



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Magíster en Intervención Social

Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y Económicas
Escuela de Trabajo Social

La implicancia de la familia, en el proceso de
rehabilitación de las personas diagnosticadas con
Patología Dual, del Programa de Rehabilitación
Del Hospital Barros Luco

Tesis para optar al grado de Magíster en Intervención Social Mención Familias
Autor: María Consuelo Flores Valenzuela
Docente guía: Verónica Verdugo Bonvallet

Santiago de Chile
2014

Contenido

AGRADECIMIENTOS	4
DEDICATORIA.....	5
PRESENTACIÓN	6
INTRODUCCIÓN.....	7
I.- TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL TEMA A INVESTIGAR.....	9
1.2. OBJETIVOS	13
GENERAL.....	13
ESPECÍFICOS	13
HIPÓTESIS	13
1.3. MARCO INSTITUCIONAL DEL PROGRAMA HOSPITAL DE DÍA, DEL HOSPITAL BARROS LUCO	14
• HOSPITAL BARROS LUCO.....	14
• PROGRAMA HOSPITAL DE DÍA.....	15
II MARCO TEÓRICO	19
2.1 SALUD EN CHILE.....	19
2.1 SALUD MENTAL EN CHILE.....	23
• TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEVERO	29
• LA INSTITUCIONALIDAD DESDE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	30
• PATOLOGÍAS EN LA SALUD MENTAL.....	32
-LA ESQUIZOFRENIA.....	34
-CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y/O ALCOHOL.....	38
-PATOLOGÍA DUAL.....	45
2.3 APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE FAMILIA.....	54
• ALTERACIONES DE LA DINÁMICA FAMILIAR ANTE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.....	57
• LA FAMILIA COMO SISTEMA	61
• EL ENFOQUE ECOLÓGICO –SISTÉMICO DE LA FAMILIA	63
• LA ESTRUCTURA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	66
• LA PERSPECTIVA DEL PODER Y DE LAS FUERZAS EN LA FAMILIA	72
• FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGOS	75
• AFRONTAMIENTO	77
• TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA.....	79

III MARCO METODOLÓGICO	82
3.1 TIPO DE ESTUDIO	82
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA	84
3.3 PLAN DE ANÁLISIS.....	86
• CUADRO RESUMEN DE CATEGORIAS Y SUB-CATEGORÍAS	87
• ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	89
IV CONCLUSIONES	126
BIBLIOGRAFÍA	1355
ANEXO I.....	140
MATRIZ DE ANÁLISIS CATEGORIAL	140
ANEXO II.....	160
MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA	160
A) BASES NEUROBIOLÓGICAS.....	160
B) HIPÓTESIS DOPAMINÉRGICA DE LA ESQUIZOFRENIA	161
C) HIPÓTESIS DOPAMINÉRGICA DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS.....	162
C) SÍNTOMAS NEGATIVOS EN CONDUCTAS ADICTIVAS Y ESQUIZOFRENIA	162
D) TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS DE LOS PSICÓTICOS DUALES.....	163
E) NEUROLÉPTICOS CONVENCIONALES.....	164
G) EFECTOS FARMACOCINÉTICOS DE ALGUNAS DROGAS SOBRE LOS ANTIPSICÓTICOS.....	170

Agradecimientos

Este trabajo de investigación, está especialmente dedicado a todas las personas y sus familias, que deben convivir día a día con el estigma, la discriminación, el miedo, la exclusión social...en definitiva con la patología dual.

No puedo dejar de agradecer a nuestra casa de estudios, que me permitió desarrollar esta tesis, y me entregó herramientas para que este gran desafío lo pudiese concretar al momento de poner en práctica los conocimientos teóricos y la praxis desde el Trabajo Social, al servicio de la personas.

Con mayor fuerza, dedicarlo a mis hijos y a mi madre, gracias por haberme acompañado en cada momento de este pretencioso proyecto profesional, especialmente en los días difíciles y complejos que significó en varias oportunidades la realización de este trabajo. No puedo dejar de agradecer, a un hombre maravilloso, quién fue un gran apoyo y motivación para no desistir y poder concluir este proceso, gracias por la confianza.

Un especial agradecimiento a una querida amiga, que me ha acompañado en los desafíos personales, académicos y profesionales...gracias por darme la oportunidad de compartir los últimos momentos junto a su madre, quién me demostró que el tiempo es un recurso que se acaba, y que el amor finalmente es aquel que nos permite seguir viviendo.

Por último, agradecer a todas aquellas personas que motivaron mi vocación de servicio, especialmente quienes fueron mis guías para a seguir creyendo que es posible, continuar soñando en cambiar el país desde el pensamiento libre y fortalecido con el pensamiento de otros.

Dedicatoria

Quiero dedicarles este trabajo, que fue co-construido con las madres y abuelas que están a cargo de las personas diagnosticadas con patología dual, por toda la fortaleza y entrega que tienen para continuar el camino de la mano de sus seres queridos. Darles las gracias, por abrir la intimidad de sus hogares y sus corazones para compartir conmigo sus dolores y penas más profundas.

De igual manera, quisiera dedicar esta investigación, a todos aquellos profesionales que tienen una sensibilidad especial para trabajar con las desigualdades sociales, especialmente a quienes cumplen su labor profesional en el área de salud mental. Espero que esta leve mirada les pueda servir como punto de partida para profundizar y continuar co-construyendo nuevas praxis unificadoras para el Trabajo Social.

Dedico esta tesis, especialmente a todas aquellas personas que no perdemos las ganas de seguir luchando por nuestro ideales, por nuestras convicciones, a quienes seguimos creyendo que es posible vivir en armonía en un país inclusivo, de mayor igualdad y equidad, en la construcción de un nuevo modelo país, que los sustente y lo motive la justicia social.

Presentación

El presente trabajo de investigación, tiene por finalidad dar cuenta de la real implicancia de la familia de los sujetos diagnosticado con patología dual, que participan en el programa hospital de día del hospital Barros Luco.

Desde el Trabajo Social, fue altamente enriquecedor investigar esta temática, que dice relación con las transformaciones profundas y necesarias que requiere la salud mental en nuestro país, específicamente la invisibilización de la patología dual. En este sentido, el principal interés por indagar el tema, radica en la convicción de que el Trabajo Social puede y debe aportar en estas imperantes transformaciones y construcciones sociales, sobre todo si este desafío considera vincular un ámbito de acción profesional que ha sido escasamente desarrollado, como lo es el Trabajo Social en los espacios de la salud mental.

Metodológicamente, esta investigación corresponde a un estudio exploratorio con alcance descriptivo, para el que se realizaran entrevistas semiestructuradas al adulto responsable del sujeto diagnosticado con patología dual, la cual está enmarcada el trabajo de Tesis para optar al título de Magister en Intervención Social.

Introducción

En la actualidad la Sociedad Chilena es ajena al concepto de Patología Dual¹, sin embargo existen muchas personas y familias que conviven con ello desde hace varios años. Los problemas de salud mental en nuestro país, son de larga data y de poca aceptación social, ya que por lo general quienes los padecen o sufren de ellos, enfrentan la triada social inmediata: prejuicio-estigma-discriminación.

Las garantías estatales son parceladas desde la medicina. Por un lado, el Ministerio de Salud a través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y desde las Adicciones, encontramos al Ministerio del Interior y Seguridad Pública, a través SENDA² Ambos garantizan el tratamiento desde su especificidad, esquizofrenia y consumo problemático de alcohol y/o drogas, no teniendo especificidad en el tratamiento de la población que tiene diagnóstico de patología dual. En general, no se entrega un tratamiento integral y efectivo, que permita abordar esta problemática desde la mirada psicosocial, siendo el enfoque biomédico, el que se ha mantenido en estos tratamientos.

Por otra parte, en la actualidad la familia de las personas diagnosticadas con patología dual, no forman parte del tratamiento, a pesar de ser quienes sobrellevan y contienen la enfermedad y adicción. La existencia de tratamientos de forma ambulatoria, la mayoría de las veces, no contempla esta dimensión que aporta significativamente en la rehabilitación integral del individuo. En tal contexto, entenderemos por familia (que estará asociada a red de apoyo), a una organización que evoluciona en el tiempo hacia una complejidad creciente en la que cambia y mantiene su continuidad desde una

¹ El concepto Patología Dual, es un término que se aplica para designar la existencia simultánea de un trastorno adictivo y un trastorno mental en una misma persona.

² Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol

orientación sistémica, definida como aquel “soporte” social de los sujetos. De tal manera, las familias están sometidas a demandas de cambios internos y externos, es decir una dinamización interrelacional. El cambio es una constante y cualquier análisis de un sistema familiar podrá mostrar una gran fluctuación, flexibilidad frecuente, desequilibrio, entre otros.

El presente trabajo de investigación, se enfocará en la esquizofrenia adherida al consumo problemático de alcohol y/o drogas ilícitas, y la implicancia de la familia en el proceso de rehabilitación del sujeto diagnosticado con patología dual. En el esfuerzo de sistematizar aspectos, que permitan profundizar el conocimiento sobre el fenómeno de la patología dual. Se presentará un análisis sobre la manera en que las familias asumen el proceso de rehabilitación, de esta difícil enfermedad. Esto nos permitirá dar cuenta de qué manera influye la familia en este fenómeno y las posibles soluciones desde el microespacio del Trabajo Social, apuntando hacia la articulación del conocimiento de tal problemática y su abordaje desde lo social.

I.- Tema de Investigación

1.1. Planteamiento del Tema a Investigar

Los procesos de modernización acelerada, generan cambios en muchos aspectos de la vida de las personas, desestabilizando el desarrollo y la salud mental de la población. El aumento en la prevalencia de ellas son causas de un foco importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida. En la aparición y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población, no se encuentran solamente factores biológicos y demográficos, existen importantes aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental que afectan a hombres y mujeres de igual manera.

El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve, ha venido desarrollando acciones dirigidas a la Salud Mental, especialmente a partir de 1990. El ministerio asume la responsabilidad de iniciar un cambio significativo en este campo de la acción sanitaria, de la forma más participativa y consensuada posible, impulsando en el año 2000 el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría el cual tiene como meta una nueva visión de la salud mental en nuestro país (Ministerio de Salud, Programa de Salud Mental 2000).

La incidencia de Esquizofrenia en Chile, se puede calcular en doce casos nuevos por cada cien mil habitantes por año, observando que 5 de cada 1.000 personas mayores de 15 años presentan esta patología (Minoletti A, 2005).

Cabe señalar, que el 1% de la población vive una realidad a la sombra de la esquizofrenia, distinta al resto de la población. En esta realidad participan personajes, historias, comportamientos y voces que solo ellos pueden identificar; y que a ratos se

transforma en una pesadilla de la que no es posible salir por sí solo. La alteración del “pensamiento formal “y la “disgregación de ideas” son la base de esta enfermedad, que causa un deterioro en todos los aspectos de la vida. En un tratamiento biopsicosocial, más allá de la farmacología (que la incluye), permitiría disminuir al máximo los periodos de crisis provocadas por esta “realidad” alterada, que incide en su yo y su entorno (Ministerio de Salud, 2011).

De acuerdo a datos entregados por el Ministerio de Salud, a propósito del consumo de drogas, la prevalencia de este durante el último año es altamente preocupante. La Marihuana (THC) en Chile alcanza un (6,7%) población entre 12 y 64 años de edad, cifra menor que las reportadas en Estados Unidos (12,5%), Canadá (13,6%) y Argentina (7,2%), pero mayores a la de otros países como Colombia (2,3%) y Brasil (2,8%). En el caso del consumo de Cocaína en el último año, Chile presenta un consumo de (2,4%), que es menor que el de Estados Unidos (2,8%) y de Argentina (2,8%), pero mayor que el de Colombia (0,8%) y Canadá (1,9%) (UNODC, 2010). De acuerdo a las cifras antes señaladas, Chile se encuentra en una posición intermedia de consumo de las sustancias ilícitas, entre los países de la región.

En Chile, el consumo de marihuana alcanza un 6,4% de la población entre 12-64 años y un 17% de la población entre 19-25 años. El consumo de marihuana ha aumentado en un 160%, desde 1994 hasta el 2008. Como en otros lugares, el consumo de marihuana es mayor entre los jóvenes y tiende a bajar de manera abrupta después de los 25 años: la prevalencia del grupo 26-34 años ha sido en forma constante la mitad o menos de la que existe entre jóvenes de 19-25 años y ha tendido a permanecer estable en la última década¹⁰ (Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014).

En relación con el consumo de cocaína, un 1,8% de la población refiere haber consumido al menos una vez esta droga en el último año, lo que refleja un aumento del 200%, con respecto al año 1994. Entre las razones que se han planteado para explicar el alza en el consumo de esta droga, se encuentra la disminución en el precio a lo largo de los años,

asociado a una menor pureza de la droga que finalmente se comercializa. Las declaraciones de uso de pasta base de cocaína (PBC), por su parte, alcanzan al 0,7% de la población y su prevalencia se ha mantenido estable¹⁰ (Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014).

En el caso del alcohol, la prevalencia declarada de consumo creció fuertemente desde el año 1994 hasta el año 2002 (punto más alto de la tendencia), para estabilizarse posteriormente. En el 2008, uno de cada dos chilenos de entre 12 y 64 años informó haber bebido alcohol durante el último mes. Los hombres presentan una mayor prevalencia en todos los períodos entre el año 1994 y el 2008 y el grupo de entre 19 a 34 años es el que presenta la mayor prevalencia (60%) desde el año 2010 (Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014). Los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009, muestran el consumo de OH per cápita alcanzaría a los 8,8 litros.

Las enfermedades de salud mental, son una manifestación de necesidades crecientes de la población; generando cambios en los estilos de vida, y desestabilizando el desarrollo y la salud mental, que se está generando producto de los procesos de modernización acelerada, cambios culturales, sociales, políticos y económico.

De igual manera, el Ministerio de Salud, entrega un programa de trabajo para la atención de las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia, y desde ahí se programa el tratamiento y las intervenciones, sin identificar la patología dual como concepto que requiere un trabajo y un esfuerzo multisectorial, ya que cruza las enfermedades de salud mental y el consumo problemático de alcohol y/o drogas.

Por lo antes expuesto, es posible señalar, que ambas instituciones (Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior a través de SENDA), se encuentran en conocimiento de la existencia de un grupo focalizado e identificado, el cual necesita tratamiento que debiesen considerar a lo menos: protocolos o guías clínicas acordes a la complejidad del

paciente (ambulatorios, residenciales, corta estadía), enfoque acorde a especificidad de las nuevas poblaciones a atender, abordar co-morbilidad psiquiátrica y junto con ello, abordar familia y la integración social.

Por otra parte, existe consenso, en que la familia posee mecanismos innatos para sobrellevar momentos estresores, sin embargo si estos mecanismos no son reforzados por una adecuada intervención, en la que se podría anular el esfuerzo entregado por el sujeto, ya que el rol que juega en la familia es fundamental para que se sienta parte de la misma.

Como señala Nidia Aylwin, todas las familias, desarrollan fortalezas y capacidades básicas, para promover su crecimiento como grupo, y el de cada uno de los miembros que la conforma, no obstante, dichas fortalezas van en disminución, si la familia no potencia esas capacidades. Cada familia, desarrolla capacidades específicas para proteger a cada integrante de los estresores inesperados de la vida cotidiana, y para promover la adaptación después de una crisis. Paralelamente, las familias se benefician y contribuyen a la red de relaciones y recursos de la comunidad, en especial en los momentos de estrés y crisis (Aylwin N., 2003).

La necesidad de llevar a cabo este estudio, se fundamenta en la importancia que asume la familia para la rehabilitación de estos sujetos, así como en la existencia de estudios que permitan descubrir cuál es el rol que las familias tienen en el proceso de rehabilitación. A pesar de los esfuerzos realizados, hoy en día las políticas públicas, no reconocen al sujeto con patología dual, desde la particularidad que requiere integrar el tratamiento y rehabilitación. La prevalencia sigue siendo el enfoque biomédico, por sobre la mirada integral del problema, limitando su intervención. Si bien, existen algunos centros de atención en patología dual a nivel nacional, estos centros funcionan con cupos de SENDA para las atenciones de la población general, esto ocurre desde la existencia de CONACE, (actual SENDA), sin embargo no se ha diseñado un plan de trabajo con la especificidad que la patología dual y sus familias requieren.

I.2. Pregunta de Investigación, Objetivos e Hipótesis de la investigación

¿De qué manera significan el proceso de rehabilitación, las familias de las personas diagnosticadas con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco?

Objetivos

General

- Conocer la implicancia de la familia en el proceso de rehabilitación, de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco.

Específicos

- Identificar factores protectores presentes en las familias de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco.
- Identificar factores de riesgo presentes en las familias de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco.
- Identificar las principales fortalezas y debilidades que la familia reconoce, en el proceso de rehabilitación de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del hospital Barros Luco.

Hipótesis

El diagnóstico de patología dual en un integrante de la familia, provoca alteraciones en la dinámica familiar y problemas de convivencia entre sus miembros.

I.3. Marco Institucional del Programa Hospital de Día, del Hospital Barros Luco

- *Hospital Barros Luco*

El Hospital Barros Luco, es un recinto hospitalario de carácter público, ubicado en la comuna de San Miguel en la región Metropolitana. Forma parte de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

La historia del hospital, la podemos situar en el año 1888, época de gran actividad política y cambios en el país, bajo el gobierno de José Manuel Balmaceda. Existía una alta prevalencia de epidemias y enfermedades relacionadas con falta de higiene, ocasionado una gran tasa de mortandad infantil.

El nombre del hospital es en honor al ex- presidente Ramón Barros Luco, luego que la junta de beneficencia decidiera bautizarlo con su nombre, luego que fue el quién colocó la primera piedra y en agradecimiento a la generosa donación de su viuda, la señora Mercedes Valdés, lo que permitió edificar dos pabellones para una noventa camas aproximadamente.

En la actualidad, es posible destacar la construcción del CDT, Centro de Diagnóstico y Tratamiento, el que fue inaugurado en 2002 y reemplazó al PAE (policlínico adosado de especialidades) trayendo tecnología y mayor espacio de atención para los pacientes. Así, queda conformado el Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau.

Cabe destacar, que es uno de los establecimientos más grande del país y de mayor complejidad dentro de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur, el que atiende hoy en día a una población cercana a 1.500.000 personas.

Dentro de las múltiples coberturas que el hospital proporciona, está la salud mental lo que considera la hospitalización para estabilización en crisis y la atención ambulatoria.

Dada la alta complejidad de los sujetos con patología dual, el hospital crea e implemente un programa denominado hospital de día.

- *Programa Hospital de Día*

En Chile existirían antecedentes de estructuras de tratamiento llamadas Hospitales de Día desde 1965 en Temuco, en el Hospital Psiquiátrico de Santiago en dos períodos, iniciados en 1972 y 1979, encabezados respectivamente por los Doctores Enrique París y Patricio Olivos, y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, de la Universidad de Chile, desde 1975. El resto de los Hospitales de Día habrían surgido con posterioridad a 1990 (Ministerio de salud, 2001)

El Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental (MINSAL, 2000) define el HD como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con red social de apoyo y como post alta para acortar el tiempo de internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y del servicio de psiquiatría de corta estadía”. Se agrega que debiera existir 1 plaza por cada 10.000 a 14.000 adultos beneficiarios, y se le incluye entre los dispositivos que deben entregar prestaciones a personas afectadas por Esquizofrenia. Además, se precisa que tiene dependencia administrativa de una Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria o de un Servicio Clínico de Psiquiatría (Ministerio de salud, 2001).

Además se señala que su desarrollo “...conjuga objetivos de salud pública y de carácter clínico. Entre los primeros está contribuir a la consolidación de un Modelo de Atención que enfatiza la resolución integral, ambulatoria y territorializada de los problemas de salud mental y psiquiatría, con dispositivos articulados en Redes de Servicios. Sus objetivos clínicos son el tratamiento y rehabilitación de personas con enfermedades psiquiátricas severas que requieren manejo en el período de agudización de su sintomatología o se encuentran en transición desde una hospitalización breve hacia una

atención plenamente ambulatoria e idealmente sectorizada” (Ministerio de salud, 2001, pág. 6).

- *Manejo de la Patología Dual, Servicio de Psiquiatría hospital Barros Luco*

Guía Clínica Patología Dual

El objetivo es establecer el abordaje integral de la patología dual, considerando los diferentes grados de complejidad clínica y psicosocial que presentan los sujetos con estas problemáticas en el servicio de psiquiatría del hospital.

Los criterios son aplicables en el servicio de psiquiatría y psiquiatría de urgencia, tanto en atención ambulatoria como en hospitalización completa o parcial y rehabilitación psicosocial.

La evaluación por comité de patología dual, consiste en:

- Evaluación del caso entre todos los dispositivos del servicio, efectuado en el comité de patología dual.
- Enfatiza la definición sobre la pertinencia y priorización de las intervenciones necesarias.
- Se realiza en base a la presentación efectuada por manejador del caso o representante del dispositivo en el que se encuentra y está hecha según formulario de presentación.

Cabe señalar que el manejador de casos, es miembro del equipo de psiquiatría comunitaria (EPC) en cuyo territorio reside o está inscrito el usuario. Su papel es acompañar el proceso terapéutico a través de los distintos dispositivos y responsabilizarse de la continuidad de cuidados con posterioridad al egreso del

programa. Su responsabilidad es institucional, en su ausencia el EPC deberá definir un sustituto.

Derivación Asistida: Es entendida como el contacto personal de intercambio efectivo y asertivo de información, de objetivos y estrategias a desarrollar en el tratamiento conjunto del usuario con patología dual. Esto implica, explicar previamente al usuario los objetivos de su derivación y las condiciones del nuevo tratamiento a recibir. Ello implica necesariamente los siguientes pasos:

- Presentación personalizada de algunos de los miembros estables del equipo del nuevo dispositivo.
- Espacio de contención frente a eventuales dificultades emocionales que el usuario pueda presentar en este nuevo escenario de transición.
- Desarrollo de estrategias de intervención conjunta, que faciliten una continuidad de cuidados.
- Acompañamiento personalizado de alta frecuencia en una primera etapa, para luego ir chequeando empíricamente la capacidad de ajuste y adaptación del usuario, en base a la reducción progresiva de este acompañamiento.

Luego de una reflexión del equipo de trabajo en salud mental, permitió lograr los siguientes objetivos:

- Flexibilizar las visiones de cada Equipo, mejorando su disposición a no excluir a las personas con patología dual.
- Favorecer la toma de iniciativa terapéutica de largo plazo por parte de los distintos equipos,
- Potenciar la colaboración entre los dispositivos, sobre la base de abordar casos específicos.
- Utilizar ampliamente la diversidad de recursos terapéuticos disponibles.
- Instalar sistemáticamente la derivación asistida y la explicitación de objetivos terapéuticos comunes, reevaluados en conjunto en forma continua.

- Adoptar sistemáticamente el reforzamiento contingente de logros, apuntado al cambio de percepción de autoeficacia.
- Poner en práctica intervenciones psicosociales intensivas, comprensivas y asertivas, incidiendo sustantivamente en las redes sociales de los pacientes (mejorándolas, ampliándolas o reemplazándolas, según el caso).
- Extender el período de las diversas intervenciones hasta lograr los resultados perseguidos, valorando el tiempo terapéutico individual por sobre el tiempo administrativo.

Los criterios antes mencionados, requieren participación y compromiso, no solo del personal sanitario y de los servicios de salud mental, sino también de la red entre los distintos niveles sociales e institucionales. Las intervenciones, deben considerar la participación activa de las personas diagnosticadas con patología dual y sus familias.

Cabe señalar, que existen varios parámetros sobre las políticas de rehabilitación, donde la cuestión paternalista y la autonomía pasan por lineamientos estratégicos, no siempre acorde con las normas de rehabilitación psicosocial impulsadas por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. En relación a ello, La Norma Técnica de Rehabilitación Psicosocial indica, que de acuerdo a la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, CIF, (OMS, 2001) los términos de deficiencia, discapacidad y desventaja están actualmente representados por las alteraciones de la estructura y funcionamiento mental, las limitaciones a la actividad y las restricciones a la participación en el entorno.

Desde esta perspectiva, la rehabilitación no sólo le interesa la capacidad de una persona para desempeñar roles y funciones cotidianas, sino también en qué medida el entorno permite, facilita y apoya su desempeño” (Norma Técnica N° 90, rehabilitación Psicosocial para persona mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad, 2006).

II Marco Teórico

2.1 La Salud en Chile

Los orígenes de la salud en Chile, es posible buscarlos en 1552 cuando por orden del Rey Carlos V de España se funda el Hospital San Juan de Dios, primer establecimiento de salud del país. Durante la época colonial existía alta prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas, entre ellas viruela, tifus exantemático, sarampión, afecciones entéricas, tuberculosis, enfermedades venéreas y en algunas zonas del país, peste bubónica, malaria y fiebre amarilla. El nivel socioeconómico, las condiciones ambientales, la ruralidad y la falta de acceso a los escasos establecimientos asistenciales condicionaban la situación descrita (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

Desde comienzos del siglo XIX se crearon diferentes instituciones cuyo objetivo era estructurar el sector salud en Chile, entre los que destacaron la Junta de Vacunas (1808) y la Junta Directiva de Hospitales (1832). Hacia 1850 existía en Chile un movimiento ya organizado, formado por las Sociedades de Socorros Mutuos (SSM), entidades que conformaban sistemas solidarios de ahorro privado destinados a otorgar principalmente prestaciones de salud y previsión a sus afiliados (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

Por su parte, el Estado comenzó a incorporar el cumplimiento de tareas de higiene pública, dentro de las funciones encomendadas a diversos ministerios. Es así como en 1887 cuando existían siete ministerios- lo relacionado a la beneficencia pública y a los cementerios fue encomendado al ministerio del Interior. Esta cartera creó en 1907 una sección de administración sanitaria que tendría a su cargo todo lo vinculado a la higiene y beneficencia pública (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

En el Primer Congreso de Beneficencia Pública, realizado en 1917, con participación de los médicos que atendían en los hospitales, se proclamó deber del Estado mantener los establecimientos públicos necesarios para atender enfermos, ancianos e indigentes.

Para contextualizar en que se encontraba el país en aquellos años, es interesante mencionar que un hito relevante, es sin duda el triunfo de Arturo Alessandri (primer gobierno 1920-1925) con un programa que planteaba que al ser *“el proletariado un factor económico irremplazable, el Estado debe tener los elementos necesarios para defenderlo, física, moral e intelectualmente. Debe exigirse para él habitaciones higiénicas, cómodas y baratas que resguarden su salud. Hay que velar porque su trabajo sea remunerado en forma que satisfaga las necesidades mínimas de su vida y las de su familia. Hay que protegerlo en los accidentes, en las enfermedades y en la vejez. Las mujeres y los niños reclaman también la protección eficaz y constante de los poderes públicos...”*³ (Arellano, 1985)

Continuando con Arellano (1985), hacia 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que se hará cargo de las tareas de higiene pública. En el marco de la reestructuración de Ministerios realizada en 1927, se determinó la creación mediante decreto de la cartera de Bienestar Social, cuyas funciones serían:

- El servicio de higiene pública y asistencia y previsión social.
- La alta inspección del trabajo y de la vivienda, la inspección de las cajas de previsión, la fiscalización de las leyes sociales.

Por decreto ley, en 1932 se le cambia el nombre a esta secretaría de Estado y pasa a llamarse Ministerio de Salubridad Pública. En 1953, la entidad nuevamente cambia de nombre, para proceder a llamarse Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. Sin embargo, seis años más tarde la secretaría de Estado se divide, creándose el Ministerio

³ Ver en Recuerdos de Gobierno 1920-1925, tomo I Carlos Silva Vildósola, Editorial nacimiento

de Salud Pública (Decreto con Fuerza de Ley N°25) y como organismo independiente- el Ministerio del Trabajo y Previsión Social (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

Tomando como referencia a Arellano y para continuar la línea de tiempo, en 1938 y durante el gobierno de Alessandri, se organizan servicios para ofrecer atención médica preventiva a los trabajadores y se extiende, en el caso de los obreros, la atención curativa a la madre y al niño. En 1952 el beneficio se hace extensivo a toda la familia. Esto último se acompaña con una reorganización institucional que lleva a la formación del Servicio Nacional de Salud (Arellano, 1985).

Durante el período existieron numerosos intentos por traspasar las actividades de salud al área privada. Las reformas que se han introducido han sido menos significativas que las inicialmente propuestas. Principalmente se estableció que la asignación de fondos entre establecimientos hospitalarios del sector público estará crecientemente asociada a la prestación de servicios, para cada uno de los que se han definido precios de cuenta. La variación de dichos precios pretende ser usada como incentivo en el manejo hospitalario. De igual manera se autorizó el aporte obligatorio al sistema de salud que hacen los asalariados, para ser utilizado para contratar la atención de salud con entidades privadas. Estas últimas, de reciente creación, deben proporcionar, al menos, una atención equivalente a la de las instituciones públicas (Arellano, 1985).

A fines de 1973, con la instauración de la dictadura militar en el país, se producen cambios radicales en el sistema de salud chileno. En este escenario el gobierno considera que el Ministerio de Salud está dotado de escaso poder de decisión, de una estructura inadecuada y no cuenta con los recursos humanos capacitados, situaciones que le impiden cumplir con el rol que le asignan las políticas de salud. Por ello, se inicia la reorganización de esta Secretaría de Estado, adecuando su funcionamiento a los objetivos fijados por el gobierno militar, lo que se concreta con la publicación del

Decreto Ley N°913 del 28 de febrero de 1975 y al que se suman una serie de reglamentos internos (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

Esta norma legal, permitió iniciar una etapa de transición, durante la cual se profundiza el estudio de las bases orgánicas para constituir el Sistema Nacional de Servicios de Salud, lo que conduce a la revisión y modificación de las disposiciones legales que regían el funcionamiento del ministerio y de las instituciones de salud que se relacionaban con el Ejecutivo por su intermedio. Esto lleva a que se dicte el Decreto Ley 2.763 del 3 de agosto de 1979, que reestructura al Ministerio de Salud, crea el Sistema Nacional de Salud y establece los organismos dependientes del ISP, FONASA y Central de Abastecimiento, a lo que posteriormente se agregaron nuevos reglamentos (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

Luego del retorno de la democracia en 1990, se realiza un intenso programa de reconstrucción de la infraestructura del sistema Público de Salud y acotándose las brechas en recursos físicos y humanos que existentes.

Si bien, en la época de la creación del Servicio Nacional de Salud, las principales situaciones responsables del Estado, en temas de salud de la población fueron la mortalidad infantil, la muerte de la madre al momento del parto y las enfermedades infecciosas; Chile ha controlado en forma satisfactoria la mortalidad materno-infantil, aunque persisten las disparidades.

A principios del siglo XXI las situaciones de mayor peso como causa de muerte y pérdida de calidad de vida son las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental, existiendo un remanente de enfermedades infecciosas. Lo anterior, junto al cambio en las expectativas de vida de la población y al desarrollo propio de un país, impulsó al Estado chileno a realizar una profunda reforma del sector Salud (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

Este cambio reformuló los conceptos de autoridad sanitaria, de sistemas de fiscalizaciones, de los sistemas de interrelación entre las redes hospitalarias públicas y privadas, las combinaciones entre los distintos niveles de complejidad de atención, entre otros (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

La reforma se enmarca en el esfuerzo de alcanzar los objetivos para la década 2000-2010, cuya orientación es mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, corregir las inequidades y proveer servicios acordes con las expectativas de la población. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

2.2 Salud Mental en Chile

De acuerdo a Minoletti, Rojas y Sepúlveda (2010), es posible establecer tres grandes etapas en La historia de las políticas de salud mental en Chile: la Primera que se extiende por aproximadamente 140 años, marcada por el dominio del modelo manicomial, destacándose como hito la creación, en 1852 de la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles (actual Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak) hasta la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952. La segunda, etapa, denominada por los autores modelo hospitalocéntrico, abarca el periodo comprendido entre 1952 y el incipiente retorno a la democracia, en 1990. En el segundo período, se realizan las primeras reformas en salud implementadas en Chile. La tercera etapa, marcada por el énfasis de un modelo ambulatorio-comunitario, se extiende desde 1990 hasta la actualidad, y es entendida por Los autores como la que ha logrado la mayor voluntad política y financiera para su implementación, alcanzando históricamente la mayor incorporación de la salud mental en los procesos de reforma de la salud (Abarzúa , y otros, 2011).

Minoletti, Rojas y Sepúlveda sitúan el periodo de la Primera Reforma de la Salud en Chile entre 1950 – 1973, tiempo marcado por el impacto de la II Guerra Mundial en la

salud mental de las personas y por el avance mundial en la farmacoterapia, investigaciones en epidemiología psiquiátrica y desarrollos en el área de la psicoterapia (Abarzúa , y otros, 2011).

Asimismo, ejercen una fuerte influencia los movimientos de reforma psiquiátrica desarrollados en diversos países (fundamentalmente europeos), como respuesta a la cada vez más recurrente constatación de los efectos iatrogénicos de la práctica clásica del hospital psiquiátrico, que redundaba en visibles efectos de sobrealienación asilar, en la lógica de la institución total, a la que se refiere Goffman. Merecen una mención destacada los desarrollos de la Psicoterapia Institucional (Francia, 1952), el modelo de Comunidad Terapéutica (Inglaterra, 1959), la antipsiquiatría (Inglaterra, década del '60), la Psiquiatría Comunitaria (década del '60) y la Psiquiatría Democrática Italiana (Basaglia, década del '70). Cada una de estas experiencias, con distintas perspectivas y énfasis conceptuales, se intentará construir nuevas formas de concebir la “enfermedad mental” y desarrollar nuevas estrategias terapéuticas, en un marco de respeto de los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos (Abarzúa , y otros, 2011).

Durante este periodo en Chile, como hitos del desarrollo de las reformas de la salud mental, destacan la incipiente inserción de la psiquiatría y la salud mental en las instituciones de salud general, el surgimiento de las primeras investigaciones en epidemiología psiquiátrica y la creación del Programa Nacional de Alcoholismo (Abarzúa , y otros, 2011).

Si bien fueron numerosos los profesionales del área de salud mental que participaron del desarrollo de estas experiencias (particularmente psiquiatras, muchos de ellos también académicos de la Universidad de Chile), es posible destacar el protagonismo y la marcada influencia de algunas prácticas específicas. Durante la década del '60 tienen lugar las experiencias de Psiquiatría Comunitaria lideradas por M. Cordero en Temuco,

como también las intervenciones en Salud Mental Poblacional de L. Weinstein y de Psiquiatría Intracomunitaria de J. Marconi, ambas desarrolladas en Santiago y con un vínculo académico con la U. de Chile. En 1966 se desarrolla el primer Programa Nacional de Salud Mental. Cabe señalar que el liderazgo y el legado que la figura de Marconi significó para la historia de la salud mental y la psiquiatría chilena ha sido, ampliamente reconocido (Abarzúa , y otros, 2011).

El trabajo desarrollado por Marconi, particularmente el centrado en la prevención y tratamiento del alcoholismo en el área sur de Santiago, involucró un modo distinto de vincularse y dialogar con los “enfermos psiquiátricos” y la enfermedad misma, relevando en la intervención de salud mental la participación activa de otros profesionales y técnicos, junto con agentes y líderes comunitarios. El protagonismo entregado a la comunidad es apreciable también en la valoración dada a la cultura de las poblaciones en situación de pobreza y de los pueblos indígenas, incluyendo por tanto la referencia y promoción de la sabiduría popular en la resolución de los problemas de salud mental, en complementariedad con la medicina occidental, sentando así bases del enfoque intercultural en salud mental (Abarzúa , y otros, 2011).

Las implicancias de la experiencia de psiquiatría intracomunitaria distan de agotarse en el plano de conformar sólo una nueva forma de comprensión e intervención de las psicopatologías. Esta dimensión aparece plenamente articulada en la experiencia de Marconi, tanto en función de la primacía asignada al ambiente social en la génesis, manifestaciones y evolución del psiquismo del hombre sano o enfermo, como en la posibilidad de utilizar conjuntamente los recursos científico – técnicos y las potencialidades de la comunidad y las instituciones en la promoción y protección de la salud mental, así como en la prevención y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y la rehabilitación del enfermo mental. Este modo de comprender la intervención en salud mental, que dirige su acción tanto al individuo como al colectivo, va imponiendo por sí mismo una dimensión profundamente social y política, a la experiencia, elemento

que permite conceptualizar la psiquiatría comunitaria como “psiquiatría social en acción” (Abarzúa , y otros, 2011).

Por tanto, la psiquiatría intracomunitaria implica también valores y principios sobre la responsabilidad y el rol de la acción del Estado en la salud mental de la población, teniendo como objetivo de su accionar una reforma y transformación de las instituciones y el modelo de trabajo en salud y salud mental, en la búsqueda del "desarrollo humano general" y cambio social, más allá de la resolución de una problemática específica. Esto es, no sólo una teoría en psiquiatría, sino un modelo cuya orientación valórica y programática resulta explícita, en el marco de la Política Social (Alfaro, 2005)..

La experiencia de la dictadura militar interrumpe violentamente este desarrollo, silenciando particularmente sus aspectos políticos: Las experiencias de salud mental comunitaria quedaron proscritas, suspendidas o se extinguieron progresivamente después del Golpe de Estado de 1973 y sus protagonistas fueron asesinados, presos, exiliados o exonerados, en la mayor parte de los casos. El Programa Intracomunitario de Salud Mental de Marconi reportó algunas señales de supervivencia hasta 1978, y fue probablemente el que más perduró (Abarzúa , y otros, 2011).

Tal vez es esta violenta interrupción la que permite contextualizar, en el ámbito de la práctica de salud mental y psiquiatría chilena actual, la existencia de muy diversas y hasta contradictorias modalidades de comprensión de la Psiquiatría Comunitaria. Siguiendo a Villarino (2006): *“...para algunos, la psiquiatría comunitaria no es más que una forma inteligente de disponer y distribuir los recursos sanitarios para lograr su máxima eficiencia. Para otros, en cambio, su entronizamiento supone e implica un drástico cambio cultural, orientado a superar el antiguo modelo médico con la activa participación de la comunidad. Por último, aunque ello no acabe la lista de alternativas, hay quienes la estiman parte de un esfuerzo más amplio por afianzar los derechos humanos y superar la así llamada alienación del pueblo y de toda la humanidad*

(Villarino, 2006, pág. 47)”. Es posible considerar todas aquellas implicancias pasadas y actuales en las orientaciones valóricas conceptuales de las políticas públicas en salud mental en Chile, bajo la mirada de la psicología comunitaria.

Retomando la revisión de los antecedentes históricos, si bien existen reformas de salud durante el periodo 1973 al 1990, las principales tienen relación con la sustancial modificación de la institucionalidad y estructura organizacional sanitaria: creación de FONASA e ISAPRES, creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), descentralización y municipalización de la atención primaria (Minoletti A, 2005). Estas modificaciones derivan de la puesta en marcha del modelo neoliberal en el funcionamiento del Estado, en relación a la delimitación de las responsabilidades y el rol que este ocupa en la cobertura de la salud en general y específicamente la salud mental.

En el área de la salud mental, el Ministerio de Salud publicó, las Políticas de Salud Mental (1978) y el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (1989-1990), documentos que fundamentalmente, planteaban una propuesta de mejora en la administración y distribución de los recursos, utilizando los criterios de salud pública.

Al término de la dictadura militar, e inicio del proceso de transición a la democracia, nos situamos en el periodo denominado tercera reforma de salud (1990 – 2010). Como indica Sepúlveda (1998), un espíritu optimista que contagia a los profesionales de salud mental, invitándolos a construir en conjunto nuevas políticas públicas. Es así, como pasa a ser un problema prioritario de salud mental, el abordaje de la violencia política ejercida durante la dictadura, la violencia doméstica, las adicciones y el trabajo de rehabilitación y reinserción social de personas con trastornos psiquiátricos severos.

Un hito clave en este proceso de transición, lo constituye la Declaración de Caracas (1990), conferencia histórica convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que contó con la participación de autoridades de salud, profesionales de salud

mental, legisladores y juristas. En dicha declaración se establece un enjuiciamiento del hospital asilar, históricamente centrado en la asistencia al enfermo mental, entorno a consideraciones éticas (DDHH), clínicas, institucionales y sanitarias; recomendándose superar dicho modelo institucional y avanzar hacia modelos comunitarios que permitieran el acceso a tratamiento psiquiátrico sin perder la inserción social de las personas afectadas, realizando además ajustes del marco jurídico para asegurar el cumplimiento de estos planteamientos (Abarzúa , y otros, 2011).

En Chile, las conclusiones alcanzadas en dicha conferencia fueron discutidas y ratificadas en 1991, lográndose así un consenso favorecedor de las propuestas de reestructuración. Surge un plan nacional de salud mental y psiquiatría puesto en marcha por el Ministerio de Salud, en el año 1993 (Minoletti A, 2005).

Es importante destacar, el proceso de reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral, en la Red Comunitaria de Salud Mental y Psiquiatría, implementado a contar de 1998 y con un avance sistemático por alrededor de 15 años, no exento de numerosos impases: compromiso de las autoridades sanitarias, resistencias institucionales y sociales, estabilidad del marco presupuestario (Abarzúa , y otros, 2011).

Luego del entusiasmo inicial, las dificultades ligadas a la estructura institucional a cargo de la gestión de las políticas públicas de salud mental (descentralización asociada al funcionamiento de los diversos Servicios de Salud, que dificultó la implementación de orientaciones programáticas nacionales) y los consecuentes obstáculos en el plano del financiamiento de las iniciativas, fueron transmitiendo una atmósfera de vulnerabilidad (Sepúlveda, 1998), que resulta nuevamente revitalizada con la publicación de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, a desarrollar durante el decenio 2000 – 2010 (Abarzúa , y otros, 2011).

Trastorno psiquiátrico severo

El Trastorno psiquiátrico severo, es un concepto holístico que hace referencia a una realidad clínica conocida, que no obstante conlleva un grado de discapacidad que puede variar en cada sujeto y de exclusión social que debe ser abordada con recursos de la red de atención psiquiátrica y social. Dado que se trata de una problemática muy heterogénea, en la que pueden incidir factores biológicos, cognitivos, emocionales, relacionales y sociales, el tratamiento se torna complejo y requiere de equipos multidisciplinario que puedan trabajar no solo e individualmente con el sujeto, sino también con la familia y su entorno.

De acuerdo a Guiena (2007), para categorizar las enfermedades de salud mental, se deben incluir las que padecen síntomas de psicosis funcional (las enfermedades diagnosticadas como esquizofrenia, trastorno bipolar, pero también otras), y que como consecuencia de su enfermedad padecen discapacidades persistentes en el tiempo. Los trastornos psiquiátricos severos, se entiende hoy día como un constructo en el que agrupamos a personas con parecidas dificultades funcionales, resultado de un grupo complejo de factores inter-relacionados, donde es posible separar, en los siguientes factores:

- Factores Biológicos: estos factores no han podido ser especificados completamente, de igual manera, se reconoce la posible influencia de factores genéticos, infecciosos, traumáticos y tóxicos.
- Factores Psicológicos: se considera la importancia de factores psicológicos personales en el curso y evolución de la enfermedad (a modo de ejemplo, es posible señalar la capacidad de afrontamiento de los síntomas).

- Factores sociales: hay estudios que sugieren que factores relacionados con la crianza pueden tener influencia en la expresividad de factores de riesgo (por ejemplo, de determinados factores de riesgo genéticos). Se ha comprobado que otros factores como el tipo de relación familiar o el nivel de soporte social condicionan su evolución.

La Institucionalidad desde Psiquiatría Comunitaria y Rehabilitación Psicosocial

La principal preocupación que la salud mental presenta a nivel mundial, no deja a Chile fuera de ello. Al revisar la historia de la atención psiquiátrica en nuestro país, deja en evidencia ciertos avances, desde las existencia de periodos en que los llamados pacientes eran atendidos por órdenes religiosas o abandonados en las calles, donde ser denominado el enfermo mental constituía señal de pecado; siendo parte de procesos de institucionalización en hospitales psiquiátricos donde imperaba la orientación hacia larga estadía en las denominadas casa de orates o manicomios de la época, desde 1852 la permanencia de este modelo ligado a la oferta de atención psiquiátrica, imponía que los pacientes necesitan ser contenidos y separados de la comunidad, para poder tratarlos adecuadamente (Sepúlveda, 1998).

Continuando con Sepúlveda (1998), en el año 1960 aproximadamente, se da inicio en Chile las primeras aproximaciones desde la psiquiatría comunitaria⁴, al comienzo de estas experiencias en nuestro país, habían ocurrido avances en torno a la reforma de la asistencia psiquiátrica en otros países, esto es impulsado posterior a los movimientos

⁴ Siendo la Psiquiatría Comunitaria una disciplina médica, “incorpora criterios provenientes de la Salud Pública y postula la organización de servicios de Asistencia Psiquiátrica y social más cercanos a paciente que el hospital y el servicio de psiquiatría”. “Su preocupación sigue radicando en el eje salud / enfermedad, y especialmente en el polo enfermedad” en SEPÚLVEDA, R. La Experiencia de trabajo en Salud Mental Comunitaria del Centro Comunitario Familiar Colón (Comuna de las Condes) y algunas consideraciones sobre el uso de las definiciones de Salud Mental Comunitaria, Psiquiatría Comunitaria y Psicología Comunitaria. Rev. Psiquiatría VIII: 958-961, 1991.

relacionados a los derechos humanos a partir de la Segunda Guerra Mundial; la evidencia epidemiológica era desde una demanda potencial de asistencia psiquiátrica de 25% de la población general; sumado al desarrollo y eficacia de los psicofármacos después de 1952 y del gran desarrollo desde 1950 de las diversas técnicas psicoterapéuticas.

Desde el año 1990 aproximadamente, se evidencian grandes y nuevas expectativas en la reestructuración de la asistencia psiquiátrica, con inyección de recursos financieros y con el gran propósito de privilegiar el desarrollo de servicios integrados a la red común de atención sanitaria, con énfasis en el desarrollo de dispositivos comunitarios, para poder de este modo, lograr el desarrollo de un modelo centrado en el tratamiento precoz, continuo y eficiente y en rehabilitación y reinserción (Sepúlveda, 1998)

Surge la idea de integración de la psiquiatría al hospital general y a la comunidad; equipos de reforzamiento psicosocial de la atención primaria, los centros comunitarios de salud mental familiar (COSAM)⁵, muy diversos en su infraestructura, dependencia y tipo de trabajo, en algunos verdaderamente territoriales de psiquiatría comunitaria logrando experiencias valiosas y sólidas que aún se encuentran vigentes (Bascañan, en Sepúlveda 1998).

En Chile, se inician experiencias en psiquiatría comunitaria en las que destacan las lideradas por el Dr. Luis Weinstein, el Dr. Juan Marconi y el Dr. Martín Cordero. Dos en Santiago y una en la ciudad de Temuco. Sin embargo, con la llegada de la dictadura militar de 1973 fueron dejadas sin efecto (Marconi, en Sepúlveda, 1998). Desde entonces se comienza a reforzar la atención en salud mental basada en el modelo manicomial. El desarrollo de ONGs y los centros de adolescencia los que pretenden entregar un abordaje a los problemas de drogadicción y otros problemas de salud mental, a través de

⁵ Centro comunitario de Salud Mental

un enfoque clínico comunitario, el cual tiene muy poco que entregar en cuanto al desarrollo de la psiquiatría y menos aún de la psiquiatría comunitaria (Sepulveda, 1998).

Para definir la psiquiatría comunitaria, desde lo general podemos decir, que es una forma de proporcionar cuidados especializados a la población, en el ámbito de las enfermedades psiquiátricas, pasando por una forma de organización de la asistencia psiquiátrica, que característicamente incluye programas, enfocados hacia la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación e incorporación de estos sujetos a la comunidad.

Como señala Sepúlveda (1998), la psiquiatría comunitaria es una disciplina médica, que incorpora criterios provenientes de la salud pública y postula la organización de servicios de asistencia psiquiátrica y social más cercanos al sujeto, que el hospital y el servicio de psiquiatría. Su preocupación sigue radicando en el eje salud-enfermedad, y especialmente en el polo enfermedad, no obstante considera al sujeto en su contexto familiar y comunitario, considerando que no es un ser aislado, muy por el contrario es parte de su entorno, lo que se debe considerar al momento de la intervención y puesta en marcha del proceso de rehabilitación. De esta forma, la comunidad se hace parte del proceso, identificando los factores de riesgos que pueden afectar al sujeto, lo que permite una intervención oportuna, favoreciendo el tratamiento y la integración del sujeto en la comunidad a la que pertenece.

Patologías en la Salud Mental

En Chile, se ha considerado fundamental incorporar dentro de sus políticas sociales un enfoque biopsicosocial, que aborda al sujeto como una persona integral, donde “se reconoce una dimensión biológica, psicológica y social de las personas, integrando acciones de promoción, prevención y rehabilitación en cada actividad” (Ministerio de Salud, 2013).

El propósito del Plan de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria es: “Contribuir a que las personas, familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de proveer el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Ministerio de Salud, 2013).

El enfoque de Salud Mental Chileno, estaría influenciado directamente por las directrices de la OMS, que se enmarca en la idea de las “desinstitucionalizaciones”, ya que reconoce el fenómeno de las enfermedades psíquicas, es de prevalencia mundial y como tal, factores de riesgo significativos en la pérdida de calidad de vida de los seres humanos afectados por dicha condición.

Para efecto de este trabajo, abordaremos las principales definiciones y conceptos relacionados con los trastornos psiquiátricos severos, sus causas, diagnóstico, sintomatología y todos aquellos alcances necesarios para tener una mirada integral de las problemáticas asociadas a las enfermedades de salud mental. Lo antes señalado, lo haremos desde el texto de Guinea, ya que presenta la información necesaria que nos permita cumplir el nuestro objetivos de investigación.

De acuerdo a Guinea (2007) cabe señalar que en la actualidad se continúa para efecto del diagnóstico, los criterios de clasificaciones internacionales como la DSM -IV o la ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por tal razón, es posible describir, los tres principales grupos de diagnósticos que dan lugar a la aparición de situaciones valorables como enfermedad mental grave:

A) Trastorno Bipolar y grupo de los trastornos afectivos mayores; se caracteriza por las fases de alteración severas del estado (estados de manía - estado de euforia - con

trastornos de la conducta o estados de profunda depresión de ánimo, asociadas a alteraciones del pensamiento, ideas de muerte).

B) Otros Trastornos: Existe controversia en cómo considerar otros grupos de diagnósticos respecto de su inclusión entre los beneficiarios de los servicios específicos de RPS. Es lo que sucede con el grupo de los Trastornos de Personalidad, que en algunas personas resultan muy discapacitantes, pero cuya inclusión en los servicios, en particular los residenciales, es discutido por razones técnicas, debido a su difícil adaptación, necesidad de personal altamente capacitado, necesidad de limitar el número de usuarios con este diagnóstico en los recursos, etc. (Guinea, 2007).

Para efecto de este estudio, analizaremos en profundidad la esquizofrenia y el consumo problemático de alcohol y/o drogas, para poder abordar la patología dual desde ambas patologías.

La Esquizofrenia

La incidencia de Esquizofrenia en Chile, se puede calcular en doce casos nuevos por cada cien mil habitantes por año, observando que 5 de cada 1.000 personas mayores de 15 años presentan esta patología (Minoletti A, 2005). Revisiones no estandarizadas en el Hospital Psiquiátrico el Peral, y en el Instituto Psiquiátrico José Horwitz, muestran que un 32 % de los pacientes psicóticos de Servicios Agudo, presentan algún grado de consumo de alcohol y drogas, sin clarificar la presencia de abuso o dependencia. Uno de los pocos estudios sobre el tema, se realizó en el Centro de Referencia de Salud (CRS) Salvador Allende de Santiago por la Terapeuta Ocupacional Rosario Aguirre y la Psicóloga Mónica Spies. En esta investigación, se determinó la prevalencia del consumo de drogas de los pacientes psicóticos de la unidad de psiquiatría del CRS Salvador Allende, además de caracterizar a la población con abuso y dependencia de alcohol y/o drogas ilícitas. La población entrevistada presentó un 78,5 % personas con diagnóstico

de Esquizofrenia y un 21,5 % con otros diagnósticos de psicosis (Ministerio de Salud, Programa de Salud Mental 2000).

Cabe señalar, que el 1% de la población vive una realidad a la luz de la Esquizofrenia, distinta al resto de la población. En esta realidad, participan personajes, historias, comportamientos y voces, que solo y únicamente ellos pueden identificar, y que a ratos se transforma en una pesadilla de la que no es posible salir por sí solo, la alteración del “pensamiento formal”, la “disgregación de ideas” son la base de ésta enfermedad que causa un deterioro en todos los aspectos de la vida. Para un tratamiento biopsicosocial, más allá de la farmacología (que la incluye), permitiría disminuir al máximo los periodos de crisis provocadas por esta “realidad” alterada, que incide en su “yo” y su entorno (Ministerio de Salud, Programa de Salud Mental 2000).

La esquizofrenia, es uno de los trastornos psíquicos de mayor severidad, dónde el sujeto experimenta un deterioro cognitivo, emocional, psicológico y social, que va generando en el tiempo, una pérdida del soporte social y su red de apoyo, dónde el sujeto se desconecta de lo que ocurre y comienza a interactuar con sus ideas delirantes que lo perturban, voces que interfieren, afectando gravemente sus relaciones con el entorno.

De este modo, la esquizofrenia es una enfermedad que generalmente se presenta en sujetos jóvenes y que sigue un curso deteriorante. Morel describió en 1851 un cuadro llamado “demencia precoz”, puesto que era muy similar a la demencia que aparece en la vejez, pero presente en individuos jóvenes. Por otro lado, Kahlbaum y Hecker describieron en 1863 a la “Hebefrenia”, donde llamaba la atención el pensamiento adolescente que mantenían los pacientes. Kahlbaum, describió también después (1874) la “Catatonía”, un cuadro donde destacaban alteraciones de la psicomotricidad. Emil Kraepelin agrupa en 1893 éstas y otras alteraciones en una sola entidad que llama “demencia precoz”. Más tarde Bleuler renombraría el cuadro como “esquizofrenia” en 1919, para no confundirla con la demencia senil, pero también para indicar la idea de que en estas personas, según pensaba él, hay una falta de coordinación entre las distintas

funciones psíquicas. Efectivamente, la palabra “*esquizofrenia*” significa en griego “*mente dividida*”. En el siglo XX, la antipsiquiatría propuso que en realidad la sociedad era la que estaba enferma y que los “Esquizofrénicos” eran personas que protestan de esta manera contra la sociedad y que la *psicosis* no es sino una manera de “renacer” a un hombre nuevo (Sarraceno, 2003).

Más allá del debate clínico de la esquizofrenia, lo importante es que ésta como tal, tiene ciertos aspectos relacionados con lo invalidante, si se pudiera decir “in-válido” o discapacitante, si se pudiera decir “sin capacidad”. Lo que sí es seguro, es que los Trastornos Psicóticos, desde donde pertenece la Esquizofrenia, la consideran una de las Enfermedades Mentales con mayor pérdida de la vida “sana”. Por ello, también debe configurarse desde otros aspectos tales como la privación medio afectivo y educativo de los niños, la violencia doméstica o social, la pobreza extrema, el desarraigo migrante (desplazados y refugiados), o el aislamiento de pueblos originarios (Indígenas), entre otros. Todos ellos, son factores que afectan sin lugar a dudas la Salud Mental de las personas, familias y grupos sociales (Sarraceno, 2003).

Uno de los Trastornos psiquiátricos más frecuentes en el abuso de drogas y alcohol, es la esquizofrenia, donde el 47% de los pacientes con esquizofrenia presentan un trastorno por abuso de sustancias a lo largo de su vida (sin incluir la nicotina). Aproximadamente 30% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan trastornos relacionados con el abuso de sustancias y 5% de los pacientes alcohólicos hospitalizados sufren esquizofrenia. La combinación de esquizofrenia y abuso de sustancias contribuye al aumento en el riesgo de hospitalización, estancias hospitalarias más frecuentes y de mayor duración, peor cumplimiento con la terapia farmacológica, estar en contra de los consejos médicos, recaída y costes adicionales. Los pacientes con este doble diagnóstico, tienen un aumento en las probabilidades de vivir en situación de calle, además corren los riesgos de las interacciones entre las medicaciones anti psicóticas y la sustancia a la que son adictos. Igualmente tienen mayor riesgo de suicidio y de protagonizar hechos de violencia.

En general, podemos señalar, que el hilo conductor hacia la adicción en personas con esquizofrenia, está ligado a las siguientes dimensiones: el sociocultural, resulta ser el camino de la relación con los otros, de la presión de los grupos; en drogas ilegales a veces es el pago para ser aceptado en un grupo de consumidores. Es el camino más frecuente y más dúctil a la promoción de salud y la prevención.

La vía constitucional, apunta hacia factores hereditarios, factores conceptionales, factores durante la etapa prenatal, durante el embarazo hasta el momento de nacer. La vía sintomática, considera estas adicciones también llamadas secundarias, como un síntoma más, de una afección subyacente que debe ser tratada.

La drogodependencia y el comportamiento negativo que genera en el sujeto y su entorno, suelen dominar el cuadro clínico y pueden enmascarar síntomas psiquiátricos de una complejidad mayor. Así mismo, el consumo abusivo de sustancias, puede provocar síntomas psiquiátricos que difícilmente pueden ser distinguidos de los síntomas asociados a los trastornos psiquiátricos.

Los pacientes desinstitucionalizados tienen más probabilidades y más oportunidades de consumir drogas que aquellos hospitalizados. Las personas con esquizofrenia que abusan del alcohol o las drogas presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tuberculosis, septicemia y cirrosis hepática.

Consumo problemático de drogas y/o alcohol

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el abuso y la dependencia de drogas y alcohol son enfermedades crónicas tratables. Sin embargo, la perspectiva que hoy en día impera en el país sobre tratamiento y que define la oferta programática para las personas que presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol, se circunscribe principalmente al logro de objetivos terapéuticos medidos en términos del logro de la abstinencia o de cambio en el patrón de consumo.

El consumo de drogas, se convierte en un problema de índole personal, social y aún mundial cuando se mezcla con factores de tipos económico-financieros y políticos. Esta asociación se demuestra en las dos guerras del opio, un conflicto bélico netamente económico, mediado principalmente por el opio.

Lo complejo que queremos relevar en esta sección, es como se piensa la droga y a propósito de cómo se piensa, cual es el modo-método de enfrentar el uso problemático de las drogas y como este modo-método ayudó a resolver o no, la situación y si es aplicable en todos los países, aún con realidades distintas.

Las drogas poseen una función instrumental determinada para cada cultura. En unos casos, se usan para mitigar el cansancio; para facilitar determinadas sanaciones, en otros actúan como una válvula de escape para evitar el malestar y, en este terreno, y más propio de nuestra época, sirven simplemente para procurarse diversión o favorecer vínculos de relación entre las personas (Desviat M. , 2012).

Hablar de las drogas es tan extenso como la historia misma, pero los tratamientos que ofrecen atención a las drogodependencias son el reciente empeño por encontrar lugares adecuados para estas personas desde los diferentes Sistemas Sanitarios. En las últimas décadas el Consumo Problemático de Drogas y/o Alcohol, no ha decrecido

significativamente desde su explosión hace ya más de tres décadas, ello permitió justificar una política contra las drogas en ocasiones ineficaces y poco ajustada a las realidades culturales. Nadie niega que existen problemas por la dependencia a drogas y alcohol, por sus inapropiados consumos; pero se puede afirmar que la opción de control sobre las sustancias psicoactivas condujo a las medidas prohibicionistas, por consiguiente a la clandestinización de la producción, distribución, venta y consumo, y por añadidura, también podemos apuntar como consecuencias la dificultad en diseñar estrategias terapéuticas y, de conflictividad e inseguridad social, masificación en instituciones penitenciarias y asistenciales, riesgo de fenómenos de corrupción en los responsables de las medidas de control y represión del uso y tráfico, etc. en suma a la marginalización de las drogas y de sus usuarios. En otras palabras, se condujo por una explicación centrada en la “seguridad social”, más cercana a la lógica del “control social” en relación al fenómeno drogas y alcohol. A este fenómeno se añadirían, sobre todo en las dos últimas décadas, otras adicciones no relacionadas con sustancias químicas que ocasionan trastornos adictivos con importante repercusión familiar, social y económica⁶.

El comprender el consumo problemático de drogas y/o alcohol, como una enfermedad crónica o “evento de duración prolongada”, que permanece en forma manifiesta o latente en la vida de las personas durante gran parte de sus vidas, conlleva la necesidad de modificar la perspectiva imperante, y adoptar una visión en la cual se entienda la recuperación de un individuo con consumo problemático de sustancias, como un proceso cuyos logros van más allá de los objetivos terapéuticos clásicos y se enfoque en que la persona alcance la plena integración social (Estrategia Nacional Sobre Drogas 2011-2014).

⁶ Desviat, M. M. (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Por lo antes señalado, se crea el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE, Actualmente SENDA), en respuesta a requerimientos internacionales y luego el Plan Nacional sobre Drogas 2003-2008 por la misma razón, y recrea lo que ha hecho EE.UU., y que tan pocos resultados ha brindado, con campañas que dan cuenta del desconocimiento del problema en sí, subyaciendo la idea moralista.

Es con la llegada de la democracia, el nuevo gobierno decide enfrentar este problema, considerando que no existía en el país, organización alguna que trabajara a nivel Nacional el tema de las drogas. Lo que se pretendía, era formar una institución que, como lo explicita la ley, asesorara al Presidente de la República en todas las materias relacionadas con la prevención y control del uso indebido, la producción y tráfico ilícito de sustancias o drogas estupefacientes o psicotrópicas y las demás actividades vinculadas con estos delitos, como asimismo en lo relativo al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción.

Finalmente es el 21 de septiembre de 1990, que se instituyó por decreto N° 683, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), institución del Estado que hoy en día es SENDA, responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias.

Una de las primeras labores de esta organización fue la elaboración de la actual Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas, documento que fue publicado en mayo de 1993, posteriormente en el año 1994 crea un sistema nacional de información sobre drogas como una respuesta a la demanda de disponer de antecedentes oportunos y confiables para el apoyo de toma de decisiones, esto es la realización de una serie de estudios nacionales en la población general y escolar, los que con carácter bienal se realizan hasta hoy. De igual manera participa tangencialmente en la implementación de la ley N° 19.366, que sanciona el consumo y tráfico de estupefacientes y sustancias

psicotrópicas, además ha participado en la creación de la Ley 19.913 que crea la Unidad de Análisis Financieros cuya finalidad es prevenir el lavado de dinero, también participa en la instalación de un Registro Nacional de Sustancias Químicas Controladas, con el fin de prevenir el desvío de las mismas a la producción de drogas.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), radicado en el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, fue creado por la Ley N° 20.502, la que fue promulgada por el Presidente Sebastián Piñera el 21 de febrero de 2011. Inició oficialmente sus funciones el 1 de octubre de 2011, conforme a lo establecido en el Decreto con Fuerza de Ley N° 2 – 20.502 que creó la planta de SENDA.

Por ley, este organismo tiene como misión:

- La ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingesta abusiva de alcohol,
- La ejecución de políticas en materia de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- La elaboración de una Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol⁷.

⁷Entre otras tareas, SENDA debe:

-Colaborar con el Ministro del Interior y Seguridad Pública, y con el Subsecretario de Prevención del Delito, en el ámbito de sus atribuciones, en la elaboración de políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas, cuando estas conductas constituyan un factor de riesgo para la comisión de delitos.

- Impulsar y apoyar, técnica y financieramente, programas, proyectos y actividades de Ministerios o Servicios Públicos destinados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, así como al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo, y ejecutarlos, en su caso.

- Elaborar una Estrategia Nacional de Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol, coordinar su implementación, y dar apoyo técnico a las acciones que las entidades de la Administración del Estado emprendan en el marco de su ejecución.

- Administrar el fondo establecido por el artículo 46 de la ley N° 20.000.

- Vincularse con organismos nacionales e internacionales que se ocupen de temas relativos a la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol.

- Elaborar, aprobar y desarrollar programas de capacitación y difusión, orientados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, y estimular la participación ciudadana en estas materias.

- SENDA dará continuidad a las labores que cumplía el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), creado mediante el Decreto N° 683 del 21 de septiembre de 1990.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)

Esta entidad dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, tiene como principal objetivo la elaboración de las políticas de Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol, así como del tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias, “Desde 1994, SENDA (ex CONACE), realiza cada dos años estudios nacionales en la población general y población escolar, además periódicamente realiza investigaciones en grupos específicos o en algún tipo de sustancia” (SENDA, 2013).

SENDA, entrega tratamiento y aborda las consecuencias del consumo de drogas en nuestro país, desde la población general como un organismo que solo entrega prestaciones al individuo desde la categoría de adicto y/o drogodependiente. A su vez, en la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol propuesta para 2011-2014, indica nuevamente tratamientos y estrategias a la población general, este enfoque visibiliza a un tipo de “individuo problema”. SENDA, considera el THC y el OH como “puertas de entrada” al fenómeno de la Dependencia o Adicción centrando sus lineamientos estratégicos en la “prevención” del consumo a partir de programas desarrollados en las comunidades por el Ministerio del Interior (Previene), quienes centran la problemática desde un enfoque de “Seguridad Pública” desde el “Prevenir y Recuperar”. (Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014).

A pesar de lo anterior, no existe ningún lineamiento específico en la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol que clarifique el fenómeno de la Patología Dual. A ello se agrega que el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, tampoco especifica tal punto, cuestión que caracteriza la ambivalencia de cómo abordar tal fenómeno en cuanto a Intervención Social.

- *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol*

Las Estrategias Nacionales de Drogas y Alcohol son instrumentos del Gobierno de Chile que definen los criterios de la política pública con la que el Estado aborda la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del consumo de drogas y alcohol.

Líneas de Acción

La estrategia busca la reducción no sólo de los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de riesgo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos dos fenómenos. Para lograr estos objetivos, contempla una serie de iniciativas, programas y acciones que abarcan desde la prevención universal e inespecífica de conductas de riesgo hasta intervenciones complejas de tratamiento, rehabilitación e integración de los consumidores problemáticos de estas sustancias. La Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014 presenta metas e indicadores concretos a lograr en materia de reducción de la demanda de drogas y alcohol, hacia el fin del período de este gobierno, con énfasis en los grupos más vulnerables y jóvenes.

Anteriormente, el Gobierno Chileno presentó la Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008, y la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas, en 1993.

De acuerdo a datos entregados por el MINSAL, a propósito del Consumo de Drogas, la prevalencia de este durante el último año es altamente dificultosa. La Marihuana (THC) en Chile alcanza un 6,7% (población 12-64 años de edad), cifra menor que las reportadas en Estados Unidos (12,5%), Canadá (13,6%) y Argentina (7,2%), pero mayores a la de otros países como Colombia (2,3%) y Brasil (2,8%). En el caso del consumo de Cocaína en el último año, Chile presenta un consumo de 2,4%, que es menor que el de Estados Unidos (2,8%) y de Argentina (2,8%), pero mayor que el de Colombia (0,8%) y Canadá

(1,9%) (UNODC, 2010). Chile se encuentra en una posición intermedia de consumo de las sustancias señaladas, entre los países de la región.

En Chile, el consumo de Marihuana alcanza un 6,4% de la población entre 12-64 años y un 17% de la población entre 19-25 años. El consumo de marihuana ha aumentado en un 160%, desde 1994 hasta el 2008. Como en otros lugares, el consumo de Marihuana es mayor entre los jóvenes y tiende a bajar de manera abrupta después de los 25 años: la prevalencia del grupo 26-34 años ha sido en forma constante la mitad o menos de la que existe entre jóvenes de 19-25 años y ha tendido a permanecer estable en la última década¹⁰ (Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014).

En relación con el consumo de Cocaína, un 1,8% de la población refiere haber consumido al menos una vez esta droga en el último año, lo que refleja un aumento del 200%, con respecto al año 1994. Entre las razones que se han planteado para explicar el alza en el consumo de esta droga, se encuentra la disminución en el precio a lo largo de los años, asociado a una menor pureza de la droga que finalmente se comercializa. Las declaraciones de uso de pasta base de cocaína (PBC), por su parte, alcanzan al 0,7% de la población y su prevalencia se ha mantenido estable¹⁰ (Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014).

En el caso del alcohol, la prevalencia declarada de consumo creció fuertemente desde el año 1994 hasta el año 2002 (punto más alto de la tendencia), para estabilizarse posteriormente. En el 2008, uno de cada dos chilenos de entre 12 y 64 años informó haber bebido alcohol durante el último mes. Los hombres presentan una mayor prevalencia en todos los períodos entre el año 1994 y el 2008 y el grupo de entre 19 a 34 años es el que presenta la mayor prevalencia (60%) desde el año 2010 (Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014). Los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009, muestran el consumo de OH per cápita alcanzaría a los 8,8 litros.

Frente a la necesidad de evaluar el impacto social del consumo de drogas y alcohol, se ha medido no solo la magnitud del consumo, sino también el uso problemático de estas sustancias. Esto permite optimizar y focalizar las políticas preventivas y asistenciales, y poner de relieve que ciertas sustancias no son inocuas, además de estimar parámetros sobre los problemas sociales y de salud asociados al consumo de éstas (Estrategia Nacional Sobre Drogas 2011-2014).

Patología Dual

El concepto de Patología Dual, será abordado desde dos fenómenos distintos a primera vista (Esquizofrenia o Trastornos Psicóticos; Consumo Problemático de Drogas y Alcohol), comenzaremos afrontando tales hechos como fenómenos separados, tal como se ha concebido desde los programas de Salud Mental en la actualidad, tanto en Chile como en otros lugares del mundo.

La coexistencia de enfermedades psiquiátricas y de trastornos inducidos por sustancias, comúnmente denominada comorbilidad no constituye un fenómeno nuevo. Con frecuencia resulta apropiado hablar de multimorbilidad, ya que las personas afectadas suelen sufrir además enfermedades somáticas, ejemplo: enfermedades mentales, VIH, hepatitis C, así como trastornos sociales tales como problemas familiares, desempleo, encarcelación o falta de hogar.(problemas asociados al contexto donde se desenvuelven o desarrollan); la OMS define la comorbilidad como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico, para determinar la etiología de la comorbilidad es saber qué fue primero, si la enfermedad psiquiátrica o el consumo de drogas. (Larrañaga, 2007).

Cabe señalar, que el pronóstico de la enfermedad de salud mental, dependerá del tratamiento precoz, con abordajes combinados farmacológicos, psicológicos y socioeducativos y de la prevención exitosa de recaídas. Por ello cuanto antes se detecta y

se trata la enfermedad, mejor es la evolución y pronóstico de la misma. Si bien la rehabilitación psicosocial no está pensada en todos los casos que presentan una enfermedad de salud mental, es también cierto que cuanto antes se inicie esta intervención, se conseguirá una mayor prevención del deterioro de la persona potencialmente crónica. Se aconseja que el tratamiento rehabilitador, se inicie al año o los dos años del comienzo del problema de salud mental (Guinea, 2007).

Los estudios actuales sobre las relaciones causales entre los trastornos psiquiátricos y los inducidos por sustancias no son concluyentes. Los síntomas de los trastornos mentales y de los problemas de adicción interactúan y se condicionan mutuamente. Las pruebas obtenidas indican que los trastornos psiquiátricos suelen presentarse antes que los trastornos inducidos por el consumo de sustancias, es decir, aumentan la susceptibilidad del individuo frente a estos problemas. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos también pueden verse agravados por el consumo de drogas; se debe reconocer que en el escenario de las drogas es que la comorbilidad más frecuente lo constituye la adictiva; es decir, la asociación de otra adicción en la dependencia actual de la persona. La asociación más reconocida es la del consumo de alcohol con otras drogas (marihuana, cocaína, pasta base de cocaína, inhalantes, solventes, alucinógenos, tabaco, entre otros) (Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), 2001).

En el año 2011, se realizó el “Seminario Internacional Patología Dual: conceptos, prácticas y evidencia para el tratamiento”, cuyo objetivo fue reflexionar, actualizar conocimientos, conocer y compartir experiencias nacionales e internacionales, que faciliten la efectividad de los tratamientos de drogas y alcohol en pacientes que presentan otros trastorno de Salud Mental en los centros de nuestro país, sin embargo esta actividad se enfocó en temas referentes a estudios clínicos, pero sin especificidad en el tema que convocaba. En tal escenario, el Dr. Mariano Montenegro a través de su ponencia “Inventario de Recomendaciones GERD” (SENDA, 2012), entrega algunas visiones del tema y lo que podría hacer en nuestro país referente a ello. Aun así, el Estado Chileno

no ha profundizado en lo tratado en dicho seminario, no desarrollando lineamientos claros y específicos a nivel nacional sobre esta temática. A pesar de ello, existen proyectos iniciales en el abordaje, pero que corresponden a esfuerzos particulares de ciertos Servicios de Salud, pero que no son representativos de un enfoque nacional sobre el fenómeno de la Patología Dual.

Los antecedentes antes expuestos, entregan el panorama general de Chile en esta materia, nuestro país a través de dos Instituciones no logra visualizar respuestas de tratamiento y rehabilitación y por tanto de inclusión, de las personas diagnosticadas con Patología Dual. Este escenario complejo, no logra vislumbrarse desde la institucionalidad de forma positiva, es más el escaso enfoque comunitario en la intervención desde los modelos biomédicos, la ausencia de estrategias de intervención a nivel nacional, y las escasas miradas de enfoque multidisciplinario, hacen evidentes la realidad: “la Salud Mental y la Patología Dual no son prioridad en las acciones Políticas en Chile”, ya que los recursos son insuficientes en Salud Mental y Psiquiátrica, lo que dificulta aún más el tratamiento, ocasionado la postergación de derechos en esta población específica. Esto surgiría desde el no reconocimiento de un tipo de población, afectada esencialmente por un Trastorno Psiquiátrico Severo, una mirada biomédica frente a tal problemática que evidencia la ausencia de especificidad de tratamiento y desconociendo un enfoque de derecho de las personas con Patología Dual, desembocando en una sociedad civil débil y no escuchada.

En paralelo, lo que va sucediendo con quienes poseen tal diagnóstico y su soporte social, se define en el deambular de un centro en otro buscando la solución al problema “Dual”, tránsito que lleva a acercarse a lugares donde las respuestas encontradas son desde la no especificidad en tratamiento, enfoques biomédicos basados en la farmacología puramente, o enfoques basados en la “seguridad ciudadana”. Así por tanto, la Patología Dual no logra la atención de las autoridades de nuestro país, Esquizofrenia y Consumo Problemático de Drogas y/Alcohol, se mantienen escindidos con tratamiento no articulados, en otras palabras una yuxtaposición que afectan a la persona y su medio que

no son resueltas por el aparato Estatal y sus Políticas Sociales. De este modo, los problemas relacionados en esta categoría van en aumento, sin cabida en la agenda política de nuestro país.

El Estado Chileno en su Constitución, plantea garantías en relación al acceso y respeto a los Derechos de los Chilenos, que en este creciente grupo no se plasman, ya que no existe información por parte de estudios y/o encuestas que refieran antecedentes de cuantas personas se ven afectadas por la Patología Dual en nuestro país, en la mayoría de los casos “las respuestas” emanan desde la psiquiatría y muchas veces trabajadas desde aspectos clínicos basales, es decir, tratamientos en lo inmediato por Psicosis Descompensadas, Desajustes Conductuales, donde el aumento de las dosis de medicamentos y las hospitalizaciones establecen los lineamientos estratégicos para la intervención, desconociendo un tratamiento biopsicosocial que se integre a una red de mayor soporte social, donde se aborde el Consumo Problemático de Drogas y/o Alcohol.

Al no existir lineamientos claros sobre el fenómeno de la patología dual, nuestras políticas públicas, no reconocen a un individuo que está inmerso en la gama de la sociedad civil. De este modo, la prevalencia del enfoque médico, por sobre la mirada integral del problema, ha limitado intervención fundada en un espíritu de inclusión social, sellando un modelo más vinculado al control social. A pesar de ello, la existencia de algunos Centros Específicos de Atención en Patología Dual, han sido escasos, y al no haber lineamientos estratégicos integrales, estos esfuerzos se ven reducidos a compromisos ideológicos con las personas que tienen una condición diferente, producto de una enfermedad mental. Instituciones como el MINSAL y SENDA, se encuentran en conocimiento de la existencia de un grupo focalizado e identificado el cual necesita tratamiento, pero ante la inexistencia por ejemplo de una Ley de Salud Mental, todo esfuerzo queda difuminado en buenas prácticas de los centros especializados.

Medicamentos para el tratamiento la esquizofrenia, en sujetos diagnosticados con patología dual⁸

De acuerdo al texto *Patología Dual en Esquizofrenia*, los estudios epidemiológicos comunitarios (Regier, 1990) indican que la comorbilidad entre la esquizofrenia y las conductas adictivas es muy alta, cercana al 50 %, tasa casi cuatro veces mayor que la contemplada en la población general. La probabilidad de padecer un trastorno por uso de sustancias aparece como 4,6 veces mayor en sujetos esquizofrénicos que en la población general, y estos enfermos presentan un riesgo de padecer abuso de sustancias seis veces mayor (Szerman, 2007).

El estudio CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*) de reciente publicación y tanta trascendencia para la psiquiatría, señala que el 60 % de los sujetos de la muestra usa sustancias de abuso, y que un 37 % presenta evidencias de consumo de alcohol y otras drogas (Swartz, 2006). Es probable que esta alta prevalencia de ambos trastornos refleje, en parte, el solapamiento de factores medioambientales, genéticos y neurobiológicos. Y lo que es más importante, la evolución de estos pacientes es habitualmente peor que la de aquellos esquizofrénicos no consumidores de sustancias de abuso (Szerman, 2007, pág. 25).

Los patrones de consumo de sustancias en pacientes esquizofrénicos tienen algunas características propias: la dependencia del tabaco es más grave y se desarrolla antes que en la población general (Diwan, 1998); el diagnóstico de abuso de alcohol es tan frecuente como el de dependencia; el uso de cocaína es más intermitente, posiblemente asociado a la presencia de síntomas positivos o negativos, al igual que ocurre probablemente con el cannabis (Szerman, 2007, pág. 25).

⁸ La información que se sobre los medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia, es extraída del libro "Patología Dual en Esquizofrenia ", opciones terapéuticas , capítulo I Autor Néstor Szerman Bolotner

Hipótesis acerca de la alta prevalencia de la patología dual

Algunos autores han defendido que el consumo de drogas puede dar lugar al desarrollo de una enfermedad, que de otra manera no hubiera aparecido, aunque los datos epidemiológicos y de cohortes no parecen confirmarlo. La incidencia de la esquizofrenia no se ha modificado en los últimos 30 años, mientras que la prevalencia del consumo de sustancias ha crecido de forma exponencial. Esto pone de manifiesto que este consumo no es suficiente en sí mismo para causar la enfermedad, aunque sí quizás para adelantar su inicio (Szerman, 2007).

Esta alta prevalencia se ha intentado explicar desde el punto de vista clínico como un intento de los pacientes con esquizofrenia por disminuir sus estados de disforia, los síntomas positivos y negativos que presentan y los déficit cognitivos debidos a la enfermedad o a la toma de fármacos neurolépticos, así como para incrementar la actividad mesocortical y mejorar la anhedonia asociada (Szerman, 2007).

En este sentido, la importancia crucial del sistema dopaminérgico mesocorticolímbico es compartida tanto por la psicosis como por las conductas adictivas. Se han sugerido formulaciones neurobiológicas en las cuales el alcohol y otras drogas potencian transitoriamente el funcionamiento de este sistema al mejorar la «señalización» mediada por la dopamina (Green, 2002).

Sobre estas bases neurobiológicas comunes para la patología dual, se ha planteado también la hipótesis de una vulnerabilidad compartida, apoyada en dato muy diferentes como puede ser la aparición de episodios psicóticos en consumidores de cocaína, que incluso persisten cuando disminuye la frecuencia de consumo. El consumo de cannabis puede asimismo precipitar cuadros agudos o incrementar el riesgo de esquizofrenia en sujetos vulnerables (*Patología dual en esquizofrenia. Opciones terapéuticas*, 2002). De la misma forma, el resto de las drogas pueden provocar, por exceso o por defecto

(abstinencia), diversos síntomas psicóticos. Sin embargo, no todos los episodios psicóticos concomitantes al consumo de drogas son indicativos de esquizofrenia. Una parte de ellos cursa con un «juicio de realidad» sin modificar, lo que facilita el diagnóstico. En otras ocasiones esto no ocurre así y resulta difícil diferenciar una psicosis inducida por drogas de un cuadro de patología dual (Szerman, 2007).

Vivir con la enfermedad mental: problemas asociados

Continuando con Guinea (2007), son personas que por lo general desde el comienzo de su vida adulta, han sido diagnosticadas (esquizofrenia o trastorno bipolar) y que, incluso habiendo recibido tratamiento adecuado, padecen discapacidades de larga duración. Su vida personal, académica, social y sus expectativas profesionales se han visto afectadas radicalmente y les es necesario reajustar sus expectativas en función de sus discapacidades (*limitaciones funcionales*). Existen implicaciones típicas y frecuentes como consecuencia de padecer enfermedad mental grave y persistente. Debido a causas directamente relacionadas con su enfermedad, a continuación nombraremos las de mayor relevancia según el autor:

- La expectativa de vida es de media 10 años más corta que la de la población sana.
- Están más expuestos a padecer problemas médicos y a que estos permanezcan sin diagnosticar.
- Padecen alta incidencia de muerte por suicidio (tasa del 10%).
- Frecuentes situaciones conflictivas en el seno de su red natural, la familia
- Padecen altísima tasa de desempleo (estimada entre el 60 y 90%).
- Son en su gran mayoría económicamente dependientes.
- Tienen alta tendencia al consumo abusivo de sustancias (tabaco, cafeína, medicamentos, o drogas de abuso).
- Padecen efectos secundarios de los medicamentos: necesitan mantener estrategias para evitar las recaídas, por lo que deben seguir tratamientos farmacológicos

prolongados a sabiendas de que ello les producirá efectos secundarios significativos (sedición, trastornos metabólicos, obesidad, discinesia).

- La estigmatización, como un conjunto de prejuicios sociales muy arraigados en la cultura popular relacionados con la enfermedad mental. Las personas enfermas son consideradas impredecibles, o peligrosas, y sufren procesos de exclusión y etiquetación difíciles de evitar. A ello contribuye el tratamiento que reciben en los medios de comunicación, donde se suele amplificar la eventual implicación de enfermos en actos violentos o socialmente llamativos (Guinea, 2007).

2.3 Aproximaciones al concepto de Familia

“La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”, (Minuchín, 1986)

La familia a lo largo de la historia ha sido objeto de variados estudios a través de las diferentes ciencias, fuertemente estudiada por la psicología, sociología, la economía en donde las ciencias sociales se encuentran presentes. Cada disciplina genera conocimiento de lo que es o podemos entender de familia, aunque continua siendo un concepto difícil de abarcar, por ende no existe una definición que pueda entregar una visión de carácter universal de o que englobe todas sus características.

La existencia de variadas funciones que ésta desarrolla, acompañada de las tipologías que se dinamizan en cuanto a las sociedades, tiempo y ciclo vital en el que se encuentran hace aún más compleja esta tarea. No es menos cierto que ha sido legitimada como la base de las sociedades y por ende ha tenido que transitar en cuanto al cambio social hasta permanecer instalada hasta hoy en día.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

El dar una definición general de familia, no es más que describir un concepto que no habla como tal de ello ya que cada familia requiere de definición propia, no podemos dar una definición exacta de ello. Aunque la definición histórica es aplicable a todas las familias, Siendo la familia un elemento fundamental de la persona, ya que es ahí donde socializamos de forma primaria, generando identidad, lo vivido en el seno de un ambiente familiar ejerce su influencia para la identidad personal de los componentes de ella.

Según Giddens, los cambios en las familias, son uno de los aspectos que caracterizan la modernidad, principalmente la secularización de los poderes del Estado y la iglesia, que repercuten posteriormente en la familia por medio del divorcio. Los efectos en las familias de los procesos de modernización son los siguientes:

- a) Cambios en los procesos productivos: principalmente el cambio de la producción rural a la producción urbana, genera un crecimiento económico importante.
- b) Modificación de la composición demográfica: el proceso de urbanización acelerada, aumenta la esperanza de vida, reducción de nacimientos, por ende reducción del tamaño de las familias.

- c) Nuevas pautas de consumo y trabajo: aumento de las familias en el consumo de bienes y servicios, incremento del sector industrial, trabajo remunerado femenino, trabajo informal y aumento de la inestabilidad.
- d) Promoción de la libertad social e individual: ampliación de los derechos de los niños y mujeres, en el cuestionamiento del patriarcado dentro de las familias, la transformación de la intimidad y sexualidad y en la búsqueda de nuevas intimidades.
- e) Reflexividad: en el caso de las mujeres, específicamente el movimiento feminista.
- f) Vocación democrática: defensa de la diversidad y aumento de la tolerancia.
- g) Progresiva secularización de la acción colectiva: La personas se distancia de las imposiciones religiosas y cobra autonomía la ética individual.
- h) Representación democrática de gobierno: con presencia de posiciones sociales y valóricas diferentes.
- i) Difusión de una racionalidad formal e instrumental.
- j) Generación de sociedades en la cuales se mezclan cada vez más diferentes cultural que incorporan la diversidad en los estilos de vida, la forma y estructura de la familias (Giddens, 2006).

Principales cambios en las familias de Latinoamérica

Los cambios de mayor relevancia, son la sexualidad, la procreación y la convivencia. De esta manera la forma de ser familia y la convivencia ha cambiado. Si bien los cambios en la estructura de la familias han sido graduales, la transformación de los roles de la mujer al interior de la familia como fuera de ella, ha evolucionado de manera muy dinámica.

La familia organiza la convivencia, la sexualidad y la procreación. Se abre una serie de singularidades en torno a ello, que finalmente derivan en aspectos a considerar dentro de los procesos de intervención. Ahora bien, sobre esa base, lo primero que es posible

identificar, es una base humana como la esencia de la familia, en la que hay más de un sujeto en relación, surgiendo como fundante el factor de la interdependencia entre ellos. Esta interdependencia se traduce en un sistema complejo de relaciones, que tocan desde lo afectivo hasta lo operativo, siendo esto último lo que permite el funcionamiento cotidiano y en definitiva las singularidades de sus formas de convivencia. Esta última, si bien fundada en las interacciones en el presente, no es posible desconocer que a la base de ella, se encuentra una historia común, sea esta de encuentros y/o de desencuentros (Jelin, 2010).

Los procesos de modernización influyen en la familia, transformándose desde una institución destacada socialmente, a una subordinada, pasando del modelo patriarcal al conyugal transitando rápidamente hacia el pluralismo familiar. Cuando hablamos de estos cambios se puede mencionar la incorporación de la mujer como fuerza laboral, retraso de la maternidad, el divorcio el cual genera familias monoparentales, reconstituidas, matrimonio homosexual, es decir, la familia ya no es solo una a través de la visión de la singularidad, la pluralidad está presente en este constructo, hoy en día ya no hablamos de familia sino de familias haciendo clara alusión a la diversidad (Gonzalez, 2003).

Según varios autores, la familia es una relación social, nexo de unión entre individuos y sociedad, se considera como agente de socialización primario entendida como una red de relaciones que vas más allá de sus funciones tradicionales. Según Reyes, en la actualidad se entiende por familia toda convivencia bajo el mismo techo con ánimo de permanencia y ámbito privacidad, sin considerar sexo, edades o existencia de parentesco legal. Según este autor la disgregación del concepto familia se aleja inexorablemente del matrimonio y de lo que era la base de esta institución, la heterosexualidad. Es por eso que hoy ya no hablamos de familia monoparental aquella clasificación es contradictoria al contexto actual (Reyes, 2007).

De acuerdo a lo antes señalado, los procesos instalados a través de la modernidad han significado un conjunto de cambios de todo orden, que van desde las formas de vida hasta la organización social. Esto ha generado nuevas formas de relación familiar, alterando dimensiones en las áreas íntimas y privadas de estructuras de relación cotidianas.

En la actualidad, la familia se encuentra en el centro de una controversia, por un lado hay quienes celebran la diversidad de las familias “posmodernas” como saludable, ingeniosa, con valientes adaptaciones a la incertidumbre en dimensiones económicas y socioculturales y por otro, hay quienes ven el derrumbe de las familias tradicionales como una amenaza seria, para el bienestar de los niños y niñas en la sociedades futuras.

Por lo antes expuesto, es posible advertir que de un modelo de familia patriarcal se pase a uno de familia inserto en una sociedad que aspira a ser más igualitaria, pluralista y democrática, cambio de paradigma que lleva del modelo autoritario subordinado al de igualdad, cooperación y solidaridad.

Los cambios descritos hacen que algunos autores planteen el argumento sobre la familia en crisis, esta estaría orientada hacia la estabilidad de la relación matrimonial, aceptabilidad del divorcio, falta de recursos, que obliga a las nuevas familias a convivir con sus familias de origen, a su vez la búsqueda de estabilidad económica retarda el matrimonio, escasos espacios confortables para las familias, sin dejar de lado las distancias que implican más tiempo desplazándose, y menos tiempo en familia, entre otros puntos.

Los procesos de modernización han provocado reestructuración del orden social tradicional en cuanto a: la división sexual del trabajo, la organización de la familia, y la concepción del trabajo doméstico, por ende ha existido variación en las formas de relación entre hombres y mujeres, roles al interior de la familia en constante tensión, y

como requerimiento fundante de las familias modernas la búsqueda por la igualdad (Gonzalez, 2003).

José Joaquín Brunner describe a la familia y modernidad como un fenómeno de intensificación de las relaciones privadas: una subjetivación de los vínculos sociales. El individuo moderno está más aislado y más consciente de su propia individualidad. Con la modernidad se desarman las estructuras jerárquicas basadas en la clase, la raza o el sexo, vivimos entre posibilidades y amenazas.

González (1993) plantea La familia sigue siendo una instancia crucial del orden social. Es el núcleo de la organización social donde convergen la naturaleza y la cultura, según el autor los procesos de cambios vividos por la familia la conducen hacia relaciones de carácter democrático entre sus miembros y para sus miembros. Es decir, aún queda mucho por recorrer, ya que se genera contradicción entre las expectativas familiares y la realidad puesto que continúan persistiendo funciones relacionadas al afecto, sentimientos, asistencia, valores, normas, características socializadoras, cuidado de los niños y/o niñas, adultos mayores, enfermos, o personas con discapacidad.

Alteraciones de la dinámica familiar ante una enfermedad crónica

La consecuencia de una enfermedad crónica o terminal en la familia, es analizada por Fernández (2004), señalando que las consecuencias generadas se asemejan a una crisis, en cuanto a los niveles de desorganización del sistema familiar, impacto similar al de una separación, la pérdida de un ser querido, o el nacimiento del primer hijo. La intensidad del desajuste varía según el tipo de enfermedad, evolución y dinámica familiar entorno a esto.

Al procesar parte de la familia la información, acerca de la enfermedad inexorablemente se conjugan a través de valores, costumbres, sentimientos en relación al significado de la

enfermedad y las necesidades que tiene la familia para enfrentarlas, las respuestas adaptativas generadas pueden ser de carácter funcionales y/o disfuncionales y llevan en ocasiones a las familias a mayor estrés o crisis más severas. El apoyo al sistema familiar es importante en cuanto a la generación de e respuestas lo más funcionales posibles. Además el autor señala factores y los desajustes que influyen en el impacto que produce la enfermedad (Fernández M. , 2004).

Factores que influyen: etapa del ciclo vital, flexibilidad o rigidez de los roles familiares, cultura familiar, nivel socioeconómico, tipo de respuesta familiar, capacidad del grupo familiar para solucionar el conflicto. A los factores mencionados en el caso de la patología dual, está presente el estigma, síntomas de desajuste: aislamiento y abandono, conflicto de roles y límites, conflicto de pareja, problemas económicos, síndrome del cuidador, negación cólera y miedo.

Cuando hablamos de alteraciones de la dinámica hacemos referencia a los distintos roles y sus variaciones, frente a un proceso estresante o de crisis, al que es enfrentado día a día por la familia, estas se vuelve hacia el problema y absorbe conflictos y genera en la mayoría de los casos soluciones ante ello, pero no en todos los participantes de la familia repercute esta dinámica de la misma forma, en el mejor de los casos emerge un cuidador de forma natural, el cual es quien enfrenta la mayor demanda del sujeto en crisis.

La Familia desde un sentido sistémico, es la que debe o procura adaptarse a esta nueva dinámica en su interior, esto la lleva a pasar por distintas etapas que van en la mayoría de los casos, desde la negación hasta la aceptación de la enfermedad en uno de sus integrantes. La Patología Dual, se extrapola de forma brusca a la familia, la cual a través de sus recursos inicia la ayuda, muchas veces sin darse cuenta de los logros obtenidos, generando una gran carga emocional y simbólica, que las familias deben manejar a la par

el control y el resguardo de acciones que van realizando en el día a día, las cuales se vuelve en momentos incomprensibles (Mahaluf, 1989).

La alianza que forma la familia es de carácter virtuoso, donde la convergencia de las acciones está centrada en la solución o posibles acciones de soluciones hacia lo que les afecta, ya que son capaces de demostrar las fuerzas en su interior y como desde el acontecimiento abrupto desarrollan códigos y planteamientos funcionales al estado de crisis que están viviendo.

Dicha alianza, se construye en base al desconocimiento no solo de la enfermedad y de las posibilidades de rehabilitación, ello al interior de un sistema que se vuelve en muchos casos, hostil y desconocido, emergiendo la angustia, incomprensión, irascibilidad y consternación los que desembocan en la pérdida de amistades y lejanía de la familiares, el deterioro de las relaciones sociales es inevitable, en otras palabras la pérdida de los soportes sociales.

El desconocimiento, en general de los medios de protección de los que se disponen como tipos de pensiones, trabajos protegidos, rehabilitación psicosocial, entre otros son incógnitas, a propósito de la poca claridad en directrices en salud mental y/o consumo problemático drogas y/o alcohol, en relación a la reinserción social.

Este complejo panorama inicial, nos instala en un escenario donde el soporte social se realiza desde la familia como primera institución social, la que absorbe procesos complejos, a propósito de la complejidad de un cuadro dual. A ello se agregan las indicaciones clínico y terapéuticas, entregadas por los equipos especializados, generando sus propias convicciones, modos de operar, estilos de relacionamiento y dinámicas familiares.

Debemos señalar, que existen dos polos que se deben considerar: uno es la sobreprotección y el otro es la autonomía. Tales connotaciones, caracterizan esencialmente los mecanismos de afrontamiento que las familias tendrán, tanto en una patología dual, como en una persona con la condición de esquizofrenia, o un sujeto con consumo problemático de drogas y/o alcohol. Si bien el sobre involucramiento, o la sobre implicación dependerán de estilos de dinámicas familiares asociadas con prácticas cercanas a los estilos de comunicacional poco asertivas, también están asociados a cuadros de alta Expresividad Emocional en la familia.

En relación a la autonomía, esta se debe potenciar al interior y fuera de la familia ya que el generar instancias donde el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales instrumentales y las llamadas actividades de la vida diaria, encuentren nicho donde desarrollarse y potenciarse, generan procesos autónomos de cambio concreto, el pasar de realizar las actividades a apoyarlos en las actividades que realizan. En este proceso importante que la persona con patología dual logre internalizar que estas acciones realizadas por ellos mismos, son beneficiosas en cuanto al apoyo que reciben.

Debemos hacer presente, que estimular la autonomía no significa avanzar hacia el abandono, durante este proceso es necesario que la persona perciba que el avanzar hacia la emancipación no significa que este dejara de contar con el apoyo que tiene de sus familiares y cuidadores. El fomento de la autonomía disminuye las recaídas y las internaciones, fácil es confundir la sobreprotección con autonomía, ya que las dinámicas al interior de la familia no son solo acciones si no que estas se acompañan de emociones. El hecho de expresar cariño, dificulta la lectura frente a un otro y ante nuestra opinión, no puede hacer algo y ante esto el cuidador más cercano sea quien termine realizando la actividad por quien debía realizarla. La entrega de afecto confunde y en la mayoría de los casos mella el proceso autónomo, el mostrar afecto no es incompatible con la autonomía, ya que en la patología dual es necesario fomentarla y contar con una red de apoyo social-familiar (Mañá, 2005).

La familia debe manejar grados de permeabilidad, que le permitan reconocer síntomas y comportamientos, tales como: desajustes conductuales, alucinaciones auditivas, entre otros, los cuales son enunciativos de la crisis, reconociendo factores de riesgo. A pesar de ello, la negación de la enfermedad y el sentimiento de culpabilidad se encuentran presente al inicio de la enfermedad en el grupo familiar, comenzando una etapa de aceptación de la misma, el interiorizar que la enfermedad se hubiera producido inevitablemente igual sin ellos o sin ningún detonante personal, familiar o social. Es parte del aprendizaje que deben desarrollar, básicamente ello dependerá de cómo se realiza la psicoeducación por parte de los equipos especializados, ya que son los “expertos” quienes tienen el deber de realizar dicho afrontamiento.

La Familia como Sistema

Para efecto de este trabajo, es necesario utilizar el enfoque sistémico, con la finalidad de poder mirar a la familia en su totalidad, como a sí mismo a cada uno de los subsistemas por separado.

La familia es una organización que evoluciona, cambia y mantiene su continuidad desde una orientación sistémica, se asume que las familias están sometidas a demandas de cambios internos y externos. El cambio es una constante y cualquier análisis de un sistema familiar podrá mostrar una gran fluctuación, flexibilidad frecuente, desequilibrio, entre otros, de acuerdo a lo anterior, la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales (Minuchin, 1984).

Esta perspectiva proviene de una tradición intelectual, del holismo de las ciencias sociales, Durkheim dice: “la sociedad es pues, distinta a la suma de los individuos”.

De igual manera, el funcionalismo estructural de Talcott Parsons, que técnicamente se podría considerar una teoría de sistemas. En toda sociedad es necesaria alguna forma de ordenación u organización de las personas relacionadas biológicamente, es decir, “la familia”. Que socializa y reproduce. Parsons analizará la familia nuclear, sus funciones, entre otras. Desde esta perspectiva el que funcionen normal o adecuadamente las familias, depende de los cambios estructurales de la sociedad.

A partir de la teoría sistémica, los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones.

Esta teoría, nos permite mirar a la familia como una totalidad que se compone de partes, sus miembros, los que se interrelacionan y son interdependientes entre sí. A la luz de este enfoque, la característica principal de la familia es su carácter de todo, de totalidad, y no meramente de la suma de los miembros que la componen (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003).

Esta perspectiva sitúa el significado y la comprensión de la familia en la observación de los patrones de organización que la familia se ha dado a lo largo de su historia y que están presentes en el hoy. No se trata simplemente de saber en general que los integrantes de la familia son influidos por la familia como un todo, que cada miembro individual influye a la familia como un todo, y que la familia es influida y a su vez influye en su contexto. De los que se trata es de entender cómo esto se produce en el caso particular de cada familia. Se trata de descubrir en cada caso cuáles son las reglas

de funcionamiento que esa familia se ha dado en todo el ámbito de sus relaciones (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003)

La teoría de sistemas nos entrega la interacción de cada dinámica familiar, puesto que la modificación de una conducta de algún miembro de la familia conduce a la modificación total del sistema familiar. Debemos señalar, que todas las familias, son sistemas vivos, en ellas se enfrentan dificultades y cambios, visto esto como un hecho natural y predecible a lo largo de su ciclo vital.

El Enfoque Ecológico –Sistémico de la Familia

Este enfoque, surge en la década de los 70, asociado al nombre del psicólogo Urie Bronfenbrenner con su Teoría Ecológica. Este modelo nos permite comprender la importancia del ambiente social en las personas, ya que el contexto y las relaciones tienen un efecto en el desarrollo de los sujetos: *“El postulado básico de Bronfenbrenner es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana”* (Torrice, 2002, pág. 46)

“Lo que a nuestro juicio sí resulta original desde los postulados de Bronfenbrenner es tener en cuenta el ambiente “ecológico” que circunscribe al sujeto. Esto lleva al autor a considerar el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos” (Torrice, 2002, pág. 46)

Esta teoría está estrechamente vinculada al enfoque sistémico. La palabra Ecología viene de la palabra griega oikos, que significa vivir en la casa, en el hogar. Incorpora la idea del hábitat natural y de la dependencia e interdependencia de los seres con su hábitat para su desarrollo (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003).

Bronfenbrenner expone que el ambiente social se constituye de una serie de instituciones y estructuras sociales que interactúan y afectan a las personas en distintos niveles, *“las*

cuales están clasificadas en Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema” (Bronfenbrenner en Torrico, 2002, pág.47).

De acuerdo a lo expuesto por Bronfenbrenner, el Microsistema es *“el nivel más cercano al sujeto, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días, es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, el trabajo, sus amigos”.* (Bronfenbrenner en Torrico, 2002, pág.47).

El Mesosistema *“comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno”* (Bronfenbrenner en Torrico, 2002, p.52). Es decir, en este nivel de sistemas encontramos las relaciones que se despliegan en ambientes más cercanos, en los que están presentes sentimientos, emociones, convivencia, por lo que es aquí donde surgen las redes potentes de apoyo y problemáticas intensas.

Belsky (1980), considera que el exosistema está compuesto por los contextos más amplios que no contienen a la persona como sujeto activo y está compuesto por la comunidad más próxima después del grupo familiar: *“Ésta incluye las instituciones mediadoras entre los niveles de la cultura y el individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, las instituciones recreativas y los organismos de seguridad”* (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2003, pág.8); finalmente, al macrosistema lo conforman la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad.

Bronfenbrenner nos llama la atención sobre el siguiente aspecto:

En una sociedad o grupo social en particular, la estructura y la sustancia del micro, el meso y el exosistema tienden a ser similares, como si estuvieran contruidos a partir del mismo modelo maestro, y los sistemas funcionan de manera similar. Por el contrario, entre grupos sociales diferentes, los sistemas constitutivos pueden presentar notables diferencias. Por lo tanto, analizando y comparando los micro-, meso- y los exosistemas que caracterizan a distintas clases sociales, grupos étnicos y religiosos o sociedades enteras, es posible describir sistemáticamente y distinguir las propiedades ecológicas de estos contextos sociales (Bronfenbrenner en Torrico, 2002, págs. 27-28).

Por todo lo antes señalado, es posible decir que la perspectiva de Bronfenbrenner (2002), es macrosocial, es decir, no mira a los sujetos como seres aislados con los cuales hay que trabajar de forma particular, sino como parte de un grupo, el cual es parte de una comunidad, vale decir, es un sistema con relación de interdependencia con otros sistemas, por lo que las problemáticas de los sujetos no se entienden individualmente sino como el conflicto de una o varias relaciones: *“Este proceso, además, se ve influenciado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos entornos”* (Bronfenbrenner en Torrico, 2002, pág.46).

El autor plantea como principio, abordar a las personas desde su particularidad, la cual está vinculada a diversos sujetos, instituciones, etc. que son parte de sus vidas, por lo que existen múltiples interconexiones tanto a nivel práctico (externo) como en lo emocional (interno), es decir, existen vínculos con distintas organizaciones y redes sociales, los cuales pueden tener una relación más o menos directa, que afecte a los sujetos en sus mundos de la vida y que marquen sus potencialidades y limitaciones; de esta forma el objeto de trabajo serían todos los elementos internos y externos de una situación problemática (en las relaciones).

El modelo eco-sistémico señala, que la acción profesional debe realizarse desde la perspectiva macrosocial con una orientación ecológica de la intervención comunitaria y microsistémica. De acuerdo a esto, propone la identificación, análisis e intervención. Las redes sociales de los sujetos con los que se está trabajando, son importantes para apoyar en la superación de sus problemáticas, ya que este modelo se fundamenta en la teoría de sistemas, y sugiere que las personas son subsistemas abiertos, parte de un microsistema que es la familia, la cual es la base social y que a la vez, es parte de un macrosistema que sería la sociedad. Son sistemas abiertos en los cuales cada cual tiene roles asignados, los que están interconectados y relacionados entre sí.

“La orientación ecológica en la intervención comunitaria tiene por objeto de trabajo la interacción de la persona y su ambiente. A la persona se la ve en permanente desarrollo y se concibe éste como un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él. Los distintos ambientes definidos en el modelo ecológico son a su vez sistemas, funcionando como tales, en los cuales el ser humano es un elemento más”. (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2003, pág.9).

La Estructura del Funcionamiento Familiar

“Un sistema debe tener una estructura tanto para sobrevivir como para cumplir sus metas y funciones. Como en todos los sistemas sociales, la estructura de la familia es la organización de las relaciones entre sus partes” (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003, pág. 109).

Para analizar la estructura del sistema familiar seguiremos a Minuchin (1982), este autor afirma que esta estructura puede conceptualizarse como las relaciones entre los diversos subsistemas familiares, que configuran un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Ciertamente un individuo es un subsistema de la familia; adicionalmente, otros subsistemas habitualmente identificados son el subsistema de esposos, el de los hijos con sus padres,

el de los hermanos entre sí. A menudo en la literatura, los subsistemas familiares son analizados en términos de díadas; sin embargo, otros teóricos consideran el triángulo como la forma estructural básica (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003).

- *Subsistema Conyugal*

Está constituido por un hombre y una mujer que han decidido formar una familia., Este subsistema es de vital importancia en la constitución y mantención de la familia para lo cual los cónyuges necesitan desarrollar la complementariedad de la aceptación mutua entre ambos (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003).

- *Subsistema Parental*

Se constituye cuando la pareja conyugal tiene hijos, lo que supone que debe diferenciarse para asumir la tarea de crianza de sus hijos. Debe agregar a sus tareas conyugales la vital tarea de formar personas. El límite entre estas dos funciones es delicado en la familia. Los mismos cónyuges se constituyen en padres y por lo tanto ambos subsistemas corren el riesgo de invadirse mutuamente, lo que genera dificultades y problemas en el funcionamiento familiar (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003)

La conyugalidad y la parentalidad pueden reafirmarse o debilitarse mutuamente. Es de una mirada centrada en los hijos podemos ver que cuando la tarea parental es ejercida con éxito, los logros con los hijos reafirman el vínculo conyugal. Por el contrario, los fracasos en la tarea de ser padres pueden resentirlo (Risolía de Alcaró, 1996).

- *Subsistema Fraterno*

Este subsistema está compuesto por los hermanos. Es el primer laboratorio social en que los niños experimentan relaciones con sus pares. En el mundo de los hermanos los niños aprenden a compartir, a pelear, a negociar, a ejercer poder, a perderlo. La importancia de la ubicación en el sistema fraterno ha sido destacada por Toman (1982), quién ha realizado investigaciones en las cuales muestra como dicha posición influye significativamente en el mundo extrafamiliar, en el ámbito laboral y en la complementariedad y acomodación con la pareja conyugal (Minuchin, 1984).

Todos los sistemas tienen límites que señalan quién está adentro y quién está afuera del sistema. El límite del sistema, desde el individual al familiar, es la discriminación que el sistema realiza entre lo que pertenece al sistema (“yo”, “mío”, “nosotros” o “nuestro”) y lo que no forma parte de él (“los otros”, “otra gente”, de “ellos”).

Los límites personales son difusos al comienzo de la vida y se vuelven progresivamente más claros a medida que la persona se desarrolla. Lo mismo sucede en la familia. En sus inicios, los miembros de la pareja pueden aún no sentir que esta es su familia, en la medida que ha salido recientemente de sus familias de origen. Progresivamente, si el desarrollo de la nueva familia se da adecuadamente, se irá construyendo la nueva familia, con la sensación de límites claros entre su familia y las otras.

Los límites están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera, y tiene por función proteger la diferenciación del sistema o de los subsistemas. Hartman y Laird (1983) señalan que, en el caso de la familia, los límites incluyen un set invisible de lealtades, e reglas y de conexiones emocionales. Estos límites pueden ser tanto internos, entre los sujetos que conforman el grupo familiar, como externos, entre la familia y los grupos e instituciones sociales con los cuales interactúan (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003).

Se han definido tres tipos de límites: los límites abiertos, claros o permeables; los límites cerrados, rígidos o impermeables y los límites difusos o azarosos. Plantea que las familias se mueven en un continuo que va desde familias con límites difusos hacia el interior y muy rígidos con su exterior, a las que denominan familias aglutinadas. Estas familias tienen pocos intercambios con el medio, tienden a satisfacer las necesidades emocionales y proteger a sus miembros sólo con sus recursos internos. En ellas se hace difusa la diferenciación y autonomía de sus miembros, y tienen el riesgo de verse sobrepasadas en sus capacidades de respuesta en momentos de crisis (Minuchin S. , 1985).

En el otro extremo, estas familias desligadas, con límites rígidos al interior. En ellas cada miembro de la familia se comunica poco con los otros y sus necesidades emocionales las satisface principalmente al exterior de la familia. Este tipo de familia puede fallar en proteger a sus integrantes cuando lo necesitan.

Estos patrones de interacción no aluden a disfuncionalidad o funcionalidad, sino a un patrón que, como cualquier otro, puede rigidizarse hacia los extremos en momentos en los cuales se necesita un cambio de lo habitual en la familia, como cuando debe incluirse a un miembro y no se hace por el aglutinamiento de un subsistema, o cuando la autonomía no es posible por la excesiva lealtad que la familia exige. Así, la intervención familiar puede ser concebida como una intervención en los límites, cuando la calidad de éstos obstruye o dificulta el desarrollo individual o familiar o la relación de la familia con otros sistemas relevantes (Minuchin, 1984).

El grado en el cual las funciones de la familia pueden ser cumplidas adecuadamente, puede correlacionarse con la calidad de los límites de los subsistemas. Si los límites son demasiados cerrados, el sentido de la familia disminuirá y los miembros de la familia no se ofrecerán entre sí suficiente apoyo; si los límites de los subsistemas son demasiados laxos, los subsistemas no tienen suficiente autonomía para cumplir sus funciones. No

obstante, la mayoría de las familias tiene límites claros, en las cuales la comunicación y el apoyo en su interior es el necesario para el crecimiento, y su relación con lo externo al núcleo familiar: familia extensa, grupos e instituciones, abiertos y fluidos (Minuchin, 1984).

La teoría estructural del funcionamiento familiar permite esclarecer y caracterizar la dinámica familiar, la cual se encuentra compuesta por pautas que deben ser seguidas y respetadas por cada integrante de grupo familiar, además de fortalecer los cambios tanto internos como externos que se dan a lo largo del ciclo vital familiar, permitiendo con ello que los miembros del grupo familiar logren potenciar la tolerancia al cambio, asimismo la estructura familiar permite a través de sus roles la organización total de la familia, contribuyendo lo anterior a las funciones propias por cada individuo (Minuchin, 1984).

No obstante lo anterior, la Teoría Crítica de Horkheimer, plantea, que el deseo de enmarcar el mundo a partir de “formas tradicionales rígidas”, que no considera el paso de la historia en su transformación, sólo logra alejarlas de la verdad y convertirlas en ideologías vacías que no dan cuenta del contexto socio cultural actual, por muy poderoso que sea el apoyo que se le preste, basando todo su significado en el matrimonio (Horkheimer, 1998, pág. 180). Es precisamente por ello, que no basta con sostener que: *“Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio (...) y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos...”*.

Cabe señalar, que el discurso de la familia tradicional, ha sido reafirmado por décadas desde la Iglesia Católica, desde los medios de comunicación y también desde el propio Estado, *“Tal vez los supuestos de naturalidad y moralidad de la familia nuclear son los más difíciles de cambiar, puesto que se afirman en reflexiones filosóficas y religiosas griegas y tomistas, entre otras – que están a la base del pensamiento cristiano accidental y liberal”* (Delsing, 1995) Recordemos que en Chile sólo hasta hace un poco más de una década atrás, los hijos nacidos fuera del matrimonio tenían menos derechos que los hijos nacidos en el matrimonio. Es sólo a partir del año 1998, con la “Ley de

Filiación”, que se reconoce la existencia de la filiación no matrimonial y el desaparecimiento de los hijos naturales (cuando se les reconocía), dejando atrás más de un siglo de discriminación entre hijos legítimos, ilegítimos y naturales.

Es decir, hoy emerge una familia donde predomina lo afectivo, la autorrealización. Esta lógica emocional y de satisfacción por el propio desarrollo, incluye a todos los miembros de la familia y demanda a que las relaciones familiares tiendan a ser democráticas e igualitarias, lo que sin duda ha impactado en las relaciones de género que de forma tradicional se han enmarcado en un matrimonio normativo por excelencia.

Hoy el discurso del modelo tradicional de familia, convive con un modelo de “**Familia Relacional**”, donde prima la afectividad y la calidad de las relaciones, en la que “...*el hombre y la mujer se están volviendo visibles como individuos separados, cada cual vinculado a la familia mediante diferentes expectativas e intereses, cada cual con diferentes oportunidades y responsabilidades*”⁹. No podemos obviar, que estamos asistiendo a un proceso de creciente individualización, que por supuesto también ha erosionado los límites familiares. Ahora en la familia se le da importancia a los Vínculos Afectivos ya no sólo a los vínculos de afinidad y consanguinidad-.

Es por ello, que los vínculos de parentescos, mencionados anteriormente, no bastan para conceptualizar a la familia contemporánea, puesto que si sólo se considera el vínculo consanguíneo y el de afinidad, la cohabitación (convivencia) no estaría considerada como una forma de vivir en familia. Frente a esto se puede mencionar que esta estructura familiar siempre ha existido en nuestra sociedad, lo que ha cambiado con el pasar de los años son las relaciones al interior de ella.

Cabe señalar, que la cohabitación no es una oposición al matrimonio, sino que es una opción de vivir en familia sin estar unidos a través del vínculo del matrimonio,

⁹ BECK, U.; BECK-GERNSHEIM, E. La individualización. Barcelona: Paidós, 2003. 174 p.

transversal a los sectores socioeconómicos de nuestra sociedad. Por lo tanto, claramente lo importante hoy para la pareja es la calidad de la relación, el “vínculo afectivo”, el “amor confluyente” como lo denomina Giddens (2006). Sólo eso se necesita para establecerse como pareja. Estas nuevas formas de convivencia no son decisiones que las personas consideren perennes, lo más probable es que cambien a nuevas formas familiares.

La Perspectiva del Poder y de las Fuerzas en la Familia

La perspectiva de la fuerza, propone que los recursos de las personas y de sus ambientes, más que sus patologías y problemas, deberían ser el foco central del proceso de ayuda a la familia. A diferencia de otros modelos que focalizan en la identificación y erradicación de déficit y problemas, la perspectiva de las fuerzas focaliza en la propuesta de que la ayuda puede proceder efectivamente de la identificación, uso y aumento de las fuerzas y recursos en la persona y medio ambiente. Por ello las historias de las personas y familias, sus narrativas que dan cuenta de la forma como perciben su realidad, de cómo definen sus necesidades, de cómo identifican los recursos necesarios para satisfacerlas, pueden conducir a intervenciones que valoren las capacidades de las personas y que se centren en sus potencialidades (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003).

Esto es especialmente importante porque, las narrativas de las personas que acceden a los programas sociales construyen acerca de sus vidas, son con frecuencia desempoderantes porque reflejan la importancia que asignan a sus problemas y su sensación de impotencia para enfrentarlos, impotencia que la mayoría de las veces es reforzada por las instituciones que las atienden, cuando las ubican en categorías que no entienden, como neurótico o borderline, o frente a las cuales se sienten sin salida, como indigente o drogadicto (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003).

Por el contrario, la perspectiva de las fuerzas se basa en la creencia de que las personas pueden continuar creciendo y cambiando y que deben tener iguales accesos a los

recursos. La importancia de construir en las fuerzas del cliente es un tema recurrente en la literatura del Trabajo Social. Mary Richmond promovió esta filosofía en su texto Caso social Individual: “Entre los dones naturales de todo trabajador social de casos, debe figurar una deferencia instintiva para las personas que le son más extrañas. Es su privilegio descubrir y liberar lo mejor que existe en cada individuo y esforzarse, con el alma de artista, en desarrollar la profundidad y la riqueza de tonos que lo conforman” (Aylwin N., 2003).

Las evaluaciones basadas en los déficits catalogan al individuo como “el problema”, a modo de ejemplo, desde una perspectiva de las deficiencias, la persona que agrede, que maltrata, se convierte en el problema. Las intervenciones por tanto se focalizan en qué es lo erróneo en la persona, reforzando la impotencia y la culpabilidad que el beneficiario ya está sintiendo. Al mismo tiempo, dicha intervención se da a partir de estructuras sociales y económicas que no proveen oportunidades educativas, reforzando desigualdades en el acceso a competencias desde la crianza. Asumir que la causa de los problemas personales y sociales es la deficiencia individual, tiene la consecuencia política de no focalizar en la estructura social, en el sistema de valores sociales, sino en el individuo. La mayoría, si no todos los problemas que experimentamos, son el resultado de la manera en que nos hemos organizado y cómo hemos creado y localizado los recursos para sobrevivir (Aylwin N., 2003).

El poder es un fenómeno sistémico que funciona a nivel individual, familiar, grupal y social. En el nivel individual interno, el poder se manifiesta en una sensación de maestría o competencia; en el nivel interaccional, se manifiesta en términos de dominación; en los niveles grupales y familiares, en términos de status grupal. El poder o la falta de éste en un nivel, afecta y es afectado por el poder de cualquiera de los otros niveles. Así, el poder en el nivel interactivo es evidente en relaciones caracterizadas por la dominación, subordinación o igualdad. Los procesos sociales de estereotipar, discriminar y estratificar, asignan valor a grupos de personas basándose en la raza, la etnia u otras

características distintivas, y luego crean estructuras que determinan el acceso a oportunidad, alternativas de vida y calidad de vida de ambos grupos, tanto dominantes como subordinados.

El poder puede ser definido como la capacidad de influir, para beneficio propio, las fuerzas que afectan el espacio de vida y/o la capacidad de producir efectos deseados en otros. El tener algún poder sobre las fuerzas que controlan nuestra vida es esencial para la salud mental. Debido a que la impotencia es dolorosa, las personas tratan de evitar dichos sentimientos comportándose de maneras que les dan la sensación de poder (Aylwin N., 2003).

Desde el Trabajo Social, es necesario comprender cómo las personas perciben y responden a la falta de poder. Por ejemplo, algunos grupos discriminados reaccionan a esta situación comportándose en formas que los proveen de una manera sensación de poder. Muchas personas sin poder usan considerables cantidades de energía luchando contra las proyecciones de quienes tienen poder, que sugieren que los sin poder son incompetentes, tontos, locos, promiscuos, sexualmente o dependientes. Otros reacciona a su falta de poder internalizando dichas proyecciones y, consecuentemente, identificándose con los poderosos (llegando hasta sentimientos de odio a sí mismos); desconfiando (lo que es considerado por quienes tienen el poder como paranoia); haciendo manifestaciones, como paros y huelgas (lo que es considerado por quienes tiene poder como una actitud violenta); y oponiéndose o procurando ser autónomos (Aylwin N., 2003).

De acuerdo a esta perspectiva, podemos afirmar que promover el empoderamiento significa creer que las personas son capaces de tomar sus propias elecciones y decisiones. Significa no solo que el ser humano posee la fuerza y el potencial para resolver sus propias situaciones difíciles, sino también que es capaz de aumentar su fuerza y así contribuir a la sociedad. El rol del trabajador social en la práctica es nutrir,

dar coraje, asistir, facilitar, soportar, estimular y desatar los poderes de las personas; señalar los recursos y poderes que se encuentran accesibles en los ambientes de las personas ; y promover la equidad y la justicia en todos los niveles de la sociedad. Para hacer esto el trabajador social ayuda a las personas y grupos a articular la naturaleza de sus situaciones, identificar qué es lo que quiere, explorar alternativas para obtener esos deseos, y alcanzarlo (Aylwin N., 2003).

Factores Protectores y de Riesgos

La existencia de factores que influyen en el impacto que la enfermedad produce en la familia y por otro lado los principales síntomas que producen desajuste por la enfermedad. Los factores que influyen son: etapa del ciclo vital, flexibilidad o rigidez de los roles familiares, cultura familiar, nivel socioeconómico, tipo de respuesta familiar, capacidad del grupo familiar para resolver el conflicto, estigma que produce la enfermedad, síntomas de desajustes: aislamiento y abandono, conflicto de roles y límites, conflicto de pareja, problemas económicos, síndrome del cuidador, negación del miedo, etc. (Fernández, 2004).

Los datos de un estudio transcultural, de la Organización Mundial de la Salud sobre eventos de vida y esquizofrenia, han mostrado la relación entre eventos estresantes y el surgimiento de la esquizofrenia ha mostrado la relación entre las experiencias de pérdida y el surgimiento de depresión, episodios de manía y suicidio (Sarraceno, 2003)

A) Factores Protectores

Siguiendo con los aportes de la epidemiología social, se descubrieron también la existencia de factores, que sirven como escudos para favorecer el desarrollo de los seres humanos, los factores protectores. Es decir que las actuales tendencias en prevención, van orientadas hacia la promoción de factores de protección, no quedándose en sólo la identificación de los factores de riesgo, sino que se actúa en la construcción de

resistencias, hacia procesos protectores que incidan en la reducción de conflictos de comportamiento.

Así tenemos que los Factores de Protección, son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática. Son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo (David Hawkins, 1985). Este enfoque propone la existencia de unidades de sociabilización, en la infancia temprana, la familia y la escuela, y posteriormente el grupo de pares, desde las que es posible aprender patrones de comportamiento pro-social o antisocial.

Cuando los factores de protección consiguen equilibrar o amortiguar los factores de riesgo es más improbable que se dé una situación crítica; por el contrario, cuando son los factores de riesgo los que predominan y los factores de protección no los compensan, es más probable que surjan las conductas problemáticas.

B) Factores de Riesgo

El modelo de las emociones expresadas, ha documentado el papel del contexto familiar en la evolución de la esquizofrenia, y la presencia de otras emociones expresadas en la familia del esquizofrénico como factores de riesgo para la recaída; Parker (Parker, 1983) ha documentado el papel de factores de riesgo del estilo de los padres en el surgimiento de los disturbios psiquiátricos (Sarraceno, 2003).

Los factores de riesgo se entremezclan y organizan de modo muy dinámico, su importancia dentro del sistema de causas también es variable: la relevancia de un factor de riesgo puede cambiar de un grupo a otro y de un individuo a otro. Este enfoque de riesgo trae dos conceptos: el de vulnerabilidad, que es el potencial de que se produzca un riesgo o daño, ya que se observó que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de

alto riesgo y el de conducta o comportamiento de riesgo, aspecto que reside en las personas generadoras de riesgo, como la de adolescentes que buscan o generan situaciones de riesgo, a través de comportamientos que aumentan reiteradamente (Sarraceno, 2003).

Se dice que un evento es Factor de Riesgo para determinado problema cuando se ha logrado demostrar asociación estadística y relación de antecendencia entre ambos, sin embargo, no siempre tenemos estudios epidemiológicos adecuados para identificar los factores de riesgo de un problema concreto ante el cual deseamos intervenir.

Afrontamiento

El afrontamiento, puede ser definido como una respuesta o conjunto de respuestas ante situaciones de estrés, las que se utilizan para manejar una situación determinada, o bien para neutralizarla. Es posible comprender el afrontamiento, como un proceso en que las personas intentan superar o resistir una situación estresante, con la finalidad de reestablecer el equilibrio, permitiendo sobrellevar o adaptarse a la situación. Cabe señalar, que el concepto de adaptación, implica necesariamente un equilibrio entre lo que la situación demanda y las capacidades que la persona tiene para dar respuesta, otorgando toda la responsabilidad en los esfuerzos de cada sujeto, para manejar una situación determinada.

Los recursos de afrontamiento, pueden ser divididos en: culturales, estructurales, sociales, psicológicos y físicos.

Recursos Culturales: tienen que ver principalmente con las creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud, y con los procesos de atribución causal. Estas creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura propia del individuo. Por esta razón, la salud y la enfermedad, no solo se le atribuye una condición como

organismo biológico, sino también socialmente en la cultura de la estructura social a la que pertenece (Rodríguez-Marín, Pastor , & López, 1993).

Recursos Estructurales: Son los papeles sociales que forman parte del sistema social, los subsistemas y redes que el sistema incluye. Es la forma personal de interpretar cada papel. La representación de los papeles sociales, está determinada por el diseño social específico de los roles. Cabe señalar, que los papeles sociales otorgan a las personas, elementos para afrontar situaciones estresantes (Rodríguez-Marín, Pastor , & López, 1993).

Recursos Sociales: Son los procesos de interacción social, que incluyen al apoyo social. Principalmente se refiere a contar con ingresos adecuados, residencia adecuada, satisfacción con el empleo y red de apoyo disponible. Es posible señalar, que el apoyo social, es uno de los recursos de afrontamiento más importante con respecto a la enfermedad y particularmente con la enfermedad crónica (Rodríguez-Marín, Pastor , & López, 1993).

Recursos Psicológicos: Se refiere a los estados afectivos y cognoscitivos, a los esquemas de acción y a los repertorios de comportamiento del individuo. Por otro lado, los recursos físicos del individuo, son el entorno físico del sujeto y las características biológicas de cada persona.

Por su parte, las repuestas de afrontamiento, pueden ser diversas, no obstante las dos principales son aproximación y evitación. Por una parte, el afrontamiento aproximativo, incluye todas aquellas estrategias cognitivas o de comportamiento que permiten al sujeto acercarse al problema que genera el estrés, o a las emociones negativas. Por otra parte, el afrontamiento evitativo incluye todas las estrategias cognitivas y de comportamiento que permiten escapar o evitar el problema que genera el estrés o la emoción que lo provoca.

Es difícil poder medir la eficacia de las repuestas de afrontamiento, ya que dependerá de la persona, las circunstancias y el contexto en que ocurra, lo que finalmente es posible medir si disminuye el estrés o la ansiedad que provoca, logrando que la persona pueda identificar efectivamente la amenaza real de la situación. Cabe señalar que ambas respuestas en general, pueden ser utilizadas de forma combinada. No obstante, existen costos asociados a una y otra respuesta, por su parte la aproximación, está asociada a un incremento del estrés, dado que cuando no es posible revertir asumir la situación, la aproximación produce una preocupación exacerbada que absorbe tiempo innecesariamente. De igual manera, es posible asocia la evitación a la interferencia con la acción apropiada, cuando es posible aceptar la amenaza, la parálisis emocional y las conductas evitativas disruptivas, cuando hay un intento consciente o inconsciente de mantener la amenaza fuera de la consciencia (Rodríguez-Marín, Pastor , & López, 1993).

Trabajo Social y Familia

Para efecto de este trabajo de investigación, resulta fundamental incluir el Trabajo Social en Salud, como parte fundamental de nuestra acción profesional en temas de salud mental en el contexto familiar, ya que ésta es una de las áreas principales de intervención, constituyéndose además en una de las más antiguas:

El Trabajo Social Familiar es una forma especializada de Trabajo Social que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares, considerando el contexto en el cual ella está inserta. A través de éste se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, los de la familia y las redes sociales (Donoso & Saldías , 1998).

Las mismas autoras señalan que la labor con familias, se orienta principalmente a la promoción y prevención, y a la reparación. Por una parte, se pretende generalmente promover estilos de vida que permitan el desarrollo adecuado de cada uno de los miembros de la familia y de la familia en su totalidad. De igual manera, las acciones de

tratamiento o reparación cuando los problemas son una realidad, orientándose a generar al interior de ellos, estilos de relaciones más armónicas y hacia el exterior, la búsqueda y conformación de redes sociales de apoyo (Donoso & Saldías , 1998).

En este sentido se comprende que la mirada ecológica-sistémica es característica de las intervenciones con familias, ya que el énfasis está puesto en la colaboración y negociación entre los profesionales, las familias y sus sistemas de apoyo para encontrar soluciones a sus problemáticas (Villalba, 2004)

Los/as Trabajadores/as Sociales que trabajan en el área familiar, desde este posicionamiento ecológico-sistémico, incentivan los procesos de autonomía y co-construcción de los sujetos y sus familias, para que ellos puedan asumir su responsabilidad y poder de decisión respecto de las situaciones que los aquejan. Para esto transfieren conocimientos y plantean la necesidad de acuerdos, diálogo y participación de los sujetos con el fin de que ellos se desarrollen lo más integralmente posible, ya que frente al modelo clínico imperante que rige los sistemas de salud, la colaboración se debe tornar un principio de acción.

Cabe señalar, que las características de Trabajo Social Familiar ha implicado tomar en cuenta los enfoques de redes y apoyo social, de autoayuda, la perspectiva de los factores de riesgo y protección con que cuentan las familias y también su capacidad resiliente, sólo de esta forma se comprende a la familia como un sistema capaz de transformarse y como un contexto en el cual los/as niños/as y adolescentes podrán contar con apoyo, contención, amor y sustento, en el fin de desarrollarse plenamente.

El Trabajo Social, tiene como finalidad colaborar en el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de Derechos Humanos y Justicia Social son fundamentales para el

trabajo social (Federación Internacional de Trabajadores Sociales y Asociación internacional de Escuelas de Trabajo Social , 2004).

Trabajo Social en el ámbito de la Salud

La acción profesional en el ámbito de la salud implica la labor de promoción y prevención básicamente, desde una perspectiva integral respecto del ser humano y su salud, después de una renovación del modelo de trabajo en el área de salud a nivel nacional, como se explica a continuación:

En concreto, el modelo de atención integral significa una ampliación de perspectiva: a lo biomédico se suma la dimensión psicosocial, lo cultural y lo espiritual, como expresiones de la existencia humana directamente relacionadas con la comprensión de los procesos de la salud y la enfermedad. Es aquí donde comienza el aporte de nuestra intervención profesional (Consejo Provincial Santiago de Trabajadores Sociales, 2010).

De esta manera, el rol del Trabajo Social en la salud, por una parte debe promocionar las conductas saludables en toda la población, educando e informando sobre la salud individual y colectiva; y por otra, llevar a cabo acciones de prevención, orientando y capacitando a los sujetos, en los temas relevantes para la protección de la salud, que contribuyan esencialmente al derecho a una vida digna, entendiéndola como un derecho humano fundamental.

Finalmente el rol del Trabajo Social, es fundamental de ser considerado a la hora de diseñar, organizar, ejecutar y evaluar acciones preventivo – promocionales y de intervención que permitan fortalecer la salud de las personas, sus familias y la comunidad.

III Marco Metodológico

Para efectos de este trabajo de investigación, la opción metodológica será la del enfoque cualitativo, que refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observables (Taylor S., 2000) de la construcción y posicionamiento de éstos en procesos subjetivos. Esta perspectiva permite abordar principalmente las relaciones sociales que los sujetos construyen cotidianamente al interior de una misma cultura.

3.1 Tipo de Estudio

El presente estudios es de carácter exploratorio, con alcances descriptivos, ya que el fenómeno que se investiga, no tiene información anterior y en general no existen estudios en Chile respecto a este tema. No obstante, tiene alcances descriptivos, y a que el presente estudio se realizará sobre la realidad de los hechos y sus principales características, de este modo podremos lograr una correcta interpretación.

En este contexto, así como los estudios exploratorios se interesan fundamentalmente en descubrir, los descriptivos se centran en medir con la mayor precisión posible. Como mencionan Dankhe (citado por Hernández, Fernández, & Batista, 2003) , en esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir qué se va a medir y cómo se va a lograr precisión en esa medición. Asimismo, debe ser capaz de especificar quién o quiénes tienen que incluirse en la medición.

La investigación descriptiva, en comparación con la naturaleza poco estructurada de los estudios exploratorios, requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder. La descripción puede ser más o

menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

Estudios Exploratorios: De acuerdo a Danhke (citado por Hernández, Fernández, & Batista, 2003) los estudios exploratorios se efectúan, por lo general, cuando el objeto es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no se tenga información anterior. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay ideas vagamente relacionadas con el problema. Los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre el contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones verificables.

Estudios Descriptivos: cómo señala Danhke (citado por Hernández, Fernández, & Batista, 2003) *“los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”* (p. 117).

En este sentido, Danhke (citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2003), señala que *“los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”* (p. 117). En definitiva permiten medir la información recolectada para luego describir, analizar e interpretar sistemáticamente las características del fenómeno estudiado con base en la realidad del escenario planteado. Para Tamayo (1998) la investigación descriptiva: *“Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los*

fenómenos. El enfoque que se hace sobre conclusiones es dominante, o como una persona, grupo o cosa, conduce a funciones en el presente. La investigación descriptiva trabaja sobre las realidades de los hechos y sus características fundamentales es de presentarnos una interpretación correcta” (p.54).

3.2 Universo y Muestra

En esta investigación el universo serán las familias de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el Programa Hospital de Día, del hospital Barros Luco. La muestra estará conformada por un segmento, definido de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Familias con algún integrante diagnosticado con patología dual.
- b) Que tengan a lo menos un año de participación en el programa de rehabilitación.
- c) Que cuenten con un adulto responsable del tratamiento de la persona con diagnóstico de patología dual.
- d) Que el adulto responsable manifieste su voluntad de participar en el estudio libremente.

De acuerdo a estos criterios de selección, la muestra quedó conformada por cuatro familias, en las que la persona que se le realizará la entrevista semiestructurada, son mujeres (madres y abuelas de la persona diagnosticada con patología dual).

Técnica de recolección de información

Se utilizará entrevistas semiestructuradas, las que se entienden como una relación cara a cara, donde existe un entrevistador y un entrevistado, además de una pauta de preguntas abiertas que estarán dadas por el orden de los tópicos preestablecidos, controlando el ritmo de la entrevista siguiendo un patrón estandarizado. Debo hacer presente, que aun cuando existan preguntas preestablecidas, estas podrán ser modificadas según las

necesidades y situaciones que se presenten en terreno. De este modo, será posible obtener un mayor conocimiento, validez y exactitud de los datos obtenidos.

C) Entrevista Semiestructurada

La entrevista cualitativa, como señala Hernández, Fernández, & Batista (2006), *es más íntima, flexible y abierta. Ésta se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema*” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, pág. 597).

Para efecto de este trabajo, las entrevistas se realizaron individualmente, todas en los domicilios particulares de las familias, en un ambiente distendido y con un ritmo flexible, apoyándonos en una pauta de preguntas, que nos permitió guiar la dirección de la información, para efecto de este estudio, no obstante en ningún momento la conversación fue limitada, ya que en la medida que aparecieron nuevos antecedentes, pertinente a la investigación, estos fueron incluidos en la misma. Como señala Hernández, Fernández, & Batista (2006) *“Se basan en una guía de asuntos y preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados”* (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, pág. 597).

Según Flick (2004), la entrevista semi estructurada se caracteriza por usar preguntas más o menos abiertas que adoptan la forma de guías de entrevista y buscan que el entrevistado responda a ellas libremente. Desde la perspectiva del autor, *“el punto de partida del método es el supuesto de que las aportaciones que son características para las entrevistas estandarizadas o cuestionarios, y que limitan cuándo, en qué secuencia y cómo se tratarán los asuntos, oscurecen más que iluminan el punto de vista del sujeto”* (Flick, 2004, pág. 107)

Plan de Análisis

Con la información obtenida de las entrevistas realizadas, se definirán y clasificarán las categorías de mayor relevancia para este estudio, que se agruparan de acuerdo a criterios previamente establecidos. Por lo antes señalado, clasificar elementos según categorías, impone buscar lo que cada uno de ellos tiene en común entre sí. No obstante, es posible que otros criterios incidan en otros aspectos de analogía, modificando quizás considerablemente la distribución anterior (Bardin, 1996).

“La categorización es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por género (analogía), a partir de criterios previamente definidos. Las categorías son secciones o clases que reúnen un grupo de elementos, bajo un título genérico, reunión efectuada en razón de los caracteres comunes de estos elementos. Los criterios pueden ser: semánticos, sintáctico, léxico o expresivo” (Bardin, 1996, pág. 90).

Continuando con Bardin (1996), la categorización es un proceso de tipo estructuralista, que consta de dos etapas:

- 1.- El inventario: aislar los elementos.
- 2.- La clasificación: distribuir los elementos, y consiguientemente buscar o imponer a los mensajes un acierta organización (Bardin, Análisis de Contenido, 1996, pág. 91).

Una vez establecido, todo lo necesario para efectuar el análisis de la entrevistas, se confeccionó un cuadro resumen de categorías y subcategorías, que permitieron direccionar el análisis posterior.

CUADRO RESUMEN DE CATEGORIAS Y SUB-CATEGORÍAS

Con la finalidad de presentar gráficamente los resultados obtenidos en el trabajo de investigación, se presenta en el siguiente cuadro resumen, las categorías que emergieron de los tres objetivos específicos con sus respectivas sub-categorías.

<i>Objetivo específico N°1</i>	<i>Categorías asociadas al objetivo específico N°1</i>	<i>Subcategorías</i>
Identificar factores de riesgo presentes en las familias de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco.	A.- Factores de riesgo	<p>A.1) Consumo de alcohol y/o drogas en los integrantes de la familia.</p> <p>A.2) Abandono del hogar de alguno de los progenitores.</p> <p>A.3) Negación a la medicamentación.</p> <p>A.4) Explicaciones erróneas, respecto del origen y causas de la enfermedad.</p> <p>A.5) Negación de la enfermedad</p>
Identificar factores protectores presentes en las familias de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco.	A.- Factores protectores	<p>A.1) Presencia de un cuidador responsable del tratamiento.</p> <p>A.2) Motivación para apoyar y contribuir en el tratamiento.</p> <p>A.3) Aceptación de la persona con diagnóstico de patología dual en la familia.</p>

Objetivo específico N°3	Categorías asociadas al objetivo específico N°3	Subcategorías
<p>Identificar las principales fortalezas y debilidades que la familia reconoce, en el proceso de rehabilitación de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del hospital Barros Luco.</p>	<p>A.-)Fortalezas</p> <p>B.-) Debilidades</p>	<p>A.1) Permanencia de tiempo en el hospital de día.</p> <p>A.2) Acompañamiento permanente.</p> <p>A.3) Efectividad en el tratamiento</p> <p>A.1) Demora en el diagnóstico y en la medicamentación adecuada.</p> <p>A.2) Exclusión de la familia en el proceso de rehabilitación.</p> <p>A.3) Ausencia de capacitación en oficios.</p> <p>A.4) Desconocimiento de la sintomatología de la enfermedad en la familia</p> <p>A.5) Insuficiencia de recursos que permitan potenciar el programa de rehabilitación</p>

Análisis de la Información

La finalidad de este trabajo, es presentar el análisis de las entrevistas semi-estructuradas, aplicada a un adulto responsable de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del hospital Barros Luco. La propuesta para efecto de este trabajo de investigación, es seguir el trayecto de quienes presentan esta enfermedad de salud mental y que de acuerdo a los datos recopilados es transversal a otras problemáticas, tanto de los propios sujetos, como también de sus familias. Cabe señalar, que los relatos corresponden en este caso, solo a mujeres madres y abuelas.

Con respecto al objetivo específico N°1, **Identificar factores de riesgo presentes en las familias de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco**, se desprende cinco subcategorías.

A.1) Consumo de alcohol y/o drogas en los integrantes de la familia. Esta subcategoría refiere a los relatos de los adultos significativos entrevistados, de los cuales es posible inferir que el inicio del consumo de drogas, está dado por hechos relacionados con el ciclo de vida en que se encuentran, los problemas propios del desarrollo de las personas, como así también al estrés de las familias producto del contexto social en que se encuentran insertos.

Como señala Sarraceno (2003), los factores de riesgo se entremezclan y organizan de modo muy dinámico, su importancia dentro del sistema de causas también es variable: la relevancia de un factor de riesgo puede cambiar de un grupo a otro y de un individuo a otro. Este enfoque de riesgo trae dos conceptos: el de vulnerabilidad, que es el potencial de que se produzca un riesgo o daño, ya que se observó que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto riesgo y el de conducta o comportamiento de

riesgo, aspecto que reside en las personas generadoras de riesgo, como la de adolescentes que buscan o generan situaciones de riesgo, a través de comportamientos que aumentan reiteradamente.

El consumo de drogas en personas que presentan esquizofrenia, lo podemos entender como el vínculo que se crea a partir del conocimiento y la experiencia, con sustancias que de acuerdo a los relatos en general, les provoca una disminución de los efectos secundarios de la medicamentación para la esquizofrenia, como así también una disminución de los síntomas propios de la enfermedad. Lo complejo de esta situación, es que si bien la percepción de los sujetos es de alivio y bienestar, conjuntamente y sin estar consciente del riesgo que conlleva, comienza casi imperceptiblemente una relación de dependencia a las sustancias ilícitas. Esta relación es de un enorme poder, dado la satisfacción que le provoca, aun cuando los efectos a medida que pasa el tiempo son cada vez menores, por tanto requiere una dosis mayor o bien una mayor frecuencia. En este escenario, resulta casi imposible que la persona pueda salir del consumo sin ayuda e intervención que le permita escapar de las redes de la droga, para evitar que aumente significativamente el deterioro del sujeto, producto del consumo problemático de drogas.

... "lo más difícil para la enfermedad del Toño, tener un padrastro curao' y violento, que no lo quiere y se lo dice cada vez que puede..." (Gladys, 58 años.

Si bien existen distintas etapas de la vida, en que es posible iniciar el consumo de drogas y/o alcohol, en general puede estar asociado a hitos importantes de la historia de vida de la persona, que pueden tener una incidencia en el inicio del consumo de drogas y/o alcohol, para posteriormente generar una dependencia. Cabe señalar, que en el periodo de la adolescencia, es donde el sujeto experimenta los cambios de mayor complejidad, tanto físicos como psicológicos, por tanto se presenta como una etapa de mayor vulnerabilidad, en que la familia juega un rol fundamental, no solo en la prevención del consumo problemático de alcohol y/o drogas, sino también en el poder acompañar a este

integrante de la familia en este proceso de cambio.

De acuerdo a las hipótesis explicativas, señaladas en Szerman (2007), se ha formulado una primera teoría de la comorbilidad, la que señala que los sujetos con esquizofrenia sufren una apetencia no específica por las drogas que podría ser paralela a la psicosis, aunque también independiente de ella. De acuerdo con la interpretación del autor, la inclinación de los sujetos con patología dual a abusar de sustancias psicoactivas es un síntoma adicional de la base neuropatológica subyacente a la esquizofrenia o, en otras palabras, ambas patologías comparten una base neurobiológica común que no es otra que el sistema dopaminérgico mesocorticolímbico¹⁰ (Szerman, 2007).

Como señala la Estrategia Nacional Sobre Drogas, comprender el Consumo Problemático de Drogas y/o Alcohol, como una enfermedad crónica o evento de duración prolongada, que permanece en forma manifiesta o latente en la vida de las personas durante gran parte de sus vidas, conlleva la necesidad de modificar la perspectiva imperante, y adoptar una visión en la cual se entienda la recuperación de un individuo con consumo problemático de sustancias, como un proceso cuyos logros van más allá de los objetivos terapéuticos clásicos y se enfoque en que la persona alcance la plena integración social (Estrategia Nacional Sobre Drogas 2011-2014).

A través del consumo de drogas y/o alcohol, las personas establecen relaciones basadas en el sentido de pertenencia al grupo, donde generalmente son acogidos sin mayores exigencias ni esfuerzo. En este contexto, las personas sociabilizan generando procesos de cooperación, inclusión y lealtad, lo que finalmente termina en relaciones de amistad y vínculos significativos.

¹⁰ Para mayores antecedentes revisar anexo N°2, sobre la medicamentación para la esquizofrenia

Al procesar parte de la familia la información, acerca de la enfermedad inexorablemente se conjugan a través de valores, costumbres, sentimientos en relación al significado de la enfermedad y las necesidades que tiene la familia para enfrentarlas, las respuestas adaptativas generadas pueden ser de carácter funcionales y/o disfuncionales y llevan en ocasiones a las familias a mayor estrés o crisis más severas. El apoyo al sistema familiar es importante en cuanto a la generación de respuestas lo más funcionales posibles (Fernández M. , 2004).

El consumo de drogas, de acuerdo a las entrevistas realizadas, ha sido una oportunidad para interactuar con otras personas. Cabe señalar que la patología dual, dado su alta implicancia emocional, ocasiona aislamiento y soledad en las personas, por esta razón se convierte en una potente herramienta para sociabilizar en un grupo y sentirse parte del mismo. Por su parte, el grupo le ofrece compañía, comprensión y acogida con todas las dificultades que pueda tener. Dejando en evidencia la enorme soledad en que viven, y en muchos casos esto ha sido desde la infancia, a lo que se agrega la inexistencia de relaciones afectivas y de pertenencia con la familia y las personas más cercanas. Las personas con diagnóstico de patología dual, de acuerdo a las entrevistas, están permanentemente en la búsqueda compulsiva de encontrar y mantener un equilibrio consigo mismo.

En este sentido, la evasión se convierte en el acto que evita el enfrentamiento con hechos que puedan provocar daños en las relaciones sociales que ha logrado establecer en la estructuración de este nuevo marco de relaciones y sensaciones placenteras. Esta experimentación con la droga lo incentiva a seguir aventurando al interior de un proceso que ofrece estabilidad, afectividad y sensaciones nuevas que no ha podido desarrollar o poner en práctica en su mundo familiar.

Estos sujetos se han socializado y crecido junto a pares de un mismo sector, es decir, desde niños han participado en diversos juegos y a veces en algunos actos transgresores.

Se trata de actividades que forman parte de la dinámica de vida de los niños, que osadamente buscan riesgos y conductas grupales propias de esa edad. Estas prácticas, peligrosas muchas veces, van ligadas a la falta de espacios de encuentro y de áreas de esparcimiento que les permitan una mayor expresión en todos los ámbitos, recreativos, artísticos-culturales.

Los amigos, pasan a ser el grupo privilegiado con el que crecen hasta llegar a la vida adulta, en un espacio deteriorado (barrio – población) y un entorno que no ofrece condiciones para su desarrollo. Además, vale tomar en cuenta el bajo nivel de desarrollo de las relaciones y vínculos de afectividad que puedan ser significativos al interior de sus familias. Ante esto, aparecen como explicación los sentimientos de soledad, de abandono o de evitar quedarse solo, expresado por muchos de ellos y que nos indica la fragilidad e inestabilidad que los acompaña.

Los amigos, surgen como un elemento decisivo en la integración de los sujetos, pasando a jugar un papel importante muchas veces en la motivación por participar de muchos actos, siendo uno de ellos el inicio en el consumo de drogas. Así es, como van dependiendo de esta relación que, justamente por ser más libre y afectiva, es más fácil que los pueda atrapar para consumir drogas.

Si bien la familia sabe que la situación de la enfermedad del sujeto se expone a un mayor riesgo, dado a que el consumo problemático de drogas es un factor determinante a la hora de permanecer en el programa, en varios de los casos no es posible de controlar ya que el sujeto debe permanecer solo la mayor parte del tiempo, porque los otros integrantes de la familia deben trabajar y pasar muchas horas fuera de la casa, lo que facilita el acceso a las drogas.

Como señala Desviat, las drogas poseen una función instrumental determinada para cada cultura. En unos casos, se usan para mitigar el cansancio; para facilitar determinadas

sanaciones, en otros actúan como una válvula de escape para evitar el malestar y, en este terreno, y más propio de nuestra época, sirven simplemente para procurarse diversión o favorecer vínculos de relación entre las personas (Desviat M. , 2012).

Por otro lado, en nuestra sociedad, por mucho tiempo se concibió la familia como un espacio de seguridad y protección para sus miembros. Sin embargo, hoy en día sabemos que en muchos casos no es así, ya que al interior de la familia se producen situaciones de violencia que pueden mantenerse en el tiempo y afectar a uno o varios de sus miembros.

“La violencia doméstica o intrafamiliar constituye un fenómeno de la vida social presente contemporáneamente en todas las sociedades a escala mundial. La violencia contra las mujeres es un aspecto de la violencia doméstica que ha permanecido oculto durante siglos, y por ello, ausente como tema de estudio en la formación universitaria” (Navarrete, C 2003).

En el año 2005, Chile promulgó la nueva Ley de Violencia Intrafamiliar 20.066, cuyo objetivo es prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma. En el artículo N° 5 del párrafo 1° se hace mención a quién protege esta nueva ley, estableciendo que será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. Además, la ley aclara que existirá violencia intrafamiliar también en los casos en los que ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre una persona menor de edad o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.

En un sentido amplio se puede decir que cualquier miembro de la familia puede ser víctima de la relación abusiva. Sin embargo, las estadísticas tanto a nivel nacional como internacional muestran que son las mujeres, las niñas, los niños y los adultos mayores, personas con algún grado de discapacidad, las víctimas más comunes de este tipo de abuso, correspondiendo a los grupos definidos culturalmente como los sectores con menor poder dentro de la estructura jerárquica de la familia.

La violencia en la pareja constituye una de las modalidades más frecuentes y relevantes entre las categorías de la violencia intrafamiliar. Se enmarca dentro de un contexto de desigualdad entre hombres y mujeres, desigualdad construida culturalmente y legitimada y reproducida por la propia estructura social. Este tipo de violencia es, por tanto, ejercida mayoritariamente hacia la mujer, realidad que es constatable mediante estudios e investigaciones en todos los países donde existen registros, ya que se señala que en al menos el 75% de los casos esta se presenta como una acción unidireccional del hombre hacia la mujer. Es por eso que las cifras explican y justifican las iniciativas que apuntan a la mujer como víctima principal de la violencia intrafamiliar.

Subcategoría A.2) Abandono de hogar, de alguno de los progenitores

... "la familia ha sido muy afectada... como lo dije antes, mi marido se fue de la casa, no fue capaz de aceptar la enfermedad del Nico..." (Blanquita, 47 años)

La familia tiene una tendencia al orden, como características de los sistemas abiertos, para evitar la confusión y caos, por tanto la madre de provocaba un estrés importante en la familia, dado la percepción que señala la abuela paterna. Al abandonar la madre el hogar, la abuela asume de inmediato el cuidado el cuidado y crianza del niño, manteniendo un orden al interior del hogar, que permita mantener la estructura.

La familia tiende a avanzar hacia un nivel de complejidad cada vez mayor, donde aparece la jerarquía, el poder, las interacciones, transacciones, metas y reglas. Estos

niveles de mayor complejidad, son necesarios para que el sistema pueda en definitiva seguir cumpliendo con sus funciones socialización, educación, alimentación entre otras.

Esta familia cuenta con una jerarquía establecida, donde se encuentra tanto el poder en término de la toma de decisiones, como así también el poder económico. Las interacciones están dadas por la estructura de la familia y su dinámica, donde las reglas son claras y aceptadas por los integrantes.

Cada integrante de la familia, desde el enfoque sistémico, es un subsistema que interactúa con los demás subsistemas en la familia, arrojando como resultado que al mirar a la familia en su totalidad, como un solo todo encontramos que no es igual a la suma de las partes.

Subcategoría A.3) Negación a la medicamentación

De acuerdo a los resultados de la investigación, las familias están muy preocupadas tanto del consumo de drogas, como también de la negación del sujeto a tomar los medicamentos indicados por el médico, ya que según indican están cansados de los efectos secundarios que estos le originan.

... "si no lo obligo no se toma los remedios y si le encargo a otro persona que se los de, hay que estar mirándolo porque los bota..."

(Gladys, 58 años)

La presencia de un trastorno mental convencional, asociado al trastorno por consumo de sustancias ilícitas, incide negativamente en la evolución de ambos trastornos, y los resultados en los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos son menos auspiciosos, cuando se trata de pacientes con comorbilidad psiquiátrica asociada al trastorno por uso de sustancias. La patología dual ocasiona problemas de diagnóstico por la dificultad para diferenciar los efectos de intoxicación o abstinencia de drogas, los trastornos mentales inducidos por ellas, y los trastornos psiquiátricos independientes.

Uno de los problemas principales que presentan los pacientes con trastorno por uso de sustancias es la dificultad para identificar de forma fiable la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante (Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid, 2000).

... "él no quería tomarse los remedios al principio, porque le hicieron muy mal, le dolía la cabeza, tenía mucha sed y hablaba raro...también tenía dolores musculares, así que le tuvieron que cambiar varias veces los medicamentos y las cantidades..." (Juana, 69 años)

No debemos olvidar que los pacientes psicóticos duales tienen una alta prevalencia conjunta de tabaquismo y de consumo de cafeína, habitualmente en cantidades muy elevadas. Esto puede afectar al metabolismo de los fármacos antipsicóticos, lo que se debe tener en cuenta en un posible ajuste de sus dosis. De la misma forma, el uso concomitante de metadona puede hacer necesario el ajuste de dosis con fármacos que, como la quetiapina, comparten sistemas enzimáticos en su metabolismo (Szerman, 2007).

En resumen, la investigación sobre el tratamiento psicofarmacológico óptimo para los pacientes esquizofrénicos que abusan o dependen de sustancias psicoactivas como el alcohol y otras drogas está todavía en sus inicios. La investigación reciente de las neurociencias destaca la disfunción compartida por la esquizofrenia y las adicciones del sistema de recompensa cerebral localizado en el cerebro medio y en conexión con la corteza prefrontal. El tratamiento integrado de estos pacientes esquizofrénicos duales con antipsicóticos puede o no mejorar el consumo de sustancias, pero con un tratamiento inadecuado es menos probable que los resultados sobre la conducta adictiva y los síntomas esquizofrénicos sean exitosos (Szerman, 2007).

... "cuando consume marihuana se siente mejor, dice que le quitan los temblores y el dolor de cabeza, yo sé que le hace mal, pero no puedo hacer nada..." (Rosita, 55 años)

Si bien es cierto, todos los medicamentos tienen efectos secundarios y distintos medicamentos tienen efectos secundarios diferentes. De igual manera hay que considerar, que cada persona manifiesta los efectos secundarios diferente manera. Los efectos secundarios que presentan problemas en particular, se pueden controlar cambiando la dosis del medicamento, cambiándose a otra medicina o dando tratamiento a los efectos secundarios con otras medicinas, todo ello debe ser evaluado por el especialista, ya que la dosis de cada medicamento para el tratamiento de la esquizofrenia, se va ajustando en el tiempo y en la medida de sus efectos.

Los efectos secundarios comunes y molestos de todos los medicamentos antipsicóticos que se usan en el tratamiento de la esquizofrenia, incluyen sequedad de la boca, estreñimiento, vista borrosa y somnolencia. Algunas personas sufren de disfunción sexual o disminución del deseo sexual, cambios en la menstruación y aumento de peso significativo. Otros efectos secundarios comunes son problemas musculares y motores que incluyen inquietud, entumecimiento, temblores, espasmos musculares y, uno de los efectos secundarios más desagradables y serios, un padecimiento que se llama discinesia tardía.

La discinesia tardía es un trastorno motor que causa movimientos incontrolables de la cara y a veces, sacudidas o retorcimiento de otras partes del cuerpo. Por lo general, este padecimiento aparece después de varios años de tomar medicamentos antipsicóticos y se ve con más frecuencia en adultos mayores. El riesgo de sufrirla es menor en las personas que toman los antipsicóticos nuevos. La discinesia tardía se puede tratar con otros medicamentos o bien, se puede disminuir la dosis del medicamento antipsicótico, si es posible.

Subcategoría A.4, Explicaciones erróneas, respecto del origen y causas de la enfermedad

La esquizofrenia, es uno de los trastornos psíquicos de mayor severidad, dónde el sujeto experimenta un deterioro cognitivo, emocional, psicológico y social, que va generando en el tiempo, una pérdida del soporte social y su red de apoyo, dónde el sujeto se desconecta de lo que ocurre y comienza a interactuar con sus ideas delirantes que lo perturban, voces que interfieren, afectando gravemente sus relaciones con el entorno.

Algunos autores han defendido que el consumo de drogas puede dar lugar al desarrollo de una enfermedad, que de otra manera no hubiera aparecido, aunque los datos epidemiológicos y de cohortes no parecen confirmarlo. La incidencia de la esquizofrenia no se ha modificado en los últimos 30 años, mientras que la prevalencia del consumo de sustancias ha crecido de forma exponencial. Esto pone de manifiesto que este consumo no es suficiente en sí mismo para causar la enfermedad, aunque sí quizás para adelantar su inicio (Szerman, 2007).

...”el viejo estaba muy enojado...incluso renegó de Dios! Él decía que no era justo lo que estaba pasando, que era culpa mía por malcriarlo y consentirlo tanto...que yo había hecho mal las cosas y por eso ahora perdíamos al Pancho...yo lloraba mucho, me daba mucha impotencia todo lo que nos estaba pasando, sentía que la familia se desarmaba...”(Rosita, 55 años)

De acuerdo al relato de la señora Rosita, en la familia existe una tendencia a culpabilizar de la enfermedad a la madre, en relación al tipo de crianza del hijo, ello ocurre como consecuencia de la falta de información que poseen sobre está, ya que no se les ha brindado una explicación clara y precisa sobre la enfermedad. La familia no cuenta con una con información relevante, sobre cuáles son los síntomas y el cuidado adecuado que debe existir hacia los pacientes. Se tiende a culpar permanentemente a la madre por la

sobreprotección con que fue criado y se le atribuye a ésta la culpa de la enfermedad del paciente, para modificar el esquema explicativo que poseen acerca de la enfermedad.

La señora Rosita está permanentemente tensionada, por la responsabilidad que su esposo le asigna de la enfermedad del hijo, generando una alianza con el padre de la señora Rosita, en que no solo la responsabilizan de la enfermedad, sino también del consumo problemático de alcohol que ambos tienen. La relación madre-hijo, hermano-hermana, se ve enmarcada por una complementariedad rígida, donde existe la reciprocidad positiva entre ellos. La madre es quién le proporciona en momento de crisis, estabilidad afectiva y contención, a pesar de la constante y permanente violencia de la que es víctima.

... “yo creo que el Pancho se enfermó por los problemas con el padre...él llegaba tarde con alcohol, a veces se desaparecía...yo creo que esta situación pudo haber afectado... no le tenía paciencia, siempre lo retaba por todo y lo humillaba cuando Pancho se ponía triste, le decía que era un “maricón” y que debía ser un hombre fuerte...” (Rosita, 55 años)

De acuerdo al relato, el origen de la enfermedad de Pancho se le atribuye a los problemas con el padre, en una relación de mucha tensión dada la sintomatología que Pancho presenta y que el padre le atribuye a una condición que él ha generado voluntariamente y en alianza con la madre.

Si bien es cierto, aun no es posible establecer si la información genética en sí misma basta para que un sujeto desarrolle la patología, la tendencia según los autores y estudios recientes, es a que no bastaría solo una causal biológica, sino también es necesario que exista un factor estresor o una crisis en el sujeto que gatilla el inicio de la esquizofrenia. En el caso de la patología dual, no existe certeza si efectivamente el consumo de drogas es un factor que ocasiona la activación biológica del sujeto, y por tanto la esquizofrenia, o bien al desarrollar la sintomatología de la esquizofrenia el sujeto se inicia en el consumo de drogas, para disminuir la sintomatología propia de la enfermedad.

En este contexto, ha sido fundamental la incorporación del primer brote de esquizofrenia, ya que la atención temprana y oportuna permite tener un diagnóstico más esperanzador respecto del sujeto y por tanto evitar que se produzca un deterioro mayor. No obstante, es necesario ser cuidadosos en el diagnóstico precoz, dado que la sintomatología de la esquizofrenia y el consumo de drogas, tienden a confundirse, esto sumado a los cambios propios de la edad aumente significativamente su complejidad.

La expresividad emocional es simplemente pragmática, y en ocasiones ha sido criticada por carecer de un modelo teórico que la sustente. Aunque los estudios demuestran una y otra vez el importante papel de la EE en las recaídas de diferentes patologías, aún no se ha llegado a una clara comprensión teórica de la relación entre el clima afectivo familiar y el curso clínico de diferentes trastornos. Brown señaló que era difícil tener alguna convicción sobre lo que una medida representaba, hasta que se desarrollara una teoría sobre ella. Sólomente por el hecho de que algo pudiera ser medido fiablemente y pudiera demostrarse que tenía un impacto causal importante, no significaba que se comprendiera lo que realmente ocurría. Esto sería confundir un modelo causal y una teoría. Un modelo causal tan sólo relacionaría la medida en términos de lazos causales y satisfaciendo determinado criterio metodológico mínimo demostraría que algo ocurre, pero no se sabría qué exactamente (Brown, 1984).

Debido a que en los orígenes de la EE se relacionó el constructo tan sólo con la esquizofrenia, se trató de explicarlo mediante el modelo de vulnerabilidad-estrés formulado por Zubing y Spring (1977). Los primeros estudios en torno a la EE sugerían que sea lo que fuere aquello que medía la EE (tanto la conducta del familiar, como la calidad de la relación, o las características del ambiente familiar), sólo era atribuible a la esquizofrenia. Sin embargo, trabajos posteriores demostraron que la EE está relacionada con el curso de trastornos que difieren mucho entre sí. Una cuestión de interés, por lo tanto, sería conocer si la EE produce un efecto de una manera común en estos trastornos

tan diferentes, o si opera mediante mecanismos diferentes en las distintas patologías (Wearden, Tarrier y Barrowclough, 2000).

En los últimos años, se ha tratado de explicar la EE asociándola a diferentes modelos teóricos. Angermeyer (1987), en concreto, recogió tres modelos teóricos que explicarían la EE: el estrés crónico (Brown y cols., 1972), el control social (Greenley, 1986) y la calidad del apoyo social (Beels, Gutwirth y Berkeley, 1984). Lam (1991) también sugirió que la EE se podría explicar mediante las teorías atribucionales y de afrontamiento. En los últimos años, diversos investigadores se han centrado en demostrar que la EE alta está asociada a determinados tipos de atribuciones causales (especialmente atribuciones de control). Los familiares de EE alta críticos u hostiles tienden a realizar atribuciones internas para explicar la conducta del paciente, percibiendo que este último tiene algún control sobre sus síntomas. Por el contrario, los familiares de EE baja y sobreimplicados realizarían atribuciones externas, explicando la conducta del paciente por la enfermedad que éste padece.

Es importante que la familia conozca la enfermedad, sus posibles causas, tratamiento y curso de la misma, esto permite disminuir los factores estresores, que la incertidumbre provoca y lograr tener un manejo de la sintomatología del sujeto.

Subcategoría A.5, Negación de la enfermedad

La negación es un recurso que los seres humanos podemos utilizar en determinadas situaciones de estrés. Es una manera de evitar hacer frente a una situación que nos resulta compleja o que sentimos que podemos hacernos cargo. Esta es una respuesta que tenemos para hacer frente a un estresor, no es bueno, ni malo todo dependerá de cuanto tiempo necesitemos para hacer frente a la situación y si el tiempo que nos da la negación, nos permite adquirir nuevos mecanismos para actuar.

Una herramienta de respuesta o conjunto de respuestas ante situaciones de estrés, es el afrontamiento. Este recurso se utilizan para manejar una situación determinada, o bien para neutralizarla. Es posible comprender el afrontamiento, como un proceso en que las personas intentan superar o resistir una situación estresante, con la finalidad de reestablecer el equilibrio, permitiendo sobrellevar o adaptarse a la situación. Cabe señalar, que el concepto de adaptación, implica necesariamente un equilibrio entre lo que la situación demanda y las capacidades que la persona tiene para dar respuesta, otorgando toda la responsabilidad en los esfuerzos de cada sujeto, para manejar una situación determinada.

*... "hasta el día de hoy, yo no puedo creer que mi hijo tenga esa enfermedad..."
(Gladys, 58 años)*

Debemos considerar, que las personas poseemos un gran potencial para afrontar los eventos importantes y trascendentes en nuestras vidas. Rara vez una forma de afrontamiento (represión o sensibilización) puede dar cuenta de la variedad de estrategias empleadas para resolver una situación que nos desborda. Este repertorio es muy amplio, aunque ante una determinada circunstancia sólo se empleen unas pocas estrategias, donde algunas tienden ir hacia la repetición, mientras que otras sólo se aplican bajo determinadas circunstancias.

Sin embargo, aunque se han realizado múltiples estudios acerca del afrontamiento ante la enfermedad, poco se ha trabajado sobre los mecanismos que subyacen a la elección de las diversas estrategias del mismo. Probablemente la explicación se encuentra en la metodología empleada: la factorial. Esta metodología permite la obtención de estructuras, pero resulta muy difícil la obtención de las explicaciones al respecto, precisamente debido a que se trata de un método de interdependencia, sin distinción de conjunto predictor y criterio.

Objetivo específico N° 2 Identificar factores protectores presentes en las familias de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco. De este objetivo específico, se desprenden tres subcategorías, que analizaremos a continuación.

Subcategoría A.1 Presencia de un cuidador responsable del tratamiento

Las personas expuestas al fenómeno de la patología dual, poseen una amplia y variada gama de necesidades, las que oscilan en rango y alcance, entre ellas podemos mencionar: la necesidad del máximo control sobre sus síntomas, un lugar seguro donde vivir, soporte económico, apoyo emocional de su familia y sus amigos, una ocupación satisfactoria que incremente su autoestima y crecimiento personal, apoyo de la red social, etc. Sin embargo, la realidad institucional y cultural no está organizada para responder a todas estas necesidades, y sus familiares no se encuentran en una posición deseada para demandar satisfacción de los servicios o para encontrar su camino a través de los procedimientos requeridos para movilizar la ayuda.

... ”yo sufro porque no lo puedo cuidar como se debe, tengo que trabajar para que tengan que comer, y no tengo mayores estudios, entonces la única alternativa es trabajar como nana...” (Gladys, 58 años)

En este contexto, cabe señalar que la sobrecarga de los cuidadores producto de los desajustes funcionales de una persona con dualidad, existen teorías que se han preocupado de estas temáticas, abordando desde cómo estas influyen en los sistemas familiares, específicamente en las dinámicas familiares y los estilos comunicativos de estas. Esta sobrecarga que pueden experimentar los cuidadores, como consecuencia de la responsabilidad que conlleva el cuidado, es posible dividirla en una dimensión objetiva y otra subjetiva. Por un aparte la carga objetiva, se refiere a los problemas prácticos como la distorsión de las relaciones familiares, las dificultades económicas y

las limitaciones en las actividades sociales, laborales y en el tiempo de ocio. Por otro lado, la carga subjetiva, describe las reacciones psicológicas que experimenta el familiar, como por ejemplo los sentimientos de pérdida, la ansiedad, depresión y la vergüenza en las relaciones sociales (García y Misitu, 1995).

Una crisis en el sistema familiar, tiende a producir desorganización del mismo, al igual como lo pudiese ser al compáralo con la separación o divorcio, muerte de un hijo u otro evento familiar de magnitud comparado a grandes rasgos. El desequilibrio o desajuste es según el grado de impacto de la enfermedad en cuanto a tipo y evolución de esta y la dinámica familiar entorno a esta, comenzando con la asimilación de la enfermedad a la que se lleva a cabo a través de los saberes socioculturales, creencias y tanto de lo que significa la enfermedad en sí misma, como para ellos la necesidad de enfrentarla “en función de este proceso se genera una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o no y que en ocasiones pueden llevar a mayor estrés en la familia o a una crisis más severa”, el contar con apoyo al sistema familiar se ve relevado para generar las respuestas lo más adaptativas y funcionales posibles (Fernández M. , 2004).

Cuando hablamos de alteraciones de la dinámica hacemos referencia a los distintos roles y sus variaciones frente a un proceso estresante o de crisis, el que es enfrentado día a día por la familia, estas se vuelve hacia el problema y absorbe conflictos y genera en la mayoría de los casos soluciones ante ello, pero en no todos los participantes de la familia repercute esta dinámica de la misma forma, en el mejor de los casos emerge un cuidador de forma natural, el cual es quien enfrenta la mayor demanda del sujeto en crisis.

...”mmm cómo te decía, yo no puedo hacerme cargo todo el día del Toño...cuando yo estoy me preocupo que coma, que se bañe y que se tome los remedios, trato de entretenerlo para que no se me vaya a la calle...todos los días su hermano lo lleva al hospital de día y lo va a buscar en la tarde, pero eso será mientras encuentra trabajo,

después no sé cómo me las voy a arreglar, tampoco me alcanza para pagarle a una persona...”

Tal como señala Aylwin, la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que esta funcione en forma funcional o disfuncional como unidad. La normalidad en la dinámica se da en una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos infundiéndoles el sentimiento de no estar aislados y poder contar con el apoyo de los demás, reafirmando lo anterior, la dinámica es normal cuando esta se adapta a las inevitables presiones de la vida de manera de preservar su continuidad y facilitar reestructuraciones (Nidia Aylwin A., 2003, p. 120).

La dinámica familiar de una persona con esquizofrenia, desempeña un importante papel en el pronóstico en los últimos años han probado el hecho de que muchos de las personas con esquizofrenia proviene de familias problemáticas de convivencia social, es decir, factores de riesgos tales como violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil, vulnerabilidad social, etc. Ello se exagera en una dinámica familiar ante la aparición y el diagnóstico de un miembro con esquizofrenia, además de un consumo problemático, debido al estigma existente sobre las enfermedades mentales, pero a su vez la forma de afrontar el problema de las drogas desde las distintas posicionamientos morales de las familias. Ello trae como consecuencia una desconexión de las redes de apoyo, de sus redes sociales inmediatas, causando una pérdida en los vínculos afectivos y sociales que empobrece y dificulta una mejora en la calidad de vida de las personas con dualidad.

...”yo me dedico al cuidado de Carlos y de la casa, cosa que he hecho siempre y mi hijo nos traer el dinero para vivir tranquilos...” (Juanita, 69, años).

Como señala Aylwin, la estructuración de la familia, se sustenta en tres dimensiones elementales: límites, alianzas y jerarquía. La funcionalidad de la familia dependerá de la adecuada organización de la estructura familiar a las circunstancias. Estas circunstancias hacen referencia tanto a las necesidades individuales de sus miembros, como a la necesaria adaptación al medio externo. La dimensión central de la estructura familiar son las normas que guían a la familia; el mecanismo regulador interno está constituido por reglas explícitas e implícitas. Por su parte los roles, son los que definen las tareas que se espera que cada uno cumpla dentro de la organización familiar y que están en parte definidos por la cultura y en parte por la propia familia (Aylwin N., 2001).

Ahora bien, mirando a la familia de Carlos desde la teoría general de sistemas, es posible explicar las situaciones que ocurren al interior de la familia y que repercuten directamente en Carlos, la familia es un sistema abierto que está dado por las siguientes consideraciones:

Podemos señalar que la equifinalidad de la familia está dada por la permanente posibilidad de cambio que tiene los sistemas. En este caso, la familia se adecua a la partida de la madre y establece una forma de relacionarse y de convivencia que les permite sobrevivir y acompañar a Carlos durante su vida.

Subcategoría A.2, motivación para apoyar y contribuir en el tratamiento

La rehabilitación dentro del sistema familiar, es una de las mejores maneras para rehabilitar a las personas esquizofrénicas crónicas, ya que la familia es el lugar natural para cualquier persona que padezca una discapacidad psicosocial. El sujeto se siente más cómodo y seguro con su familia, ya que es el lugar que él se reconoce como parte y le genera la seguridad necesaria para desarrollar su vida cotidiana. Los sistemas familiares compartidos aportan más oportunidades y posibilidades para una rehabilitación de éxito. Los miembros de la familia necesitan recibir una motivación y orientación para aceptar a

estos sujetos, de manera que les permita establecer una nueva forma de vincularse con ellos, comprendiendo las necesidades y complicaciones que esta enfermedad le genera.

Una orientación efectiva puede desempeñar un papel importante en este aspecto. Esta orientación debe comenzar mientras el sujeto se encuentre estando bajo tratamiento en un hospital, ya sea como ingresado o como paciente ambulatorio. El momento de crisis, es una oportunidad para los equipos de trabajo, de generar cambios, que le permita disminuir el estrés gracias a la información del diagnóstico, curso y desenlace de la enfermedad.

... "Yo sé que sus logros serán pequeños, pero mi meta es que pueda ser autosuficiente para que cuando nosotros no estemos él pueda vivir solo..." (Rosita, 55 años).

De acuerdo al relato, lograr la autonomía del sujeto, es una motivación para la familia que les permite estar presente en el tratamiento y contribuir en el proceso de rehabilitación. Esto conlleva un sin número de cambios que la familia necesita realizar, tanto para acompañar permanentemente al sujeto, como para contribuir a reforzar los aprendizajes del hospital de día. Las personas que se encuentran estabilizadas de la esquizofrenia y se encuentran en abstinencia del consumo de drogas, pueden realizar una vida prácticamente como cualquier otra persona que requiere medicamentos de por vida. Esto dependerá no solo de la medicamentación y tratamiento, sino también del apoyo social con el que cuenta el sujeto y su familia. Es por esta razón, que las personas entrevistadas hacían alusión a la importancia de incorporar dentro del tratamiento una capacitación en oficio, que les permita generar recursos y sentirse parte de la sociedad. No basta con una pensión y acceso al tratamiento gratuito, sino también a la necesidad de incluir al sujeto en su contexto inmediato y en el contexto social.

Cuando la familia distingue, avances en el curso de la enfermedad y ve mejoras en el sujeto, siente que todos los esfuerzos valen la pena, porque les ayuda a tener una vida cotidiana en mejores condiciones. No obstante, la falta de recursos para implementar

programas que incluyan a la familia dentro del proceso y no de manera aislada, son insuficientes, tanto estructuralmente, como también en el capital humano. Esto dificulta la posibilidad de generar y mantener la motivación en la familia, ya que el acompañar al sujeto permanentemente no solo es un tema de tiempo, sino también de recursos económicos que son insuficientes. En el caso de la salud mental, el aporte del estado es mínimo, lo que finalmente hace que el costo lo asuma cada familia, por tanto desencadena un estresor más, a los propios de la enfermedad.

Subcategoría A.3, aceptación de la persona diagnosticada con patología dual

... "la familia acepta a Nicolás, yo pensé que sería algo complicado y difícil...pero me llevé una gran sorpresa, cuando todos me apoyaron y lo siguieron haciendo parte de todos los planes familiares" (Blanquita 47 años).

En las entrevistas, queda ampliamente explicitado que el diagnóstico de la enfermedad género una fuerte crisis en las familias, y que dependiendo de los recursos propios de cada una, es la forma en que lo afrontaran. No obstante, que en todas las familias en una mujer quien se hacer cargo del sujeto con diagnóstico dual, tanto de su cuidado, del tratamiento como también de las crisis propias de las descompensaciones.

Al procesar parte de la familia la información, acerca de la enfermedad inexorablemente se conjugan a través de valores, costumbres, sentimientos en relación al significado de la enfermedad y las necesidades que tiene la familia para enfrentarlas, las respuestas adaptativas generadas pueden ser de carácter funcionales y/o disfuncionales y llevan en ocasiones a las familias a mayor estrés o crisis más severas. El apoyo al sistema familiar es importante en cuanto a la generación de e respuestas lo más funcionales posibles. Además el autor señala factores y los desajustes que influyen en el impacto que produce la enfermedad (Fernández M. , 2004).

Factores que influyen: etapa del ciclo vital, flexibilidad o rigidez de los roles familiares, cultura familiar, nivel socioeconómico, tipo de respuesta familiar, capacidad del grupo familiar para solucionar el conflicto. A los factores mencionados en el caso de la patología dual, está presente el estigma, síntomas de desajuste: aislamiento y abandono, conflicto de roles y límites, conflicto de pareja, problemas económicos, síndrome del cuidador, negación cólera y miedo.

Objetivo específico 3, Identificar las principales fortalezas y debilidades que la familia reconoce, en el proceso de rehabilitación de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del hospital Barros Luco. De este objetivo específico, se desprenden categorías en relación a las fortalezas y a las debilidades, cada una con sus respectivas subcategoría que desarrollaremos en este punto.

D) Subcategoría, Fortalezas

A.1. Permanencia de tiempo en el hospital

Para las familias, es de gran ayuda la permanencia de tiempo de los sujetos diagnosticados con patología dual en el hospital, dado que les permite disminuir el estrés de la vida cotidiana, es término de la medicamentación, tiempo de ocio, y en general le permite a la familia poder realizar sus actividades, sin la preocupación de dejarlos solos en casa. Si bien cada familia, se estructura y ordena de acuerdo a sus necesidades, es importante señalar que la preocupación de no dejarlos solos, de ayudarlos a disminuir la sintomatología de la enfermedad y mantener o lograr la abstinencia del consumo de drogas en transversal a todas las familias entrevistadas.

Cabe señalar que el cuidado de los sujetos con diagnóstico dual, para efectos de esta investigación, está a cargo de mujeres, lo que además tiene a la base un rol de género asignado, lo que hace que el tiempo de permanencia en el hospital sea el momento para realizar todas las tareas que tiene a su cargo, y cuando deben acompañarlos en el hospital les genera tensión, por no poder cumplir con todas las actividades. Algunas mujeres debieron coartar la posibilidad de trabajar fuera del hogar, para poder estar presente en el cuidado del sujeto. En otros casos, deben trabajar fuera del hogar y dejar el cuidado a cargo del miembro de la familia que esté en el hogar o bien se recurre al apoyo social de las vecinas.

... "el hospital de día, me ayuda a no tenerlo todo el día "metido en la casa molestando o que se queda encerrado y no quiere comer..." (Rosita, 55 años)

La permanencia en el hospital, es sin lugar a dudas un factor protector que les permite por un lado disminuir en forma considerable las descompensaciones y por otro apoyar al cuidador responsable.

A.2. Acompañamiento permanente

El acompañamiento permanente de la familia, permite que las personas diagnosticadas con patología dual, puedan cumplir con las indicaciones del tratamiento, por tanto la familia ayuda a que el sujeto no abandone su tratamiento y se sienta contenido en las situaciones de mayor adversidad. De igual manera, la familia y en especial el adulto responsable del cuidado, requiere apoyo del equipo multidisciplinario que atiende al sujeto, de manera que les permita disminuir el estrés y las crisis en la familia.

... "él requiere mucho ser acompañado y estar pendiente de él... a veces llega muy cansado del trabajo y molesto porque se sintió observado y perseguido..." (Blanquita 47 años)

El trabajo que la familia requiere del equipo multidisciplinario, es un trabajo informativo y referencial para la familia, orientado a situarla frente a la nueva realidad, disipar los miedos y a ofrecerles apoyo psicosocial. De este modo, la familia tendrá la posibilidad de desarrollar un rol participativo y de colaboración con el sujeto diagnosticado con patología dual. Lo antes señalado, permitirá disminuir considerablemente la estigmatización del sujeto y de su familia, ya que en general existe la idea de que la enfermedad mental está íntimamente relacionada con la violencia, no obstante esta idea no tiene base científica mental.

En este contexto aparecen dos factores que la familia debe sobrellevar, por un lado el estigma social, tradicionalmente definido como “un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular”, que reduce a su portador, simbólicamente, de una persona completa y normal a una cuestionada y disminuida en su valor social (Goffman, 1986), ha sido, en las últimas décadas, objeto de un creciente interés desde diferentes ramas del conocimiento.

El pensamiento de Goffman se basa en las relaciones sociales desde la perspectiva de la comunicación que se establece a partir de los roles asignados a los distintos interlocutores. Dentro de su obra, la interacción es considerada por él como el elemento central de la vida social. La corriente teórica de Goffman era la del interaccionismo simbólico, la cual fue adquirida en la Escuela de Chicago.

Goffman habla de tres tipos de estigmas: las deformaciones físicas; los defectos del carácter que se perciben como falta de voluntad, pasiones antinaturales, deshonestidad, etc., que se refieren a enfermedades mentales, adicciones, homosexualidad, desempleo; estigmas tribales de raza, nación, religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar a los miembros de una familia.

Y por otro, una alta expresividad emocional en las familias, asociada a mayores tasas de recaídas en los pacientes esquizofrénicos. La expresividad emocional se manifiesta por una gran implicación de la familia en la vida del sujeto diagnosticado con patología dual, ya sea como un comportamiento crítico u hostil o ejerciendo un gran control y sobreprotección. La reducción de estas conductas, producto de una terapia o intervención familiar, se traduce en una disminución de las recaídas (Heerlein, 2002).

El estrés que experimenta una familia, al vivir con una persona que presenta una enfermedad de salud mental, a menudo puede manifestarse con frustración y negación de la enfermedad, así como con expectativas poco realistas y las consecuentes críticas del comportamiento deficitario del sujeto, que pueden llegar incluso a la hostilidad hacia él o bien intentando sobrecompensar las deficiencias con conductas de sobreprotección y actitudes de sobreimplicación emocional (Pradas, 2006).

Estas manifestaciones del estrés, sobre el clima emocional familiar se contemplan con el término acuñado como expresividad emocional. El término hace referencia a las emociones, actitudes y comportamientos expresados por los familiares acerca de un miembro de la familia diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico severo, siendo la expresividad emocional un índice obtenido empíricamente del nivel de crítica, sobreimplicación y hostilidad familiar. Desde esta perspectiva, el objetivo de las intervenciones familiares sería disminuir el estrés permanente dentro de la familia, ya no considerado como etiológico, sino como un posible desencadenante de recaídas, una vez que se ha desarrollado la enfermedad (Pradas, 2006).

La Expresividad Emocional, es simplemente pragmática, y en ocasiones ha sido criticada por carecer de un modelo teórico que la sustente. Aunque los estudios demuestran una y otra vez el importante papel de la expresividad emocional en las recaídas de diferentes patologías, aún no se ha llegado a una clara comprensión teórica de la relación entre el clima afectivo familiar y el curso clínico de diferentes trastornos.

Brown señaló que era difícil tener alguna convicción sobre lo que una medida representaba, hasta que se desarrollara una teoría sobre ella. Solamente por el hecho de que algo pudiera ser medido fiablemente y pudiera demostrarse que tenía un impacto causal importante, no significaba que se comprendiera lo que realmente ocurría. Esto sería, confundir un modelo causal y una teoría. Un modelo causal, tan sólo relacionaría la medida en términos de lazos causales y satisfaciendo determinado criterio metodológico mínimo demostraría que algo ocurre, pero no se sabría qué exactamente (Jaureguizar, 2005).

Debido a que en los orígenes de la Expresividad Emocional, se relacionó el constructo con la Esquizofrenia, se trató de explicarlo mediante el modelo de vulnerabilidad-estrés formulado por (Spring, B., Zubing, J., 2005). Los primeros estudios en torno a la Expresividad Emocional, sugerían que sea lo que fuere aquello que medía (tanto la conducta del familiar, como la calidad de la relación, o las características del ambiente familiar), sólo era atribuible a la esquizofrenia. Sin embargo, trabajos posteriores demostraron que la expresividad emocional, está relacionada con el curso de trastornos que difieren mucho entre sí. Una cuestión de interés, sería conocer si la expresividad emocional, produce un efecto de manera común en estos trastornos tan diferentes, o si opera mediante mecanismos desiguales en las distintas patologías (Wearden, 2000).

En los últimos años, se ha tratado de explicar la expresividad emocional, asociando a diferentes modelos teóricos: el estrés crónico, el control social y la calidad del apoyo social. De igual manera, también sugirió que la expresividad emocional, se podría explicar mediante las teorías atribucionales y de afrontamiento. En los últimos años, diversos investigadores se han centrado en demostrar que la expresividad emocional alta está asociada a determinados tipos de atribuciones causales (especialmente atribuciones de control). Los familiares de expresividad emocional alta, críticos u hostiles tienden a realizar atribuciones internas para explicar la conducta del paciente, percibiendo que este último, tiene algún control sobre la sintomatología. Por el contrario, los familiares de

expresividad emocional baja y sobre implicados realizarían atribuciones externas, explicando la conducta del sujeto por la enfermedad que éste padece (Jaureguizar, 2005).

A.3, Efectividad en el tratamiento

... ”y comenzamos el tratamiento...eso permitió que Nicolás no se deteriorara tanto, y que pudiéramos ayudarlo desde que lo diagnostican...” (Blanquita, 47 años)

La efectividad del tratamiento dependerá de múltiples factores asociados, tanto a la persona, a la familia y al equipo interdisciplinario que está a cargo del tratamiento. No obstante, es posible señalar que no basta con obtener la dosis de medicamentos y lograr un cupo en el programa, también es necesario abordar la patología dual de manera integral incorporando a la familia en cada proceso. Desde que se implementó el programa de Salud mental, con un enfoque comunitario y plantándose la posibilidad de desinstitutionalizar a los sujetos que presentan patologías asociadas a la salud mental, el enfoque en los modelos de atención y tratamiento cambio considerablemente. Sin embargo, el estigma hacia la salud mental y el imaginario colectivo de considerarlos sujeto peligrosos, han generado en los sujetos y sus familias un aislamiento social importante, quedando desprotegidos y fuera de la red.

En Chile, se ha considerado fundamental incorporar dentro de sus políticas sociales, un enfoque psicosocial que aborda al sujeto como una persona integral, donde *“se reconoce una dimensión biológica, psicológica y social de las personas, integrando acciones de promoción, prevención y rehabilitación en cada actividad”* (Ministerio de Salud, 2012).

El propósito del Plan de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria es: *“Contribuir a que las personas, familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de proveer el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y*

relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Ministerio de Salud, 2012, p. 47).

El programa de Salud Mental Chileno, influenciado directamente por las directrices de la OMS, se enmarca en la idea de las “desinstitucionalizaciones”, ya que reconoce que el fenómeno de las Enfermedades Mentales una prevalencia mundial y como tal, factores de riesgo en la pérdida de calidad de vida de los seres humanos. De acuerdo a estudios entregados por la OMS, realizado en 1996 sobre *Carga Global de Enfermedades*, muestra que dentro de las 10 enfermedades que generan mayor discapacidad, cinco de ellas están relacionadas con problemas de salud mental (depresión, adicciones a drogas y/o alcohol, trastorno afectivo bipolar, trastorno obsesivo compulsivo y la esquizofrenia).

En tal contexto, el Programa de Salud Mental en Chile, busca en primer lugar relevar a través de las políticas de desinstitucionalización de la locura, como un problema fundamental de política sanitaria. Cabe señalar, que el desmantelamiento de los manicomios se debe precisamente a la perspectiva democrática que este proceso político busca, esencialmente por el vindicamiento de los DDHH en las personas que tienen la condición de llevar consigo una enfermedad altamente invalidante. De este modo, la búsqueda de las personas que tengan una condición de Esquizofrenia, retardo mental, entre otros, son parte de sus propias decisiones en cuanto a abordaje de su tratamiento, al igual que los sistemas carcelarios y panópticos de las instituciones sociales buscaban lo contrario en la idea del “encierro”.

Por lo antes expuesto, relevar la idea de la comunidad como sentido fenomenológico del vivir juntos en la idea de Esposito y Agamben¹¹, es precisamente lo que busca un abordaje serio sobre la problemática de la Salud Mental, y particularmente el de la patología dual.

¹¹ Roberto Esposito, “*Communitas*” y Giorgio Agamben “*la Comunidad que Viene*”

Por lo antes expuesto, es posible señalar que si bien los sujetos diagnosticados con patología dual, requieren medicamentación para controlar la sintomatología y evitar recaídas por descompensaciones, no es menor señalar que no basta solo con mantener este aspecto de la rehabilitación cubierto, sino también el tratamiento sicosocial que incorpora a la familia. Si bien es cierto, el Plan de Salud Mental lo señala, en la práctica esto se torna inviable, por la falta de recursos económicos, humanos y de capacitación que permitan abordar efectivamente el tratamiento desde una mirada biopsicosocial efectiva y oportuna.

E) Subcategoría, Debilidades

B.1 Demora en el diagnóstico y medicamentación adecuada

La presencia de un trastorno mental convencionales asociado al trastorno por uso de sustancias de abuso incide negativamente en la evolución de ambos trastornos, y los resultados en los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos son menos auspiciosos cuando se trata de pacientes con comorbilidad psiquiátrica asociada al trastorno por uso de sustancias. La patología dual ocasiona problemas de diagnóstico por la dificultad para diferenciar los efectos de intoxicación o abstinencia de drogas, los trastornos mentales inducidos por ellas, y los trastornos psiquiátricos independientes. Uno de los problemas principales que presentan los pacientes con trastorno por uso de sustancias es la dificultad para identificar de forma fiable la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante (Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid, 2000).

El diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica plantea dos problemas fundamentales: por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas se asemejan a los síntomas de muchos trastornos mentales, lo que dificulta la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente. Por otro lado, en la

actualidad los diagnósticos psiquiátricos están definidos más por un conjunto de síntomas (diagnóstico sindrómicos)¹², que por unos marcadores biológicos directos y propios de cada una de las distintas entidades nosológicas psiquiátricas.

...”le tuvieron que cambiar varias veces los medicamentos y las cantidades, hasta que llego a lo que está hoy, que hace que se sienta más o menos bien, pero se demoró mucho tiempo...” (Juana, 69 años

De acuerdo a los resultados de la investigación, respecto a los discursos sobre la enfermedad, es posible señalar que las familias en general tienen poca información respecto de la enfermedad y la sintomatología asociada a la misma. Esto ha ocasionado, que por un lado se demoren más tiempo en consultar y por otro lado que el diagnóstico y tratamiento sea más lento.

Las familias necesitan manejar grados de permeabilidad, que le permitan reconocer síntomas y comportamientos, tales como: desajustes conductuales, alucinaciones auditivas, entre otros, los cuales son enunciativos de la crisis, reconociendo factores de riesgo. A pesar de ello, la negación de la enfermedad y el sentimiento de culpabilidad se encuentran presente al inicio de la enfermedad en el grupo familiar, comenzando una etapa de aceptación de la misma, el interiorizar que la enfermedad se hubiera producido inevitablemente igual sin ellos o sin ningún detonante personal, familiar o social. Es parte del aprendizaje que deben desarrollar, básicamente ello dependerá de cómo se realiza la psicoeducación por parte de los equipos especializados, ya que son los expertos quienes tienen el deber de realizar dicho afrontamiento.

¹² Ello quiere decir un cuadro sindrómico, como un conjunto sintomático que presenta una enfermedad con ciertos significados y características de identidad en relación a una enfermedad. A diferencia del pródromo, que están asociados a la sintomatología inicial que preceden al desarrollo de una enfermedad

Subcategoría B.2 Exclusión de la familia en el proceso de rehabilitación

Si bien el programa de patología dual, se encuentra sujeto a la implementación de programas de rehabilitación en el consumo de drogas para personas con patología psiquiátrica, éste permite tener a los sujetos conectados con su entorno a través del desarrollo de planes individuales de trabajo, que contemplen actividades terapéuticas de rehabilitación, socioculturales y sociolaborales, para hacer frente a la inexistencia de modelos de atención que aborden las necesidades en salud mental de esta población específica.

... "sería bueno que el psiquiatra en vez de preguntarle cómo está y complete la ficha, se dé un tiempo para conversar con él y la familia, porque el Pancho siempre va a decir que está bien para que no le den más remedios..." (Rosita, 55 años)

Dentro de la intervención propiamente tal, se encuentra la rehabilitación en cuanto al consumo problemático de drogas, y a la estabilización de la esquizofrenia, brindando de esta forma un tratamiento integral para el sujeto, además de la reinserción familiar, social y laboral, las dos últimas se encuentran posterior a las etapas del proceso de intervención, puesto que la reinserción social y laboral, se encuentran enfocadas al finalizar la etapa de egreso de la persona adherida al programa.

La intervención entregada por el programa ambulatorio de patología dual, considera la participación e integración de la familia, sin embargo la intervención real no es construida con la familia, es decir, en vez de detectar las fortalezas y debilidades dadas por cada dinámica familiar, existe un desconocimiento por parte del equipo profesional sobre los acontecimientos dados por cada familia, proceso que nuevamente dificulta la intervención real. Se considera en cada proceso de rehabilitación e intervención las capacidades de cada familia, puntualizando el hecho de el porqué el miembro síntoma, en éste caso el individuo con patología psiquiátrica se concibe drogodependiente, claramente el objetivo principal del programa son los usuarios con patología dual, sin

embargo no se genera una investigación o un retroceso cronológico para detectar los factores que incidieron en el consumo de drogas y/o alcohol del sujeto.

Si bien el programa comprende una necesidad articulada entre el sujeto y su familia, determinado en los objetivos específicos del programa, en la actualidad el trabajo efectuado con las familias de las personas diagnosticadas con patología dual, es formalizado en reuniones aisladas, es decir que el trabajo con las familias es llevado a cabo en entrevistas individuales, ya sea con el psiquiatra, psicólogo o terapeuta, conllevando lo anterior a un proceso de intervención aislado en vez de ser cohesionado e integral, para la correcta rehabilitación del consumo problemático de drogas y la estabilización de la esquizofrenia.

Sin embargo en la actualidad el programa concibe al individuo y a su familia, pero de forma aislada, interviniendo sólo en él, y no complementando además la intervención con su familia. Si el programa no considera fundamental la participación del grupo familiar en los procesos de intervención (corroborados por técnicas de recolección de datos), se dificulta aún más el hecho de una efectiva rehabilitación, puesto que las herramientas entregadas por el programa no son reforzadas en el hogar de cada usuario.

Si a largo plazo, es decir, al momento de que los usuarios egresen del programa ambulatorio, es probable que no mantengan abstinencia, ya que las familias no contarían con mecanismos suficientes para salvaguardar la abstinencia total de su familiar, constituyendo lo anterior un riesgo tanto para la estabilización de la esquizofrenia como para los miembros del grupo familiar, además las conductas de personas con patologías psiquiátricas se ven fuertemente alteradas con las drogas y/o alcohol.

Estableciendo lo anterior la importancia que juega la familia en los procesos de intervención y rehabilitación, como fue señalado anteriormente la familia posee mecanismos innatos para sobrellevar momentos estresores, sin embargo si estos mecanismos no son reforzados por el programa ambulatorio, se anularía el esfuerzo

entregado por el sujeto, puesto que el programa comprende la autonomía y esfuerzo del sujeto por rehabilitarse, claramente en el ambiente en el cual se desenvuelve existen factores de riesgo que incidirían nuevamente al consumo de sustancias ilícitas y/o alcohol, como lo es la dinámica familiar, concretamente la presencia de uno o más familiares drogodependientes y/o consumo de alcohol

Subcategoría B.3 Ausencia de capacitación en oficios

De acuerdo a los relatos en las entrevistas, es transversal a las familias, las dificultades económicas y acceso a mejores condiciones que les permitan ser parte del proceso de rehabilitación, sin dejar sus respectivos empleos y roles dentro de la familia y la sociedad. Por esta razón, una de la grandes metas de las familias, es que el sujeto diagnosticado con patología dual, logre autonomía, tanto en los temas cotidianos, como también el ámbito laboral, no obstante señalan que lo ven distante, ya que el comportamiento en sus hogares es de absoluta dependencia, y en el hospital se comportan de manera autónoma, no pueden replicar en casa el modo de lograr una autonomía efectiva, sino son parte del proceso de rehabilitación, que les proporcione no solo información, sino además técnicas y formas de relacionarse con el sujeto.

... "en el hospital de día, estaba todo el día ahí y solo se dedicaban a quebrar baldosas y hacer espejos, muy bonitos, pero con eso no se va aganar la vida...no le ayuda a que pueda sobrevivir por sí mismo..." (Blanquita, 47 años)

Debemos señalar, que existen dos polos que se deben considerar: uno es la sobreprotección y el otro es la autonomía. Tales connotaciones, caracterizan esencialmente los mecanismos de afrontamiento que las familias tendrán, tanto en una patología dual, como en una persona con la condición de esquizofrenia, o un sujeto con consumo problemático de drogas y/o alcohol. Si bien el sobre involucramiento, o la sobre implicación dependerán de estilos de dinámicas familiares asociadas con prácticas

cercanas a los estilos de comunicacional poco asertivas, también están asociados a cuadros de alta expresividad emocional en la familia.

En relación a la autonomía, esta se debe potenciar al interior y fuera de la familia ya que el generar instancias donde el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales instrumentales y las llamadas actividades de la vida diaria, encuentren nicho donde desarrollarse y potenciarse, generan procesos autónomos de cambio concreto, el pasar de realizar las actividades a apoyarlos en las actividades que realizan. En este proceso importante que la persona con patología dual, logre internalizar que estas acciones realizadas por ellos mismos, son beneficiosas en cuanto al apoyo que reciben.

Debemos hacer presente, que estimular la autonomía no significa avanzar hacia el abandono, durante este proceso es necesario que la persona perciba que el avanzar hacia la emancipación no significa que este dejara de contar con el apoyo que tiene de sus familiares y cuidadores. El fomento de la autonomía disminuye las recaídas y las internaciones, fácil es confundir la sobreprotección con autonomía, ya que las dinámicas al interior de la familia no son solo acciones si no que estas se acompañan de emociones. El hecho de expresar cariño, dificulta la lectura frente a un otro y ante nuestra opinión, no puede hacer algo y ante esto el cuidador más cercano sea quien termine realizando la actividad por quien debía realizarla. La entrega de afecto confunde y en la mayoría de los casos mella el proceso autónomo, el mostrar afecto no es incompatible con la autonomía, ya que en la Patología Dual es necesario fomentarla y contar con una red de apoyo social-familiar (Mañá, 2005).

Subcategoría B.4 Insuficiencia de recursos para potenciar el programa de rehabilitación

Una buena atención en salud mental no depende solamente de la cantidad de recursos disponibles, sino también de su diversidad y calidad. Esto implica equipos

multiprofesionales e interdisciplinarios que den respuesta a la complejidad biopsicosocial del ser humano, que estos equipos sean suficientes y bien formados en cuanto a calidad y variedad (profesionales y escuelas o modelos teórico-prácticos de intervención). Es también muy importante que estos profesionales y equipos estén receptivos y disponibles para implicarse en la necesidad de cambio y aprendizaje continuados que supone un trabajo como el nuestro.

...”la familia fue muy afectada con el diagnóstico del Toño, porque mi marido dice que lo que le pasa al Toño es culpa del weon’ del papá que quizás que loco es y por eso el cabro salió así...” (Gladys, 58 años).

Esta es una familia unida por los afectos, donde existe un hijo de la madre que tiene un padre biológico, y un padre en la crianza. Al recibir el diagnóstico de Antonio, se genera una crisis familiar, por el desconocimiento de la enfermedad y su implicancia para la familia, por lo tanto la familia hace lo posible por lograr estabilidad. De igual manera el padre no acepta la enfermedad, y responsabiliza al padre biológico de la enfermedad de Antonio

Hoy el discurso del modelo tradicional de familia, convive con un modelo de “Familia Relacional”, donde prima la afectividad y la calidad de las relaciones, en la que “...el hombre y la mujer se están volviendo visibles como individuos separados, cada cual vinculado a la familia mediante diferentes expectativas e intereses, cada cual con diferentes oportunidades y responsabilidades” (Beck & Beck- Gernsheim, 2003, pág. 174). No podemos obviar, que estamos asistiendo a un proceso de creciente individualización, que por supuesto también ha erosionado los límites familiares. Ahora en la familia se le da importancia a los vínculos afectivos ya no sólo a los vínculos de afinidad y consanguinidad.

La familia organiza la convivencia, la sexualidad y la procreación. Se abre una serie de singularidades en torno a ello, que finalmente derivan en aspectos a considerar dentro de

los procesos de intervención. Ahora bien, sobre esa base, lo primero que es posible identificar, es una base humana como la esencia de la familia, en la que hay más de un sujeto en relación, surgiendo como fundante el factor de la interdependencia entre ellos. Esta interdependencia se traduce en un sistema complejo de relaciones, que tocan desde lo afectivo hasta lo operativo, siendo esto último lo que permite el funcionamiento cotidiano y en definitiva las singularidades de sus formas de convivencia. Esta última, si bien fundada en las interacciones en el presente, no es posible desconocer que a la base de ella, se encuentra una historia común, sea esta de encuentros y/o de desencuentros (Jelin, 2010).

Los procesos de modernización influyen en la familia, transformándose desde una institución destacada socialmente, a una subordinada, pasando del modelo patriarcal al conyugal transitando rápidamente hacia el pluralismo familiar. Cuando hablamos de estos cambios se puede mencionar la incorporación de la mujer como fuerza laboral, retraso de la maternidad, el divorcio el cual genera familias monoparentales, reconstituidas, matrimonio homosexual, es decir, la familia ya no es solo una a través de la visión de la singularidad, la pluralidad está presente en este constructo, hoy en día ya no hablamos de familia sino de familias haciendo clara alusión a la diversidad (Gonzalez, 2003).

La perspectiva de la fuerza, propone que los recursos de las personas y de sus ambientes, más que sus patologías y problemas, deberían ser el foco central del proceso de ayuda a la familia. A diferencia de otros modelos que focalizan en la identificación y erradicación de déficit y problemas, la perspectiva de las fuerzas focaliza en la propuesta de que la ayuda puede proceder efectivamente de la identificación, uso y aumento de las fuerzas y recursos en la persona y medio ambiente. Por ello las historias de las personas y familias, sus narrativas que dan cuenta de la forma como perciben su realidad, de cómo definen sus necesidades, de cómo identifican los recursos necesarios para satisfacerlas,

pueden conducir a intervenciones que valoren las capacidades de las personas y que se centren en sus potencialidades (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003).

De acuerdo a esta perspectiva, podemos afirmar que promover el empoderamiento significa creer que las personas son capaces de tomar sus propias elecciones y decisiones. Significa no solo que el ser humano posee la fuerza y el potencial para resolver sus propias situaciones difíciles, sino también que es capaz de aumentar su fuerza y así contribuir a la sociedad. El rol del trabajador social en la práctica es nutrir, dar coraje, asistir, facilitar, soportar, estimular y desatar los poderes de las personas; señalar los recursos y poderes que se encuentran accesibles en los ambientes de las personas ; y promover la equidad y la justicia en todos los niveles de la sociedad. Para hacer esto el trabajador social ayuda a las personas y grupos a articular la naturaleza de sus situaciones, identificar qué es lo que quiere, explorar alternativas para obtener esos deseos, y alcanzarlo (Aylwin N., Trabajo Social Familiar, 2003).

IV Conclusiones

Este trabajo de investigación ha permitido, conocer la implicancia de la familia en el proceso de rehabilitación de los sujetos diagnosticados con patología dual. De acuerdo a las entrevistas realizada, es posible establecer que las personas con esquizofrenia, presentan un sin número de sintomatología que afecta su vida cotidiana en múltiples aspectos, En este contexto, aparece la droga como un escape a los efectos secundarios de la medicamentación para la esquizofrenia. Así también, la droga como un medio de socialización, dónde el sujeto se siente incluido, tal cual es, sin necesidad de realizar ningún esfuerzo o cambios para ser aceptado en el grupo.

Los resultados arrojan, que si bien es cierto, la familia visualiza el problema del consumo de drogas, asociado principalmente a la exigencia del programa para que participe, y en algunos casos el problema de recursos económicos asociados a la adquisición de esta, no manifiestan el problema del consumo como grave, más bien tienden a separar el consumo problemático de drogas de la esquizofrenia, siendo esta última el problema que manifiesta la familia. Para las familias entrevistadas, el consumo problemático de drogas es una conducta que puede ser modificada.

La investigación deja en evidencia, que el consumo de drogas más los medicamentos diagnosticados en patología dual, se torna demasiado peligroso para el éxito de la rehabilitación, y para el curso de la enfermedad. Por esta razón, el programa a punta a ingresar a los sujetos en proceso de abstinencia, no obstante como hemos podido dar cuenta con las entrevistas, las personas tienden igualmente a consumir, ellos dicen que lo necesitan y sus familias reafirman el discurso, ya que no solo ellos perciben el cambio de los efectos secundarios, sino también quienes los rodean, convirtiéndose efectivamente ayuda real, de los efectos secundarios de la medicamentación.

Al no existir una Ley de Salud Mental y al tener una doble forma de abordar el consumo problemático y la dualidad, cualquier iniciativa por parte de la familia y/o comunidad cae en elementos ambivalentes y confusos en la solución de la dualidad, en lo inmediato. Ello perjudica en todo momento el soporte social de las personas con dualidad, a propósito de que el Estado no ha creado políticas serias de tratamiento, impidiendo y desgastando a la comunidad en sus acciones a seguir, terminan en espacios de control social, asociados a la seguridad ciudadana. Al no contar con especificidad en el tratamiento y las formas de abordaje, prevalece mayoritariamente los casos del enfoque biomédico, el que básicamente es uní causal y piensa al sujeto como; enfermo, drogadicto, esquizofrénico. Este enfoque no considera el contexto del sujeto y las interacciones de este y su familia en el entorno inmediato con las particularidades intrínsecas del sujeto y su familia.

Chile es uno de los pocos países en el mundo, que no cuenta con una legislación en este tema de forma específica. La creación y construcción de esta ley por parte del Ministerio de Salud, entregaría las garantías a las personas con trastornos psiquiátricos severos, en relación a la atención integral en salud mental. De igual manera, permitiría regular las acciones que se realizan en nuestro país en salud mental, permitiría orientar a la formación de planes en esta materia que promuevan la formación de centros con equipos capacitados y tratamientos eficaces y efectivos, ya que hoy en día todo está contenido en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, el cual en sus intentos de generar cambios no contiene la fuerza que se requiere para movilizar los dispositivos de salud, y mucho menos los recursos económicos suficientes para implementar el modelo de psiquiatría comunitaria, que si bien a largo plazo se podrá apreciar una disminución de los recursos utilizados, dado que este modelo, permite procesos de rehabilitación de mayor efectividad.

Por lo antes expuesto, es tremendamente complejo hablar de la patología dual en Chile, puesto que en nuestro país las informaciones son escasas y no existen mayores estudios a

nivel nacional y mucho menos información de cuantas personas están en esta condición. Sin embargo, a nivel mundial la patología dual ha sido objeto de gran atención en los últimos años, por parte de clínicos e investigadores. Esto a ha contribuido a recuperar el interés de la psiquiatría por la patología adictiva y viceversa, lo que constituye un punto de encuentro y en ocasiones de desencuentros entre la enfermedad de base y la adicción, tal situación se refleja en cómo se ha ido desarrollando de manera dispersa, sin directrices claras y uniformes, la intervención sanitaria en relación a la dualidad.

Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos que los sujetos interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y Democracia son fundamentales para el ejercicio de la profesión. Así por tanto, el Trabajo Social es una forma de conocer particular, que nos permite mirar la realidad social, y es variable en el contexto. De acuerdo a lo anterior, se debe considerar el proceso histórico que ha mirado al sujeto social con distinta lupa, pero que finalmente supone una nueva forma de observar.

En Chile no existirían estándares apropiados para personas que tienen esta condición. Ello precisamente a que existe un abordaje diferenciado, el que logra compensar, generalmente los aspectos psicopatológicos, pero como la directriz sobre el consumo problemático de drogas y alcohol no está conectado con los servicios psiquiátricos y de rehabilitación psicosocial, estos tratamientos terminan en un abismo donde las personas con estas patologías duales caen en un deterioro constante, el cual afecta sus redes de apoyo, principalmente la familia.

De la investigación es posible inferir, la importancia en el contexto institucional, la ausencia de centros especializados o unidades de tratamiento en patología dual, ya que genera un aumento en el número de recaídas producto de consumo de drogas o de la inestabilidad del cuadro psiquiátrico. La mayor duración de hospitalizaciones y aumento en las consultas a los servicios de urgencias, podría ser una muestra del mal abordaje en

este tema. A ello se agrega que no existe una lógica territorializada uniforme en los servicios de salud en relación al Plan Nacional de Salud Mental, ya que existen prejuicios desde la visión biomédica sobre los equipos integrales que se hacen cargo de los tratamientos psiquiátricos. Cabe señalar, que no obstante lo anterior, el enfoque está cambiando paulatinamente en Chile, a modo de ejemplo es posible señalar, el Servicio Metropolitano Sur, Servicios de la Octava Región, etc., donde esta lógica asertiva y comunitaria se ha ido implementando, para ocupar un espacio importante dentro de la rehabilitación.

De acuerdo a los resultados de la investigación, los episodios de descompensación del cuadro de base y la adicción a drogas, especialmente a la pasta base, produce altos niveles de conflictos familiar, generando y desgastando las dinámicas familiares, comunicación poco efectiva y cuadros de abuso y/o maltrato, el deterioro en cuanto a la contención que entrega la familia es casi inevitable, en otras palabras, el soporte social elemental se menoscaba, llevando a la persona con dualidad a la pérdida de la conexión social funcional.

De acuerdo al relato de las familias, una de las principales preocupaciones es la pérdida de autonomía, el escaso desarrollo en las habilidades sociales y de la vida diaria, el manejo del dinero, las dificultades ocupacionales y laborales irían en desmedro en la medida en que esta problemática no las aborden los programas de rehabilitación. Los riesgos sanitarios anexos se vuelven inminentes, un ejemplo de ello son las infecciones por conductas de riesgo (VIH, ETS, Hepatitis, entre otras), así por tanto, las personas con esta patología ven mellado sus relaciones y la interacción con el contexto.

La escasa atención en el ámbito de lo terapéutico en salud y por tanto las formas de rehabilitación psicosocial en las personas con dualidad, son factores que inciden a que estas no logren su inclusión y/o integración social, generando aumento de la en los niveles de vulnerabilidad social que se encuentran presentes, las que preceden a la

exclusión social. Claramente ello supone, una vez más la inexistencia de tratamientos adecuados y marcos legales reguladores.

En nuestro país, existe una diferencia importante en el tratamiento de las enfermedades físicas y las enfermedades mentales. Estas últimas han tenido históricamente una menor cobertura por parte de las distintas instancias de financiamiento, sean públicas o privadas. Esta discriminación en contra quienes padecen de enfermedades mentales, genera grandes costos para las familias, tanto a nivel económico como emocional, ya que las familias son quienes soportan el estrés que produce que uno o más miembros de esta colapse, desgastándose como red esencial de apoyo. Las crisis, en sentido psicopatológico, desgastaría el soporte en la red de atención, costos que son extrapolados al costo al país.

De acuerdo a los discursos de la familias, es importante señalar, que se sienten excluidas del programa de rehabilitación hospital de da, ya que si bien pueden hacer consultas a los profesionales de salud, entrar a la consulta con los médicos, no las incluyen dentro del programa como un pilar fundamental en la reinserción del sujeto, por tanto no permite que las familias puedan replicar las practicas conductuales de manejo de la enfermedad en sus hogares. Esto ocasiona mayor lentitud de resultados en los sujetos.

Pro lo antes expuesto, se hace necesario la pronta promulgación de la ley de salud mental, que en sus bases debiese contener y anexar disposiciones que resguarden los derechos humanos de las personas con trastornos psiquiátricos severos, ya que estos han sido menguados en cuanto a su categoría de sujeto y persona, la disminución de oportunidades a causa de ello ocasiona que muy pocos sujetos logran insertarse de manera adecuada a la sociedad civil y mucho menos acceder y mantener un trabajo remunerado. Las consecuencias son costosas y de alto impacto para nuestra sociedad, dicha ley debe construirse amparada en los principios de universalidad, calidad y equidad, con el fin de superar la hegemonía privatizadora de salud, que no hace eco de

las responsabilidades, atribuciones, recursos y mucho menos de promover la participación de la comunidad.

En las entrevistas aplicadas, otra de las preocupaciones recurrentes en las familias, es que no existe una planificación para entregar herramientas a los sujetos con diagnóstico dual, que les permita aprender un oficio, para luego trabajar y poder sustentarse en términos económico. Las familias sostienen, que pasan mucho tiempo en el hospital sin ocupar necesariamente una parte del tiempo en aprender un oficio. Señalan además, que solo realizan actividades manuales, sin un objetivo capacitador, sino más bien en objetivos terapéuticos, que sin duda podrían ser altamente productivos si tuviesen un cruce con aprender un oficio, y una red que pueda acogerlos con un empleo remunerado.

Asimismo, para asegurar intervenciones realmente efectivas, se vuelve necesaria la investigación que genere conocimiento en salud mental, de este modo podemos señalar a nivel individual y colectivo, se requiere de un análisis que articule distintas dimensiones, las que permitan que las políticas públicas reconozcan al sujeto con patología dual, como cualquier otra enfermedad de salud física, minimizando las posibilidades de estigma y discriminación por desconocimiento o falta de información.

Desde el Trabajo Social, es necesario plantear nuevas oportunidades y forma de hacer las intervenciones, principalmente desde la mirada integral del sujeto o de lo contrario estaremos condicionados a ver como los sujetos diagnosticados con patología dual, siguen aumentando y de qué manera se deteriora su salud, la de su familia y las repercusiones en la comunidad. La patología dual, debe ser considerada un problema de salud pública, ya que los recursos profesionales y económicos que se requieren para realizar un proceso de intervención y rehabilitación, son de muy alto costo y no permiten llegar a la población general. Del mismo modo, incluir a la familia en el proceso de rehabilitación, entregándole información y herramientas, para que puedan acompañar al sujeto, entregándole soporte y contención en su proceso, así también

disminuir el estrés generado por el desconocimiento y distancia que las familias actualmente tienen.

Resulta fundamental señalar, la importancia de considerar en las bases de la acción social el reconocimiento de los derechos de las personas, permitiendo respondernos ante lo que realmente es necesario, y no a lo que en nuestro imaginario social profesional vemos como necesario. Localizar e identificar desde el propio sujeto, aporta mayores herramientas al proceso de la acción profesional, donde el sujeto es agencia en el campo de acción. De igual manera, invita a realizar revisión de nuestras prácticas profesionales e identificar lo que estamos mirando y desde dónde lo estamos haciendo constituye un eje fundamental de las acciones que emprenderemos.

No debemos olvidar, que es el mercado bajo el paradigma del funcionalismo quién utiliza la exclusión, como su principal herramienta para ejercer control social, en la globalización de los procesos, en este sentido se puede a veces estar dentro y otras fuera. La salud mental claramente está fuera de lo que considera y válida el mercado históricamente en Chile, ya que recién en el año 2000 se implementa el plan de salud mental, antes de este acontecimiento, hablar de salud mental era hablar de locura, sin distinción entre patologías. Esta situación ha dejado excluidos a los sujetos que presentan algún tipo de patología mental, y con mayor fuerza a quienes son diagnosticados con patología dual, y a sus familias, ya que el lenguaje construye realidad y como señala Maturana “lo que no se dice no existe”, por tanto hablar de patología dual, es un esfuerzo que permite posicionar esta patología en el lenguaje de las familias, la comunidad y sociedad.

Resulta esencial contribuir en la organización y administración de los servicios para las personas con patología dual, sin embargo, para poder cumplir este rol, el Trabajo Social desde el ámbito terapéutico necesita adoptar una visión que involucre la conciliación de las tendencias de las diversas institucionalidades y de las dificultades que éstas arrastran,

de esta forma podemos enfrentar este nuevo desafío presente, dinamizando los vínculos que la personas han retraído, con el medio social proximal y distal en el que se encuentra, abriendo la posibilidad de interactuar en el espacio y trascender a otros en lo social en las diferentes etapas del tratamiento de rehabilitación, es en este proceso donde la vinculación con el apoyo social se entrelazan formando un vínculo virtuoso, ya que ambos son capaces de leer y relevar el contexto inmediato de la persona, entregando acciones que fortalecen las dimensiones más cercanas y que potencian la estabilidad, la optimización de los recursos sociales y la posibilidad de asumir mayor autonomía, a través de la promoción colectiva de la solidaridad y de pertenecía a una comunidad.

Bibliografía

- España:¿ una sociedad enferma? Sociedad y Salud Mental. (1982). *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*.
- (2006). *Norma Técnica N° 90, rehabilitación Psicosocial para persona mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad*. Santiago .
- Abarzúa , M., Aceituno, R., Estevao, A., Marcelo, B., Macarena, B., Bushman, S., y otros. (30 de Agosto de 2011). *Análisis Documento " Estrategia Nacional de Salud Mental: un salto adelante"*. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Ciencia Sociales, Departamento de Psicología.
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de Investigación Social, 24ª Edición*. Buenos Aires: Lumen.
- Arellano, J. P. (1985). *Políticas Sociales y Desarrollo 1924-1984*. Chile: Cieplan.
- Aylwin N., S. M. (2003). *Trabajo Social Familiar*. Santiago : Ediciones Universidad Católica de Chile .
- Bardin, L. (1996). *Análisis de Contenido*. Madrid: Akal.
- Bowlby. (1988). *Una base segura aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health*. Basic Books . N. York.citado por Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2003). *Metodología de la Investigación, 4º Edición*.
- Complejo Asistencial Barros Luco. (s.f.). www.hospitalbarrosluco.cl. Recuperado el 15 de 07 de 2013, de www.hospitalbarrosluco.cl:
- Consejo Provincial Santiago de Trabajadores Sociales. (2010). Entrevista a Ximena Montecinos: "Rol del Trabajador Social en la Salud en Chile". *Revista del Consejo Provincial Santiago de Trabajadores Sociales*.
- Cuenca, M. R. (2011). *Familia y Esquizofrenia: 24 horas al día, 365 días al año*. Alicante.
- Davenport-Hines, R. (2004). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. USA: Fondo De Cultura Economica.
- Delsing, R. (1995). *Proposiciones, La Familia el poder del discurso (N° 26). Aproximaciones a la familia, 42*. Española de Neuropsiquiatría.
- Desviat, M. M. (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Donoso , M., & Saldías , P. (1998). *Modelo de Intervención para el Trabajo Social Familiar. Serie 7 Material de Apoyo a la Docencia*. Santiago: Santiago : Blas Cañas .
- Esteban Radiszcz, Álvaro Jiménez Molina. (26 de 09 de 2012). <http://ciparchile.cl>. Recuperado el 20 de 11 de 2012, de <http://ciparchile.cl>:
- Estrategia nacional de drogas y alcohol 2011-2014. (s.f.). <http://www.senda.gob.cl>. Recuperado el 3 de 11 de 2011, de <http://www.senda.gob.cl>:
- Estrategia Nacional Sobre Drogas 2011-2014. (s.f.). <http://www.senda.gob.cl>. Recuperado el 28 de 03 de 2013, de http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/05/estrategia_drogas_alcohol_2011_20141.pdf.

- Federación Internacional de Trabajadores Sociales y Asociación internacional de Escuelas de Trabajo Social . (2004). *La Ética en el Trabajo Social: Declaración de Principios*.
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Facultad de Medicina UNAM vol.47 N°6*, 251-254.
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la Familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 251-254.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata S. L.
- Fuentes, E. L. (2011). *Tesis Doctoral Patología dual grave en una comunidad terapéutica profesional dotada de unidad psiquiátrica*. Granada.
- García y Misitu. (1995). *El Apoyo Social*. Barcelona: PPU.
- Giddens, A. (2006). *La Transformación de la Intimidad*. Madrid: Cátedra.
- Gobierno de Chile. (1980). <http://www.leychile.cl>. Recuperado el 20 de 10 de 2012, de <http://www.leychile.cl>: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>
- Goffman. (1997). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gonzalez, M. (2003). *El análisis sociológico de la familia actual*. Valencia: Nau Libres.
- Gottlieb. (1983). *estrategias de apoyo social: directrices para la práctica de salud mental*.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la Intervención comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Guinea, R. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia Interpersonal en el Tratamiento de la Depresión Mayor. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Horkheimer, M. (1998). *La Familia y el Autoritarismo*. Barcelona: Ediciones Península.
- Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU. (2009). *Depresión*. estados Unidos: Instituto Nacional de la Salud Mental.
- J, Ibáñez. (1979). *Más allá de la sociología*. Madrid: Siglo XXI.
- Jaureguizar, J. E. (2005). *Enfermedades Físicas Crónicas y Familia*. Libros en Red.
- Jelin, E. (2010). *Pan y afectos la transformación de las Familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Larrañaga, J. L. (2007). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. *LiberAddictus*, 3-9.
- López, M. L. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible . *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, n.º 101, 43-83.
- M., L., García, A., & Lorenzo, M. (2011). *Manual de Intervención con Maltratadores*. JP Ediciones.
- Mahaluf, J. y. (1989). Expectativas de la familia en torno a la mejoría del paciente esquizofrénico. *REVISTA DE PSIQUIATRIA CLINICA*. N° 1, vol. XXVI, 47-51.

- Mañá, S. (2005). *La esquizofrenia en el hogar: Guía práctica para familiares y amigos*. España: Club universitario.
- Maturana, H. (1992). *Emociones y Lenguaje en Educación Política*. Chile: Dolman Ediciones.
- Matus, T. (1999). *Propuestas Contemporáneas en Trabajo Social: Hacia una intervención polifónica*. Buenos Aires : Espacio.
- Ministerio de salud. (2001). *www.minsal.gob.cl*. Recuperado el 5 de 12 de 2012
- Ministerio de Salud. (2011). *www.minsal.cl*. Obtenido de *www.minsal.cl*: *www.minsal.cl*
- Ministerio de Salud. (2013).
http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_mental/programanacdiagytratadepre.html. Recuperado el 22 de 09 de 2013, de
http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_mental/programanacdiagytratadepre.html.
- Ministerio de Salud. (2013). *www.minsal.cl*. Recuperado el 4 de 03 de 2013, de *www.minsal.cl*.
- Ministerio de Salud, G. d. (2012). *www.minsal.cl*. Retrieved 2012
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2013).
http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_mision_vision/hist_inicios_mision_vision.html. Recuperado el 30 de 09 de 2013, de
<http://www.minsal.gob.cl>.
- Ministerio de Salud, Programa de Salud Mental 2000. (s.f.). *www.minsal.cl*. Recuperado el 15 de Mayo de 2013
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. (2000). <http://www.psiquiatriasur.cl>. Retrieved 2012 йил 2-10 from <http://www.psiquiatriasur.cl>.
- Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid. (2000). *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Madrid.
- Minoletti A, Z. A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud*, 346-358.
- Minuchin. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. . Gedisa: Barcelona.
- Minuchin, S. (1985). *Caleidoscopio familiar, imágenes de violencia y curación*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, y Fishman. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Nidia Aylwin A., M. O. (2003). *Trabajo Social Familiar*. Santiago , Chile : Ediciones Universidad Católica de Chile .
- Norma Técnica N° 90. (2006). *Norma Técnica N° 90, rehabilitación Psicosocial para persona mayores de 15 años con transtornos psiquiátricos severos y discapacidad*. Santiago.
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2001). *El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Luxemburgo.
- OMS. (2001). *La salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud 2001.

- OMS,1948. (s.f.). <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>. Recuperado el 12 de 15 de 2012, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>:
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001, salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas*. Ginebra : OMS 2001.
- Organización Mundial de la Salud. (2013).
http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html.
 Recuperado el 22 de 09 de 2013, de
http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html.
- PNSM. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministerio de salud, Chile.
- Pradas, F. B. (2006). Variables Modificadoras de la Asociación Expresividad Emocional Familiar-Recidivas en Pacientes Esquizofrénicos. *Tesis Doctoral* . Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
- Psiquiatría Sur. (2005). www.psiquiatriasur.cl. Recuperado el 15 de 07 de 2013, de www.psiquiatriasur.cl:
http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/plan_hosp_y_urg_rm_20051.pdf
- Retamal, P. (2013). <http://www.psiquiatriachile.cl>. Recuperado el 10 de 10 de 2013, de <http://www.psiquiatriachile.cl/que-es-la-ansiedad.html>.
- Reyes, R. (2007). <http://pendientedemigracion.ucm.es>. Recuperado el 03 de 05 de 2013, de
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/F/sociologia_familiar.htm
- Risolia de Alcaró, M. (1996). *El mediador y los intereses en juego en la mediación* . Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor , M., & López, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema*, 349-372.
- Roudinesco, É. (2010). *La Familia en Desorden*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Rubio, M., & Varas, J. (2004). *El Análisis de la Realidad en la Inerención Social, Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: CCS.
- Ruiz O., J. (2003). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. España: Universidad de Deusto Bilbao.
- Santos, L. (1964). *Libertad, Temporalidad y Transferencia en el Psicoanálisis Existencial*. Barcelona: Seix Barral.
- Sarraceno, B. (2003). *La Liberación de los Pacientes Psiquiátricos*. México: Matilde Schoenfeld.
- SENDA. (2012). www.senda.gob.cl. Recuperado el 20 de 11 de 2012, de www.senda.gob.cl: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/otros-estudios-nacionales/>
- SENDA. (2013). www.senda.gob.cl. Recuperado el 20 de 03 de 2013, de www.senda.gob.cl: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/otros-estudios-nacionales/>

- Sepúlveda, R. (1995). APOYO SOCIAL, SALUD MENTAL Y ESQUIZOFRENIA. UNA REVISION DEL TEMA. *Revista de Psiquiatría*.
- Sepúlveda, R. (1998). *Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiatría en Chile*. Chile.
- Social, E. d. (2009). *Justicia Social y Diversidad*. Temuco: Ediciones UC Temuco.
- Sociedad Española de Patología Dual. (s.f.). <http://es.scribd.com>. Recuperado el 05 de 03 de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/107730237/Presentacion-Programa-Formativo-Protocolos-de-intervencion-en-Patologia-Dual>
- Spring, B., Zubing, J. (2005). *Primer Congreso: La Salud Mental es Cosa de todos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Szerman, N. (2007). *Patología dual en Esquizofrenia*. Madrid: Glosa.
- Tamayo, M. (1998). *El proceso de la Investigación Científica*. México: Limusa S.A.
- Taylor S., B. R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Taylor, S.J. y Bodgan R. (1986). *Introducción: ir hacia la gente*, en *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós.
- Torrice, E. ., (2002). <http://www.um.es>. (S. d. Murcia., Ed.) Recuperado el 5 de 12 de 2013, de http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf.
- UNODC. (22 de Junio de 2010). <http://www.unodc.org>. Recuperado el 20 de 12 de 2012, de <http://www.unodc.org>: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/WDR2010-PR-Spanish.pdf
- Villalba, C. (2004). La Perspectiva Ecológica en el Trabajo Social con Infancia, Adolescencia y Familia. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 287-298.
- Villarino, H. (2006;47). Temas y controversias en Psiquiatría. *Gaceta Universitaria*.
- Vivas, E., Feldman, L., Bages, N., & Vargas, C. y. (1993). *Propuesta de Medición del Apoyo Social. Trabajo presentado en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología, Santiago de Chile*. Caracas: Universidad Simón Bolívar.
- Watzlawick, P. (1995). *El sinsentido del sentido o el sentido del sinsentido*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beaving J. y Jackson D. (1981). *Teoría de la Comunicación*. Barcelona.: Herder.
- Wearden, T. y. (2000). *Enfermedad Física Crónica y Familia*. Madrid: Libros en Red.
- Weick A., Saleebey . (1995). *Apoyo a las fortalezas de la familia: orientado a las políticas y prácticas hacia el siglo 21, las Familias en la Sociedad*.
- White y Epston. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- www.patologiadual.com. (s.f.). Recuperado el 14 de 04 de 2013, de www.patologiadual.com/revision.php.

Anexo I

MATRIZ DE ANÁLISIS CATEGORIAL

Las categorías y sub-categorías de análisis por cada objetivo desde las narrativas de las madres y abuela, son las que se enuncian a continuación:

OBJETIVO ESPECÍFICO N°1:

Identificar factores de riesgos de las familias de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco.

<i>CATEGORIAS Asociadas a Objetivo Específico N°1</i>	<i>SUB-CATEGORIAS</i>	<i>RELATO TEXTUAL</i>
<i>A.-) Factores de riesgo</i>	<i>A.1) Consumo de alcohol y/o drogas de los integrantes de la familia.</i>	<p><i>... "mi marido y mi padre comenzaron a tomar más vino, decían que era lo único que les ayudaba a no pensar y a no querer golpear a mi hijo..."</i> (Rosita, 55años)</p> <p><i>... "si se le han perdido cosas de la casa, es porque está consumiendo alguna droga...estos cabros son muy pillos..."</i> (Rosita,55 años)</p> <p><i>... "ahora que está más viejo, se toma dos vasos de vino y ya está "curao", y se pone muy porfiado..."</i></p>

		<p>(Rosita, 55 años)</p> <p>...”lo más difícil para la enfermedad del Toño, tener un padrastro curao’ y violento, que no lo quiere y se lo dice cada vez que puede...” (Gladys, 58 años)</p> <p>...“los problemas con el padre...él llegaba tarde con alcohol, a veces se desaparecía...yo creo que esta situación pudo haber afectado... no le tenía paciencia, siempre lo retaba por todo y lo humillaba cuando Francisco se ponía triste, le decía que era un “maricón” y que debía ser un hombre fuerte...el padre de mi marido lo abandonó cuando él era muy chico” (Rosita, 55 años)</p>
	<p>A.2) Abandono del hogar de alguno de los progenitores.</p>	<p>...”la familia ha sido muy afectada...como lo dije antes, mi marido se fue de la casa, no fue capaz de aceptar la enfermedad del Nico...” (Blanquita, 47 años)</p> <p>...”el padre de mi marido lo abandonó cuando él era muy chico...” (Rosita, 55 años)</p> <p>...”Carlos solo me tiene a mí...la mamá se fue cuando él era chiquitito, debe haber tenido como dos o tres años...” (Juana, 69 años)</p>

		<p>... "yo le agradezco a mi viejo que no se fuera, porque cuando supo el diagnóstico del Pancho lo único que quería era irse..." (Rosita, 55 años)</p>
	<p>A.3) Negación a la medicamentación</p>	<p>"él dice que le dan muchos temblores, que le duele la cabeza y que siente que se le traba la lengua, por eso no quiere tomarse los remedios" (Rosita, 55 años)</p> <p>... "hay veces que no se quiere tomar las pastillas y que no quiere ir al hospital..." (Rosita, 55 años)</p> <p>... "si no lo obligo no se toma los remedios y si le encargo a otro persona que se los de, hay que estar mirándolo porque los bota..." (Gladys, 58 años)</p> <p>... "pa' peor él Toño no quería nada, no se quería tomar los remedios, no quería ir al doctor y menos que lo lleváramos al hospital para dejarlo..." (Gladys, 58 años)</p> <p>... "yo lo veo más deteriorado con tanto medicamento que tiene que tomar, que son muchos..." (Rosita, 55 años)</p> <p>... "él no quería tomarse los remedios al principio, porque le hicieron muy mal, le dolía la cabeza, tenía mucha sed y hablaba raro... también tenía</p>

		<p>dolores musculares, así que le tuvieron que cambiar varias veces los medicamentos y las cantidades...” (Juana, 69 años)</p>
	<p>A.4) Explicaciones erróneas, respecto del origen y causas de la enfermedad</p>	<p>... ”Por ignorancia y miedo, la familia no se quiere hacer cargo, porque los ven como un cacho, que nadie quiere hacerse cargo...” (Blanquita 47 años).</p> <p>... ”la mamá de Carlos siempre fue buena para el “leseo”, le gustaba andar “tonteando” con los hombres, ella tomaba mucho copete...por eso el Carlos se enfermó ”(Juana, 69 años)</p> <p>... ”mi papá por otro lado, decía que había que sacarle la cresta, molerle el lomo a palos y a si se le quietaría lo loco...” (Rosita, 55 años)</p> <p>... ”el estaba bien metido en la cuestion de la droga, pero si se metia a uno de esos programas de rehabilitación igual salia, pero de la esquizofrenia? De eso no, esa enfermedad es para siempre...” (Rosita, 55 años)</p> <p>... ”yo pienso que el Pancho se debe haber pegado una terrible vola’ y se quedó pegado al techo como dicen los cabros y ahí se le detonó la esquizofrenia, yo estoy</p>

		<p><i>segura, nadie me quita esa idea de la cabeza, porque mi hijo era sano... ”</i> (Rosita, 55 años)</p> <p><i>... ”para mi viejo y mi papá, es terrible la enfermedad del Pancho!, porque sienten que lo que hagan no le quitará la locura de la cabeza ... ”</i> (Rosita, 55 años)Significación</p> <p><i>... ”mi marido dice que lo que le pasa al Toño es culpa del weon’ del papá que quizás que loco es y por eso el cabro salió así... ”</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>... ”Yo nunca supe que mi hijo consumía marihuana, hasta que en una de las sesiones con la terapeuta él le cuenta que cuando comenzó a sentirse extraño, a sentir que más gente vive dentro de él, le pidió a un amigo que le convidara marihuana... ”</i> (Blanquita 47 años)</p> <p><i>... ”yo estoy segura que si la mamá de Carlos no hubiese “tomado” tanto durante el embarazo y después que nació el niño, Carlos nunca se habría enfermado... ”</i> (Juana, 69 años)</p> <p><i>... ”patología dual es una palabra maldita, es una palabra invalidante...es una enfermedad que te engaña fácilmente y que te puede llevar a muchas confusiones y</i></p>
--	--	---

		<p><i>errores...” Significación (Blanquita 47 años).</i></p> <p><i>... “lo que pasa es que cuando consumían marihuana, ellos trabajaban y compraban su vicio” para compartir con sus amigos el fin de semana, no era un problema...” (Rosita, 55 años).</i></p> <p><i>... ”su padre consume drogas...no siempre, pero consume con los amigos. Cuando vivíamos juntos el consumía los fines de semana...cuando se fue de la casa, era prácticamente todos los días...” (Blanquita, 47 años)</i></p> <p><i>... ”porque a veces están tan volados, que una puede pensar que está locos, pero se les pasa el efecto y se ponen violentos, porque quieren volver a consumir...” (Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>... ”igual me gustaría que mi papá no tomara y me ayudara con el Pancho, pero no se puede...él es curao’ y así se va a morir...” (Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>... ”mi viejo es el que más se enoja, pero se para y se va a la pieza o se pone a tomar con mi papá...” (Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>... ”cuando consume marihuana se siente mejor,</i></p>
--	--	--

		<p><i>dice que le quitan los temblores y el dolor de cabeza, yo sé que le hace mal, pero no puedo hacer nada...”</i> (Rosita, 55 años)</p> <p><i>...”el Toño pasa mucho tiempo solo, por eso se va con los amigos y consumen esa cuestión...”</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>...”el padrastro está alcoholizado...a veces se puede tomar un vaso de vino y queda tirado donde lo pille...mi suegro también está alcoholizado, si a veces hasta se curan juntos...”</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>...”cada vez pasaba más tiempo volado y con drogas más fuertes...”</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>...”empezó a tratar muy mal al Toño...yo creo que por eso también se metió en la cuestión, tantos problemas que vio desde chiquito...”</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>”toma por culpa nuestra, pa’ olvidarse de los problemas que le da el weon’ loco de mi hijo...”</i> (Gladys, 58 años)</p>
	A.5) Negación de la enfermedad	“solo quisiera que mi hijo no tuvieran esquizofrenia, no me importa si consume marihuana...”

		<p>(Rosita, 55 años)</p> <p><i>...!a mí me gustaría que fuera normal” ...</i> (Rosita, 55 años)</p> <p><i>... ”yo me niego, pienso que en algún momento alguien me va a despertar y solo será un mal sueño...”</i> (Rosita, 55 años)</p> <p><i>... ”hasta el día de hoy, yo no puedo creer que mi hijo tenga esa enfermedad...”</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>... ”mi hijo no asume la enfermedad de Carlos, él le habla como si le entendiera todo y como si no supiera que la enfermedad avanza y que hay cosas que Carlos nunca podrá hacer...” ...”(Juana, 69 años).</i></p>
	<p>A.7 Significación de la enfermedad</p>	<p><i>... ”yo pienso que es una enfermedad que se ponen violentos... tiene dobles razones para ser violentos...el tema de la esquizofrenia y cuando no pueden consumir su pitito...”</i> (Rosita, 55 años)</p> <p><i>... ”patología dual es como una condena a muerte y un tiro de gracia...no va a salir ileso de esto...va a morir si o si, día a día un poquito...yo lo veo cada día más deteriorado con tanto medicamento que tiene que tomar,</i> (Rosita, 55 años)</p>

		<p>... "la patología dual es una mezcla desgraciada de males...por un lado, la enfermedad de la cabeza y por otro la necesidad de saciar la ansiedad que esta enfermedad le provoca..." (Rosita, 55 años)</p> <p>... "fue muy duro, porque nos dijeron que el tenía esquizofrenia paranoide y tenia un consumo problemático de drogas, el doctor dijo que esas dos cosas eran la patología dual..." (Gladys, 58 años)</p> <p>... "nos dijo que se trataba la esquizofrenia, con medicamentos y terapias, y el consumo de drogas teniamos que tratarlo para que pudiera entrar al hospital de dia del hospital..." (Gladys, 58 años)</p> <p>... "el diagnóstico Carlos esquizofrenia paranoide, y que es drogadicto...no, que tiene un problema de consumo de drogas, así se dice ahora..." (Juana, 69 años)</p> <p>... "el médico nos dijo que debía seguir un tratamiento para personas "Duales", yo no sabía qué era eso, primera vez que lo escuchaba, ahí empezó a ir al hospital de día, a tomar muchos medicamentos" (Juana, 69 años).</p>
--	--	--

		<p><i>... "mi marido dice que le cagamos la vida, que él toma por culpa nuestra, pa' olvidarse de los problemas que le da el weon' loco de mi hijo, y si yo le contesto algo, la agarra conmigo y termina pegándome y si están los cabros se meten y queda la grande..." (Gladys, 55 años)</i></p> <p><i>... "para mí lo que menos importa es el consumo de marihuana... porque he sabido de muchos casos de chicos que estudian, son alumnos brillantes y luego grandes profesionales, exitosos a pesar del consumo de marihuana..." (Blanquita, 47 años).</i></p>
--	--	---

OBJETIVO ESPECÍFICO N°2:

Identificar factores protectores presentes en las familias de los sujetos diagnosticados con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco.

CATEGORIAS Asociadas a Objetivo Específico N°2	SUB-CATEGORIAS	RELATO TEXTUAL
A.- Factores protectores presentes en la familia.	A.1) Presencia de un cuidador responsable del tratamiento.	<p><i>... "Hasta hora yo no puedo aceptar...acomodé algunas cosas para poder cuidar a mi hijo..."</i> (Blanquita, 47 años)</p> <p><i>... "yo me tuve que hacer cargo completamente del Pancho y su tratamiento... no me quedó más remedio que aperrar sola, no podía hacer otra cosa, es mi hijo..."</i> (Rosita, 55 años)</p> <p><i>... "yo no puedo hacerme cargo todo el día del Toño... cuando yo estoy me preocupo que coma, que se bañe y que se tome los remedios..."</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>... "nadie puede hacerse cargo bien del Toño, cada uno hace lo que puede pero no le hace bien...el necesita que estemos cerca de él y lo cuidemos para que pueda dejar el vicio y mejorarse de la esquizofrenia, pero no se puede..."</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>... "hubiese preferido que lo dejaran en el hospital, porque</i></p>

		<p><i>en la casa no tenía quien lo viera y yo tengo que trabajar, el problema ahora estaba más grande... ”</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>... ”yo sufro porque no lo puedo cuidar como se debe, tengo que trabajar para que tengan que comer, y no tengo mayores estudios, entonces la única alternativa es trabajar como nana... ”</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>... ”poder acompañar al Nico en su procesos ha sido bueno, porque he podido ver los avances que ha tenido, y han sido muchos! Y siento que él también se ha sentido acompañado y amado por toda su familia... ”</i>(Blanquita 47 años)</p>
	<p>A.2) Motivación para asumir el tratamiento</p>	<p><i>... ”yo solo sabía que debía seguir adelante por mis hijos, que Nicolás necesitaba ayuda y yo se la daría, así que no me permití decaer, ni echarme a morir, al contrario me propuse aperrar con lo que me estaba pasando y sacar lo mejor del Nico... ”</i> (Blanquita 47 años)</p> <p><i>... ”yo conozco cabros que están enfermos de patología dual y se pasan encerrado todo el día, porque la gente los estresa, ellos piensan que todos los miran y le quieren hacer daño, por eso hay que preocuparse que estén compensados... ”</i></p>

		<p>(Rosita, 55 años)</p> <p>... "Yo sé que sus logros serán pequeños, pero mi meta es que pueda ser autosuficiente para que cuando nosotros no estemos él pueda vivir solo..." (Rosita, 55 años).</p>
	<p>A.3) Aceptación de la persona con diagnóstico de patología dual en la familia</p>	<p>... "la familia acepta a Nicolás, yo pensé que sería algo complicado y difícil...pero me llevé una gran sorpresa, cuando todos me apoyaron y lo siguieron haciendo parte de todos los planes familiares" (Blanquita 47 años).</p> <p>... "aceptar que mi hijo se enfermó y que nunca volverá a ser cómo antes...él es otra persona, con esta enfermedad fue muy grande el cambio..." (Gladys, 58 años)</p>

OBJETIVO ESPECÍFICO N°3:

Identificar los aspectos reconocidos como favorecedores u obstaculizadores, en la forma en que el hospital asume la rehabilitación de las personas diagnosticadas con patología dual, que participan en el programa hospital de día del Hospital Barros Luco.

CATEGORIAS Asociadas a Objetivo Específico N°3	SUB-CATEGORIAS	RELATO TEXTUAL
A.-) Favorecedores	A.1) Permanencia de tiempo en el Hospital	<p><i>... "el hospital de día, me ayuda a no tenerlo todo el día "metido en la casa molestando o que se queda encerrado y no quiere comer..."(Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>... "todos los días su hermano lo lleva al hospital de día y lo va a buscar en la tarde, es muy importante que vaya, para que no pase tanto tiempo solo..."(Gladys, 58 años).</i></p>
	A.2) Acompañamiento permanente	<p><i>... "él requiere mucho ser acompañado y estar pendiente de él...a veces llega muy cansado del trabajo y molesto porque se sintió observado y perseguido...(Blanquita 47 años)</i></p> <p><i>... "casi siempre estoy yo, y me puedo dar cuenta antes que se descompense por que empieza a hablar cosas raras y se pone más agresivo..." (Rosita, 55 años).</i></p> <p><i>... "yo me dedico al cuidado de Carlos y de la casa, cosa que he hecho siempre y mi hijo nos traer el dinero para vivir</i></p>

		<p><i>tranquilos...”</i></p> <p><i>...”cuando yo estoy me preocupó que coma, que se bañe y que se tome los remedios, trato de entretenerlo para que no se me vaya a la calle...”(Gladys, 58años).</i></p>
	<p>A.3) Efectividad del tratamiento</p>	<p><i>...”un doctor se nos acercó y nos dijo que el pancho recibiría tratamiento gratuito! Incluyendo los remedios...sentimos un gran alivio y así comenzó a ir al hospital, hacerse sus exámenes y a probar los remedios y cantidades que lo ayudarían a estar mejor y poder volveré a la casa...”(Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>...”y comenzamos el tratamiento...eso permitió que Nicolás no se deteriorara tanto, y que pudiéramos ayudarlo desde que lo diagnostican...”</i> <i>(Blanquita, 47 años)</i></p> <p><i>...”lo bueno es que le dan los remedios y ahí no se puede hacer el choro, se los tiene que tomar no ma’, eso me deja tranquila...”(Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>...”los medicamentos yo los compraba con copago...después de un largo recorrido me los empezaron a dar en el hospital...”</i> <i>(Blanquita,47)</i></p>

<p>B.-) Obstaculizadores</p>	<p>B.1) Demora en el diagnóstico y en la medicamentación adecuada</p>	<p><i>... "los médicos estuvieron un tiempo importante tratando de encontrar las dosis apropiadas de los medicamentos, para estabilizarlo, durante ese tiempo el Nico estuvo mal..." (Blanquita, 47 años)</i></p> <p><i>... "le tuvieron que cambiar varias veces los medicamentos y las cantidades, hasta que llego a lo que está hoy, que hace que se sienta más o menos bien, pero se demoró mucho tiempo..." (Juana, 69 años)</i></p> <p><i>... "el fin de poder enfrentar esta enfermedad, es mantener la mayor parte de los chiquillos compensados...ellos andan bien...si se comienza temprano con el tratamiento, el deterioro es mucho menor, que si se comienza tarde..." (Blanquita, 47 años)</i></p>
	<p>B.2) Exclusión de la familia en el proceso de rehabilitación</p>	<p><i>... "que la familia pueda participar en las cosas que hacen en el programa de rehabilitación, porque la mayoría de estos cabros, son muy distintos en el hospital que cómo son en la casa..." (Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>... "sería bueno que el psiquiatra en vez de preguntarle cómo está y complete la ficha, se dé un tiempo para conversar con él y la familia, porque el Pancho siempre va a decir que está bien para que no le den más remedios..." (Rosita, 55 años)</i></p>

		<p><i>... "no creo que se esté rehabilitando, porque si yo no estoy encima, el igual consume drogas..."</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>... " el diseño del programa de rehabilitación es malo, yo siento que no se mira al cabro como una persona capaz de hacer cosas, no incluyen a la familia. El psiquiatra lo ve cada cierto tiempo, le pregunta como está y le da la receta para los medicamentos. Luego la terapeuta conversa con él y nada más..."</i> (Blanquita, 47 años).</p>
	<p>B.3) Ausencia de capacitación en oficio</p>	<p><i>... "en el hospital de día, estaba todo el día ahí y solo se dedicaban a quebrar baldosas y hacer espejos, muy bonitos, pero con eso no se va aganar la vida...no le ayuda a que pueda sobrevivir por sí mismo..."</i>(Blanquita, 47 años)</p> <p><i>... "yo creo que debe incluir una capacitación en un oficio o actividad que les permita incorporarse a un trabajo estable, con un sueldo que le permita vivir..."</i> (Blanquita, 47 años)</p> <p><i>... "que los cabros puedan estudiar alguna cosa que les guste para ganar dinero...ellos tienen muchos gastos y una familia de gente de trabajo como nosotros no nos alcanza para todo lo que el Pancho</i></p>

		<p><i>necesita... ”</i> <i>(Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>...”Creo que si los seguimos tratando como enfermos que no son capaces de hacer nada por sí mismo, no lograremos nunca una rehabilitación real... ”</i> <i>(Blanquita, 47 años)</i></p> <p><i>...”Incluir la capacitación como un aparte importante dentro del proceso de rehabilitación. Que los hospitales y las instituciones se preocupen en contactar a las empresas que quieren incluir a estos chiquillos y vean cual es la necesidad que ellos tienen y de qué manera en posible incluir esto en una capacitación efectiva que les permita incorporarse al mundo del trabajo, y así a la sociedad... ”(Blanquita, 47 años)</i></p>
	<p>B.4) Desconocimiento de la sintomatología de la enfermedad</p>	<p><i>...”parece que mi hijo está condenado a su enfermedad...a vivir siempre como el loco de la familia...”</i> <i>(Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>...”es una enfermedad de mierda, esta enfermedad los hace que hablen puras cabezas de pesado que ni ellos entienden mucho. Se empiezan a sicosear con que alguien les habla, alguien los mira, alguien les dice que hacer...y a ratos cuando se dan cuenta que no hay nadie, se</i></p>

		<p><i>enferman...esta es una enfermedad del cerebro...”</i> (Juana, 69 años)</p> <p><i>...”se puso como loco, empezó a gritar y a llamar a las voces que escucha, yo pensé que estaba endemoniado! Porque se le desfiguró la cara...”</i>(Juana, 69 años)</p> <p><i>...”los medicamentos no son suficientes, los estabiliza, pero no son del todo normales, igual escuchan voces y se quieren fumar un “pito” con los amigos, eso es así...porque igual son jóvenes y esta enfermedad le quita vida...”</i>(Juana, 69 años).</p> <p><i>...”yo no puedo entender cómo puede sentir que lo están persiguiendo siempre, si no hay nada, o cómo porque alguien lo saluda con una sonrisa si él está descompensado, piensa que se burlan de él y se enfurece...”</i> (Rosita, 55 años)</p> <p><i>...”cuando el Pancho le empieza a contar de las cosas que escucha y sus miedos, el viejo se enoja, le dice que está loco y comienza la pelea...”</i> (Rosita, 55 años)</p> <p><i>...”de pronto habla tantas leseras, que me desespera y terminamos peleando...”</i> (Gladys, 58 años)</p> <p><i>...”cuando empezó, yo casi no</i></p>
--	--	---

		<p><i>me di cuenta, porque pensé que estaba volado, despues empezo a hacer cosas horrible; ahí me di cuenta que algo no andaba bien...”</i> <i>(Gladys, 58 años).</i></p>
	<p>B.5) Insuficiencia de recursos que permitan potenciar el programa de rehabilitación</p>	<p><i>...”hace falta más programas que vean estos temas, el programa en patología dual que hay, es muy chico para toda la gente que atiende, nunca hay camas, los cupos para el programa no alcanza para todos y nunca tienen todos los remedios, siempre una termina comprando al menos dos o tres...”(Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>...”que el gobierno destine más dinero en mejorar a estas personas, así como se gastan la plata en tantas tonteras, acá estarían ayudando a mucha gente a vivir mejor...(Rosita, 55 años)</i></p> <p><i>...”transporte gratuito que se lleve y traiga al Pancho del hospital...así yo podría aportar con dinero en la casa, para comprar comida y pagar las deudas...”(Rosita, 55 años)</i></p>

Anexo II

Medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia

En esta línea de las hipótesis explicativas, se ha formulado también una teoría primaria de la comorbilidad. Ésta sostiene que los sujetos con esquizofrenia sufren una apetencia no específica por las drogas que podría ser paralela a la psicosis, aunque también independiente de ella. De acuerdo con esta interpretación, la inclinación de los sujetos con patología dual a abusar de sustancias psicoactivas es un síntoma adicional de la base neuropatológica subyacente a la esquizofrenia o, en otras palabras, ambas patologías comparten una base neurobiológica común que no es otra que el sistema dopaminérgico mesocorticolímbico (Szerman, 2007).

a) Bases Neurobiológicas

En este sistema, la dopamina desempeña un papel clave en la recompensa cerebral y en la modificación de la actividad física y mental, así como en la fisiopatología de algunos trastornos mentales como los que ahora nos ocupan. Comprender el papel que la dopamina ejerce sobre la recompensa humana nos permite entender las consecuencias asociadas a la disfunción de este sistema, considerado el mecanismo final común para las conductas de refuerzo y recompensa. Algunos autores lo han valorado como el «sistema hedónico» (Koob y Le Moal, 1997). En él se ha intentado diferenciar el proceso de “desear el incentivo más relevante” por un lado, y el de “disfrutar el incentivo o estímulo” (placer, gozo) por otro, y se ha señalado que sus sustratos neurobiológicos pueden alterarse o desajustarse (Szerman, 2007).

Autores tan importantes en estos últimos años para la comprensión de los mecanismos de acción de los antipsicóticos como Kapur han conceptualizado la psicosis como un

trastorno aberrante de la selección de estímulos (*aberrantsalience*), en el cual la alteración dopaminérgica es su mediador pero no su causa (Kapur, 2003)

b) Hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia

La hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia comprende dos ideas distintas:

1. Hipótesis dopaminérgica de la psicosis. Todos los psicoestimulantes, como la cocaína, que aumentan la disponibilidad de la dopamina extracelular, pueden empeorar o desencadenar una psicosis. Kapur afirma que ello no significa que la responsabilidad sea exclusiva de la dopamina, sino que ésta podría ser primaria (Szerman, 2007).

2. Hipótesis dopaminérgica de la acción de los antipsicóticos. Estos fármacos modulan los receptores de dopamina D2, hipótesis ahora bien establecida por los estudios de neuroimagen (Kapur y Remington, 2001). Se sabe que alteran el impulso para obtener comida o el deseo sexual sin modificar el placer asociado, es decir, cambian el desear más que el gustar. La dopamina desempeñaría un papel esencialmente mediador en esta atribución de significación (*salience*) a estímulos internos y externos, a los acontecimientos y pensamientos que atraen la atención, impulsan a la acción e influyen en la conducta orientada a un fin por su asociación con el premio o castigo (López-Ibor, 2004). Los antipsicóticos ejercerían así su acción antipsicótica al suprimir la preeminencia de los estímulos (*motivational salienc*e) originados en experiencias anormales y, de esta manera, proveer de una plataforma para la resolución psicológica de los síntomas (Kapur, 2004). En palabras de Laborit, Delay y Deniker en la década de los cincuenta los antipsicóticos crean un estado de indiferencia hacia el contenido de la psicosis (Szerman, 2007).

c) Hipótesis dopaminérgica de las conductas adictivas

El consumo crónico de sustancias produce un efecto contrario al aumento de dopamina que se da con su consumo agudo, y ésta aparece reducida en las áreas mesolímbicas y la corteza cerebral prefrontal, lo que se ha interpretado como resultado de una serie de respuestas compensatorias homeostáticas encaminadas a devolver la normalidad al sistema neural (Casas, 2004). No obstante, la disminución de dopamina causante de anhedonia y disforia también puede ser previa al consumo, y representar un rasgo constitucional de vulnerabilidad para la adicción (Szerman, 2007).

c) Síntomas negativos en conductas adictivas y esquizofrenia

La disminución de la transmisión dopaminérgica se ha intentado relacionar con la clínica que acompaña a las conductas adictivas. No sólo con la disforia y depresión de la abstinencia, sino también con los síntomas negativos que se manifiestan tras largos períodos de consumo de sustancias psicoactivas. Existen indicios que implican de forma directa al sistema dopaminérgico en la etiopatogenia de los síntomas negativos, específicamente a una hipoactividad en la corteza prefrontal, como confirman estudios de neuroimagen, así como que esta baja actividad metabólica cerebral puede ser revertida con agonistas dopaminérgicos como la dextroanfetamina (Szerman, 2007).

Los síntomas negativos constituyen un componente integral de la esquizofrenia, pero no son específicos de esta enfermedad (Álvarez y Giner, 2004). La afectividad debilitada con su restricción emocional, la abulia y apatía con energía reducida, la falta de atención, la alogia con lenguaje empobrecido y la anhedonia con la dificultad para experimentar placer, junto a una desmotivación general, son síntomas observados en sujetos con esquizofrenia, dependencia de drogas o ambas patologías. También es un hecho que, en ocasiones, es difícil dilucidar si algunos de estos síntomas negativos no son premórbidos

a la conducta adictiva antes que “defectuales”, y consecuencia de largos períodos, en ocasiones toda la vida, de consumo de sustancias psicoactivas (Szerman, 2007).

d) Tratamiento con antipsicóticos de los psicóticos Duales

La dualidad de la clínica y la neurobiología plantea interrogantes acerca de la utilización de psicofármacos que, como los antipsicóticos, actúen fundamentalmente en el sistema dopaminérgico. Aunque es un tema controvertido, existe el convencimiento de que todos los antipsicóticos presentan la misma eficacia para la esquizofrenia. Sin embargo, los metaanálisis, aunque no todos los revisados, han mostrado que los nuevos antipsicóticos son más efectivos que los convencionales (Szerman, 2007).

Estas dudas aumentan enormemente al tratarse de psicóticos duales, ya que entonces los mecanismos diferenciales como la disociación más rápida del receptor dopaminérgico D2 u otros efectos sobre receptores diferentes, tanto dopaminérgicos (D3, D4) como serotoninérgicos, noradrenérgicos, colinérgicos, etc., cobran más relevancia. Por otra parte, pacientes psicóticos que fuman tabaco o cannabis se exponen a la inducción enzimática que producen estas sustancias, con lo que se da una aceleración en la eliminación de los fármacos antipsicóticos y se modifican sus niveles terapéuticos a las dosis habituales (Szerman, 2007).

Desde el punto de vista clínico, se ha descrito que los pacientes esquizofrénicos duales presentan un curso más tórpido de la enfermedad, padecen más síntomas positivos y menos negativos comparados con esquizofrénicos que no consumen sustancias, y responden peor a la medicación antipsicótica, ya sea haloperidol u olanzapina (convencionales o atípicos), en las primeras 12 semanas de tratamiento (Green y Tohen, 2004).

e) *Neurolépticos convencionales*

Los neurolépticos, antipsicóticos convencionales, al bloquear los receptores dopaminérgicos de forma más persistente, generan una hipofunción del sistema de recompensa. Este hecho afecta a las respuestas motivacionales y emocionales de la situación asociada a la recompensa más que a la capacidad de experimentar placer (Heinz, 2002). Todos los antipsicóticos van a actuar sobre un sistema dopaminérgico en el que la desinhibición de la dopamina subcortical y prefrontal puede estar inducida por diferentes situaciones como el estrés, o por dar preeminencia (*saliency*) a estímulos irrelevantes como ocurre en la psicosis, pero también por dar esta preeminencia a estímulos asociados al uso de alcohol y otras drogas (Szerman, 2007).

En la línea del papel clave de la corteza prefrontal en estos trastornos psiquiátricos, se valoró en animales de experimentación la administración de diferentes antipsicóticos. Se encontró que mientras los convencionales como el haloperidol fracasaron en aumentar la dopamina en el cíngulo anterior de la corteza prefrontal, los atípicos aumentaron las concentraciones extracelulares de dopamina, de noradrenalina y de acetilcolina (Lacroix, 2003).

En la pasada década surgieron los primeros trabajos sobre sujetos dependientes. Destaca un ensayo controlado con haloperidol frente a placebo en 16 pacientes alcohólicos en el que se observó una disminución del deseo de consumir (*craving*) en los tratados con haloperidol (Modell et al., 1993). Tiapride, otro antagonista D2, demostró en otro ensayo controlado con placebo con 54 pacientes alcohólicos, menores niveles de consumo de bebida de forma significativa (Shaw et al., 1994). También se ha señalado la baja incidencia de efectos extrapiramidales con tiapride en pacientes alcohólicos (Szerman, 2007).

En la línea de la experimentación, se comprobó que en animales previamente adictos a cocaína, la administración de neurolépticos convencionales incrementó la autoadministración de la droga, probablemente por una atenuación del refuerzo de estas sustancias (Goeders, 1997). En estudios realizados con sujetos psicóticos también tiende a confirmarse esta peor evolución de los esquizofrénicos respecto al consumo de sustancias como el tabaco al utilizar haloperidol (McEvoy, 1995). En otro ensayo piloto se comprobó que al discontinuar la medicación neuroléptica (antipsicóticos convencionales) en esquizofrénicos duales, éstos presentaban resultados significativamente disminuidos en cuanto al deseo de consumir cocaína, y que al presentar síntomas psicóticos nuevamente y añadirseles un antipsicótico atípico como la quetiapina, no aumentó el deseo por las drogas, a diferencia de aquellos que siguieron el tratamiento con los convencionales (Brown, 2003). Otros estudios han reafirmado esta idea de que los antipsicóticos atípicos se asocian con menor uso de sustancias comparados con los convencionales (Szerman, 2007).

f) Antipsicóticos atípicos

Clozapina

A mediados de los años noventa comenzaron a surgir informes de disminución del uso de sustancias al utilizar antipsicóticos atípicos o de nueva generación. Los principales datos provenían de la utilización de la clozapina, un antipsicótico con acción sobre receptores de dopamina D1, D2, y D4, y sobre los sistemas serotoninérgico, adrenérgico, colinérgico e histaminérgico.

En un estudio abierto con 151 pacientes duales con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, presentaron tasas de remisión del consumo de sustancias un 67-79 % de los tratados con clozapina, frente a un 34 % de los tratados con antipsicóticos convencionales (Drake, 2000). Se ha planteado que el mecanismo de acción sobre

receptores de serotonina 5HT₃, el mismo sobre el que actúa el ondansetron, al cual se han atribuido propiedades *anticraving*, podría ser el responsable de esta acción beneficiosa (Potvin y Stip, 2003).

Existen evidencias de que la clozapina puede también reducir el consumo de cocaína y cannabis (Zimmet, 2000). Éstas y otros estudios con este fármaco llevaron a un consenso entre los expertos de que se trataba del fármaco de elección en estos pacientes. Sin embargo, las restricciones, controles periódicos y precauciones que se deben observar con esta molécula, han puesto en evidencia que no puede ser una primera opción para los pacientes duales. Esto ha generado un renovado interés por los nuevos antipsicóticos que han ido apareciendo en los últimos años, lo que ha dado lugar a nuevos ensayos con casi todos ellos en pacientes duales. En general hay pocos estudios controlados y prospectivos, y los existentes cuentan con pequeñas muestras de pacientes (Rubio y Casas, 2001).

Olanzapina

Este fármaco, en cierto modo un análogo de la clozapina aunque con notables diferencias, mostró en estudios experimentales ser capaz de atenuar la preferencia de plaza condicionada a cocaína y disminuir de manera dosis dependiente la autoadministración de esta droga en ratas (Meil y Schechter, 1997).

En humanos ha sido objeto incluso de ensayos en sujetos con dependencia del alcohol sin esquizofrenia. Aunque algunos estudios abiertos mostraron cierta eficacia, un estudio controlado frente a placebo no confirmó estas primeras impresiones, y los resultados no demostraron eficacia en recaídas u otras variables relacionadas con la dependencia del alcohol (Guardia, 2004).

Después de varios estudios abiertos en psicóticos duales en los que se utilizó olanzapina con buenos resultados, se han comenzado a publicar ensayos controlados con resultados

contradictorios. En uno de ellos se trata con haloperidol u olanzapina de forma aleatorizada a 24 pacientes esquizofrénicos con abuso de cocaína, sin encontrar ventajas significativas de alguno de los dos fármacos, salvo en el menor *craving* de cocaína en los tratados con haloperidol, lo que no confirmaba las hipótesis previas (Sayers, 2005). En otro ensayo controlado de 6 semanas de duración con 31 pacientes similares y comparando los mismos fármacos, el resultado fue que el grupo con olanzapina mostró respecto al haloperidol mejor puntuación en el *craving* y menos resultados positivos de tóxicos en orina, tal y como esperaban los autores de este pequeño pero riguroso estudio (Smelson, 2006).

Amisulpride

Quizás por su origen francés, no se dispone de estudios con este antipsicótico atípico de acción selectiva sobre receptores dopaminérgicos D2 y D3, aunque se han presentado casos aislados en psicóticos duales (Szerman y Peris, 2004). Su mecanismo de acción relevante sobre receptores de dopamina D3 puede plantear dudas teóricas sobre su papel positivo en esta patología dual (Szerman, 2007).

Quetiapina

Existen algunos trabajos que señalan beneficios en la utilización de este fármaco en sujetos con dependencia de sustancias. En otros estudios (Brown, 2003) se encuentra mejoría en el *craving* a psicoestimulantes en pacientes psicóticos adictos a estas sustancias al discontinuar un neuroléptico convencional y administrar quetiapina (Szerman, 2007).

Ziprasidona

En modelos animales de adicción a la cocaína, la ziprasidona atenúa los efectos letales de la cocaína (Cleveland, 2005).

Aripiprazol

Este agonista parcial de los receptores de dopamina D2 y serotonina 5HT1A, al tiempo que antagonista 5HT2A, ha sido objeto de especulaciones teóricas sobre su utilidad en alcohólicos (Kenna, 2003).

En un estudio abierto con 7 pacientes con dependencia de anfetaminas los resultados fueron modestos (Lile, 2005). En otro estudio piloto con 10 pacientes esquizofrénicos con dependencia de cocaína, el resultado de la mejoría en síntomas psicóticos se relacionó con la disminución del *craving* para cocaína y alcohol (Beresford, 2005). En un ensayo con 21 pacientes psicóticos duales en los que se sustituyó su antipsicótico previo por aripiprazol, se observó en 17 alcohólicos un descenso en el dinero gastado en alcohol y en el *craving*, mientras que en 9 adictos a la cocaína se redujo el *craving* pero no el consumo (Brown, 2005).

Risperidona

Este antipsicótico atípico ha sido también objeto de numerosos estudios en ambas patologías. En un estudio abierto y prospectivo en el que fue utilizado en el tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos y abuso de opiáceos, se observó que un 50 % de los sujetos redujeron su consumo de éstos (Casas et al., 2001). Como tratamiento de la conducta adictiva a cocaína sin psicosis los resultados han sido contradictorios, ya que mientras en algún estudio disminuyó el deseo de consumir cocaína en pacientes abstinentes (Roy et al., 1998), en otros dos ensayos controlados no se confirmó esta reducción (Grabowski et al., 2000; Smelson et al., 2004). Por otro lado, recientes estudios abiertos señalan que la risperidona disminuye las recaídas en el abuso de sustancias en mayor proporción que los fármacos convencionales en pacientes con esquizofrenia y abuso de sustancias (Rubio, 2006; Smelson, 2002).

Risperidona inyectable de liberación prolongada

Este fármaco es el primer antipsicótico atípico en presentación inyectable de larga duración. Debido a su perfil farmacológico y fármaco dinámico, parece posible que pueda ser eficaz en el tratamiento de pacientes que presenten trastornos por consumo de sustancias y patología psicótica con clínica conductual grave y dificultad en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y del seguimiento clínico. No obstante, como afirma la *Guía práctica de la Asociación Americana de Psiquiatría sobre trastornos por uso de sustancias* en su reciente segunda edición (Work group on substance use disorders, 2006), no disponemos de estudios de comparación directa entre los neurolepticos de liberación prolongada de primera generación y los nuevos agentes de segunda generación. Se ha demostrado que la risperidona inyectable de liberación prolongada mejora los síntomas de la esquizofrenia en pacientes estables tratados previamente con antipsicóticos típicos o atípicos (Möller, 2005). Sin embargo, cada vez se están realizando más trabajos con risperidona inyectable de liberación prolongada en pacientes con patología dual. Es de reseñar un estudio reciente hecho en España con 115 pacientes esquizofrénicos duales en el que se comparó risperidona inyectable de larga duración (42,5 mg de Risperdal Consta® bisemanal + 3,4 mg/día de risperidona oral) frente a zuclopentixol *depot* (200 mg de zuclopentixol *depot* cada 21 días + 15-38 mg/día de zuclopentixol oral) durante 6 meses (Szerman, 2007).

Los resultados fueron significativamente mejores para la risperidona de larga duración en cuanto al abuso de sustancias y los síntomas de la esquizofrenia, con mejor aceptación por parte de los pacientes duales como factor determinante (Rubio, 2006). En otro trabajo sobre risperidona inyectable de liberación prolongada realizado con 34 pacientes con patología dual grave, principalmente con psicosis, se observó una disminución tanto en el *craving* como en la frecuencia de consumo de diversas sustancias, como alcohol y principalmente cocaína, así como una mejoría en diferentes escalas clínicas como la CGI (*Clinical Global Impression*) y la BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*), y de

discapacidad como la EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global) (Szerman, 2007)

g) Efectos farmacocinéticos de algunas drogas sobre los antipsicóticos

No debemos olvidar que los pacientes psicóticos duales tienen una alta prevalencia conjunta de tabaquismo y de consumo de cafeína, habitualmente en cantidades muy elevadas. Esto puede afectar al metabolismo de los fármacos antipsicóticos, lo que se debe tener en cuenta en un posible ajuste de sus dosis. De la misma forma, el uso concomitante de metadona puede hacer necesario el ajuste de dosis con fármacos que, como la quetiapina, comparten sistemas enzimáticos en su metabolismo (Szerman, 2007).

En resumen, la investigación sobre el tratamiento psicofarmacológico óptimo para los pacientes esquizofrénicos que abusan o dependen de sustancias psicoactivas como el alcohol y otras drogas está todavía en sus inicios. La investigación reciente de las neurociencias destaca la disfunción compartida por la esquizofrenia y las adicciones del sistema de recompensa cerebral localizado en el cerebro medio y en conexión con la corteza prefrontal. El tratamiento integrado de estos pacientes esquizofrénicos duales con antipsicóticos puede o no mejorar el consumo de sustancias, pero con un tratamiento inadecuado es menos probable que los resultados sobre la conducta adictiva y los síntomas esquizofrénicos sean exitosos (Szerman, 2007).

La mayoría de los estudios destacan que estos pacientes, en relación a los psicóticos no duales, presentan porcentajes altos de mal cumplimiento terapéutico o baja adherencia al tratamiento psicofarmacológico, presentan mayor impulsividad y búsqueda de sensaciones y toleran peor los neurolepticos o antipsicóticos convencionales como el haloperidol, que pueden inducir disforia y agravar el *craving* y el consumo de drogas. Dado el perfil de estos pacientes, los antipsicóticos atípicos, y dentro de este grupo

quizás en especial los inyectables de larga duración, podrían constituir una alternativa terapéutica a tener en cuenta, ya que combinan el cumplimiento asegurado de los inyectables con la eficacia sobre un mayor espectro de síntomas y la mejor tolerabilidad propias de los antipsicóticos atípicos. Pueden presentarse problemas farmacocinéticos de inducción enzimática de los antipsicóticos que requieran ajustes de dosis, ya que de otra manera podrían resultar “menos eficaces” (Szerman, 2007).

Limitada evidencia sugiere que la clozapina podría ser el fármaco más asociado a la reducción del consumo de sustancias. Sin embargo, las restricciones en su utilización obligan a considerar el resto de los antipsicóticos atípicos por varias razones:

1. Actúan de forma preferente sobre el sistema de recompensa y provocan pocos efectos extrapiramidales.
2. Se disocian rápidamente del receptor dopaminérgico D2.
3. Parecen ser más efectivos sobre los síntomas negativos.
4. Por su acción diversificada sobre receptores serotoninérgicos, noradrenérgicos y otros, pueden mejorar el humor y la ansiedad.
5. Tienen un impacto positivo sobre la cognición (Szerman, 2007).