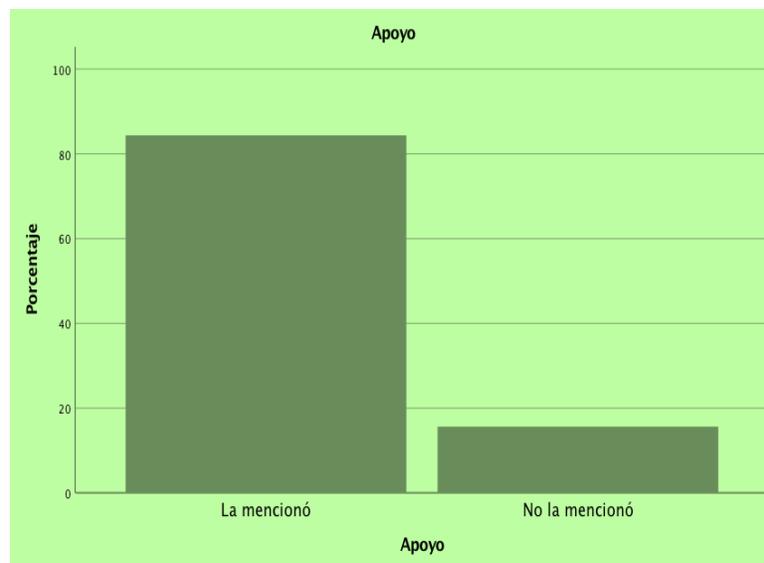
Para conocer la forma en cómo ha afrontado hasta el momento la familia la situación del paciente se realizó la siguiente pregunta: ¿Qué soluciones han intentado como familia para ayudar a su familiar en la superación del problema?

Al respecto las familias se refieren a las siguientes subcategorías:

- **Apoyo al paciente**

**Gráfico 25**

*Solución intentada #1*

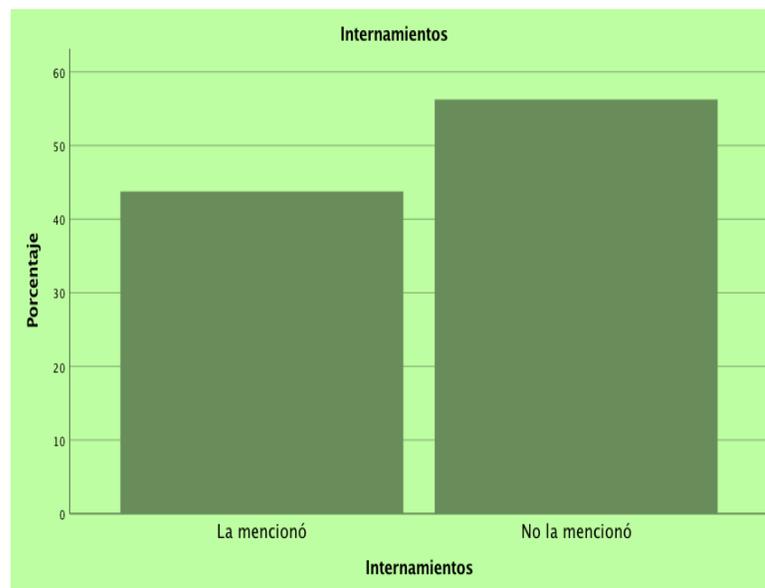


El 84.4% de la muestra considera que se ha brindado un apoyo significativo al paciente orientado a buscar soluciones tanto en cuanto a la conducta adictiva como con relación a las crisis debidas a la enfermedad mental. Al respecto señalan que se intenta aconsejar al paciente en casa, apoyo en cuanto al acompañamiento a las citas y a retirar los medicamentos; algunos han buscado la manera de que el paciente tenga sus propios ingresos, continúe con sus estudios, realicé cursos y actividad física con el fin de motivar

su funcionalidad. Asimismo, la mayoría refiere que han buscado ayuda en IAFA, clínicas para adicciones, control en psiquiatría y psicoterapia.

- **Internamientos**

**Gráfico 26**  
*Solución intentada #2*



Un 43.8% considera dentro de las soluciones intentadas los internamientos tanto en el HNP como en clínicas para rehabilitación de adicciones. La mayoría de las familias que contempla los internamientos como solución intentada concuerdan en que la renuencia a recibir ayuda por parte del paciente es una limitante, algunas han experimentado que su familiar se escape de los centros de rehabilitación o de hospitalización en el HNP. Una de las familias mencionó incluso que le han apoyado con centros de rehabilitación en Estados Unidos. Mientras que otra refirió que también han buscado la manera de que su familiar sea enviado al centro de atención para personas con enfermedad mental en conflicto con la ley (CAPEMCOL).

- **Comprensión al paciente**

**Gráfico 27**

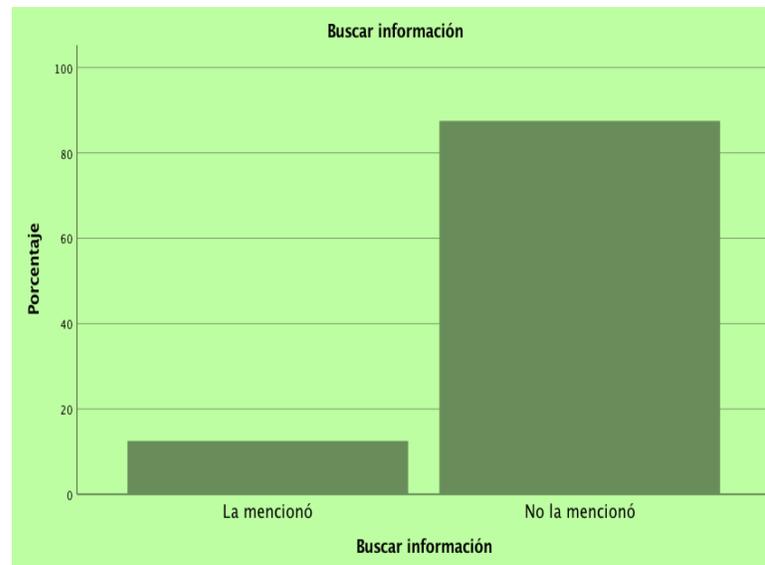
*Solución intentada #3*



La comprensión de la condición del paciente y la dificultad que significa para él abstenerse de consumir sustancias psicoactivas se mencionó como solución intentada por el 12.5%. Al respecto las familias mencionaron intentos como compartir más con el paciente para entenderle, buscar la manera de que el ambiente sea agradable para él y comprender que el consumo es parte del paciente. Solamente una familia indicó que se ha acercado a charlas para lograr una mayor comprensión de la condición dual del paciente.

- **Buscar información**

**Gráfico 28**  
*Solución intentada #4*



Otro 12.5% refiere que ha buscado información como una solución para enfrentar con el paciente su condición. Comentan que se ha buscado información en internet, consejería en la iglesia, asistencia a charlas para familias de personas drogodependientes y estar al tanto de la evolución de su familiar cuando ha estado internado en el HNP.

- **Supervisión**

**Gráfico 29**  
*Solución intentada #5*



El 9.4% refiere que ha utilizado la supervisión como una solución ante la problemática que han experimentado debido a la condición de su familiar. Al respecto se refieren a limitar las salidas del paciente de su casa y los encuentros con sus amigos, evitar que se involucre en problemas y no darle dinero para evitar que cuando sale de casa consuma.

- **Permisividad**

**Gráfico 30**  
*Solución intentada #6*



Otro 9.4% menciona que han optado por ser más permisivos como una estrategia o solución para sobrellevar la situación. Bajo esta línea comentan que han intentado que el paciente no se sienta molesto en casa, entender que el consumo forma parte del paciente y permitir que consuma en casa para evitar problemas en la comunidad o que consuma drogas de dudosa procedencia.

- **Confrontación**

**Gráfico 31***Solución intentada #7*

Dos familias que participaron en la encuesta refieren que han utilizado la confrontación en búsqueda de una solución a su situación. Al respecto refieren que le han indicado al paciente que debe buscar ayuda y que si no lo hace debe irse de la casa. Comentan también las confrontaciones directas cada vez que su familiar consume.

- **Concientización del entorno del paciente**

**Gráfico 32**  
*Solución intentada #8*



Una familia señaló que se ha acercado a los amigos a comentarles sobre la enfermedad mental del paciente y ha intentado concientizar a la comunidad sobre la condición de su familiar.

## **6. Temas para psicoeducación desde la percepción de necesidades de las familias**

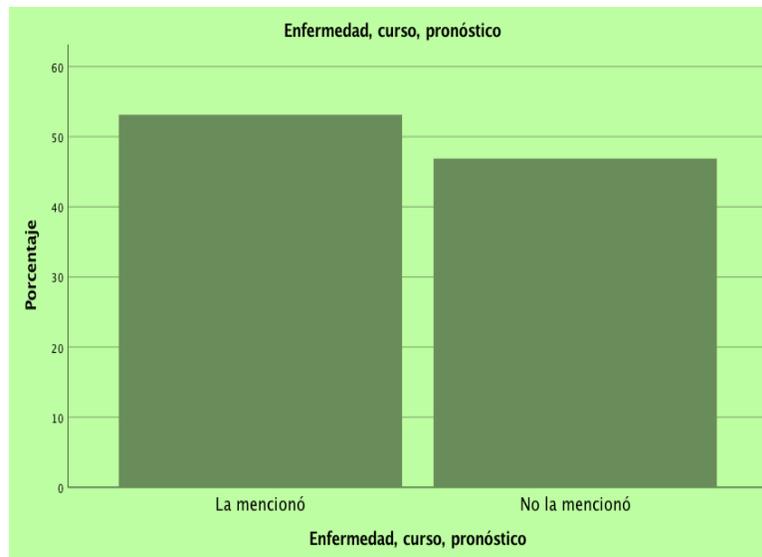
La percepción de los sistemas familiares en cuanto a información que necesitan para afrontar la situación de forma más acertada se evaluó con la pregunta: ¿Qué considera que sería importante que se le explique, con relación a la condición que presenta su familiar?

Se obtienen las siguientes subcategorías:

- **Enfermedad, curso y pronóstico**

**Gráfico 33**

*Tema para psicoeducación #1*

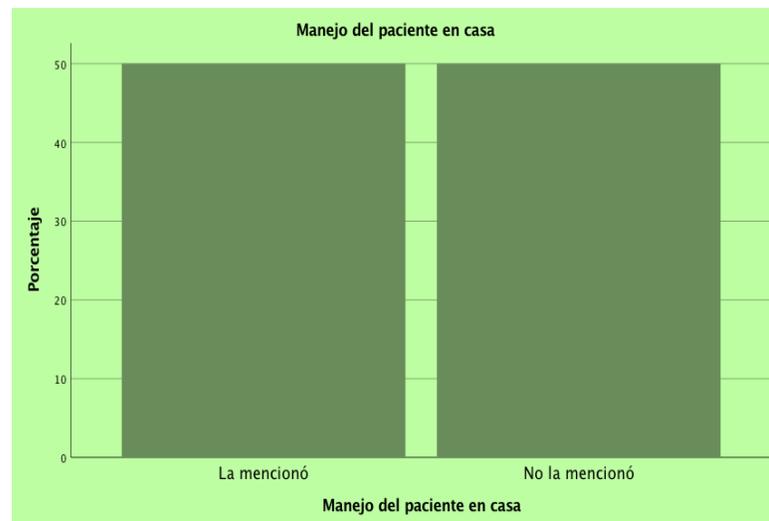


El 53.1% de la muestra considera importante que se les explique sobre la enfermedad mental; las causas que la provocan, si se debe únicamente al consumo de sustancias, si afecta la personalidad del paciente, sobre los signos y síntomas que puede presentar, porque piensa de tal manera cuando está descompensado, porque el comportamiento tan desorganizado, como reconocer el pródromo, como reconocer la fase activa o cuando está psicótico y si hay secuelas a nivel neurológico. Con respecto al curso y pronóstico de la enfermedad les interesa que se les explique si tiene cura o no, si se puede curar la enfermedad mental al dejar de consumir y que esperar a futuro.

- Manejo del paciente en casa

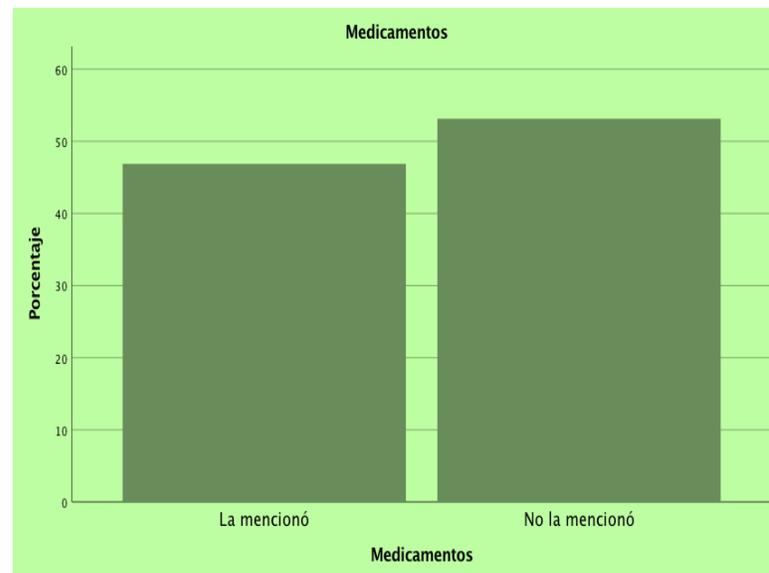
**Gráfico 34**

*Tema para psicoeducación #2*



Un 50% cree que sería importante que se les brinde más información y estrategias para el manejo del paciente en casa. En este sentido solicitan; estrategias para ayudarle cuando los síntomas están activos o cuando está ansioso por consumir, como ayudarle para que se adhiera al tratamiento y se tome los medicamentos, como conversar con él sobre el consumo, estrategias para manejar expresiones de enojo, estrategias para manejar conductas manipuladoras por parte del paciente y poner límites, pasos a seguir cuando se encuentra descompensado y como controlar conductas desorganizadas.

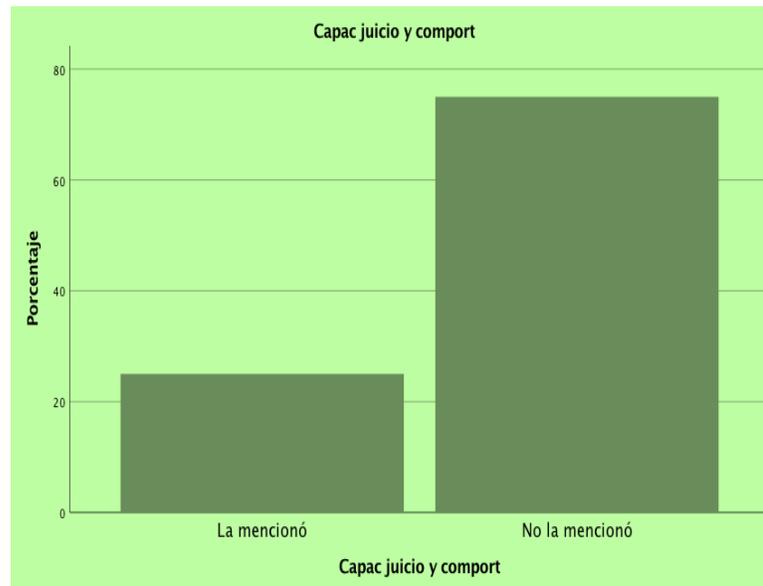
- **Medicación**

**Gráfico 35***Tema para psicoeducación #3*

El 46.9% considera relevante que se les brinde más información con respecto al o los fármacos que se le prescriben al paciente. Creen que es importante que se les explique el tipo de tratamiento que se le está dando a su familiar, las dosis, riesgos, los efectos secundarios probables y cómo manejarlos en caso de que se presenten cuando el paciente está en casa; por cuánto tiempo debe el paciente tomarse el medicamento y si el tratamiento que se prescribe en el HNP puede ayudarle al paciente a dejar de consumir.

- **Capacidad de juicio y comportamiento**

**Gráfico 36**  
*Tema para psicoeducación #4*

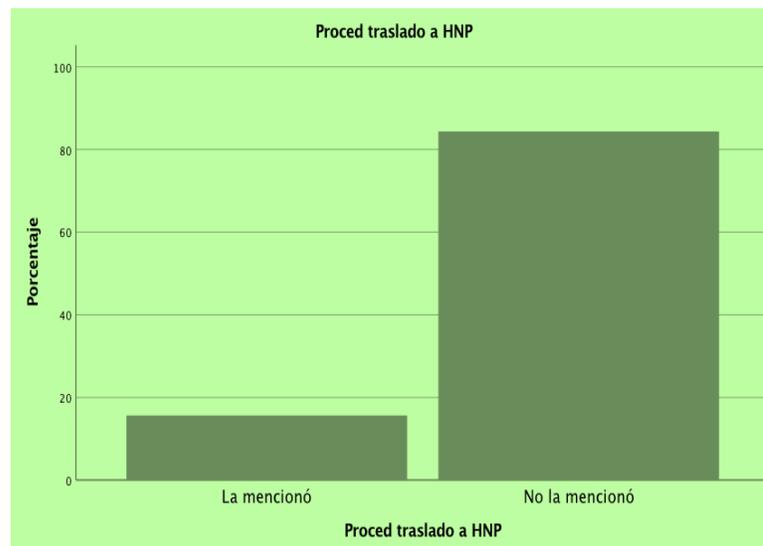


Al 25% le parece importante que se les brinde información con respecto a, si el paciente descompensado posee capacidad de juicio o no; y qué comportamientos podrían esperarse con el fin de prevenir acontecimientos que pongan en riesgo al paciente o a los demás miembros de la familia. Refieren principalmente temor por comportamientos del paciente en estado psicótico que puedan poner en riesgo a los demás miembros de la familia. Asimismo, solicitan información sobre si es capaz de razonar cuando se encuentra descompensado y regular las expresiones de enojo o comportamientos violentos.

- **Protocolo de traslado al hospital del paciente descompensado**

**Gráfico 37**

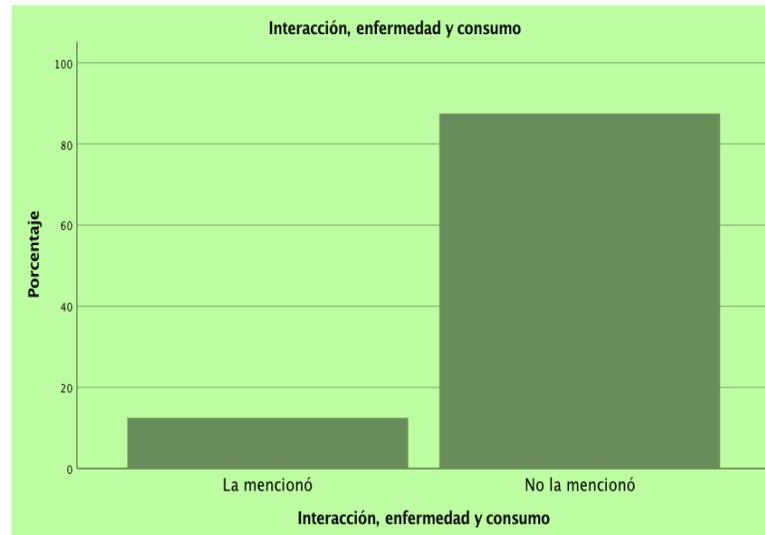
*Tema para psicoeducación #5*



El 15.6% se refieren a las experiencias complicadas que han vivido cuando han necesitado soporte para trasladar a su familiar descompensado al HNP. Por ello consideran importante que una eventual guía psicoeducativa contenga un protocolo de traslado de este tipo de pacientes. Solicitan información sobre el proceso para hacer el traslado del paciente cuando se encuentra en crisis y pasos a seguir en estos momentos.

- **Interacción entre enfermedad y consumo**

**Gráfico 38**  
*Tema para psicoeducación #6*

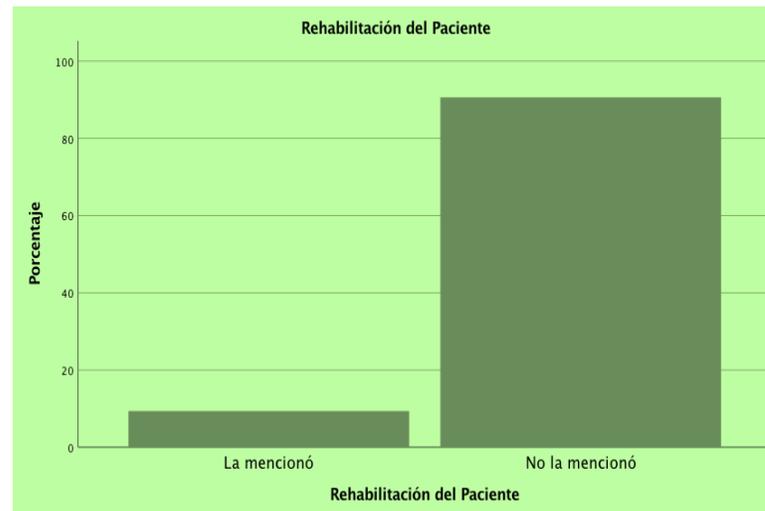


Un 12.5% solicita información sobre la manera en que el consumo afecta la enfermedad mental y viceversa. En este sentido solicitan psicoeducación sobre la manera en la que el consumo de drogas causa la psicosis, como afecta la enfermedad mental al cerebro de la persona en adicción, como influye el consumo en el curso de la enfermedad mental y si el consumo de drogas es la principal causa de enfermedad mental.

- **Rehabilitación del paciente**

**Gráfico 39**

*Tema para psicoeducación #7*



Un 9.4% considera que es importante incluir como tema de psicoeducación alternativas de tratamiento terapéutico donde reciban pacientes con diagnóstico dual, incluyendo contactos de lugares o residencias de restauración donde reciban pacientes con esta comorbilidad.

- **Conducta adictiva**

**Gráfico 40**  
*Tema para psicoeducación #8*

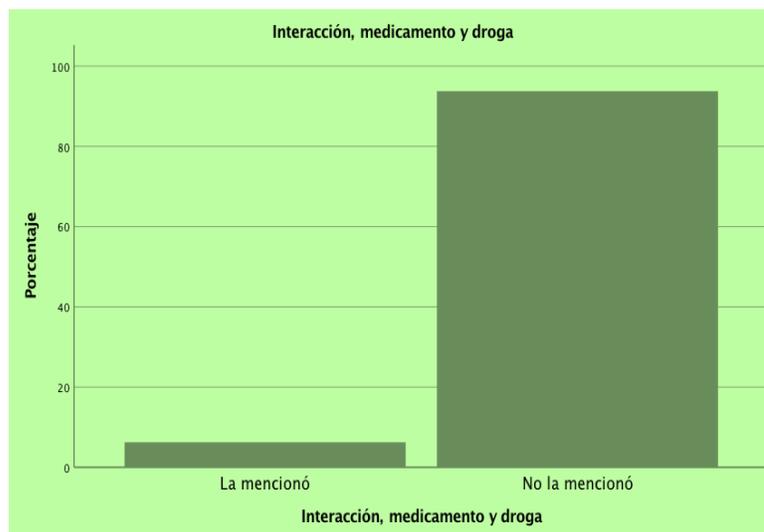


Otro 9.4% considera importante que se les explique sobre la conducta adictiva. Concuerdan en que para las familias es importante comprender cómo se desarrolla el proceso adictivo.

- **Interacción entre fármaco y sustancias psicoactivas (drogas)**

**Gráfico 41**

*Tema para psicoeducación #9*



Dos familias consideran como tema de psicoeducación importante, que se les hable sobre la interacción que se genera cuando el paciente está siguiendo su tratamiento farmacológico, pero también se encuentra en consumo activo de sustancias psicoactivas. Al respecto les preocupa si al paciente se le ocurre consumir drogas estando medicado que tanto daño le puede provocar o cómo afecta la efectividad del fármaco.

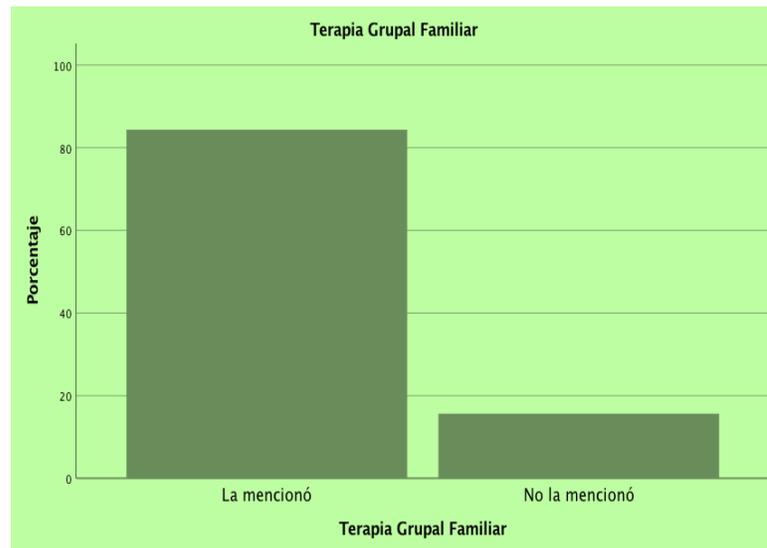
### **7. Recursos terapéuticos necesarios según la percepción de las familias**

La percepción de los familiares con respecto a los recursos terapéuticos que consideran necesarios se les faciliten para enfrentar la situación, se abordó con la siguiente pregunta: ¿Cuál considera que sería el recurso terapéutico más importante para ustedes como familiares enfrentar el problema?

A continuación, las subcategorías que se establecieron a partir de las respuestas de los participantes.

- **Terapias grupales para las familias**

**Gráfico 42**  
*Recurso terapéutico #1*



Un 84.4% de la muestra considera necesario que se brinden espacios para abordaje grupal a los familiares de pacientes con diagnóstico dual. Al respecto creen que es necesario que exista mayor comunicación entre el equipo tratante y el sistema familiar del paciente con el fin de clarificar el diagnóstico. La mayoría propone espacios grupales para las familias ya sean talleres, capacitaciones o charlas donde se facilite la expresión de sus vivencias y emociones relacionadas con las mismas; en los cuales a la vez se puede desarrollar una guía psicoeducativa que facilite la comprensión del padecimiento del paciente y donde se les brinde herramientas para estar mejor preparados al egreso de su familiar.

- Estrategias de convivencia con el paciente

**Gráfico 43**

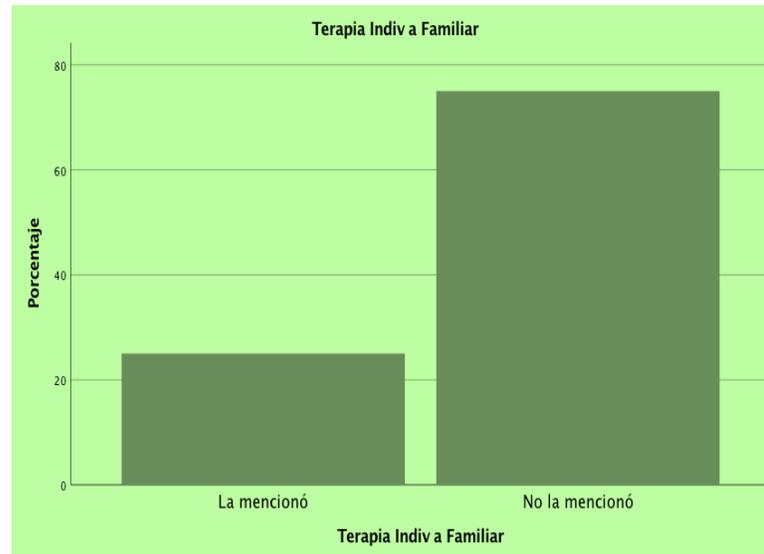
*Recurso terapéutico #2*



El 31.3% cree que un aporte necesario a nivel de recursos terapéuticos para las familias sería que se les brinde estrategias de convivencia con el paciente. Consideran necesario que se les facilite orientación para fortalecer la relación con el paciente, técnicas sobre cómo tratarlo, para ponerle límites, y para abordarlo en estado psicótico.

- **Terapia individual a miembros de la familia**

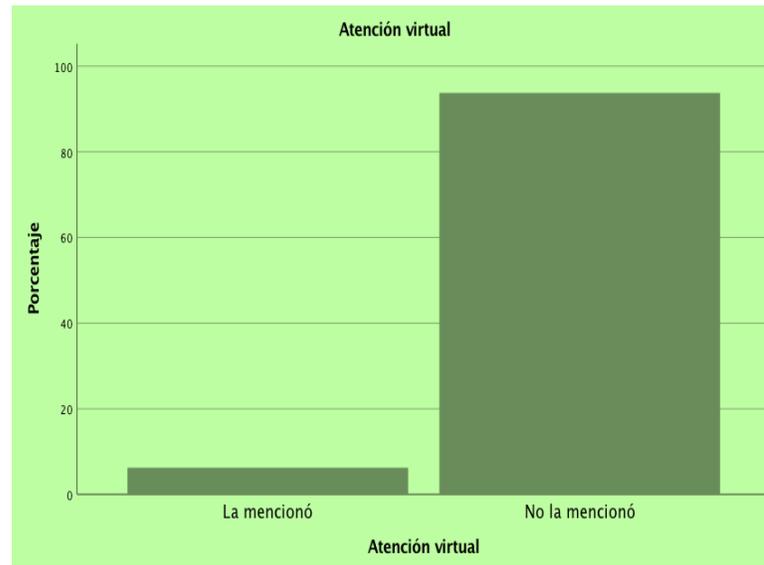
**Gráfico 44**  
*Recurso terapéutico #3*



Un 25% cree que es importante que además se le brinde abordaje individual a miembros de la familia que lo ameriten. Creen pertinente recibir apoyo psicológico individual donde puedan fortalecer la parte emocional y aumentar la seguridad en sí mismos.

- **Atenciones virtuales**

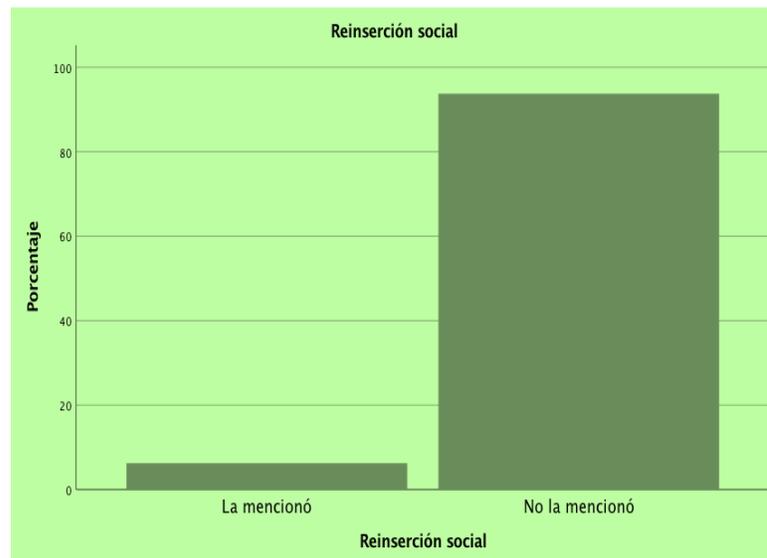
**Gráfico 45**  
*Recurso terapéutico #4*



Dos familias mencionaron como recurso terapéutico la posibilidad de atenciones virtuales, ya sea por video llamadas o sesiones en plataformas como zoom. Consideran importante tener esta opción disponible para momentos en los que el paciente no esté dispuesto a asistir a citas de forma presencial.

- **Programas de reinserción social**

**Gráfico 46**  
*Recurso terapéutico #5*



Por su parte, dos familias consideran relevante que se incluyan programas de reinserción social de apoyo al usuario y por ende sirvan de sostén al sistema familiar para afrontar la condición del paciente.

- **Asesoramiento sobre trámites para acceso a pensión**

**Gráfico #47**

*Recurso terapéutico #6*



Una de las familias encuestadas mencionó que sería importante asesorar a la familia del paciente cuando este posea un grado de discapacidad funcional significativa a raíz de su condición mental con el fin de que pueda acceder a una pensión.

- **Literatura**

**Gráfico 48**  
*Recurso terapéutico #7*



Otra familia consideró como recurso terapéutico que se les facilite literatura, afiches o folletos que contengan información que permita una mayor comprensión de la condición del paciente y herramientas para tratarlo en casa.

## 8. Nuevas alternativas de afrontamiento consideradas por las familias

El establecimiento de nuevas estrategias de afrontamiento por parte de las familias para ayudarle a su familiar se indaga a partir de la pregunta: ¿Qué podrían hacer diferente como familia para enfrentar de forma más acertada la problemática?

Se obtienen las siguientes subcategorías:

- **Mayor apoyo y supervisión del tratamiento**

**Gráfico 49**

*Estrategia de afrontamiento nueva #1*



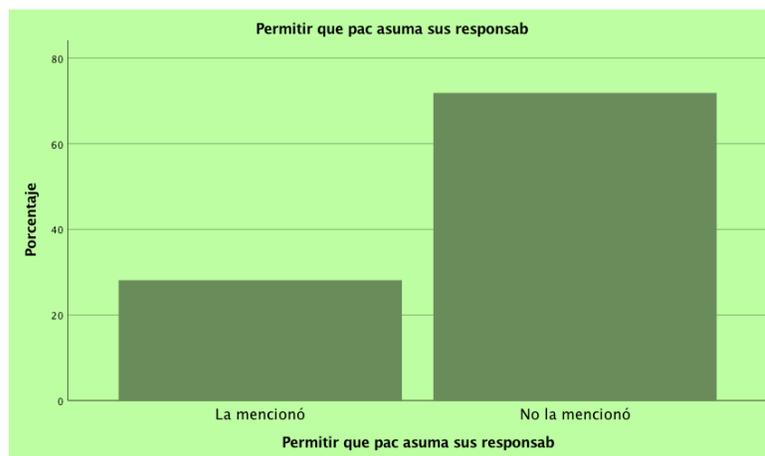
El 53.1% de la muestra considera como una nueva alternativa de afrontamiento brindar un mayor apoyo y supervisión del tratamiento a su familiar. Se refieren a nuevas alternativas como buscar ayuda profesional, atenciones psicológicas privadas, intentar en otros centros de rehabilitación, intentar nuevamente que acepte ayuda del IAFA. Consideran importante involucrarse aún más en el proceso de su familiar, buscando más información a través de grupos o terapias en las que la familia conozca más sobre la situación del paciente y obtenga herramientas para mejorar el manejo en casa, conocer más sobre el medicamento que usa su familiar y así brindarle mayor ayuda con la

adherencia. Asimismo, consideran importante apoyarlo en casa para que tenga aspiraciones o metas y que aprenda un oficio.

- **Permitir que el paciente asuma sus responsabilidades**

**Gráfico 50**

*Estrategia de afrontamiento nueva #2*

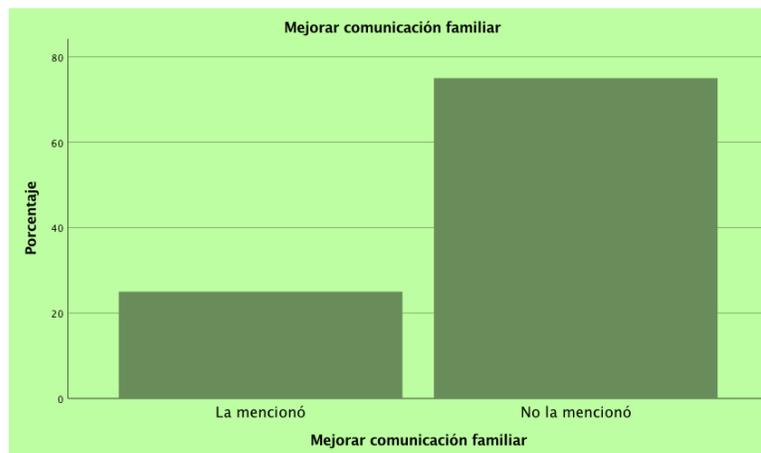


Un 28.1% cree que una nueva alternativa para afrontar la situación es permitir que sea el paciente quien asuma sus propias responsabilidades. Creen importante para ello, que su familiar tenga un trabajo a partir del cual genere sus propios ingresos y tenga menos tiempo libre; además algunos consideran necesario el uso de reglas más rígidas en casa.

- **Mejorar la comunicación familiar**

**Gráfico 51**

*Estrategia de afrontamiento nueva #3*



El 25% considera como nueva forma de afrontamiento mejorar la comunicación del sistema familiar. Al respecto mencionan la necesidad de entablar mejores estilos comunicativos como grupo familiar de modo que el paciente encuentre mayor apertura y que se le transmitan mensajes más asertivos. Dos familias consideran importante que la figura paterna tenga una mayor comunicación y acercamiento con el paciente a pesar de que se encuentre separado de la madre.

- **Mejorar la convivencia familiar**

**Gráfico 52**

*Estrategia de afrontamiento nueva #4*

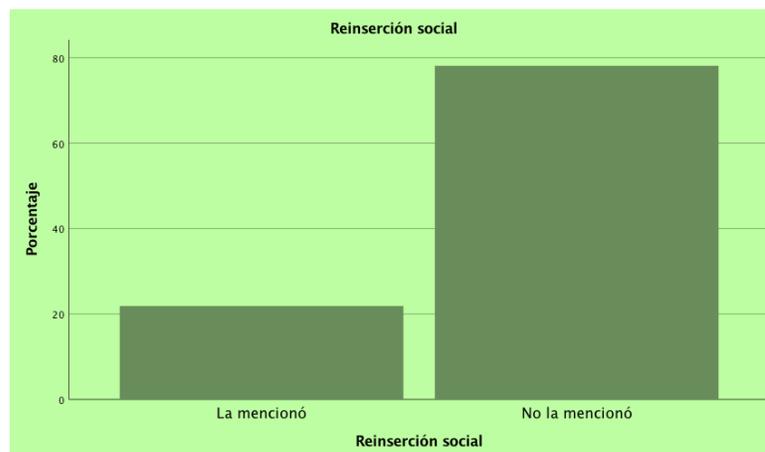


Otro 25% cree que una forma de afrontar más asertivamente la situación es mejorando la convivencia familiar. Se refirieron a la generación de más espacios para compartir en familia, adoptar un trato sincero y positivo hacia el paciente, mayor apertura por parte del resto de la familia. Nuevamente dos familias consideran que la figura paterna debe involucrarse más en el proceso, aunque no viva con el paciente.

- **Reinserción social**

**Gráfico 53**

*Estrategia de afrontamiento nueva #5*

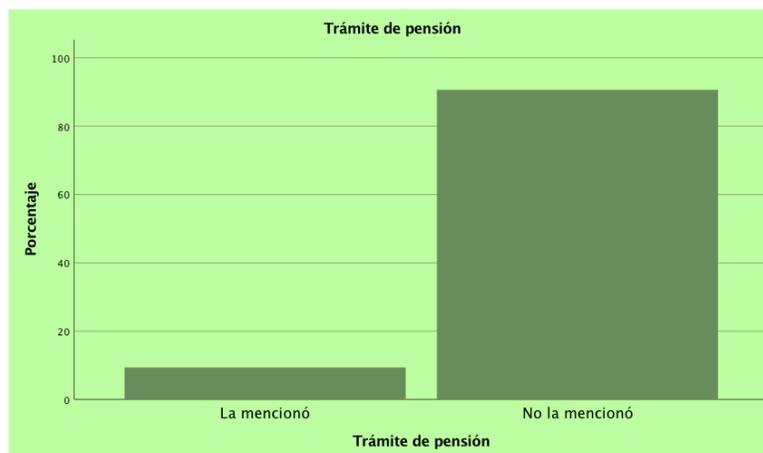


Un 21.9% considera importante ayudar a su familiar a que retome las actividades propias de distintas áreas de funcionamiento como a nivel laboral o educativo. En este sentido, la mayoría expone las dificultades que debe afrontar una persona con un diagnóstico como el de su familiar y que a partir de ello son pocas las oportunidades laborales a las que pueden acceder.

- **Tramitar pensión**

**Gráfico 54**

*Estrategia de afrontamiento nueva #6*



Tres familias que fueron encuestadas creen que en el caso de su familiar sería necesario optar por una pensión a partir de la cual el paciente cuente con un ingreso y fondos que le permitan acceder a mejores programas de rehabilitación y pueda satisfacer sus necesidades personales.

#### 4.5.2. Entrevista a profesionales con experiencia en el área

Como se mencionó anteriormente con el fin de objetivar la información obtenida de las encuestas con las familias, se realizó una entrevista estructurada a profesionales con experiencia en el campo.

En este sentido, se contó con la colaboración del Dr. Javier Vindas Acosta, MPsc. Ex director del IAFA. Profesor de Maestría en Estudio de las Adicciones, UNED; Dra. Marjorie Moreno Salas. Especialista en Psicología clínica, MPsc. en Terapia Breve Estratégica; Dra. Gloriana Meza Gonzáles. MPsc. en Psicología Clínica y Terapia Breve Estratégica, formada en los modelos terapéuticos EMDR y TREC; Dra. Jennifer Díaz Cubero. MPsc. en Psicoterapia de familia, Egresada de los posgrados de Farmacodependencia de la UCR y Estudio de las Adicciones de la UNED y Lic. Javier Retana Motero. Trabajador Social del HNP.

Las preguntas se enfocaron en indagar a partir de la experiencia de los profesionales respecto a componentes teóricos que debe incluir una guía sobre el tema, recursos terapéuticos más relevantes, modelos teóricos en los que se pueda basar la guía, dificultades que tienen las familias para afrontar la situación, detonantes que conllevan a recaídas y factores que influyen negativamente en el curso de la enfermedad. A continuación, las preguntas y un conglomerado de las respuestas brindadas por los profesionales:

**¿Cuáles cree que son los componentes teóricos más relevantes, que deban incluirse en una guía psicoeducativa para los familiares y personas de apoyo de pacientes con diagnósticos comórbidos de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias?**

Con respecto a la patología dual como tal, los profesionales concuerdan que es importante que la familia comprenda el significado de enfermedad como base para posteriormente introducir conceptos relevantes como comorbilidad. Asimismo, consideran que es necesario introducir hipótesis explicativas sobre “qué fue primero” si la enfermedad mental o el consumo, con el fin de ir integrando ambos diagnósticos y abordar temas como

la multifactorialidad o psicosis inducida por drogas. Proponen incluir una explicación sobre las consecuencias que pueden producirse secundarias a la patología dual como deterioro cognitivo y otras enfermedades relacionadas. Además, consideran necesario explicar a las familias sobre los beneficios del abordaje interdisciplinario y el uso de fármacos.

En cuanto al consumo de sustancias, consideran importante abordar lo relacionado a la conducta adictiva incluyendo temas como mitos alrededor del consumo de sustancias psicoactivas, tipos de consumo y circuito cerebral de recompensa. Asimismo, recomiendan instruir a la familia en el modelo de etapas de cambio para que puedan reconocer cada una de ellas; enfatizando en la recaída como parte del proceso de manera que se logre resignificar y sea comprendida como “la norma no la excepción” y como una fuente de aprendizaje, incluyendo una explicación sobre los tipos de factores que pueden propiciarlas. Otros temas que consideran relevantes al respecto son: codependencia, roles que cumplen los familiares en la dinámica adictiva, síndrome de abstinencia, paradigmas de recuperación como (abstinencia y reducción del daño) y pronóstico con pacientes portadores de enfermedad mental.

En cuanto a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos recomiendan educación sobre la enfermedad como tal; abordando su etiología, el significado de episodio psicótico, cómo puede evolucionar a una esquizofrenia y validar la experiencia vivencial de la familia con la enfermedad. Además, concuerdan en que deben ser abordados los estigmas alrededor de la enfermedad, creencias familiares, mitos y estrategias para manejar la culpa, vergüenza, miedo y angustia.

Por otro lado, señalan que la guía psicoeducativa debe incluir información sobre pautas de motivación y acompañamiento en el proyecto de vida propio del paciente, autonomía e independencia con expectativas realistas; comunicación asertiva, establecimiento de límites con pacientes portadores de patología dual, resolución de conflictos y autocuidado del familiar.

**Desde su experiencia, ¿cuáles considera que son las principales dificultades que presenta la familia, respecto al manejo del paciente con patología dual?**

Al respecto los profesionales consideran como mayor dificultad la falta de comprensión, desinformación y estigmatización de la patología en sí misma lo cual afecta el efectivo manejo en casa favoreciendo dinámicas de sobreprotección, codependencia o desligamiento y generando dificultad para el manejo efectivo de límites. Plantean también la dificultad para aceptar el diagnóstico de esquizofrenia y la culpa que ello genera. Con respecto a la adicción consideran que lo más complicado para las familias es comprender las recaídas como parte de un proceso y ello termina generando interacciones familiares disfuncionales.

Asimismo, consideran importante enfocarse en las propias características de las familias, ciclo vital familiar y modo en cómo se encuentra conformado el sistema; en este sentido se podría encontrar historia de adicción, violencia intrafamiliar, conflictos con la ley, antecedentes de abuso sexual, historia de trauma complejo y de enfermedades mentales entre otros; además del síndrome del cuidador. De modo que todo lo anterior limita las posibilidades de afrontamiento de las familias.

Se plantea también la dificultad para el manejo de las crisis y ayudar al paciente en cuanto a la adherencia al tratamiento, poca supervisión al respecto y la posibilidad de transgresiones medicamentosas.

Finalmente proponen como otras dificultades que enfrentan las familias la falta de un lugar donde tener la atención adecuada y psicoeducación pertinente; debido al alto costo de los centros privados y los recursos limitados del estado, lo cual propicia que el proceso terapéutico no tenga la continuidad que se espera. Señalan también la ausencia de recursos comunitarios, pocas políticas estatales y apoyo institucional en cuanto a la patología dual. Asimismo, los entornos sociales marginales.

**Dentro de la interacción familiar, ¿Cuáles considera que podrían ser detonantes de una recaída en cuanto a consumo de sustancias?**

En este sentido, se refieren a dinámicas familiares disfuncionales con patrones de vinculación y comunicación poco acertados. Comentan acerca del estrés familiar, eventos en el ciclo vital familiar con la capacidad de generar desequilibrio tanto en el paciente como en el resto del sistema (nacimientos, fallecimientos, cambios de residencia, separaciones, etcétera), alta emocionalidad expresada y de niveles de criticismo, soluciones intentadas una y otra vez que terminan convirtiéndose en fuente de estrés, baja tolerancia a la frustración tanto en el paciente como en el resto de la familia, la sobreprotección o la sobreimplicación, control excesivo o desligamiento y codependencia.

**¿Cuáles factores considera que influyen negativamente en el curso de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos?**

Consideran que, si la red de apoyo no está fortalecida, es poco saludable y tiene pocos recursos de afrontamiento, el curso de la enfermedad se verá afectado. Al respecto, concuerdan en que desafortunadamente la mayoría de las familias con las cuales se trabaja en la práctica, se caracterizan por mantener un entorno caótico, con gran cantidad de estresores como (adicción, enfermedades mentales y limitaciones económicas), comunicación poco asertiva y límites poco claros. Asimismo, se refieren a las creencias de muchas familias sobre la enfermedad (subjetivas, místicas o fantasiosas), como elementos negativos en el curso y proceso terapéutico.

**¿Qué recursos terapéuticos considera más relevantes para ser incluidos dentro de la guía con el objetivo de facilitar el enfrentamiento del problema a la familia o personas de apoyo del paciente?**

En este sentido, el Dr. Vindas considera necesario confeccionar dos protocolos estilo “SOS” que sirvan de herramienta a las familias en su casa:

**Protocolo para el abordaje de la ideación suicida en casa:** En el cual se eduque a los familiares para identificar si se trata de ideas autolesivas, ideas pasivas de muerte, ideas de acabar con su vida sin plan estructurado o con un plan estructurado (si es así, identificar si realmente puede llevarlo a cabo o no), se brindan estrategias de acompañamiento y actuación en cada uno de los casos, así como los contactos directos de instituciones donde puede encontrar intervenciones en crisis telefónicas y ayuda de ser necesaria para un traslado al centro médico.

**Protocolo para el manejo de crisis psicóticas en casa:** El cual eduque a los familiares para reconocer signos y síntomas previos, identificar el grado de la crisis (leve-moderada-severa), estrategias o acciones a seguir según sea el caso e igualmente contactos donde buscar ayuda en caso de ser necesario.

Al respecto, la Dra. Meza comparte que es importante enseñar estrategias a las familias para lidiar con las crisis psicóticas. Asimismo, plantea que es relevante el abordaje del sistema familiar en cuanto a temas como: habilidades comunicacionales (asertividad, lenguaje verbal y no verbal), solución de problemas (delimitarlo, aportar soluciones y ventajas de estas, por ejemplo), manejo de límites, estrategias de autorregulación y autocuidado y manejo de las distorsiones familiares (los debería, las autoexigencias, la devaluación), así como reestructuración de las cogniciones.

La Dra. Moreno por su parte, considera necesario habilitar espacios de terapia familiar sistémica donde se pueda trabajar con la estructura familiar, pautas de interacción y comunicación, además donde se pueda captar familiares del paciente que ameriten un espacio psicoterapéutico individual en el que puedan trabajar su propia historia, generar introspección y abordar su sufrimiento; partiendo de la premisa de “estar bien para poder ayudar a otros”. Añade que esta sería una opción viable para evitar que el sistema se desgaste y se quede con la idea de que nada de lo que hace funciona.

Por su parte la Dra. Díaz concuerda en que es sumamente importante trabajar con las familias, enfatiza en aspectos como jerarquía, estrategias de comunicación y ciclo vital

familiar. Además, agrega que es importante el establecimiento con las familias de un plan de prevención de recaídas en caso de que el paciente se encuentre en abstinencia.

A propósito de lo anterior, el Lic. Retana cree que el trabajo grupal es fundamental; pero debe ir precedido de una preparación individual de cada sistema familiar donde se pueda observar su comportamiento, y de encontrarse en crisis valorar si están listos para la participación grupal-terapéutica. Añade la importancia de respetar el derecho de la familia a no querer participar en un abordaje grupal, basado en el marco de los derechos humanos.

**¿Con base a cuál o cuáles perspectivas teóricas considera más pertinente que se elabore una guía psicoeducativa dirigida a familiares y personas de apoyo de paciente en condición de patología dual, según su experiencia en el campo?**

Los profesionales concuerdan en que la psicoeducación con las familias sobre patología dual al igual que su abordaje, debe ser integral centrado en terapias basadas en evidencia. Todos comparten en que debe hacerse uso de la terapia familiar sistémica, el modelo cognitivo conductual, terapia racional emotiva conductual, el modelo transteórico del cambio, entrevista motivacional y prevención de recaídas. Asimismo, plantean relevante incluir elementos de la teoría del apego, terapia Gestalt y logoterapia. Además, consideran necesario incluir educación sobre el modelo de reducción de riesgos y daños con el fin de no limitar el abordaje exclusivamente a familias cuyos pacientes han decidido la abstinencia. Finalmente, tanto la Dra. Meza como el Dr. Vindas concuerdan en que se podría incluir el modelo terapéutico EMDR para el abordaje de trauma complejo tanto en el paciente como en sus familiares.

#### **4.5.3. Análisis de resultados: Perfil del paciente**

Como se mencionó anteriormente, dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, se describen varias condiciones. Para efectos de este proyecto investigativo, llama la atención que en la muestra únicamente se encontraron diagnósticos de esquizofrenia y trastorno psicóticos agudos transitorios; de modo que se hizo mayor énfasis en dichas condiciones. Sin embargo, cabe mencionar que también se engloba

dentro del espectro, otros trastornos como el delirante, el esquizofreniforme o el esquizoafectivo; mismos que igualmente suelen concurrir con el consumo de sustancias.

Con el fin de tener mayor claridad sobre el perfil del paciente cuya familia participó en la investigación, es importante destacar y analizar algunos datos sociodemográficos obtenidos:

Con respecto a la edad de inicio de consumo cabe señalar que a los quince años más de la mitad de los pacientes cuyas familias participaron en la investigación, ya habían iniciado el consumo de drogas; y al cumplir la mayoría de edad el porcentaje aumenta al 93.8%.

Este dato puede estar relacionado con diversos estudios que contemplan la vulnerabilidad del cerebro adolescente para desarrollar una conducta adictiva. Según Patia (2012) esto se relaciona con el impacto de las drogas en un cerebro en formación en el que se produce una mayor activación del sistema de recompensa y la amígdala, mientras que el área prefrontal aún se encuentra inmadura.

Con respecto a los tipos de familia, se encontró que en la mayoría de los sistemas familiares que participaron hay historia de separación de los padres o se trata de familias en las que el paciente creció únicamente con uno de los progenitores, generalmente la figura materna como señalan varios estudios y en este no es la excepción. Lo anterior probablemente implique a su vez, acontecimientos que impactaron el núcleo familiar antes y después de la separación o divorcio en el caso de las familias con padres separados y antecedentes de abandono o fallecimiento por parte del padre biológico generalmente, en el caso de las familias monoparentales; mismos que suponen eventos significativos en la historia de vida y proceso de desarrollo del ser humano. En este sentido, Puella et al., (2014) plantean que cualquiera que sea la causa de la monoparentalidad origina una disrupción del ciclo vital dando lugar a cambios en las reglas, en los límites y en las relaciones, y conlleva la necesidad de reorganizar el sistema familiar. Sin embargo, desafortunadamente en la mayoría de los casos la estructura y jerarquía de la familia que venía disfuncionando no se logra reorganizar de un modo más efectivo que permita la contención idónea de los hijos e hijas; y tal debilitamiento podría favorecer el inicio de

conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas a temprana edad. Dicha situación es mencionada por los profesionales entrevistados quienes describen desde su experiencia en la práctica a sistemas familiares caóticos, con estructuras y jerarquías mal organizadas, dificultad en el establecimiento de límites y generalmente polarizados ya sea hacia el desligamiento o hacia el control extremo.

Otros aspecto relevante, es que la muestra con la que se trabajó en el proyecto evidencia lo planteado por el DSM-IV en cuanto a la reducción de actividades importantes a nivel social y laboral en pacientes dependientes a sustancias y lo expuesto en el DSM-5 con relación al deterioro en el nivel de funcionamiento interpersonal, académico y laboral de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. En este sentido se encontró que el 71.9% de los pacientes cuyas familias participaron en la investigación no finalizaron la secundaria; además, que en la actualidad el 56.3% no se encuentra activo laboral y solamente uno logró independizarse y establecer su propia familia.

Con relación a lo anterior, cabe mencionar en cuanto al número de internamientos de los pacientes cuyas familias participaron del proceso, que se observa además una tendencia al reingreso y la cronicidad de la enfermedad ya que en más de la mitad de la muestra se reportan más de dos y hasta cinco internamientos.

#### **4.5.4. Análisis de resultados: Sobre la comprensión de las familias en cuanto a la condición del paciente y necesidades de intervención-psicoeducación.**

El eje central de esta investigación radica en entender la experiencia vivencial de las familias al lado del paciente con diagnóstico dual; y a partir de ello tener mayor claridad sobre las necesidades de psicoeducación al respecto. En este sentido los resultados permiten formular el siguiente análisis:

La mayoría de las familias no tienen claro el significado de patología dual, lo cual llama la atención puesto que la psicoeducación sobre el término asienta las bases para la comprender la condición de su familiar. Da la impresión de que las familias comprenden ambas enfermedades desde una perspectiva paralela y no como un ente clínico; a pesar de

que la mayoría concuerda en que ambas condiciones se afectan, como se evidencia en la siguiente tabla.

**Tabla 23**

*Tabla cruzada: Número de internamientos y percepción de las familias sobre la relación entre consumo y conductas que conllevan a la hospitalización.*

Número de internamientos		sí	no	Tal vez, podría ser
Un internamiento	Recuento	9	1	2
	% dentro de Relación entre consumo y conductas que conllevan al internamiento	36,0%	50,0%	40,0%
De dos a cinco	Recuento	13	1	3
	% dentro de Relación entre consumo y conductas que conllevan al internamiento	52,0%	50,0%	60,0%
De seis a diez	Recuento	2	0	0
	% dentro de Relación entre consumo y conductas que conllevan al internamiento	8,0%	0,0%	0,0%
Más de diez	Recuento	1	0	0
	% dentro de Relación entre consumo y conductas que conllevan al internamiento	4,0%	0,0%	0,0%

---

conllevan al  
internamiento

---

Al cruzar la información entre el número de internamientos del paciente y lo que opinaron las familias respecto a la relación entre el consumo y las conductas que conllevan a la hospitalización; se encontró una mayor tendencia a considerar que el consumo de sustancias psicoactivas afecta directamente la conducta del paciente lo cual por ende conlleva a los internamientos y el deterioro de su funcionamiento, independientemente de cuántas veces ha sido internado su familiar. En este sentido, cabe señalar que, en el grupo más significativo de la muestra, compuesto por familias de pacientes que tienen entre dos a cinco internamientos el 52% considera que hay relación directa entre el consumo de drogas y las conductas que conllevan a la hospitalización. Al respecto, entre quienes el familiar cuenta con un solo internamiento el 36% responde que sí existe tal relación. En cuanto a familias de pacientes que cuentan con seis a diez internamientos solo se encuestaron dos familias que consideran que sí están relacionados, al igual que la única familia que participó cuyo familiar cuenta con más de diez internamientos.

A propósito de lo anterior, los profesionales entrevistados señalan como componente teórico relevante el significado de comorbilidad para una mejor comprensión de las familias. Cabe recalcar que consideran la falta de comprensión de la patología como una de las principales limitaciones que tienen las familias para un manejo efectivo del paciente en casa.

Por otro lado, valorando las respuestas brindadas por los sistemas familiares en la primera parte de la encuesta, se evidencia que a nivel de conceptualización de la enfermedad existe una mayor necesidad de psicoeducación con respecto a la esquizofrenia o trastornos psicóticos. En este sentido se identifica que es importante trabajar la creencia en las familias de que la psicosis es sinónimo de agresividad. Asimismo, se detectó que es relevante explicarles a las familias la diferencia entre delirios y alucinaciones, desde un enfoque en el cual comprendan la alteración en el pensamiento y en la sensopercepción a

causa de la enfermedad. Por otro lado, resulta conveniente que tengan mayor comprensión sobre el pensamiento desorganizado y su influencia en el discurso del paciente, y en cuanto a la presentación de los síntomas negativos con el fin de beneficiar sus interacciones. Los profesionales en este sentido señalan que la dificultad que presentan las familias para aceptar el diagnóstico probablemente genere cierta resistencia a buscar información al respecto, por lo menos al momento en que se diagnostica y los primeros años del curso de la enfermedad; de modo que, trabajar con dicha resistencia abordando el tabú y los mitos que aún existen alrededor de la condición sería un buen punto de partida para recorrer el camino junto con las familias.

En cuanto a lo que significa adicción y sus implicaciones, si bien es cierto se encontró que las familias poseen más información; las respuestas evidencian que es prudente trabajar en cuanto a la identificación de la conducta adictiva como una enfermedad progresiva. En este sentido, un concepto tan relevante para explicar cómo se constituye una adicción, como lo es la tolerancia es poco conocido por las familias. Lo mismo sucede con respecto al concepto de recaída puesto que es comprendido por quienes participaron en la encuesta únicamente en términos de retorno al consumo y no desde una perspectiva más amplia que permita visualizarlo como una etapa del proceso de cambio y fuente de aprendizaje, tal como lo explican los profesionales entrevistados.

Al analizar la implicación de las familias participantes en el proceso del paciente se encontró que prácticamente todas a excepción de una consideran que la problemática les compete a todos en la familia; no obstante, a pesar de que se menciona el apoyo y ayuda que se le puede brindar, varias respuestas surgen en función del impacto en el resto del sistema en consecuencia de la actitud y conductas del paciente. Asimismo, al estudiar las respuestas de las familias en cuanto a factores de recaída en el consumo de drogas, menos de la mitad consideró la dinámica familiar; sin embargo, autores como Becoña et al. (2008) exponen que la familia es el escenario en el que ocurren las adicciones a lo largo de las diferentes etapas de la vida, no solo en cuanto a la familia de origen, sino que también, las modalidades de familia conformadas en la vida adulta quienes soportan, mantienen y padecen los problemas relacionados con las adicciones. Al respecto, los

profesionales entrevistados hablan de factores que mantienen la conducta adictiva tales como: las dinámicas de codependencia o sobreimplicación, altos niveles de criticismo, desligamiento o control excesivo y sobreprotección.

Continuando con el análisis de la implicación familiar, no se puede dejar de lado el desgaste que puede sufrir el sistema; lo cual fue mencionado por el 28.1% de las familias participantes. Los profesionales entrevistados hacen énfasis en los grados de frustración que pueden alcanzar quienes desempeñan el papel de red de apoyo de un paciente con diagnóstico dual, puesto que en muchos casos la idea que tienen es que, nada de lo que se hace funciona. Probablemente la muestra con la que se trabajó en este proyecto no sea la excepción en este sentido; puesto que encontramos que la mayoría considera el apoyo como la principal solución intentada e incluso ante la consulta por nuevas estrategias de afrontamiento, llama la atención que en varias respuestas se menciona explícitamente que “ya se ha hecho de todo”, lo cual desde sus perspectivas seguramente sea cierto. No obstante, tal como indican los profesionales, las familias necesitan una guía que les fortalezca desde el nivel individual y posteriormente como sistema, y a partir de ello puedan orientar sus recursos de forma más adecuada.

Con referencia al sistema y sus dinámicas de interacción y comunicación se encontró que las opiniones están divididas entre estilos asertivos o aceptables y disfuncionales o complejos. Sobre el mismo tema como ya fue mencionado anteriormente, los profesionales señalan que desde su experiencia la mayor parte de los sistemas familiares de pacientes con esta condición se caracterizan por entornos caóticos, dinámicas disfuncionales y patrones de vinculación y comunicación poco acertados; por ende, enfatizan en la intervención sistémica como modelo que debe priorizarse en la atención de la patología dual.

A nivel de temas de psicoeducación se evidencia una mayor necesidad en cuanto al manejo del paciente en casa. Al respecto, si bien es cierto se podría facilitar algunas recomendaciones; se debe señalar que para abordar realmente tal necesidad es crucial trabajar con el sistema familiar con la finalidad de favorecer un ambiente estable que

contribuya con el proceso terapéutico del paciente identificado, tal como lo señalan los profesionales entrevistados.

En fin, a nivel de temas de psicoeducación lo que solicitan las familias que participaron en la investigación no dista de lo que consideran los profesionales. Al respecto se observa que precisamente, quienes participaron de la encuesta consideran importante el acceso a más información sobre la comorbilidad entre esquizofrenia o trastorno psicótico y consumo de sustancias principalmente en lo relacionado a curso y pronóstico de la enfermedad, tratamiento farmacológico, así como recursos y posibilidades de rehabilitación del paciente.

#### **4.5.5. Principales hallazgos de la investigación.**

- Hay poca claridad respecto al significado del término patología dual entre las familias participantes, lo cual para los profesionales entrevistados implica una limitación ya que consideran la introducción sobre comorbilidad como una de las bases psicoeducativas.
- Según los profesionales un factor asociado a la poca comprensión de la enfermedad dual por parte de las familias, podría ser la resistencia al diagnóstico. Por lo cual sugieren la importancia de abordar los mitos y tabúes asociados a la condición.
- Existe una alta percepción por parte de las familias del consumo de sustancias psicoactivas como detonante de las conductas que conllevan al internamiento psiquiátrico y como factor del deterioro en el funcionamiento de su familiar.
- Poca comprensión por parte de las familias sobre la enfermedad mental y sus manifestaciones clínicas. Por ejemplo, la afectación a nivel de pensamiento y sensorpercepción y la manera en que la alteración a nivel de pensamiento afecta el discurso de su familiar.
- A pesar de que las familias participantes evidencian mayor claridad respecto a

lo que implica la adicción; no es comprendida la conducta adictiva como un proceso progresivo en el cual la recaída forma parte.

- Se evidencia una marcada ambivalencia respecto a la percepción de las familias sobre la dinámica interaccional y de comunicación que se establece con el paciente.
- La mayoría de las familias participantes perciben la dinámica de vinculación familiar en torno al comportamiento del paciente identificado. Por otro lado, menos de la mitad consideró el ambiente familiar como factor de recaída.
- La experiencia de los profesionales con familias de pacientes que presentan patología dual es que la mayoría de estos sistemas se desarrolla en ambientes caóticos, disfuncionales, con pautas vinculativas poco asertivas y altos niveles de EE.
- Alta atribución por parte de las familias a las variables ambientales y entornos fuera del núcleo familiar en los que se desenvuelve el paciente como un factor de recaídas.
- Se evidencia el desgaste de la red de apoyo familiar como un factor relevante ante una eventual intervención.
- Según los profesionales las familias necesitan una guía que les fortalezca desde lo individual y luego como sistema con el fin de que logren orientar sus recursos de modo más eficiente.
- Se plantea por parte de los profesionales la importancia de dotar a las familias con protocolos SOS, orientados al manejo de conductas suicidas y crisis psicóticas para el adecuado abordaje del paciente en su casa.
- Los profesionales plantean la conveniencia de usar modelos basados en evidencia toda vez que se quiera realizar procesos de intervención sobre este

tema.

- La evolución hacia modelos de prevención de recaídas o reducción de daños como parte de un abordaje más asistencial, es planteada por los profesionales como un paso relevante en este sentido.

#### **4.5.6. Integración sobre la relevancia de la teoría con relación a los datos obtenidos a partir de la triangulación de fuentes de información.**

Se han citado en el desarrollo del presente documento diversos estudios sobre la patología dual y su abordaje, que concuerdan en la importancia de incluir a la familia durante proceso de intervención de pacientes que presentan la condición.

Al respecto, la investigación evidencia la necesidad percibida por las familias encuestadas en cuanto a una mayor implicación con respecto al proceso de su familiar, a partir de la cual se faciliten herramientas y recursos que les faculten como agente positivo a nivel ambiental y uno de los elementos principales dentro de la prevención de recaídas. En este sentido los profesionales entrevistados durante el proceso coinciden en la relevancia que supone contar con un sistema familiar comprometido con el equipo en salud mental; no obstante, su experiencia también les ha reflejado que, a pesar de su deseo de vinculación activa con el proceso, en su mayoría se trata de redes de apoyo desgastadas que llevan muchos años a la par del paciente y donde puede que existan otros conflictos intrafamiliares, limitando su accionar.

La terapia familiar sistémica plantea la comprensión del sistema y sus subsistemas como base para las intervenciones terapéuticas. Una de sus premisas es que cada sistema familiar funciona de un modo único desarrollado a partir de su propia historia, las interacciones, las pautas comunicacionales e individualidad de cada uno de sus miembros. Se trata de un modelo robusto que facilita realizar un diagnóstico de la familia a partir del cual generar opciones de tratamiento. El integrar a los familiares del paciente con diagnóstico dual en su proceso implica comprender la forma en como funciona el sistema y el modo en como

han construido su perspectiva de mundo, como bases para analizar y abordar la forma en como entienden la enfermedad mental y la adicción del familiar. Con base a ello es que la literatura ha considerado la terapia familiar sistémica como una alternativa de intervención eficaz para la patología dual, siendo respaldada a partir de la experiencia laboral en salud mental, tal como lo han señalado los profesionales que colaboraron con este estudio.

Ahora bien; la mayoría de los estudios consultados sobre patología dual plantean que se trata de una condición compleja que presenta gran cantidad de factores que pueden influir en un eventual proceso terapéutico. Dicha complejidad y variabilidad del cuadro es reflejada en esta investigación, a partir de la información recabada con las familias y los puntos de vista expuestos por los profesionales; quienes, a propósito, plantean la necesidad de un abordaje ecléctico que permita contar con diversas técnicas, recursos y procedimientos para ofrecer intervenciones integrales. En este sentido la propuesta que hacen es en torno a modelos terapéuticos basados en evidencia que han sido brevemente explicados a nivel conceptual en este trabajo; entre ellos el modelo cognitivo conductual, el modelo transteórico, la entrevista motivacional, la prevención de recaídas y el modelo de reducción del daño.

#### **4.6. Propuesta teórica- metodológica de psicoeducación a las familias.**

##### **4.6.1 Elementos teóricos**

Las siguientes tablas contienen un conglomerado de los principales temas por área, que debe contener una guía psicoeducativa para familiares de pacientes con diagnóstico de patología dual.

**Tabla 24***Abordando la patología dual (conceptos clave)*

- 
- Concepto de enfermedad.
  - Conceptualización de la patología dual: Significado y modelos explicativos.
  - Conceptualización del Espectro de la esquizofrenia: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Así como mitos y creencias sobre la condición.
  - Principales signos y síntomas asociados a esquizofrenia y otros trastornos psicóticos e identificación de estos.
  - Curso y pronóstico de la enfermedad mental con relación al uso o abstinencia de sustancias psicoactivas: Impacto en otras áreas del funcionamiento y salud física.
  - Conceptualización de adicción: ¿Qué es una droga?, Niveles de adicción y el sistema de recompensa.
  - Conceptualización de la dependencia a sustancias psicoactivas: conceptos de dependencia física, dependencia psicológica, tolerancia, abstinencia y craving.
  - Intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas e implicaciones en la salud mental.
  - Etapas del proceso de cambio en conductas adictivas
  - Concepto de recaída: entendido como “la norma no la excepción”. Factores de riesgo y protección.
  - Recaída en cuanto a la enfermedad mental.

- Estrategias para el manejo de la culpa, vergüenza, miedo y angustia.
  - Programas de rehabilitación y reinserción social.
- 

## **Tabla 25**

### *Rol e importancia de la familia en el proceso terapéutico*

---

- La familia como un sistema: Características de la familia
- Crisis familiares (propias del ciclo vital familiar) y eventos críticos (violencia intrafamiliar, abuso sexual, conflicto con la ley, trauma complejo).
- Estrategias de solución de problemas: delimitación del problema, posibles soluciones, ventajas o desventajas.
- Estructura familiar: Pautas de comunicación (verbal y no verbal) y modos de interacción, dinámicas disfuncionales de sobreprotección o desligamiento.
- Conceptualización de emoción expresada: componentes.
- Conceptualización de codependencia: roles de los familiares.
- Límites claros: importancia y cómo establecerlos.
- Estrategias de cuidado familiar: autocuidado de cada miembro y técnicas de autorregulación.
- Cómo sobrellevar el sufrimiento por la condición del paciente.
- Síndrome del cuidador.

- Solución intentada y desgaste familiar.
  - Distorsiones familiares: “los debería”, las autoexigencias y la devaluación.
  - Protección y acompañamiento al paciente en proyecto de vida y propia autonomía a partir de expectativas realistas.
- 

## **Tabla 26**

### *Tratamiento farmacológico*

---

- Principales fármacos utilizados en patología dual.
  - Concepto de adherencia al tratamiento.
  - Posibles efectos secundarios y qué hacer si se presentan.
  - Efecto de la interacción fármaco – sustancia psicoactiva
  - Manejo efectivo de las dosis.
  - Estrategias para enfrentar la renuencia del paciente a tomar el fármaco.
-

**Tabla 27***Manejo de los brotes psicóticos (Protocolo)*

- 
- Identificación de síntomas: pródromo y Señales de alerta.
  - Significado de juicio psicótico.
  - Identificar el grado de la crisis (leve-moderada-severa) y pasos a seguir según sea el caso (comunicación y comportamiento por parte de la familia para contener al paciente)
  - Guía de contactos donde comunicarse para solicitar ayuda.
  - Protocolo de traslado al hospital de paciente descompensado. (Pronunciamento de sala cuarta)
- 

**Tabla 28***Manejo de las crisis suicidas (Protocolo)*

- 
- Factores de riesgo y protección
  - Estrategias para Detección de la conducta suicida
  - Identificación: idea suicida, intento suicida, plan suicida (estructurado): ¿Qué hacer en cada caso?
  - Guía de contactos donde comunicarse para solicitar ayuda.
-

#### 4.6.2 Metodología

Los resultados de la investigación permiten identificar que la forma más efectiva para presentar una guía psicoeducativa a familiares de pacientes con patología dual es a través de la Terapia Grupal Multifamiliar.

Un eventual pabellón de patología dual en el HNP facilitaría la implementación de un abordaje integral para el paciente y su familia. Algunas pautas metodológicas podrían ser:

- Entrevista individual al paciente para conocer su percepción respecto a su entorno familiar.
- Entrevista familiar para conocer sus características y valorar si sus miembros son aptos para participar de una terapia grupal multifamiliar.
- Establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de las familias para participar en la terapia grupal multifamiliar.
- Acciones que tomar con las familias consideradas no aptas para participar en la terapia grupal: Trabajo individual con la familia (presentación de elementos clave de la guía), abordaje individual de alguno de sus miembros, criterios de referencia de los familiares identificados para procesos de psicoterapia individual, según su área de atracción, y socialización/entrenamiento en la guía para profesionales que laboren fuera del casco central, quienes puedan facilitar la psicoeducación a familias de zonas rurales.
- Sesiones de preparación de las familias aptas para participar en la terapia grupal.
- Definir la estrategia a utilizar para la presentación de la guía al grupo multifamiliar: taller psicoeducativo o terapia grupal, por ejemplo. Así como la logística: Número de familias por grupo, número de sesiones, duración de las sesiones, distribución de los temas.

## V. Conclusión

La problemática relacionada al consumo de drogas es reconocida como un asunto de salud pública a nivel mundial; aunado a ello como se evidencia en diversos estudios y ha sido mencionado en este documento, la incidencia de la comorbilidad entre consumo y trastorno mental ha crecido en los últimos años.

El panorama en Costa Rica refleja tal realidad, siendo que desde hace unos años se ha observado un comportamiento preocupante relacionado a la patología dual, donde la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas y de PEP secundario al consumo cada vez es menor.

Nuestro país cuenta con un sistema sanitario robusto y en temas de salud mental, contar con un hospital especializado como el HNP, facilita y favorece la intervención de pacientes con patología dual a quienes se les ofrece una hospitalización cuyos objetivos principales son la comprensión de su condición y compensación de su estado mental. No obstante, como evidencian diversos estudios, cuando se trata de la dualidad entre consumo de sustancias psicoactivas y trastornos relacionados al espectro de la esquizofrenia la reincidencia en cuanto a hospitalizaciones tiende a ser elevada, lo cual genera altos costos al sistema sanitario. De modo que buscar nuevas estrategias para el abordaje de la condición contribuye con beneficios tanto a nivel del abordaje de la enfermedad como en cuanto al manejo efectivo de los recursos del sistema.

Ya ha sido mencionado el papel esencial de la familia en el curso y pronóstico de la enfermedad dual, siendo un factor de protección o de riesgo en cuanto a recaídas ya sea en la conducta adictiva o brotes y crisis psicóticas.

El modo en cómo el sistema familiar comprenda la condición del paciente influirá en las pautas interaccionales y de comunicación en el hogar, por tanto, el establecimiento de un programa de psicoeducación a familias de pacientes con patología dual probablemente se convierta en un recurso valioso tanto para ellas como para el sistema sanitario.

En este sentido, se propone la presentación de la guía desde la Terapia Grupal Multifamiliar por las siguientes razones:

- Favorece el abordaje integral de la condición del paciente.
- Fortalece la relación sistema sanitario-familia y favorece la percepción de apoyo, y acompañamiento por parte del paciente y sus familiares.
- Permite una presentación de la guía a partir de las necesidades de las familias, favoreciendo su comprensión y espacios de expresión de sentimientos y emociones.
- Favorece la apertura por parte de los sistemas familiares y la posibilidad de conocer sobre la situación a partir de las vivencias de otras familias.
- Permite trabajar el compromiso familiar con el proceso terapéutico del paciente.

## VI. Referencias bibliográficas

- Angulo Atucha, N. (2016). *Esquizofrenia y dependencia a tóxicos. Programa de educación para la salud dirigido a familiares de enfermos con patología dual* [Tesis de grado, Universidad de Zaragoza, Huesca, España].  
<https://core.ac.uk/download/pdf/289987647.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta ed.). Barcelona: MASSON. S.A.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Becerra, J. (2009). Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes. *Salud y Drogas*, 9(2), 209-221.  
[https://www.redalyc.org/pdf/839/Resumenes/Resumen\\_83912988005\\_1.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/839/Resumenes/Resumen_83912988005_1.pdf)
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*.  
[https://www.academia.edu/25454881/elisardo\\_beco%20%91a\\_iglesias\\_bases\\_cientificas\\_de\\_la\\_prevenccion\\_de las drogodependencias](https://www.academia.edu/25454881/elisardo_beco%20%91a_iglesias_bases_cientificas_de_la_prevenccion_de las drogodependencias)
- Becoña, E., Arias, F. Barreiro, C. Berdullas, J. Iraurgi, I. Llorente del Pozo, J. López, A. Madoz, A. Matínez, J. Ochoa, E. Palau, C. Palomares, A. y Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.  
<http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/ManualAdiccionesParaPsicologos.pdf>
- Cano, J., Fierro-Urresta, M. Vanegas, C. Alzate, M. Olarte, A. Cendales, R. y Córdoba, R. (2007). Factores pronósticos de esquizofrenia en primer episodio psicótico. *Revista de Salud pública*. 9(3), 455-464.  
<file:///d:/referencias%20tesis%20patologia%20dual/primer%20episodio%20psicotico%20y%20pronostico%20de%20esquizofrenia.pdf>
- Cardona, D., Zuleta, V. Londoño, L. Ramírez Nieto, L. y Viveros Chavarría, E. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 3(2), 243-258.  
<file:///C:/Users/jmuri/Downloads/DialnetAcompanamientoFamiliarDuranteElTratamientoDePacien-5123797.pdf>
- Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt: Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo social hoy*. 77, 109-133. doi 10.12960/TSH.2016.0006.

- Fundación Argia y Fundación Gizakia. (2012). *Buenas prácticas para la inserción social de personas con patología dual*.  
[http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/Buenas\\_practicas\\_patologia\\_dual.pdf](http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/Buenas_practicas_patologia_dual.pdf)
- Fundación Hospital Provincial de Castellón. (2014). *Manual para familiares de enfermos de patología dual*.  
<file:///d:/referencias%20tesis-%20patologia%20dual/manualfamiliarespatologiadual.pdf>
- García, M., Núñez, L. Arbeo, O. Manrique, E, Portilla, A. Montes, L.. y Fernández de la Vega, O. (2015). Actualización en el tratamiento de la psicosis dual. *Revista de patología dual*. 2(4), 21. doi 10.17579/RevPatDual.02.21.
- Garivay Rivas, S. (2013). *Enfoque sistémico; Una introducción a la psicoterapia familiar*. México: Editorial Manual Moderno.
- Glynn, S. (2013). Intervenciones familiares en esquizofrenia: Esperanza y dificultades a lo largo de 30 años. *Revista de toxicomanías*. (70), 15-23.  
[https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70\\_2.pdf](https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70_2.pdf)
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2005). *Neurobioquímica de la dependencia a drogas*. Costa Rica. IAFA.  
<https://www.iafa.go.cr/images/descargables/cidfa/NEUROBIOQUIMICA-DEPENDENCIA-DROGAS.pdf>
- International Harm Reduction Association (IHRA). (2013). When sex work and drug use overlap: Considerations for advocacy and practice. IHRA.  
[https://www.hri.global/files/2014/08/06/Sex\\_work\\_report\\_%C6%924\\_WEB.pdf](https://www.hri.global/files/2014/08/06/Sex_work_report_%C6%924_WEB.pdf)
- La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES). (2014). Aproximación a la patología dual: propuestas de intervención en la red FEAFES.  
<file:///d:/referencias%20tesis-%20patologia%20dual/aproximacion-patologia-dual-2.pdf>
- Manzilla, F. (2002). *Un enfoque de la codependencia*. Psiquiatría.com.  
<https://psiquiatria.com/article.php?ar=adicciones&wurl=un-enfoque-de-la-codependencia>

- Marín, R y Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Revista de Salud Mental*, 38(6), 395-396. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.060
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*.  
<https://www.academia.edu/search?q=la%20familia%20como%20sistema%20minuchin>
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*.  
[https://www.academia.edu/32755623/Psicoterapias\\_contemporaneas\\_Oblitas](https://www.academia.edu/32755623/Psicoterapias_contemporaneas_Oblitas)
- Ochoa de Alda , I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. HERDER.  
[https://www.academia.edu/19675668/Enfoques\\_en\\_Terapia\\_Familiar\\_Sistemica\\_Inmaculada\\_Ochoa\\_de\\_Alda](https://www.academia.edu/19675668/Enfoques_en_Terapia_Familiar_Sistemica_Inmaculada_Ochoa_de_Alda)
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*.  
[https://www.academia.edu/19675668/Enfoques\\_en\\_Terapia\\_Familiar\\_Sistemica\\_Inmaculada\\_Ochoa\\_de\\_Alda](https://www.academia.edu/19675668/Enfoques_en_Terapia_Familiar_Sistemica_Inmaculada_Ochoa_de_Alda)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f). *Esquizofrenia*.  
<https://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>
- Organización mundial de la salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*.  
[https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spiritual.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spiritual.pdf)
- Patia, L. (2012). Adolescent Neurodevelopment. *Journal of Adolescent Health*. 52(2013), S7-S13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.05.006>
- Pedrero-Pérez, E. (2015). Entrevista motivacional en el tratamiento de las adicciones. En E. Pedrero-Pérez, J. Sánchez de León, A. Verdejo y M. Llanero. *Neurociencia y Adicción*. (pp. 233-240). Sociedad Española de Toxicomanías.  
[https://www.researchgate.net/publication/272565988\\_entrevista\\_motivacional\\_en\\_el\\_tratamiento\\_de\\_las\\_adicciones/link/54e92e8f0cf2f7aa4d53266f/download](https://www.researchgate.net/publication/272565988_entrevista_motivacional_en_el_tratamiento_de_las_adicciones/link/54e92e8f0cf2f7aa4d53266f/download)
- Puente, J. (2012). *Familia con un miembro alcohólico*. Psiquiatría Integral.  
<http://psiquiatriaintegral.com.mx/principal/?p=542>
- Puello, M., Silva, M. y Silva, A (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*.10(2),225-246. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67940023003>
- Rebolledo, R. (2018). *Patología dual en el Día de la Salud Mental, un trastorno actual, un trastorno habitual*. EFESalud. <https://www.efesalud.com/patologia-dual-salud-mental-trastorno-actual-habitual/>

- Roncero, C. Barral, C. Grau-López, L. Ros-Cucurull, E. y Casas, M. (2016). *Protocolos de intervención en patología dual*. EdikaMed, S.L. <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/4-pdual-esquizofrenia.pdf>
- Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científico-sanitaria*. 4(3), 36-45 file:///d:/referencias%20tesis%20patologia%20dual/psicoeducacion%20tena.pdf
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. Montanari, L., Vicente, J. y Domingo-Salvany, A. (2017). Dual diagnosis: a european perspective. *adicciones*. 29(1), 3-5. doi.org/10.20882/adicciones.933
- Uribe López, L., Díaz Mazariegos, J., Segura Corea, N., & Araya Soto, A. (2017). Perfil epidemiológico de la población atendida en el Hospital Nacional Psiquiátrico en consulta externa y hospitalización durante los años 2014 al 2016.
- Vilimelis, I., Monfort, M. Pérez, M. Soler, I. Balaguer, N. y Baquero, A. (2017). *El papel de la familia en el consumo de sustancias*. Fundación Amigó. [https://fundacionamigo.org/wp-content/uploads/2017/11/guia\\_familias\\_proyecto\\_amigo2017.pdf](https://fundacionamigo.org/wp-content/uploads/2017/11/guia_familias_proyecto_amigo2017.pdf)