

Rehabilitación psicosocial e intervención familiar en personas con trastorno dual

Psychosocial rehabilitation and family intervention for people with dual disorders

Jaime A. Fernández y Ernesto Baena

Psicólogos Clínicos del Equipo Coordinador de Centros de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria (España). Servicio Canario de la Salud.

Recibido: 14/07/2021 · Aceptado: 07/09/2021

Cómo citar este artículo/citation: Fernández, J. A. y Baena, E. (2021). Rehabilitación psicosocial e intervención familiar en personas con trastorno dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 46(3), 82-100. <https://doi.org/10.54108/red.2021.46.03.007>

Resumen

En el trastorno dual confluyen dos trastornos graves y crónicos que aún hoy son un desafío a las redes de atención sanitaria y social. En ese contexto las familias desempeñan un papel importante en el mantenimiento de estas personas en la comunidad. El trastorno dual se asocia con una serie de efectos negativos sobre el entorno familiar, con mayor carga de cuidados y conflictos. Para este artículo, se han revisado cuatro modelos de intervención familiar en el trastorno dual.

Conclusiones. La intervención familiar ha demostrado ser un importante elemento del tratamiento del trastorno dual. Los cuatro programas de intervención presentados coinciden en unos componentes comunes: intervención uni/multi familiar; bases teóricas de los modelos de probada eficacia, psicoeducación, entrenamiento en comunicación, resolución de problemas y la entrevista motivacional transversal a todo el programa. Aun así persisten áreas que no mejoran y los resultados no son concluyentes, por lo que es necesario seguir buscando fórmulas que apunten hacia recursos terapéuticos más flexibles según las necesidades y circunstancias de cada una de estas personas.

Palabras clave

trastorno dual; trastorno mental grave; abuso de drogas; intervención familiar; multifamiliar; psicoeducación; entrevista motivacional.

— Correspondencia a: _____
Jaime A. Fernández
Email: jafer@correo.cop.es



Abstract

In dual disorder, two serious and chronic disorders converge that are still a challenge to health and social care networks. In this context, families play an important role in keeping these people included in the community. Dual disorder is associated with a series of negative effects on the family environment, with a greater burden of care and conflict. For this article, four models of family intervention in dual disorder have been reviewed.

Conclusions. Family intervention has proven to be an important element of dual disorder treatment. The four intervention programs presented coincide in share some common components: single / multi-family intervention, theoretical bases of the models of with proven efficacy, psychoeducation, communication training, problem solving, and the motivational interview across the entire program. Even so, some areas still persist without improvements and areas that do not improve persist and the results are not conclusive, so it is necessary to continue looking for formulas that point towards more flexible therapeutic resources according to the needs and circumstances of each of these people.

Key Words

Dual disorder; severe mental disorder; drug abuse; family intervention; multi-family; psychoeducation; motivational interview.

I. TRASTORNO DUAL. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

A principios de los años noventa R. Stowell (1991) utilizó el concepto de “dual diagnosis” para definir la “coexistencia de un trastorno mental, como la esquizofrenia o las psicosis, y un trastorno por uso de sustancias”. Desde entonces, la conjunción de un trastorno mental (TM) con otro por uso de drogas (TUS) en una misma persona, ha recibido diferentes denominaciones: trastorno dual, diagnóstico dual, comorbilidad, doble diagnóstico, patología dual, trastornos concurrentes, etc. Algunos de estos términos han sido utilizados con diferentes combinaciones de trastornos: TM y TUS, trastorno mental grave (TMG) y TUS, T. bipolar y TUS, adicciones sin sustancia en personas con un trastorno mental,

discapacidad intelectual y trastorno mental (Novell et al., 2015), etc.

En el marco de este artículo el término de trastorno dual (TD) hace referencia a la presencia en una misma persona de un TMG y TUS (no incluye las adicciones sin consumo de sustancias: juego patológico, uso exagerado de tecnologías de la información, sexo compulsivo, etc.)

El TD es un fenómeno complejo, que aúna dos trastornos graves y crónicos. Su tratamiento es un desafío para las redes sanitarias y sociales, así como para las familias que desempeñan un papel importante en el mantenimiento de estas personas en la comunidad.

El TUS según el Plan Nacional de Drogas (PND 2009-2016) es un fenómeno condicionado por factores sociales, económicos, con dimensiones locales, nacionales e internacio-



nales. En el desarrollo de la adicción influyen características biológicas, la función psicológica instrumental, estilos de vida, evolución de los valores culturales, etc. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) la dependencia a sustancias es multifactorial, por lo que está determinada por factores psicosociales, culturales y ambientales además de biológicos y genéticos. Todos estos postulados también afectan a las personas con un TMG.

En palabras de Drake et al., (2008):

“... hay un énfasis actual en la psiquiatría neurobiológica, evidente en enfoques clínicos, artículos de revistas e institutos de investigación. Sin embargo, el abuso y la dependencia de sustancias, particularmente entre los pacientes con diagnóstico dual, están fuertemente influenciados por factores socioambientales (Drake et al., 2002). Ha sido evidente durante años que muchas de estas personas pueden abstenerse en algunos entornos, pero no en otros (Bartels y Drake, 1996). Por lo tanto, la investigación debe prestar atención al contexto social y ambiental, nuevamente el punto sociológico.”

2. EPIDEMIOLOGÍA

Sobre el TD hay una escasísima producción científica en los últimos años en España. Tenemos que acudir a los estudios epide-

miológicos internacionales como referencia, dónde se constata que la presencia del TD es lo esperable y no una excepción. Ver Tabla I. (Fernández, 2010).

En España los estudios epidemiológicos entre la población general no han investigado la comorbilidad de TUS en personas con trastornos mentales. Hay estudios descriptivos y retrospectivos en personas con TMG atendidas en Centros de Rehabilitación Psicosocial (Fernández y Marquina, 1995; Fernández et al., 2003) dónde han encontrado prevalencias de consumo en torno al 25-30%. En otro estudio, en personas que consultan en un dispositivo de Salud Mental, el 25% padece TD y esta proporción aumenta al 63% en los que consultan en un dispositivo de drogodependencias (Arias et al., 2013).

3. REPERCUSIONES DEL TRASTORNO DUAL

Se ha demostrado en diferentes estudios que la comorbilidad está asociada a un aumento de la gravedad, de la duración del trastorno, de la discapacidad y del consumo de servicios sanitarios (Compton et al., 2008). El perfil de las personas con comorbilidad abuso de sustancias-esquizofrenia es similar a la población general: más frecuente en jóvenes varones (Mueser et al., 1990), el alcohol es la sustancia más consumida (Smith

Tabla I. Prevalencia de uso de drogas y TUS en personas con esquizofrenia

		Pepper 1984	Caton 1989	Drake 1989	Ananth 1989	Test 1989	ECA 1990 USA	CRPS 1993 Madrid	Duke 2001 Londres	Barnes 2006 Londres	CATIE 2006 USA
Nº de sujetos				187				62	352		1600
Historia de TUS							47%			68%	
Consumo actual	USO	48%	51%		75%	60%		53%		35%	60%
	ABUSO			33%			28%	30%	21.5%		37%



y Hucker, 1994), suele estar en concurrencia con otras sustancias, y el cannabis es la sustancia ilegal más consumida. En personas con TMG, el primer episodio psicótico ocurre antes que en los no consumidores, siendo más frecuente en niveles socioeconómicos bajos. El consumo es menor cuando predominan los síntomas negativos. La evolución del TMG puede ser más favorable si abandonan el consumo de drogas, junto con la recepción de tratamiento farmacológico y apoyo psicosocial. El uso de drogas puede llegar a ser el mejor predictor de la evolución de la esquizofrenia, mejor incluso que la medicación neuroléptica (Swofford et al., 1996).

4. EL TRATAMIENTO Y SU DIVERSIDAD TERRITORIAL

Según el estudio de Ortega-Fons (2021) el Tratamiento Integrado de Trastornos Duales (IDDT) (Xie et al., 2005) es el más efectivo para tratar la esquizofrenia con TUS y mejorar la calidad de vida. También se encontró que los tratamientos con mejores resultados son los de tipo ambulatorio, modelo integrado, equipo multidisciplinar y con objetivos de integración psicosocial. Tanto el TUS como el TMG son trastornos cuya atención requiere estrategias de caso compartido, abordajes interdisciplinarios e intersectoriales entre los servicios de atención a las adicciones, salud mental, sociales y sociosanitarios. Se requiere, por tanto, la cooperación entre subsistemas, intervenciones coordinadas y complementarias con circuitos asistenciales que garanticen continuidad y eficacia (PISMA, 2016). La estrategia más eficaz se dirige al desarrollo de un abanico de recursos (psicoterapia, tratamientos asertivos, programas de cobertura social como alojamiento, acceso al empleo, etc.), que cubra la globalidad de las necesi-

dades de las personas con TD y sus familias (Drake et al., 2008; Shilony et al., 1993). En el PND (Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016) dentro de las actuaciones para la “reducción de la demanda” se incluyen tres componentes esenciales en el TD:

1. Prevención.
2. Disminución de riesgos / daños (dos conceptos próximos, pero no idénticos).
3. Asistencia e inserción social.

El problema, según el PND, no es abandonar el consumo, sino las circunstancias asociadas: policonsumos, trastorno mental, precariedad económica, desarraigo social, laboral y/o familiar, y en general ruptura o inexistencia de vínculos sociales integradores.

La mayoría de los estudios sobre TD apoyan la eficacia de los “modelos integrados” y la integración de los servicios (Mueser et al., 2013), pero aún no se ha encontrado una evidencia de calidad desde la perspectiva Cochrane (Hunt et al., 2019). En este estudio no se encontró un respaldo para un tratamiento psicosocial sobre la atención estándar en resultados como permanecer en tratamiento, reducción del uso de sustancias o mejorar el estado mental o global en personas con TMG y TUS. La evidencia disponible sobre la eficacia de estos modelos integrados necesita mayor evaluación, pero sigue siendo el abordaje con más apoyo en este campo (Kavanagh y Mueser, 2007). En nuestro país claramente necesitamos experiencias que implementen y evalúen modelos integrados que incluyan tratamiento psicoterapéutico, psicofarmacológico, psicosocial dirigidos a las necesidades de la persona y a sus circunstancias, en ocasiones mantenedoras, precipitantes o favorecedores de recaídas, del abandono del tratamiento, etc.



Existe una única persona con TD y varias redes de tratamiento, cuya entrada es aleatoria y condicionada a la presencia transversal de sus síntomas. Actualmente, en España hay una red de tratamiento muy diferenciada para las adicciones (Andalucía, La Rioja, Madrid, Galicia, Canarias, etc.) con una coordinación irregular con los dispositivos de salud mental, que conlleva dificultades en la delimitación de responsabilidades, intervenciones desacompañadas, etc. Del total de las 17 Comunidades Autónomas e INGESA (que agrupa a las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla), 3 tienen las dos redes totalmente integradas, 5 están integradas funcionalmente (la atención a adicciones está en dispositivos que pertenecen a la red de salud mental) y 10 están separadas. En otras palabras, casi la mitad de las comunidades autónomas (8) tienen una integración funcional de ambas redes asistenciales: Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla-León, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco. En general, dentro de la atención a la Salud Mental no hay estrategias específicas ni planes de acción para el tratamiento de las personas con TD, salvo las comunidades donde están integradas funcionalmente. En otras comunidades se han desarrollado de forma puntual acciones específicas, principalmente en las redes de drogas (Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid). La Estrategia en Salud Mental del SNS considera al TD en una de las 14 áreas prioritarias e incluye cuatro objetivos específicos (dentro del objetivo general 5): Adecuar los servicios con programas específicos para el TD; implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes en TD; realizar un plan terapéutico individualizado (PTI) en base a la tipología clínica; iniciar la integración o coordinación entre todas las redes que tratan al TD.

5. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL TRASTORNO DUAL

En un modelo de atención comunitaria, la atención a las familias supone, además de una cuestión estratégica, un deber ético. Un programa de intervención familiar en personas con TD debe considerarse como un componente más en la estrategia global del tratamiento, junto con la rehabilitación psicosocial en una perspectiva de recuperación. Como hemos visto más arriba, el tratamiento integrado del TD ha respaldado su efectividad, (Drake et al., 2008) aunque los datos no son definitivos (Hunt, 2019). Se ha prestado menos atención a las intervenciones familiares (Barrowclough et al., 2001) a pesar de su relevancia en el tratamiento del TD. Aumentar las habilidades familiares para afrontar el estrés puede permitir que las familias continúen brindando apoyos fundamentales que contribuyan a mejorar los resultados.

Se presenta a continuación, una breve descripción del panorama actual de la intervención familiar (IF), recomendaciones y estudios de resultados.

IF en la esquizofrenia

La eficacia de la IF para personas con esquizofrenia ha quedado bien demostrada por muchos estudios (Camacho-Gomez y Castellvi, 2020; Inglot et al., 2004; Pilling et al., 2002). Se ha demostrado su eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, en mejorar el clima familiar y el funcionamiento social. Actualmente la IF se recomienda en guías de tratamiento de la esquizofrenia y protocolos de consenso de expertos. Lehman y Steinwachs (1998) en el estudio PORT (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team) recomiendan la intervención



familiar durante un periodo de al menos 9 meses, incluyendo una combinación de psicoeducación sobre la enfermedad, apoyo, entrenamiento en resolución de problemas e intervención en crisis. Las intervenciones familiares han demostrado ser también eficaces cuando son utilizadas por clínicos en los servicios comunitarios.

IF en toxicomanías

En el campo del TUS, la intervención familiar en sus inicios se vio impulsada por los resultados obtenidos en el campo de la salud mental y la EE (Brown, et al., 1972). En los dispositivos de atención a las personas con TUS se extendió el concepto de “escuelas de padres” (último tercio siglo XX) para atender el perfil de heroinómanos. Con la entrada de adictos a otras sustancias (cocaína, etc.) estas prácticas fueron disminuyendo. Por otro lado, la terapia familiar sistémica tuvo un gran impulso gracias a los estudios de Selvini, Cancrini, Haley, etc. (Becoña y Cortés, 2008). Es un modelo que generó buenas expectativas en su momento, pero actualmente se han encontrado con limitaciones dentro del campo de las toxicomanías (Selvini, 2002) y es difícil de extrapolar a la multi complejidad del TD.

6. MODELOS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR MULTIFAMILIAR EN EL TD

Como se ha señalado, muy pocos estudios se refieren a la IF en personas con trastorno dual a pesar de que hay un significativo porcentaje de personas con esquizofrenia que consumen drogas (20-60 %) (Barrowclough, 2009) y que muchas personas con TD viven o tienen contacto regular con

miembros de la familia, quienes invierten tiempo y dinero para proporcionar apoyo y cuidado (Mueser et al., 2013). La participación de la familia en la vida de las personas con TD se asocia con un mejor resultado. Sin embargo, en comparación con los TMG por sí solas, los TD se asocian con una serie de efectos negativos en la familia, incluida una mayor carga de cuidados y conflictos familiares (Mueser et al., 2013). Un TD suele conllevar la pérdida del apoyo familiar con las consiguientes consecuencias negativas sociales y clínicas.

Si los propios servicios médicos y de salud mental a menudo no saben cuál es la mejor manera de tratar a las personas con TD, considerados difíciles, refractarios ¿Cómo podemos esperar que los familiares resuelvan adecuadamente estos problemas? Es muy probable que sus circunstancias estresantes, no solo perjudique al cuidador a corto, medio y largo plazo, sino que también tenga impacto sobre el curso del propio TD. Muchos estudios han demostrado que la alta emoción expresada (EE) va asociada con un riesgo mayor de recaída. Es muy posible que los problemas del uso de drogas y de la esquizofrenia retroalimentan más fácilmente la EE alta y el riesgo de recaídas será aún mucho mayor en el caso de personas con TD que convivan con sus familiares o cuidadores. La escasa investigación sobre IF y TD ha sido revisada por Barrowclough (2009) encontrando pocos estudios, con muestras pequeñas, que corroboran de forma unívoca la intensidad del estrés familiar con personas con TD. La sobrecarga de los cuidadores se amplía cuando se trata de dos trastornos graves, crónicos y complejos. Dada la significativa prevalencia del TD (20%-60%), esto quiere decir que un gran número de familias está enfrentándose a niveles de tensión y estrés muy intensos.



Para este artículo hemos revisado cuatro modelos de intervención familiar en el TD. Tres de ellos han sido diseñados para familias de personas con esquizofrenia, y posteriormente se han adaptado al campo del TD. El cuarto modelo fue pensado desde el principio para familias de personas con TD. Se exponen de menor a mayor especificidad de la adaptación al TD.

6.1. Programa de apoyo y colaboración familiar (PACF)

Este programa se ha descrito en la obra titulada: *Guía de Intervención Familiar en la Esquizofrenia* (Touriño et al., 2004, 2007). La obra se ha actualizado recientemente (Baena et al., 2021. en prensa). Se trata de un programa manualizado adaptado a la práctica clínica y desarrollado en el área de salud de Gran Canaria (España). Se ha impartido formación sobre el mismo y ha sido utilizado en otras áreas del territorio español (Madrid, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Murcia, etc.). El PACF fue diseñado tras la revisión realizada de los principales modelos de intervención familiar: las intervenciones sociofamiliares de Leff (2000), el modelo psicoeducativo de Anderson et al. (1998), la terapia familiar conductual de Fallon et al. (1993), las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier (Birchwood y Tarrier, 1995), y los grupos multifamiliares de McFarlane et al. (2002). La población diana son familiares de personas con esquizofrenia, adaptable a otros TMG. Es importante que haya un trabajo individual previo con la familia, una cierta aceptación de la enfermedad, una mínima elaboración del duelo, etc. El programa comprende 2 etapas: conexión/evaluación y etapa de intervención, que conjuga el grupo multifamiliar, como eje vertebral, con las intervenciones

unifamiliares. A continuación, se describen estas etapas.

Conexión-Evaluación. El objetivo es favorecer un clima de confianza. En las entrevistas suele participar el familiar afectado. Comprende tres tareas: alianza terapéutica, evaluación y planteamiento de objetivos sobre el grupo multifamiliar.

Intervención. Se realiza en grupo multifamiliar en combinación con la unifamiliar, tiene tres módulos:

- MÓDULO 1: “Compartiendo Información”. Es un módulo de corte psicoeducativo, pero su título no es gratuito. Se trata verdaderamente de compartir información; los profesionales lo que conocen y los familiares lo que saben y viven diariamente. Se desarrolla a lo largo de seis sesiones semanales de dos horas.
- MÓDULO 2: “Mejorando la Comunicación y el Autocuidado Familiar. Los objetivos son mejorar la comunicación intrafamiliar y reorganizar las dinámicas para, “cuidar al cuidador”. Se desarrolla en 4-6 sesiones mensuales de dos horas. El contenido de cada sesión se refuerza con ejercicios prácticos y tareas para casa.
- MÓDULO 3: “Apoyando la Recuperación. Mejorando el Afrontamiento de Problemas”. Se trabaja con la técnica de resolución de problemas para proveer de estrategias y herramientas en la convivencia cotidiana. Duración en torno a 6-8 sesiones mensuales.

Abordaje del TD desde el modelo PACF

Las familias de personas con TD, si cumplen los requisitos, son invitadas a entrar en el programa PACF, se integran como un



miembro más de estos grupos multifamiliares. Desde aquí, los terapeutas disponen de una nueva herramienta para responder a las dificultades propias del TD, considerado un factor de refractariedad. El TD se aborda desde los 3 módulos, en la parte psicoeducativa, a iniciativa de los profesionales, se introduce el tema del consumo de drogas y su influencia en el curso de la enfermedad (siempre y cuando haya familias afectadas por TD). Se aborda la influencia del consumo de drogas en las personas con esquizofrenia.

Se invita a las familias a que expresen sus opiniones o comentarios sobre el tema. Se informa que las drogas pueden influir en personas especialmente vulnerables, empeoran la evolución de la enfermedad y aumentan las posibilidades de recaídas. En los dos módulos siguientes, se espera que sean las propias familias quienes propongan el problema del consumo de drogas en su seno familiar. A partir de ahí se pueden presentar ejercicios prácticos sobre los problemas de comunicación y, ya en el tercer módulo, en la resolución de los problemas prácticos de cada familia (discusiones, límites comportamentales, compromiso con el tratamiento, etc.).

El grupo multifamiliar aporta una "toma de tierra" para las familias de pacientes con TD y pueden encontrar, por parte de otras familias, alternativas para resolver algunos de los problemas de la vida diaria. Muchas de esas propuestas van a requerir un formato unifamiliar para su implementación, incluyendo a la persona con TD en dicha intervención unifamiliar. En el formato unifamiliar se negocian y concretan los principales cambios, pero además el terapeuta dispone del grupo multifamiliar dónde se pueden desatascar algunas resistencias tanto del usuario como de la familia. Determinadas cuestiones que no funcionan en el formato unifamiliar se

pueden ver de otro modo en el grupo multifamiliar, por ejemplo: que la familia dé dinero para la compra de droga, o que alguien compre drogas para evitar discusiones en la casa, o para protegerlo de la calle, etc.

6.2. Modelo del Hospital Stavanger (noruega)

"Si no se atienden las necesidades y el sufrimiento de la familia, no solo se desatiende a la familia sino también al enfermo, pues la familia es a menudo la principal estructura que sustenta a una persona con psicosis" (Bloch Thorsen et al., 2009, p.47).

El modelo de trabajo familiar y multifamiliar en las psicosis del Hospital Universitario de Stavanger en Noruega (Thorsen et al., 2009), busca constituir una organización de apoyo centrada en la familia. Los clínicos construyen una alianza con los familiares de modo que las familias formen parte del equipo terapéutico, en la misma línea de las experiencias de Falloon, Leff, Anderson y McFarlane. Este modelo se ha aplicado a poblaciones específicas como: "psicóticos jóvenes", trabajo familiar en la psicosis precoz, consumo de drogas, incluyendo el TD de psicosis y abuso de drogas, etc. El encuadre teórico es cognitivo-conductual aplicando las técnicas más utilizadas en la IF de la psicosis: encuadre unifamiliar y multifamiliar, psicoeducación en grupo e individual, técnicas de resolución de problemas, gestión de la motivación y de los procesos de cambio, etc. El método de forma resumida consiste en:

- Reuniones unifamiliares con la familia y la persona afectada de TD para:
- Analizar las crisis sufridas por la familia.
- Trazado del árbol genealógico y de la red social.



- Detección de señales precoces de aviso.
- Contacto entre el responsable del grupo y la persona con TD.
- Seminario psicoeducativo multifamiliar de un día, sin pacientes. Este seminario se repite al año incluyendo a los pacientes haciendo más hincapié en los procesos de rehabilitación.
- Grupo Multifamiliar con reuniones quincenales (90 minutos) durante 2 años.

Cada grupo consta de 4-6 familias. El programa tiene tres componentes principales: resolución de problemas, mejora de la comunicación y psicoeducación. En el tratamiento de personas que identifican un problema de abuso de drogas se utiliza la exposición del problema en el grupo multifamiliar para mitigar las emociones negativas y manejar mejor la situación. Se busca no tanto la abstinencia directamente, sino la modificación de algunas conductas del usuario y la mejora de las relaciones familiares. El grupo multifamiliar transmite solidaridad y comprensión, ayuda para poner límites a conductas inaceptables, un aprendizaje mutuo entre todos los participantes y entre las diferentes familias. Por otro lado, los usuarios que participan en estos grupos están más dispuestos a escuchar a otros miembros del grupo que a sus propios familiares. La idea es que si se consigue la reducción del estrés intrafamiliar se reduce la necesidad de consumir drogas.

6.3. El modelo de Manchester

Se trata de un programa de intervención sobre el TD, con un componente de intervención familiar (Barrowclough et al., 2000; Haddock et al., 2003). Se evaluó su efectividad, mediante un estudio con una interven-

ción de 9 meses con sesiones preferentemente en casa de los afectados. El programa asignaba un trabajador social de apoyo a la familia para dar información, facilitar subsidios, asesoramiento legal y ayuda práctica. Se constituyó un grupo terapéutico de personas con TD que recibían un tratamiento combinado de:

- Entrevista Motivacional (EM).
- Terapia Cognitivo-conductual (TCC).
- Intervención Familiar (IF).

La hipótesis es que la motivación para el uso de drogas, la sintomatología y el estrés ambiental y social de convivencia se hallaban relacionados en un círculo de mutuo refuerzo. De esta forma la EM reforzaría la motivación, la TCC se dirigía a reducir la sintomatología psicótica, mientras que la intervención familiar podría influir tanto en la sintomatología como en la persistencia del consumo.

La intervención se inicia con la EM en cinco sesiones semanales. Para evaluar la disposición o preparación para el cambio se usó la Escala de Evaluación del Cambio de Rhode Island (McConaughy et al., 1983; Fernández 2010). En la sexta sesión se introduce la TCC, pero sin perder el estilo de la EM, durante dieciocho sesiones semanales. Con la TCC se interviene sobre los síntomas psicóticos, autoestima, humor depresivo, conocimientos sobre la enfermedad y prevención de recaídas.

La IF adapta el programa expuesto por Birchwood y Tarrrier (1995) que incluye el modelo del cambio de Prochaska y DiClemente (1986) y la entrevista de Miller y Rollnick (1999). El supuesto básico en esta IF fue que el estado de motivación del usuario podría estar influido por el entorno familiar. Se fijó un foco de objetivos comunes entre



el usuario y su familiar o cuidador, con una duración de 10-16 sesiones, bien con el familiar a solas o bien integrando al usuario. Un concepto clave de este modelo es que la responsabilidad por los problemas y sus consecuencias son del usuario, la familia no realiza ningún esfuerzo para el cambio hasta que el usuario no se haya comprometido con objetivos y estrategias determinadas. Se instruyó para que la reacción familiar respetara que sólo el usuario debe asumir la responsabilidad de sus problemas; no hay que confrontar directamente el consumo de drogas (para no generar más resistencia) y que la ayuda familiar será de mayor eficacia si se corresponde con el estadio del cambio del usuario. Se hacía hincapié en que la familia tenía que dejar que fuera el usuario el que hiciera cambios, lo cual implicaba que no rescatarían al usuario de las consecuencias del consumo, no ayudarles económicamente, si han derrochado; no ocultar sus periodos de borrachera; establecer reglas mínimas de convivencia en casa, etc. Este énfasis en la responsabilidad del usuario también requiere que los familiares apoyen claramente los cambios una vez que se hayan producido, pero sin iniciarlos. El modelo de IF (Barrowclough y TARRIER, 1992) empieza con una evaluación de problemas y necesidades de los familiares a raíz de lo cual se elabora una lista de problemas y necesidades cooperativas. La IF tiene tres componentes: (1) Psicoeducación; (2) Control de la tensión y estrés, así como habilidades para el manejo de situaciones; (3) Establecer objetivos comunes entre usuario y familiares.

- **La psicoeducación** incluye las cuestiones habituales: modelo de vulnerabilidad-estrés, causas de la psicosis, síntomas, tratamientos, curso y pronóstico, etc. Hay flexibilidad en lo que se refiere a los miembros de la familia que asisten en

cada caso pero al usuario se le alienta a que participen siempre para contribuir a la descripción de su experiencia de la psicosis. Para evaluar la comprensión que la familia tiene del consumo de drogas en la esquizofrenia se utilizó la Entrevista KASI (Barrowclough et al., 1987, Touriño et al., 2010) añadiendo apartados adicionales sobre aspectos del TD. Se pretende evaluar la utilidad de las opiniones de los familiares respecto al enfoque motivador, entendiendo por opiniones más útiles aquellas que son capaces de conducir hacia una actitud menos culpabilizadora. Se favorece una posición menos crítica ante el abuso, las mejores estrategias son las de no confrontación, no crítica y no intrusión, subrayando que no se requiere ningún autosacrificio por parte del familiar.

- **Control del estrés y tensión ambiental:** se centra en las situaciones asociadas al estrés familiar. El modelo destaca la importancia de las reacciones familiares, la manera como los familiares interpretan las situaciones. Por ejemplo la persuasión familiar para que no consuma, o las discusiones cuando el usuario llegaba embriagado. Son formas no solo estériles sino que a veces perpetúan el problema. Se trataba de ayudar a los familiares a reevaluar las conductas y situaciones, a mejorar su propio autocuidado, a dedicar más tiempo a sí mismos.
- **Fijación de objetivos comunes.** El objetivo principal de la IF es mejorar el funcionamiento social de todos los miembros de la familia. El principal instrumento de evaluación para ello es una lista de recursos/problemas/necesidades. Al trabajar con las necesidades de toda la familia se evita la patologización de los



problemas del paciente y se fomenta el trabajo en equipo de toda la familia.

Los resultados de este estudio (Haddock et al., 2003) apoyan la eficacia de un programa combinado en el cual se integró la IF. El estudio demostró que un programa de tratamiento intensivo que incorpora la IF consigue una significativa mejoría en el principal resultado de funcionamiento general de los pacientes y que esta mejoría se mantenía a los 18 meses. Sin embargo otras mejoras relativas a síntomas positivos, días de abstinencia se mantuvieron hasta los 12 meses pero no así en los 18 meses. Los autores reconocen que la intervención fue relativamente corta (la más corta de las cuatro que presentamos en este artículo) y que se requieren intervenciones de mayor alcance para algunas familias con TD en que las interacciones entre el consumo de drogas y la psicosis han arraigado los problemas con niveles muy altos de estrés familiar.

6.4. The Family Intervention for Dual Diagnosis. El modelo FIDD

El FIDD es un programa manualizado que incluye formatos de grupos unifamiliares y multifamiliares (Mueser et al., 2002). Se combinan técnicas de psicoeducación sobre TD, habilidades de comunicación para reducir el estrés familiar y en resolución de problemas para resolver conflictos y mejorar la motivación de la persona con TD. Se realizó un ensayo clínico (ensayo controlado aleatorizado) para evaluar su efectividad (Mueser et al., 2013) dónde se comparó el FIDD con una breve intervención (2-3 meses) de un programa de Educación Familiar (EF). La hipótesis principal era que la formación de los miembros de la familia en habilidades de comunicación y resolución de problemas, combinada con el aumento de la motivación

para abordar el abuso de sustancias, conduciría a mejorar el TUS así como el funcionamiento psiquiátrico y familiar.

Se impartió un módulo psicoeducativo con los contenidos habituales. Además, el FIDD tenía como objetivo reducir la tensión familiar, aumentar la capacidad de la familia para abordar los problemas del TUS mejorando la comunicación y resolución de problemas. La adopción del enfoque de tratamiento motivacional por etapas (Prochaska, 1984) moduló la motivación de los miembros de la familia para reconocer que el uso de drogas por parte del usuario es un problema y se debe afrontar. El concepto de un tratamiento por etapas condiciona la organización y el ritmo de las sesiones familiares al especificar las etapas apropiadas de las intervenciones terapéuticas, coherentes con la motivación de los miembros de la familia para abordar el uso de sustancias. La IF se desarrolló en cuatro fases:

- Fase 1: Establecer una alianza terapéutica con la familia (etapa de compromiso).
- Fase 2: Proporcionar información (y otras estrategias, como enfoques de EM en la resolución de problemas familiares) para motivar a trabajar el TUS del usuario (etapa de persuasión).
- Fase 3: Reducir el consumo cuando se ha producido una evidencia clara de la motivación del usuario (etapa de tratamiento activo).
- Fase 4: Estrategias de prevención de recaídas y atender más las necesidades de otros usuarios (etapa de prevención de recaídas).

Las sesiones familiares siguieron una frecuencia de contacto decreciente, comenzando con sesiones semanales (3 meses),



seguidas de sesiones quincenales (6 meses) y finalmente sesiones mensuales, con una duración total de 9 a 18 meses (Mueser y Fox, 2002).

A veces los familiares clave, o el propio usuario, mencionan el consumo de un familiar. El terapeuta alentaba a los familiares a que hablen espontáneamente sobre el uso de sustancias y sus consecuencias. Cuando el uso de sustancias del familiar podría influir en el consumo del usuario o fuera problemático en sí mismo, el terapeuta adopta un estilo no confrontacional, coherente con las etapas del tratamiento para abordarlo a través de la resolución de problemas familiares.

Las familias eran invitadas a participar en grupos de apoyo multifamiliar mensuales dónde encontrar información sobre TD y estrategias para los problemas cotidianos (Mueser y Fox, 2002). Sin embargo, las tasas de asistencia a estas sesiones fueron bajas, tanto en el grupo EF como en el FIDD, normalmente asistieron menos del 50% de las familias invitadas. Debido a la baja asistencia, estos grupos se suspendieron a los 3 años del estudio (Mueser et al., 2009).

Los usuarios de ambos programas (FIDD y EF) mejoraron en el abuso de sustancias, los síntomas psiquiátricos generales, los días de estabilidad en la comunidad y el funcionamiento global (no puede descartarse la influencia del curso natural de los trastornos y la "regresión a la media".)

Los familiares clave en los programas FIDD y EF también mostraron mejoras significativas en funcionamiento mental, en apoyo económico en la vida del cliente, la preocupación y el estigma sobre la enfermedad mental. Estas mejoras en la carga familiar y la angustia son consistentes con los resultados de otras IF para TMG, (Drake et al., 1998)

aunque estudios previos no han evaluado el impacto del tratamiento familiar en personas con TD. Los usuarios del programa FIDD tenían síntomas psiquiátricos generales menos graves (específicamente síntomas psicóticos) y mostraron una tendencia significativa hacia un mejor funcionamiento general que aquellos en EF.

Haddock et al. (2003) también encontraron que la IF combinada con la EM del usuario individual y TCC mejoró el funcionamiento de las personas con TD más que el tratamiento estándar. El presente estudio es el primero en demostrar estos efectos para la IF sola en personas con TD. Los resultados están en línea con otras investigaciones que muestran que las IF a largo plazo son más efectivas que los programas a corto plazo para prevenir recaídas y mejorar el funcionamiento en personas con TMG (Pharoah et al., 2010). La tendencia hacia un mejor funcionamiento para los usuarios en el FIDD en este estudio es similar a la investigación sobre el tratamiento integrado para los TD, especialmente las intervenciones grupales. El programa FIDD también obtuvo más beneficios en la salud mental del familiar de referencia que el programa EF, lo que sugiere que la reducción de los síntomas psiquiátricos puede contribuir al bienestar de la salud mental de los familiares con un miembro con TD. Un hallazgo inesperado fue que los familiares en la FIDD mejoraron más su conocimiento de los trastornos concurrentes que los que recibieron EF. Esta mejoría en conocimiento se produjo a pesar de que el temario y el número de sesiones educativas en los 2 programas era similar. Es posible que la mayor duración de la FIDD diera más oportunidades a los miembros de la familia para asimilar el contenido educativo que la EF.



Contrariamente a la hipótesis de partida, la FIDD no fue más eficaz que la EF para mejorar el abuso de sustancias, aunque ambos grupos mejoraron significativamente en los resultados del TUS, incluido el trastorno por uso de alcohol (AUS), el trastorno por uso de drogas (DUS), y progreso en el tratamiento por abuso de sustancias (SATS, Fernández, 2010). Además, los resultados no confirmaron los aumentos en las habilidades de resolución de problemas sociales para los participantes en el programa FIDD. Un factor que pudo haber contribuido en estos resultados fue el nivel insuficiente de exposición al componente de resolución de problemas de FIDD: solo el 66% de las familias permanecieron en tratamiento el tiempo suficiente para tener una exposición sustancial. Además, el hallazgo en la línea base de un TUS de mayor gravedad predijo niveles más bajos de adherencia a largo plazo al FIDD (Mueser et al., 2009). Por lo tanto, aquellas familias que más necesitan del entrenamiento de resolución de problemas eran menos propensas a recibirlo.

Todo esto sugiere que, en el TD, las familias requieren tratamientos de atención temprana para evaluar y mejorar la motivación para trabajar los problemas del TUS en la familia. A pesar de que las personas con TD suelen tener un contacto moderado con su familiar, hubo dificultades significativas para reclutar familiares y retenerlos en el tratamiento. Los problemas con el reclutamiento y la retención en el tratamiento plantea importantes cuestiones sobre la viabilidad del tratamiento familiar en esta población. Se necesita más trabajo para desarrollar programas familiares que consigan involucrar y retener a las familias en el tratamiento y brindarles la información y las habilidades necesarias para superar los problemas del TD. Los grupos focales con familias y clínicos

dirigidos a evaluar qué necesitan las familias podrían ser una estrategia valiosa para mejorar el programa.

En resumen, los usuarios con TD y sus familiares que participaron en un programa educativo breve, 2-3 meses, (EF) o en uno a más largo plazo (18 meses), que incluía educación, comunicación y habilidades para la resolución de problemas (FIDD), mostraron mejoras en la gravedad de las enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, funcionamiento psicosocial y funcionamiento familiar durante el período de 3 años. El programa FIDD se asoció con mayores mejoras en los síntomas psiquiátricos, el funcionamiento del cliente, el conocimiento familiar sobre TD y el funcionamiento de su salud mental, pero no en el abuso de sustancias. Sin embargo, el reclutamiento y la retención de familias en los 2 programas fueron problemáticos, lo que sugiere la necesidad de una intervención aún más breve y más específica dirigida a involucrar y motivar a las familias a participar en el tratamiento.

7. CONCLUSIONES

La IF ha demostrado ser un importante elemento del tratamiento del TD, entendiendo este como un conjunto de actuaciones coordinadas de los diferentes sistemas de atención (sanitario, social). Hemos expuesto cuatro programas representativos para la IF en el TD. Los cuatro tienen elementos comunes: intervención conjugada uni/multi familiar, apoyo en bases de los modelos con mayor respaldo de la investigación (Anderson, Leff, Fallon, McFarlane), psicoeducación, entrenamiento en comunicación, resolución de problemas y el enfoque motivacional y la EM como un estilo transversal a todo el programa. Es importante el factor tiempo



de la intervención, en el TMG se requieren intervenciones a largo plazo.

Se han encontrado resultados positivos y no cabe duda que son técnicas de gran ayuda para abordar la refractariedad del TD. Aun así persisten áreas que no responden como esperan los clínicos por lo que es necesario seguir buscando fórmulas más eficaces, probablemente más holísticas, con una implicación de recursos sociales que impacten con más claridad en las necesidades y circunstancias de estas personas.

En esta línea, Drake et al., (2008) encontraron tres intervenciones consistentes sobre el TUS: tratamiento residencial del TD; grupos de apoyo, consejo y asesoramiento (principalmente con EM) y la técnica del “manejo de contingencias”. Otras intervenciones sobre el TD fueron significativas en otras áreas, por ejemplo, la gestión de casos y tratamientos asertivos mejoran el mantenimiento en la comunidad, así como las intervenciones legales aumentan la participación en el tratamiento.

Las personas con TMG se recuperan del TUS gradualmente, durante meses y años, y por etapas (Drake et al., 2008). Las etapas de tratamiento y etapas de cambio son clínicamente relevantes porque diferentes intervenciones son efectivas en diferentes etapas del proceso de recuperación. Además, las personas con TD responden de manera variable a una intervención o programa en concreto. En este punto, el diagnóstico no sirve como predictor de la respuesta al tratamiento, se deben buscar otras formas para identificar subgrupos de intervención (Mueser et al., 1999). Por ejemplo, un estudio identificó cuatro subgrupos (Drake et al., 2008): un grupo de respondedores rápidos y estables, un segundo grupo de respondedores rápidos pero inestables, un

tercer grupo de respondedores lentos pero constantes y un cuarto grupo de respondedores completos (Xie et al., 2006). Estos grupos se caracterizan en parte por la gravedad del trastorno por uso de sustancias.

No hay por tanto una vía única como respuesta terapéutica al TD, sino que es necesario seguir explorando diferentes tipos de tratamiento para diferentes tipos de personas con TD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1997). Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia, Washington, DC, APA.
- Anderson, C.; Reiss, D. y Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia (Guía práctica de psicoeducación)*. Amorrortu, Barcelona.
- Arias, F., Szerman, N. Vega, P., Mesias, B., Basurte-Villamor, I., Morant, C., Mangado, E., Poyo, F., & Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118. <https://doi.org/10.20882/adicciones.59>
- Asociación Española de Patología Dual. “Propuesta a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”.
- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., et al. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMdD-



- España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(Suppl.2), 4-11.
- Baena, E., Fernández, J.A., & Sanchez-Padilla J.A. (eds.). Guía de intervención familiar en la esquizofrenia. *Revista de Rehabilitación Psicosocial FEARP*, en prensa.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J. S., & Freeman, H. L. (1987). Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: a preliminary report. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 151, 1-8. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.1.1>
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *The American journal of psychiatry*, 158(10), 1706-1713. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1706>
- Barrowclough, C. Abuso de drogas y psicosis. En Thorsen, G.-R. B., Grønnestad, T., Øxnevad, A.L. (2009). Trabajo familiar y multifamiliar en las psicosis. Una guía para profesionales. Título original: Family and Multi-Family Work with Psychosis (2000). Herder Editorial Barcelona, 2009. ISBN: 9788425425899.
- Becoña, E. & Cortés, M. (Coords.) (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Socidrogalcohol. Barcelona, España.
- Birchwood, M., & Tarrier, N. (1995). *Tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Ed. Ariel, Barcelona.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241-58.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 383-402. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
- Camacho-Gomez, M., & Castellvi, P. (2020). Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophrenia bulletin*, 46(1), 98-109. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz038>
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 566-576. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.566>
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., & Ackerson, T. H. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *The American journal of orthopsychiatry*, 68(2), 201-215. <https://doi.org/10.1037/h0080330>
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occur-



- ring severe mental and substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 123–138. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.011>
- Falloon, I. R. H., Laporta, M., Fadden, G., & Graham-Hole, V. (1993). *Managing stress in families: Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills*. London: Routledge.
- Fernández, J.A., & Marquina, M. (1995). Uso de drogas en la Población Psiquiátrica Crónica. *Psicothema*, 7(3), 557-567.
- Fernández J.A., Touriño R., Baena E. (2003). Protocolo de evaluación del trastorno dual por esquizofrenia y drogas. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 15-16, 55-62.
- Fernández, J.A., Abelleira, C., Touriño, R., & Baena, E. (2003). Consumo de tóxicos y reingresos en usuarios de Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Madrid: Comunicación al III Congreso de la AMRP.
- Fernández, J.A., & Touriño, R. (2006). Evaluación e intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial. *Revista de Rehabilitación Psicosocial FEARP*, 3(1), 9-16.
- Fernández, J.A., Touriño, R., Benitez, N., & Abelleira, C. (eds.). (2010). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP.
- Fernández, J.A. (2010). Evaluación del abuso de drogas en personas con trastorno mental grave. En Fernández, J.A., Touriño, R., Benitez, N., & Abelleira, C. (eds.). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP.
- Frances, A.; Docherty, J.P.; Khan, D.A. (1996). Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(suppl 12B), 1- 58.
- Gómez-Beneyto, M. (2007). Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., Quinn, J., Palmer, S., Davies, L., Lowens, I., McGovern, J., & Lewis, S. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 183, 418–426. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.5.418>
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD001088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub3>
- Inglott Domínguez, R., Touriño González, R., Baena Ruiz, E., & Fernández Fernández, J.. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: Su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92), 9-23. Recuperado en 27 de septiembre de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400002&lng=es&tlng=es
- Kavanagh, D. J., & Mueser, K. T. (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Tidsskrift for Norsk Psyko- logforening*, 44(5), 618–637.



- Klingberg, S., & Wittorf, A. (2012). Evidenzbasierte Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen [Evidence-based psychotherapy of schizophrenic psychoses]. *Der Nervenarzt*, 83(7), 907–918. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3553-2>
- Kuipers, E.; Leff, J., & Lam, D. (2004). *Esquizofrenia. Guía práctica del trabajo con familias*. Paidós, Barcelona.
- Leff, J. (2000). Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(suppl. 407), 78-82.
- Lehman, A. F., & Steinwachs, D. M. (1998). Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033302>
- Mari, J.J. Streiner, D. (1996). The effects of family intervention for those with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (3).
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 368–375. <https://doi.org/10.1037/h0090198>
- McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. Guildford Press, New York.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (eds.). (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Plan Estratégico de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Carta de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud*.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Levinson, D. F., Singh, H., Bellack, A. S., Kee, K., Morrison, R. L., & Yadam, K. G. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia bulletin*, 16(1), 31–56. <https://doi.org/10.1093/schbul/16.1.31>
- Mueser, K. T., & Fox, L. (2002). A family intervention program for dual disorders. *Community mental health journal*, 38(3), 253–270. <https://doi.org/10.1023/a:1015271908765>
- Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Zaratte, R., Fox, L., Feldman, J., Wolfe, R., & Clark, R. E. (2009). Family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: participant characteristics and correlates of initial engagement and more extended exposure in a randomized controlled trial. *Addictive behaviors*, 34(10), 867–877. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.025>
- Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L. F., Clark, R. E., Gottlieb, J. D., Wolfe, R., & Feldman, J. (2013). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia bulletin*, 39(3), 658–672. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr203>
- Novell Alsina, R., Rueda Quillet, P., Salvador Carulla, L., & Forgas Farre, E. (2015). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y*



- cuidadores. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.
- OMS. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. OMS.
- Ortega-Fons, J.R. (2021). Tratamiento de esquizofrenia dual y calidad de vida. *Revista de Rehabilitación Psicosocial FEARP*, 17(1).
- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 153(5), 607–617. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.5.607>
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological medicine*, 32(5), 763–782. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005895>
- PISMA. Plan Integral de Salud Mental (3º. 2016-2020). III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía [Recurso electrónico]: 2016-2020 / autoría, Carmona Calvo, José (dirección) ... [et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud, 2016 Texto electrónico (pdf), 148 p. I. Andalucía. Plan Integral de Salud Mental (3º. 2016-2020) 2. Planes y programas de salud 3. Salud mental 4. Andalucía I. Carmona Calvo, José II. Andalucía. Consejería de Salud III. Título WM 30
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (12), CD000088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>
- Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. NIPO.: 351-09-046-7.
- Prochaska, J.O. (1984). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Homewood, IL: Dorsey.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1986). *Toward a Comprehensive Model of Change*. Springer, New York, 3-27. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 177, 149–155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- Selvini, M. (2002). El futuro de la psicoterapia: aprender de los errores. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XXI(82), pp. 9-21.
- Sellwood, W., Barrowclough, C., Tarrier, N., Quinn, J., Mainwaring, J., & Lewis, S. (2001). Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 104(5), 346–355. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00502.x>
- Shilony, E., Lacey, D., O'Hagan, P., & Curto, M. (1993). All in one neighborhood:



- A community-based rehabilitation treatment program for homeless adults with mental illness and alcohol/substance abuse disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 103–116. <https://doi.org/10.1037/h0095647>
- Smith, J., & Huckers, S. (1994). Schizophrenia and substance abuse. *British Journal of Psychiatry*, 165, 13-21.
- Stowell, R. (1991). Dual Diagnosis Issues. *Psychiatr Ann.*, 21, 98-99. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19910201-09>
- Swofford, C. D., Kasckow, J. W., Scheller-Gilkey, G., & Inderbitzin, L. B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 20(1-2), 145–151. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00068-2](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00068-2)
- Thorsen, G.-R. B., GrØnnestad, T., & Øxnevad, A.L. (2009). *Trabajo familiar y multifamiliar en las psicosis. Una guía para profesionales*. Título original: *Family and Multi-Family Work with Psychosis* (2000). Barcelona: Herder Editorial. ISBN: 9788425425899.
- Touriño, R., Inglott, R., Baena, E., & Fernández, J.A. (2007). Guía de Intervención familiar en la esquizofrenia. Editorial Glosa, Barcelona.
- Touriño, R., Baena, E., Benitez, N., Abelleira, C., & Fernández, J.A. (2010). Evaluación Familiar en rehabilitación psicosocial. En Fernández, J.A., Touriño, R., Benitez, N., & Abelleira, C. (eds). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid FEARP.
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R., & Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal behaviour and mental health : CBMH*, 21(5), 321–332. <https://doi.org/10.1002/cbm.815>
- Volkow N. D. (2001). Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *The American journal of psychiatry*, 158(8), 1181–1183. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1181>
- Xie, H., McHugo, G. J., Helmstetter, B. S., & Drake, R. E. (2005). Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophrenia research*, 75(2-3), 337–348. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.07.012>