

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**Facultad de Medicina Humana**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ADICCIONES CON Y SIN TERAPIA  
FAMILIAR SOBRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE  
RECAIDAS EN PACIENTES ADICTOS**

**AUTOR:**

**KIMBERLI NATALÍ MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA**

**ASESOR:**

**DR. MARCO ORLANDO SERRANO GARCÍA**

**Trujillo – Perú  
2019**

**MIEMBROS DEL JURADO**

**DR. ESPINOLA LOZANO JOEL PRESIDENTE**

**DR. MOYA VEGA VICTOR SECRETARIO**

**DRA. ARCILA DIAZ JENIFFER VOCAL**

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a Dios por hacer realidad mi sueño, iluminándome día a día, y cuidando cada paso que daba.*

*A mis padres, Edgardo y Manuela, quienes me brindaron su amor incondicional y comprensión. Por ser mi soporte y motor todos estos años, alentándome para seguir adelante pese a los obstáculos.*

*A mis hermanos, Norka, Manuel y Bryan, por siempre confiar en mí, y darme todo su apoyo.*

*A mi asesor y maestro, Dr. Marco Serrano García, por su paciencia, benevolencia y dedicación para guiarme en el desarrollo de la tesis.*

*A mi mejor amigo, Hugo, por brindarme ternura y amor, por darme fortaleza en momentos declives y a la vez por festejar nuestros logros,*

# INDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1 Enunciado del problema:</b> .....	6
<b>1.2 Objetivos:</b> .....	6
<b>1.3 Hipótesis:</b> .....	7
<b>II. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	7
<b>2.1. Diseño de estudio:</b> .....	7
<b>2.2. Población, muestra y muestreo</b> .....	8
<b>2.3. Definición operacional de variables</b> .....	10
<b>2.4. Procedimientos y Técnicas</b> .....	14
<b>2.5. Plan de análisis de datos</b> .....	15
<b>2.6. Aspectos éticos</b> .....	16
<b>III. RESULTADOS</b> .....	17
<b>IV. DISCUSIÓN</b> .....	21
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	25
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	26
<b>VII. ANEXOS</b> .....	30

## RESUMEN:

**OBJETIVOS:** Determinar la efectividad del programa de adicciones con y sin terapia familiar sobre la funcionalidad familiar y prevención de recaídas en pacientes adictos del Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo durante el período Enero a Julio del 2018.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El presente estudio corresponde a un diseño analítico, observacional, cohorte, prospectivo. Un total de 80 pacientes divididos en 2 grupos (programa de adicciones con y sin terapia familiar) fueron escogidos. El instrumento utilizado fue el APGAR familiar para medir la percepción de la funcionalidad familiar. Asimismo, se constató mediante la historia clínica y por llamada telefónica la recaída de los pacientes.

**RESULTADOS:** Se empleó la prueba acerca de la media de las diferencias para observar la funcionalidad familiar pre y post test del APGAR familiar, para el primer grupo(programa de adicciones con terapia familiar), la diferencia de promedio fue de 7.50, la desviación estándar de diferencias fue de 3.50( $t=14.5994$ ,  $p<0.001$ ); para el segundo grupo(programa de adicciones sin terapia familiar) ,la diferencia de promedio fue de 4.23, la desviación estándar de diferencias fue de 3.18 ( $t=3.207$ ,  $p<0.01$ ). El porcentaje de recaída de pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con terapia familiar fue de 20% y sin terapia familiar fue de 77.5% en el Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo.

**CONCLUSIONES:** a) La funcionalidad familiar en pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con terapia familiar fue de 85% y sin terapia familiar fue de 25% en el Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo. b) El porcentaje de recaída de pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con terapia familiar fue de 20% y sin terapia familiar fue de 77.5% en el Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo. c) La comparación de la incidencia de funcionalidad y recaída en pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con terapia familiar fue de 85% y 20%, y sin terapia familiar fue de 25% y 77.5%, respectivamente.

*Palabras clave: funcionalidad familiar, prevención de recaídas, adictos, adicciones, terapia familiar.*

## ABSTRACT:

**OBJECTIVES:** Determine the effectiveness of the addiction program with and without family therapy on family functionality and relapse prevention in addicted patients of the Trujillo Community Mental Health Center during the period January to July 2018.

**MATERIAL AND METHODS:** The present study corresponds to an analytical, observational, cohort, prospective design. A total of 80 patients divided into 2 groups (program of addictions with and without family therapy) were chosen. The instrument used was the family APGAR to measure the perception of family functionality. Likewise, the relapse of the patients was verified through the clinical history and by telephone call.

**RESULTS:** The test about the mean of the differences was used to observe the family functionality, pre and post test of the family APGAR, for the first group (addiction program with family therapy), the average difference was 7.50, the standard deviation of differences it was 3.50 ( $t = 14.5994$ ,  $p < 0.001$ ), for the second group (program of addictions without family therapy), the average difference was 4.23, the standard deviation of differences was 3.18 ( $t = 3.207$ ,  $p < 0.01$ ) The percentage of relapse of addicted patients at the end of the program of addictions with family therapy was 20% and without family therapy was 77.5% in the Community Mental Health Center Trujillo

**CONCLUSIONS:** a) Family functionality in addicted patients at the end of the program of addictions with family therapy was 85% and without family therapy was 25% in the Center for Community Mental Health Trujillo. b) The percentage of relapse of addicted patients at the end of the program of addictions with family therapy was 20% and without family therapy was 77.5% in the Community Mental Health Center Trujillo. c) The comparison of the incidence of functionality and relapse in addicted patients at the end of the addiction program with family therapy was 85% and 20%, and without family therapy it was 25% and 77.5%, respectively

*Key words: Family functionality, relapse prevention, addicts, addictions, family therapy.*

## I. INTRODUCCIÓN

Las adicciones tienen efectos negativos en la salud mental como fobia, ansiedad, psicopatía e intento de suicidio, afectando de esta manera, a la familia y comunidad<sup>1,2</sup>. Las intervenciones familiares han sido parte importante de los programas de adicciones para la recuperación, porque conlleva a la mejora de la percepción familiar, siendo altamente benéfico para la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas<sup>3,4,5</sup>.

La adicción según la DSM-V, es la presencia de al menos dos o tres de los siguientes criterios: dificultades en controlar el uso de sustancias; un fuerte deseo o anhelo por la sustancia; tolerancia tal que se requieren dosis aumentadas de la sustancia para lograr la intoxicación o los efectos deseados; efectos adversos de la abstinencia aguda de la sustancia; descuido de intereses alternativos y sociales, actividades familiares y ocupacionales; intentos fallidos de dejar de usar; y uso continuado a pesar del conocimiento de daño físico o psicológico causado por la sustancia<sup>6,7</sup>. Asimismo, son comportamientos disfuncionales vinculados a estilos de vida poco saludables y, por lo tanto, son factores modificables susceptibles a la prevención y al cambio<sup>8,9</sup>.

La distribución mundial de adictos es de 185 millones, de los cuales 29.5 millones padecen patología dual; siendo el alcohol y la marihuana, las drogas legal e ilegal, respectivamente, de mayor consumo en el Perú y el mundo<sup>10</sup>. Se ha encontrado predominio en varones, solteros y jóvenes adultos<sup>11</sup>.

La causa exacta de la adicción es desconocida, una de las razones del desarrollo de la adicción es el refuerzo de efectos cerebrales, específicamente de euforia, aunque puede variar según cada persona<sup>12</sup>. Los padres irresponsables, la falta de la tutela, la discordia familiar y las presiones psicológicas son factores decisivos para la adicción<sup>13</sup>.

Asimismo, los trastornos de personalidad son los predictores más importantes en el desarrollo de desórdenes por uso de sustancias, los más

prevalentes son el antisocial y el borderline o límite; siendo el primero la comorbilidad psiquiátrica más frecuente en individuos con dependencia al alcohol o drogas<sup>14</sup>. La suma de un trastorno mental a la adicción se considera como diagnóstico dual<sup>15</sup>.

La desintegración del núcleo familiar y la disfuncionalidad puede dar problemas de adicciones en un miembro de la familia<sup>16</sup>, por lo que es importante reconocer las fortalezas y potencialidades de la familia, para que, como grupo, enfrenten las dificultades y brinden apoyo a los demás integrantes<sup>17</sup>. Los efectos por la presencia de algún adicto en el núcleo familiar incluyen: carga emocional (familiares enojados, frustrados, ansiosos, preocupados, deprimidos o se sienten culpables), carga económica (dinero gastado en sustancias, pérdida de empleo o depender de asistencia pública), angustia o insatisfacción (las familias pueden experimentar altas tasas de tensión y conflicto) e inestabilidad familiar (resultado de abuso o violencia)<sup>18,19</sup>.

La familia es la unidad social básica de la población general, posee un efecto importante en la salud mental de todas las edades, y un rol sustancial en el desarrollo físico y psíquico del individuo<sup>20</sup>. Sus funciones básicas son la instauración de creencias, valores y comportamientos aceptables por una sociedad, siendo el principal entorno primario en el que el niño interactúa, y que le provee la formación y motivación necesaria para llegar a la etapa adulta de manera productiva socialmente<sup>21</sup>.

Durante el tiempo, se han ejecutado distintos cuestionarios para medir la percepción del funcionamiento familiar, el más rápido y fácil de administrar es el APGAR familiar, que determina su presencia y grado, creado en 1978 por Smilkstein, consta de 5 componentes (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive), siendo válida y confiable<sup>22,23</sup>. El estudio peruano Castilla et al. (2014), reveló que la escala presenta un coeficiente de consistencia interna de 0.786<sup>23</sup>. Asimismo, está validado por el Ministerio de Salud del Perú por la resolución directoral del 31 de Mayo del 2014.

En Lima, Perú, se ha dispuesto mediante la norma técnica de Salud de los Centros de Salud Mental Comunitario, en Julio del 2017, un modelo de Atención de Salud Mental Comunitario como estrategia de tratamiento para los problemas mentales, que incluye un programa de adicciones definido como la atención ambulatoria a pacientes considerados dentro de la clasificación de los trastornos mentales relacionados a alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tabaco, entre otros( CIE10:F10 – 19), abarcando 4 consultas médicas de Salud Mental con el médico psiquiatra, 6 intervenciones individuales en Salud Mental por un profesional de salud, 10 psicoterapias individuales(en módulo de adicción) con el psicólogo o psicoterapeuta, 6 psicoterapias individuales con el psicólogo, 2 intervenciones familiares con el profesional de salud y 1 visita domiciliaria dirigida a la familia para mejorar la dinámica familia y favorecer la adherencia al tratamiento<sup>24</sup>. La terapia de familia es pieza clave para recuperar el funcionamiento familiar en las adicciones porque encuentra las fortalezas y recursos entre los miembros, por lo que es potencialmente efectivo para resolver este desorden mental, basándose en mejorar habilidades de resolución de problemas, interacciones y comunicación. La satisfacción familiar está relacionada con la calidad de vida. El apoyo brindado puede prevenir la recaída, motivar a un crecimiento y desarrollo individual por una adecuada percepción familiar<sup>25</sup>

Fernández L. et al., en España, efectuaron un programa de intervención familiar en una muestra seleccionada al azar de 49 pacientes con trastornos mentales incluyendo al consumo de sustancias. El programa constó de tres intervenciones previas al inicio del tratamiento con la finalidad de preparar al paciente para el trabajo grupal; seis intervenciones familiares durante el tratamiento; e intervenciones individuales; además, se lleva a cabo en co-terapia entre el psicólogo y el psiquiatra. Al finalizar, se realizaron cuestionarios, encontrando que la relación del paciente con la familia mejoró en un 74%, coincidiendo con la percepción familiar que mejoró en un 73%. Concluyendo que la percepción familiar mejoró luego de la terapia de familia<sup>26</sup>.

Hernández J. y Gormaz P., en Chile, efectuaron un estudio descriptivo, cualitativo y transversal, con la participación de 10 usuarios con dependencia al alcohol y 10 familiares, buscando como objetivo secundario, caracterizar el funcionamiento familiar de los usuarios con dependencia alcohólica hipotetizando que luego de la terapia familiar existe mejoría en el funcionamiento de la familia. En los resultados, se observó que 10% cataloga a su familia como “buena”, el 20% declara una “mala” relación, y el 70% como “regular”. Sin embargo, hubo cambios positivos en la funcionalidad debido a que los usuarios describieron un avance tras el ingreso al tratamiento. Las sugerencias fueron trabajar con el grupo familiar y no solo con algunos familiares, incorporar la terapia de pareja en el programa de tratamiento y abordar con intervenciones más especializadas a la familia<sup>27</sup>.

Dávalos G. y Nuñez J., en Madrid, efectuaron un estudio cuasi experimental con un grupo control no equivalente y con medidas repetidas (pre y post) en 110 familias, 55 del grupo experimental y 55 del grupo control, con la finalidad de comprobar la efectividad de la terapia familiar sistémica en escolares, analizando su funcionamiento del sistema. Se aplicaron cuestionarios a madres, padres, hijos y tutores; al principio y al final del tratamiento en el caso del grupo experimental y, al inicio y seis meses después en el grupo control. Se demostró un efecto estadísticamente significativo sobre la puntuación total del funcionamiento familiar (FAD total) ( $F=12,174$ ,  $p =0,001$ ) y la frecuencia de éxito atribuible al tratamiento probado fue de un 37% (DR o RAR=0,37); la efectividad observada como mejoría de funcionalidad familiar en el grupo expuesto a intervención fue de 68% mientras que en grupo no expuesto fue de 43%. Concluyendo que hubo un efecto de mejora a corto y medio plazo<sup>28</sup>.

Alviar M. y Bedoya L., en Colombia, efectuaron un estudio de tipo cualitativo, buscando cambios en el funcionamiento familiar en niños con trastornos de comportamiento en terapia de familia sistémica. Participaron 10 familias (cinco realizaron el proceso terapéutico y cinco hicieron parte del grupo

control) que tuvieron dos momentos de medición: antes y después del proceso de terapia familiar. En el pretest, se encontró que 4 familias estaban ubicadas en el rango medio y una en el rango balanceado; finalizado el proceso terapéutico, dos pasaron a rango balanceado, dos se ubicaron en rango medio y una familia pasó al rango extremo. Se concluyó que al comprender la patología se produce mejora en el funcionamiento familiar<sup>29</sup>.

Pérez C. y Fernández O., en Cuba, efectuaron un estudio del tipo investigación-acción con el objetivo de determinar si la estrategia de una intervención familiar educativa mejoraba la funcionalidad familiar en 21 familias que se les aplicó un instrumento y una técnica de investigación (FF-SIL y dibujo de la familia). En cada una de las sesiones se evaluó el progreso, y en la novena sesión se evaluó el impacto; además, se comparó los resultados del FF-SIL, antes y 6 meses después de la intervención. Hallaron que aumentaron las familias funcionales después de la intervención, mientras que las moderadamente funcionales y las disfuncionales, disminuyeron a 4 y 2 respectivamente. Se concluyó que el programa resultó efectivo porque se evidenció mejoría de la funcionalidad familiar<sup>30</sup>.

Terrones I, et al (Lima, 2016); determinaron la relación entre la dinámica familiar y el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de nivel secundaria en una institución educativa técnica nacional en 158 estudiantes de 13 a 17 años de edad de ambos sexos; la relación entre la dinámica familiar y el consumo de bebidas alcohólicas, según el coeficiente de correlación Rho de Spearman ( $Rho = -0.287$ ), muestra una correlación negativa, la cual resultó estadísticamente significativa ( $p = 0.000$ )<sup>31</sup>.

Mercedes T, et al (Trujillo, 2017); en un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles; en 216 estudiantes universitarios quienes se dividieron en 2 grupos: expuestos o no expuestos a consumo de alcohol; se observó que la frecuencia de disfunción familiar en universitarios expuestos a consumo de alcohol fue 35%.; la frecuencia de disfunción familiar en universitarios no expuestos a consumo de alcohol

fue 19%; la disfunción familiar es factor asociado a consumo de alcohol en estudiantes con un odds ratio de 2.2, el cual fue significativo ( $p < 0.05$ )<sup>32</sup>.

Hemos realizado esta investigación motivados porque la incidencia de adicciones han ido aumentando de forma preocupante en nuestra realidad, por lo que resulta relevante hallar la forma de combatirla, siendo la propuesta un programa de adicciones con terapia familiar. No habiendo encontrado trabajos de investigación previos relacionados con el tema presente, se considera único y novedoso; por otro lado, es muy interesante puesto que tanto el tratamiento y la prevención se basa en una herramienta que poseemos, la familia. Además, es ético porque basándose simplemente en la contestación de preguntas, no hay interferencia con las psicoterapias, y no existe algún efecto adverso que atente con la vida del paciente. Por lo que consideramos esta tesis como una gran contribución al conocimiento de la psiquiatría, que debemos tomar en cuenta para mejorar la funcionalidad familiar y la prevención de recaídas en pacientes adictos.

### **1.1 Enunciado del problema:**

¿Cuál es la efectividad del programa de adicciones con y sin terapia familiar sobre la funcionalidad familiar y prevención de recaídas en pacientes adictos del Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo durante el período Enero a Setiembre del 2018?

### **1.2 Objetivos:**

#### **Objetivo General:**

Determinar la efectividad del programa de adicciones con y sin terapia familiar sobre la funcionalidad familiar y prevención de recaídas en pacientes adictos del Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo durante el período Enero a Julio del 2018.

### **Objetivos Específicos:**

- a) Determinar la funcionalidad familiar en pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con y sin terapia familiar en el Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo.
- b) Determinar el porcentaje de recaída de pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con y sin terapia familiar en el Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo.
- c) Comparar la incidencia de funcionalidad y recaída en pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con y sin terapia familiar en el Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo

### **1.3 Hipótesis:**

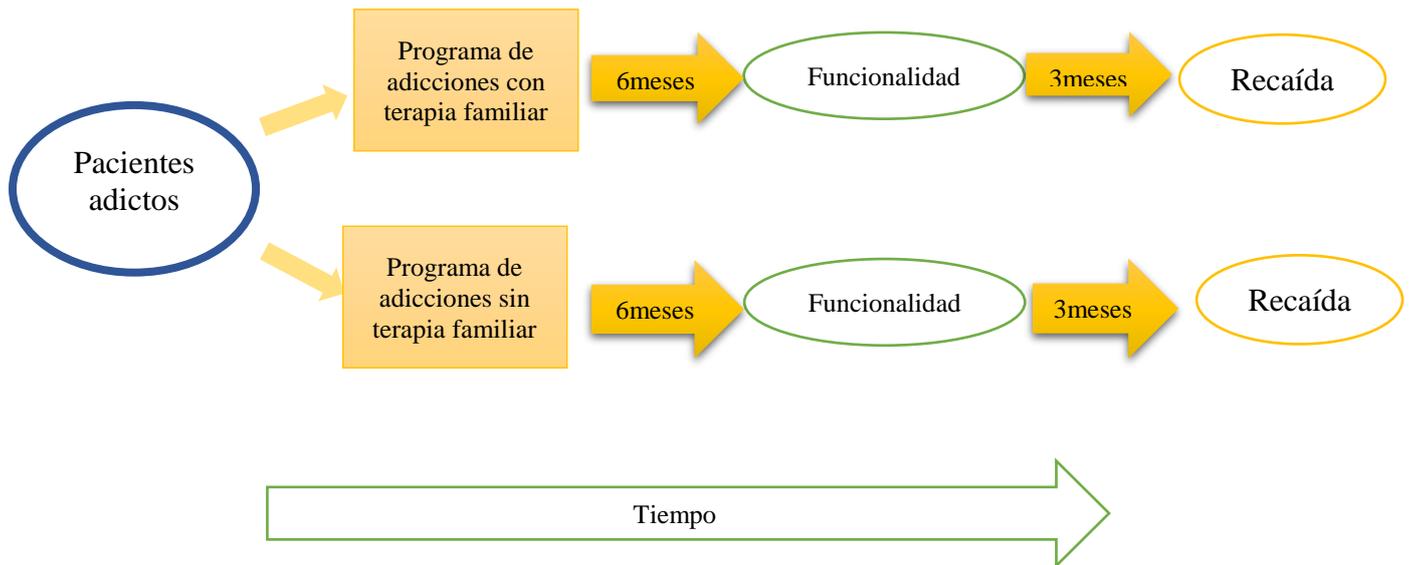
**Ha:** El programa de adicciones con terapia familiar es más efectivo que el programa de adicciones sin terapia familiar en mejorar la funcionalidad familiar y prevenir las recaídas en pacientes adictos del Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo.

**Ho:** El programa de adicciones con terapia familiar no es más efectivo que el programa de adicciones sin terapia familiar en mejorar la funcionalidad familiar y prevenir las recaídas en pacientes adictos del Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1. Diseño de estudio:**

El presente estudio corresponde a un diseño analítico, observacional, cohorte, prospectivo.



## 2.2. Población, muestra y muestreo

### Población de Estudio:

Usuarios del programa de adicciones en el Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo durante el período Enero del 2018 hasta Setiembre del 2018.

### Criterios de inclusión:

- Usuarios del programa de adicciones en el Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo que acepten entrar a la investigación
- Mayores de 18 años
- APGAR familiar al inicio de la terapia familiar: disfuncional.

### Criterios de exclusión:

- Personas que vivan solas
- Personas que han sido abandonadas
- Personas con alguna emergencia psiquiátrica.

### Criterios de eliminación:

- Pacientes que no asisten al 50% de los controles o se desaparecen durante el seguimiento.

**Tipo de Muestreo:** por conveniencia.

**Unidad de Análisis:** Pacientes adictos del Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo.

**Unidad de muestreo:** número de historia clínica del registro del programa de adicciones del servicio de psiquiatría del Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo.

**Tamaño Muestral:** El cálculo del tamaño de muestra se determinó, con un nivel de confianza del 95%, un error de muestreo del 5% y asumiendo varianza máxima ( $p = 0.50$ ).

La fórmula para el tamaño de muestra es:

$$n_0 = \frac{\left( Z_{\alpha} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2};$$

Dónde:

- $Z_{1-\alpha/2}$ : Nivel de confianza al 95%
- E: Precisión (20%)
- P1: Proporción de funcionalidad familiar o tasa de recaídas en pacientes adictos en el programa de adicciones con terapia familiar
- P2: Proporción de funcionalidad familiar o tasa de recaídas en pacientes adictos en el programa de adicciones sin terapia familiar

P1: 0.74 (Ref. 26); P2: 0.43 (Ref. 28)

n= 36

El tamaño de muestra será de 36 para el grupo de pacientes adictos en el programa de adicciones con terapia familiar y 36 para el grupo de pacientes adictos en el programa de adicciones sin terapia familiar.

Debido a que es un trabajo cohorte retrospectivo, y existe la posibilidad de pérdida de pacientes durante el seguimiento, se considerará 40 para el grupo de pacientes adictos en el programa de adicciones con terapia familiar y 40 para el grupo de pacientes adictos en el programa de adicciones sin terapia familiar

### 2.3. Definición operacional de variables

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escalas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Índices</b>
<b>Independiente:</b> Tipo de programa	cualitativo	Nominal	Historia Clínica	Programa de adicciones con terapia familiar/ Programa de adicciones sin terapia familiar.
<b>Dependiente:</b> Funcionalidad familiar	cualitativo	Nominal	Test de Apgar familiar	Si/No
<b>Dependiente:</b> Recaída	cualitativo	Nominal	Historia clínica (reingreso)	Si/No
<b>Covariables:</b> Edad	Cualitativo	ordinal	Historia Clínica	años
<b>Género</b>	cuantitativo	Nominal	Historia Clínica	Femenino/Masculino

<b>Estado civil</b>	cualitativo	ordinal	Historia Clínica	1: soltero(a) 2: casado(a) 3: conviviente 4: separado(a) 5: viudo(a)
<b>Grado de instrucción</b>	cualitativo	ordinal	Historia Clínica	1: Analfabeto 2: Primaria 3: Secundaria 4: Técnico 5: Superior
<b>Familia nuclear</b>	cualitativo	nominal	Historia Clínica	Si/no
<b>Violencia intrafamiliar</b>	cualitativo	Nominal	Historia Clínica	Si/No
<b>Antecedentes de adicción en familia</b>	cualitativo	Nominal	Historia Clínica	Si/No
<b>Patología dual</b>	cualitativo	nominal	Historia clínica	Si/No
<b>Adherencia al tratamiento con psicofármacos</b>	cualitativo	nominal	Historia clínica	Si/No

- **Programa de adicciones con terapia familiar:** consiste en 4 consultas médicas de Salud Mental con el médico psiquiatra, 6 intervenciones individuales en Salud Mental por un profesional de salud, 10 psicoterapias individuales (en módulo de adicción) con el psicólogo o psicoterapeuta, 6 psicoterapias individuales con el psicólogo, 2 intervenciones familiares con el profesional de salud y 1 visita domiciliaria dirigida a la familia para mejorar la dinámica familia y favorecer la adherencia al tratamiento.

- **Programa de adicciones sin terapia familiar:** consiste en 4 consultas médicas de Salud Mental con el médico psiquiatra, 6 intervenciones individuales en Salud Mental por un profesional de salud, 10 psicoterapias individuales (en módulo de adicción) con el psicólogo o psicoterapeuta, 6 psicoterapias individuales con el psicólogo, 1 visita domiciliaria dirigida a la familia para mejorar la dinámica familia y favorecer la adherencia al tratamiento.
- **Efectividad de las intervenciones:**
  - o Funcionalidad familiar: tomando en cuenta el test de APGAR familiar, los resultados serán funcional (17-20puntos), disfunción leve (16-13puntos), disfunción moderada (12-10puntos) y disfunción severa (menor o igual a 9); teniendo solo en cuenta funcional y disfuncional.
  - o Prevención de recaídas: reingreso del paciente adicto al culminar el programa de adicciones con y sin terapia familiar.
- **Edad:** tiempo de existencia desde el nacimiento
- **Género:** condición orgánica que diferencia al hombre y a la mujer
- **Estado civil:** condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- **Grado de instrucción:** es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos
- **Familia nuclear:** constituido por mamá, papá, hijos
- **Violencia intrafamiliar:** es cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro. Este abuso incluye maltrato físico, psicológico o de cualquier otro tipo.
- **Antecedentes de adicción en familia:** constancia de que algún miembro de la familia haya estado en algún problema

adictivo como drogas, ludopatía o cualquier actividad que le generará dependencia y ansiedad al dejarlo.

- **Patología dual:** que incluya dos o más de los siguientes:

- 1) **Problemas depresivos:** tristeza, sensación de vacío, desánimo, llanto fácil, pérdida de interés y el placer, valoración negativa, auto reproche, pesimismo, ideación o intento suicida.
- 2) **Problemas de manía:** exaltación, euforia, más energía de lo habitual, precordial, sentimientos de estar acelerado, hacen las cosas rápidamente, habla mucho, gasta demasiado dinero.
- 3) **Problemas somáticos:** cefalalgias, mareos, dolor abdominal, precordial, en la espalda, extremidades, aumento o disminución de peso, náuseas, hipersomnia, sudoración, estreñimiento, diarreas, enuresis, encopresis
- 4) **Problemas ansiosos:** preocupación, tensión, crisis de miedo o angustia, sentimiento de susto, intranquilidad sensación de ahogos, palpitaciones, miedo a perder el control, morir o volverse loco
- 5) **Problemas de fobias:** miedo sin que haya peligro real a animales, al agua, espacios cerrados, escenarios médicos, lugares altos, hablar en público, estar en multitudes, viajar lejos de su hogar.
- 6) **Problemas escolares o laborales:** no aprende, bajo rendimiento escolar, no cumple con sus tareas o responsabilidades, incompetencia
- 7) **Problemas psicóticos:** alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias, táctiles, gustativas
- 8) **Problemas de conducta:** timidez, retraimiento social, agresividad, impulsividad, desobediencia, mentira, robo, fuga, vagancia, destructividad, piromanía, violencia.
- 9) **Problemas de lenguaje:** verborrea, mutismo, tartamudeo, disartria, dislalia, soliloquio, ecolalia, coprolalia, verbigeración, disgrafías

- 10) Abuso de alcohol consumo de drogas, luego compulsivo:** dificultades con familia, amigos, con las personas en el trabajo, en el colegio o la policía
- 11) Problemas del rol sexual:** dificultades en la identidad genérica, amigos, con las personas en el trabajo o la policía
- 12) Retardo mental:** lentitud en la comprensión y uso del lenguaje, incapacidad para el cuidado personal, retraso en las funciones motrices, dificultad en el control de esfínteres
- 13) Violencia familiar:** maltrato físico, psicológico, sexual o negligencia y abandono.
- 14) Estresores psicosociales:** enfermedad física: parto reciente, conflicto de pareja, violencia conyugal, maltrato infantil, hijos menores de 6 años, enfermedad/discapacidad física o mental de algún miembro familiar, pobreza, migración, desempleo, ruidos
- **Adherencia al tratamiento con psicofármacos:** continuar con prescripción indicada por médico-psiquiatra.

#### **2.4. Procedimientos y Técnicas**

- 1)** Ingresarán al estudio los pacientes sometidos primero a triaje especializado en salud mental realizado por el médico psiquiatra, que apertura el paquete del programa de adicciones en el centro de salud mental comunitario Trujillo durante el 2018 y que cumplieron los criterios de selección correspondientes. Se solicitará la debida autorización y se revisarán las historias clínicas de los pacientes seleccionados.
- 2)** Todos los pacientes al ingresar al programa de adicciones serán sometidos al test de APGAR familiar, previa firma de consentimiento informado para la resolución del cuestionario.

- 3) Antes del alta del programa de adicciones, se volverá a tomar el test de APGAR familiar al usuario por probable cambio en el resultado.
- 4) Se recogerán los datos de los reingresos de los pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con y sin terapia familiar. Asimismo, se rectificará mediante llamada telefónica.
- 5) Se recolectarán los datos en una ficha diseñada para el estudio por una persona que será contratada, para luego comparar los resultados iniciales y finales del test de APGAR familiar y el porcentaje de recaída.
- 6) Finalmente, los datos obtenidos desde la hoja de toma de datos serán editados en un archivo del paquete estadístico SPSS 23.0 para su procesamiento.

## 2.5. Plan de análisis de datos

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 25.0, los que luego se presentarán en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

### **Estadística Descriptiva:**

Se obtendrán datos de distribución de frecuencias, para las variables cualitativas, para las variables cuantitativas se emplearán medidas de tendencia central como la media y medidas de dispersión como la desviación estándar.

### **Estadística analítica**

Para la comparación de dos variables categóricas se utilizará la prueba de Chi cuadrado. Se aceptará la hipótesis de trabajo si el valor de p obtenido resulta ser menor de 0.05 ( $p < 0.05$ ).

### **Estadígrafo:**

Se usará la medida estadística de asociación denominada: Risk Ratio (RR), el cual indicará las veces de que la exposición al factor de riesgo

en el grupo de estudio incrementa la probabilidad del desarrollo del evento a evaluar.

## **2.6. Aspectos éticos**

El presente proyecto se realizará respetando los lineamientos éticos y morales que guían las investigaciones biomédicas según el código de ética y deontología del colegio médico y la ley general de salud.

Nuestra base de datos estará conformada por los resultados obtenidos de las encuestas correspondientes, de acuerdo al artículo 113 de la ley general de salud se procederá a solicitar la autorización para acceder a archivos y recolectar la información necesaria que será utilizada en la investigación.

El artículo 42 del código de ética y deontología del colegio médico nos indica que se debe respetar la normativa internacional y nacional que regula la investigación con seres humanos tales como la Declaración de Helsinki.

Por ello que se tomará el principio de privacidad y confidencialidad promulgado por la Declaración de Helsinki, porque no se utilizarán o mostrarán los nombres del paciente. Se considerará el principio de costos y beneficios, promulgado por el mismo ya que el objetivo de la investigación es encontrar un beneficio para la comunidad. Se tomará también el principio de derecho a la información veraz y completa, ya que las personas que lean la publicación tienen derecho a conocer los objetivos, métodos y todos los procedimientos que involucren nuestra investigación, y es nuestro deber ofrecerles toda la información que requieran.

Los datos recolectados que contengan información personal de los encuestados, serán de carácter confidencial y privado para disminuir el riesgo de cualquier daño que pudiera ocurrir al manipularse esta información, la misma a la que sólo tendrá acceso el personal investigador designado, cumpliendo con el principio de beneficencia.

De acuerdo al artículo 46 de la ley general de salud se presentará la información obtenida de la investigación independientemente de los resultados, sin incurrir en la falsificación ni plagio.

### III. RESULTADOS

TABLA 1. PUNTUACIONES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADICTOS ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN CON TERAPIA FAMILIAR

CALIFICACIÓN	CON TERAPIA FAMILIAR		SIN TERAPIA FAMILIAR	
	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST
0			1	
1			0	
2			0	
3			0	
4			0	
5	3		1	
6	0		0	1
7	1		3	0
8	4		2	2
9	2		8	1
10	10		7	4
11	5		4	1
12	3		8	2
13	1		5	3
14	7	2	1	7
15	1	2		6
16	3	2		3
17		7		1
18		3		2
19		6		2
20		18		5
TOTAL	40	40	40	40
Promedio	10.93	18.43	10.08	14.30
D. Estándar	2.95	1.87	2.61	3.69

Pruebas acerca de la media de las diferencias

Dif. Promedio	7.50	4.23
D. Est de diferencias	3.50	3.18
	t=14.594	t=3.207
	P<0.01	P<0.01

Se empleó la prueba acerca de la media de las diferencias para observar la funcionalidad familiar pre y post test del APGAR familiar, para el primer grupo, la diferencia de promedio fue de 7.50, la desviación estándar de diferencias fue de 3.50( $t=14.5994$ ,  $p<0.001$ ); para el segundo grupo, la diferencia de promedio fue de 4.23, la desviación estándar de diferencias fue de 3.18 ( $t=3.207$ ,  $p<0.01$ )

**TABLA 2** PACIENTES ADICTOS SEGÚN CONDICIÓN DE RECAÍDA EN GRUPOS CON Y SIN TERAPIA FAMILIAR

RECAIDAS	GRUPO CLÍNICO			
	CON TERAPIA FAMILIAR		SIN TERAPIA FAMILIAR	
	Nº	%	Nº	%
SI	8	20.0	31	77.5
NO	32	80.0	9	22.5
TOTAL	40	100.0	40	100.0

Prueba de independencia de

criterios

$X^2 = 26.467$

$P < 0.01$

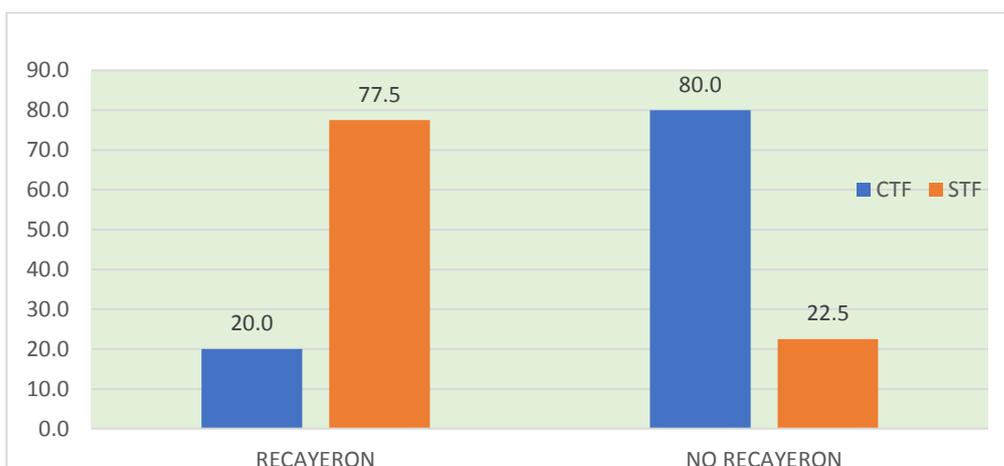


FIG. 1.- PORCENTAJES DE RECAIDAS EN PACIENTES ADICTOS CON Y SIN TRATAMIENTO FAMILIAR. CSMC TRUJILLO, 2018



**TABLA 4.** COMPARACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE RECAÍDAS DE PACIENTES ADICTOS ENTRE GRUPOS CON Y SIN TERAPIA FAMILIAR EN CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS DE LAS COVARIABLES ESTUDIADAS.

COVARIABLES	RECAIDAS				SIGNIFICACIÓN	
	CON TERAPIA FAMILIAR		SIN TERAPIA FAMILIAR		ESTADÍSTICA	
	+/n	%	+/n	%	X <sup>2</sup>	P
<b>POR GÉNERO</b>						
Masculino	8 / 32	25.0	19 / 25	76.0	14.643	P<0.01
Femenino	0 / 8	0.0	12 / 15	80.0	10.368*	P<0.01
<b>POR EDAD</b>						
Menor de 30	5 / 18	27.8	16 / 21	76.2	9.141	P<0.01
De 30 a más	3 / 22	13.6	15 / 19	78.9	15.105*	P<0.01
<b>POR E. CONYUGAL</b>						
Soltero (a)	7 / 28	25.0	23 / 26	88.5	21.989	P<0.01
Otro E.C.	1 / 12	8.3	8 / 14	57.1	4.816*	P<0.05
<b>PATOLOGIA DUAL</b>						
Con PD	0 / 9	0.0	4 / 6	66.7	5.128*	P<0.05
Sin PD	8 / 31	25.8	27 / 34	79.4	18.749	P<0.01
<b>VIOLENCIA FAMILIAR</b>						
Con PD	4 / 21	19.0	11 / 18	61.1	5.577*	P<0.05
Sin PD	4 / 19	21.1	20 / 22	90.9	17.721	P<0.01
<b>INCREMENTO PUNTAJE FM</b>						
En 8 o más puntos	1 / 16	6.3	3 / 9	33.3	1.451*	N.S.
En 7 o menos puntos	7 / 24	29.2	28 / 31	90.3	19.300	P<0.01

\* Aplicado el factor de corrección

	Casos de
+	recaída
	Casos expuestos en cada
n	categoría de covariable

En esta tabla, se observa que en todas las covariables coincide un menor porcentaje de recaída cuando son expuestos al programa de adicciones con terapia familiar. Sin embargo, si aumenta 8 puntos a más en el test de APGAR familiar, no hay diferencia en ambos grupos.

#### **IV. DISCUSIÓN**

La adicción es una problemática mundial y nacional, por lo que los programas de adicciones han ido mejorando con la añadidura de la terapia familiar, debido a que mejora la funcionalidad familiar y evita la recaída.

El centro de salud mental comunitaria de Trujillo tiene un programa de adicciones dirigido a 200 pacientes adictos que son controlados por un equipo multidisciplinario. Es por eso que se realizó un estudio cohorte prospectivo de los pacientes adictos para determinar la funcionalidad familiar y prevención de recaída.

Se estudió 80 pacientes adictos que fueron divididos en 2 grupos, el primer grupo compuesto por 40 personas que realizaron el programa de adicciones con terapia familiar y el segundo grupo, sin terapia familiar.

La mejoría de la funcionalidad familiar evaluado con el test de APGAR familiar, fue visualizado en el 85% de los pacientes adictos que llevaron el programa de adicciones con terapia familiar, en contraste con el segundo grupo que no realizó la terapia familiar, donde sólo mejoró el 25%. Por lo tanto, se concluye que la funcionalidad familiar tiene un impacto positivo si se realiza terapia familiar en pacientes adictos.

Fernández L. et al., en España, efectuaron un programa de intervención familiar en una muestra seleccionada al azar de 49 pacientes con trastornos mentales incluyendo el consumo de sustancias. Al finalizar, se realizaron cuestionarios, encontrando que la relación del paciente con la familia mejoró en un 74%, coincidiendo con la percepción familiar que mejoró en un 73%<sup>26</sup>. Por lo tanto, se concluye que la funcionalidad familiar tiene un impacto positivo si se realiza terapia familiar en pacientes adictos, debido al apoyo incondicional y compromiso de cada miembro para el crecimiento y mejora del miembro afectado.

Se observó que del grupo que realizó el programa de adicciones con terapia familiar, 6 pacientes terminaron con disfunción leve y 34 pacientes cambiaron a funcionales. Mientras que, del segundo grupo que llevó el programa de adicciones sin terapia familiar, 4 pacientes terminaron con disfunción severa, 7 con disfunción moderada, 19 con disfunción leve y 10 fueron funcionales. Se concluye que la incidencia de pacientes adictos que llevaron el programa de adicciones con terapia familiar tuvo resultados favorables en la funcionalidad familiar, con respecto a los que no llevaron terapia familiar.

Hernández J. y Gormaz P., en Chile, efectuaron un estudio descriptivo, cualitativo y transversal, con la participación de 10 usuarios con dependencia al alcohol y 10 familiares, buscando como objetivo secundario, caracterizar el funcionamiento familiar de los usuarios con dependencia alcohólica. En los resultados, se observó que 10% cataloga a su familia como “buena”, el 20% declara una “mala” relación, y el 70% como “regular”. Sin embargo, hubo cambios positivos en la funcionalidad debido a que los usuarios describieron un avance tras el ingreso al tratamiento. Estos hallazgos hacen referencia que la funcionalidad familiar puede mejorar si existe una coordinación de afecto, participación y adaptación familiar, siendo trascendente para el cambio.

Durante el estudio, se aplicaron 2 mediciones con el test de APGAR familiar. En el pre test, se halló que 10 pacientes tuvieron disfunción severa, 18 disfunción moderada y 12 disfunción leve; tras la intervención del programa de adicciones con terapia familiar, 6 pacientes pasaron a disfunción leve y 34 a funcionales. En

contraparte con el segundo grupo, donde no hubo mucha variación, en el pretest se observó 15 pacientes con disfunción severa, 19 con disfunción moderada y 6 con disfunción leve, que tras la intervención del programa de adicciones sin terapia familiar, 4 pacientes culminaron en disfunción severa, 7 en disfunción moderada, 19 en disfunción leve y 10 en funcionales.

Alviar M. y Bedoya L., en Colombia, efectuaron un estudio de tipo cualitativo, buscando cambios en el funcionamiento familiar en niños con trastornos de comportamiento en terapia de familia sistémica. Participaron 10 familias (cinco realizaron el proceso terapéutico y cinco hicieron parte del grupo control) que tuvieron dos momentos de medición: antes y después del proceso de terapia familiar. En el pretest, se encontró que 4 familias estaban ubicadas en el rango medio y una en el rango balanceado; finalizado el proceso terapéutico, dos pasaron a rango balanceado, dos se ubicaron en rango medio y una familia pasó al rango extremo. Se concluyó que al comprender la patología se produce mejora en el funcionamiento familiar. Esto demuestra que la empatía acompañada con la tutela de los padres puede redireccionar al adicto a un ciudadano activo que aporta a la sociedad.

Se evidenció que el grupo en quien se aplicó el programa de adicciones con terapia familiar recayó en el 20%, por otro lado, el grupo con el programa de adicciones sin terapias recayó en el 77.5%. Por lo que se concluye que la terapia familiar previene la recaída en adicciones.

Mercedes T, et al (Trujillo, 2017); en un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles; en 216 estudiantes universitarios quienes se dividieron en 2 grupos: expuestos o no expuestos a consumo de alcohol; se observó que la frecuencia de disfunción familiar en universitarios expuestos a consumo de alcohol fue 35%; la frecuencia de disfunción familiar en universitarios no expuestos a consumo de alcohol fue 19%; por lo que la disfunción familiar es factor asociado a consumo de alcohol en estudiantes con un odds ratio de 2.2, el cual fue significativo ( $p < 0.05$ ). Esto indica que no es trascendental tener estudios superiores, mostrando que el componente familiar es de mayor peso para caer en

adicciones. Por lo que se concluye que la terapia familiar previene la recaída en adicciones, debido a que ayuda al adicto a una mayor adherencia al tratamiento.

## V. CONCLUSIONES

- a) La funcionalidad familiar en pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con terapia familiar fue de 85% y sin terapia familiar fue de 25% en el Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo.
- b) El porcentaje de recaída de pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con terapia familiar fue de 20% y sin terapia familiar fue de 77.5% en el Centro de Salud Mental Comunitario Trujillo.
- c) La comparación de la incidencia de funcionalidad y recaída en pacientes adictos al culminar el programa de adicciones con terapia familiar fue de 85% y 20%, y sin terapia familiar fue de 25% y 77.5%, respectivamente.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Kronenberg L. Everyday life consequences of substance use in adult patients with a substance use disorder (SUD) and co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD): a patient's perspective. *BMC psychiatry* 2014; 14(1): 264.
- 2.-Cantão L. Suicidal behavior among drug addicts. *Revista brasileira de enfermagem* 2016; 69(2):389-396.
- 3.-Crnić, K. Addiction and depression comorbidity approaches. *Hospital Pharmacology-International Multidisciplinary Journal* 2016; 3(3):440-446.
- 4.-Rowe C. Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003–2010. *Journal of marital and family therapy* 2012; 38(1): 59-81.
- 5.-Filges, T. Multidimensional family therapy (MDFT) for young people in treatment for non-opioid drug use: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2015; 11(8).
- 6.-Rather Y. Socio-demographic and clinical profile of substance abusers attending a regional drug de-addiction centre in chronic conflict area: Kashmir, India. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS* 2013; 20(3): 31.
- 7.-Kumar N. Profile of substance use among patients attending De-addiction centres in a coastal city of southern India. *PloS one* 2013; 8(2): e57824.
- 8.-Hasin D. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry* 2013; 170(8): 834-851.
- 9.-Saunders J. Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Current opinion in psychiatry* 2017; 30(4): 227-237.

- 10.-Heinze G. Public policies on the use of drugs in Mexico and Latin America. *Drug Science, Policy and Law* 2015; 2: 2050324515611587.
- 11.-Toyama M. Peruvian mental health reform: a framework for scaling-up mental health services. *International journal of health policy and management* 2013; 6(9): 501.
- 12.-Pinna F. Behavioural addictions and the transition from DSM-IV-TR to DSM-5. *J Psychopathol* 2015; 21(4): 380-9.
- 13.-Trujillo K. personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. *Psicología y Salud*, 2015; 27(2): 141-153.
- 14.-Krieger D. Personality disorder and substance related disorders: a six-month follow-up study with a Brazilian sample. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2016; 65(2): 127-134.
- 15.-Carrà G Psychopathology of dual diagnosis: new trumpets and old uncertainties. *J. Psychopathol.* 2015; 21: 390-399.
- 16.-Kemjika O. Influence of family dysfunction on drug abuse of adolescent students of unity schools in south-south zone nigeria. *European Journal of Psychological Research Vol* 2015; 2(2).
- 17.-Tsounis A. The role of the family in the installation of drug-addiction: an attempt to explore the relationship. *Encephalos* 2013; 50: 109-113.
- 18.-Reis L. Narrative of a drug user's daughter: impact on family daily routine. *Escola Anna Nery* 2017; 21(3).
- 19.-Nimtz M. Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos. *Cogitare Enfermagem* 2014; 19(4).

- 20.-Fu Y. XStudy of family environmental factor on only-children's personality. Health 2013; 5(03): 567.
- 21.-Wang Y. The roles of family environment, personality and coping styles in adolescent depression. International journal of clinical and experimental medicine 2016; 9(2): 4989-4994.
- 22.-Suarez, M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista médica la Paz, 2014; 20(1): 53-57
- 23.-Castilla, H. Perception of Family Functioning: Psychometric Analysis of Family APGAR Scale in Adolescents in Lima. Journal of Educational Psychology-Propósitos y Representaciones 2014; 2(1): 65-78.
- 24.-Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP RM\_N° 574-2017-MINSA
- 25.-Liddle H. Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. Journal of substance abuse treatment 2018; 90: 47-56.
- 26.-Martín F. Evaluación de un programa de intervención familiar en pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad. Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005; (94): 07-18.
- 27.-Hernández J, Gormaz P. Incorporación de la familia en el tratamiento del alcoholismo. Chile. Tesis. 2015.
- 28.-Davalos G. Eficacia de la terapia familiar sistémica en el contexto escolar, un estudio empírico. España. Tesis. 2015.
- 29.-Bedoya M, Alviar R. Familias entrampadas en la hiperactividad. Revista de la Facultad de Trabajo Social 2013; 29(29), 237-259.
- 30.-Pérez C. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. Revista Cubana de Medicina General Integral 2005; 21(1-2): 0-0.

31.-Terrones I. Relación entre la dinámica familiar y el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de nivel secundario. 2016. Tesis. Lima.

32.-Mercedes T. Disfunción familiar como factor asociado a consumo de alcohol en estudiantes de una universidad. 2017. Tesis. Trujillo.

## VII. ANEXOS

### Anexo N°1 APGAR FAMILIAR

HC:                      Fecha:                      N°:                      Lugar:

<b>FUNCIÓN</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface cómo mi familiar expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa: c) el dinero					

**Anexo N°2**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Señor(a): \_\_\_\_\_

lo invitamos a participar del estudio: **“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ADICCIONES CON Y SIN TERAPIA FAMILIAR SOBRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN PACIENTES ADICTOS ”**, debido a que cumple con los criterios de selección.

El procedimiento del estudio consiste en aplicar un cuestionario que consta de 5 ítems, al ingreso y al culminar el programa.

No presentará ninguna incomodidad ni algún riesgo porque solo responderá las 5 preguntas, la única persona encargada del programa de adicciones será su psicoterapeuta tratante, por lo que no necesitará ningún medicamento agregado.

Se beneficiará porque se le hará un control cercano y continuo.

Su información es totalmente confidencial, solo se hará recolección de los resultados que se mostrarán en porcentajes sin mostrar nombres.

No tendrá que realizar ningún gasto económico, y cualquier duda que tenga con respecto a la investigación, se le responderá. Asimismo, puede consultar con otros profesionales.

La renuncia a participar o continuar en el estudio no comporta castigos ni pérdidas de beneficios. Puede retirarse del estudio en cualquier momento.

Le agradezco por tomarse el tiempo de leer el presente consentimiento informado.

En caso de alguna duda puede comunicarse con Kimberli Natalí María Sánchez García en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**HUELLA DIGITAL**

### Anexo N°3

#### TRIAJE ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL

##### I. FILIACIÓN

Fecha de evaluación                      EESS de referencia  
Nombres y apellidos                      Edad                      Sexo F ( ) M ( )  
DNI:                      Fecha de nacimiento:  
Grado de instrucción:                      Estado civil:                      Religión:  
Ocupación                      Vive con:  
Domicilio:                      Teléfono:  
Referencia de domicilio:  
Nombre del acompañante 1:                      Parentesco:  
Referido por:                      Tipo de Seguro:

##### II. MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

##### III. DESCARTE DE EMERGENCIA:

Agitación psicomotriz ( )                      Riesgo de autoagresión (suicidio) ( )

Efectos secundarios Med ( )                      Conducta desorganizada ( )

Crisis de angustia ( )                      Riesgo de heteroagresión (homicidio) ( )

##### IV. PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

Si (Marque x)	Tipo (subraye los problemas observados o especifique en el espacio respectivo)
	<b>1) Problemas depresivos:</b> tristeza, sensación de vacío, desánimo llanto fácil, pérdida de interés y el placer, valoración negativa, auto reproche, pesimismo, ideación o intento suicida. Otro:
	<b>2) Problemas de mania:</b> exaltación, euforia, más energía de lo habitual, sentimientos de estar acelerado, hacen las cosas rápidamente, habla mucho, gasta demasiado dinero. Otros:
	<b>3) Problemas somáticos:</b> cefalalgias, mareos, dolor abdominal, precordial, en la espalda, extremidades, aumento o disminución de peso, náuseas,

	hipersomnias, sudoración, estreñimiento, diarreas, enuresis, encopresis
	<b>4) Problemas ansiosos:</b> preocupación, tensión, crisis de miedo o angustia, sentimiento de susto, intranquilidad sensación de ahogos, palpitaciones, miedo a perder el control, morir o volverse loco
	<b>5) Problemas de fobias:</b> miedo sin que haya peligro real a animales, al agua, espacios cerrados, escenarios médicos, lugares altos, hablar en público, estar en multitudes, viajar lejos de su hogar.
	<b>6) Problemas escolares o laborales:</b> no aprende, bajo rendimiento escolar, no cumple con sus tareas o responsabilidades, incompetencia.
	<b>7) Problemas psicóticos:</b> alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias, táctiles, gustativas.
	<b>8) Problemas de conducta:</b> timidez, retraimiento social, agresividad, impulsividad, desobediencia, mentira, robo, fuga, vagancia, destructividad, piromanía, violencia.
	<b>9) Problemas de lenguaje:</b> verborrea, mutismo, tartamudeo, disartria, dislalia, soliloquio, ecolalia, coprolalia, verbigeración, disgrafías.
	<b>10) Abuso de alcohol consumo de drogas, luego compulsivo:</b> dificultades con familia, amigos, con las personas en el trabajo, en el colegio o la policía.

	<b>11)Problemas del rol sexual:</b> dificultades en la identidad genérica, amigos, con las personas en el trabajo o la policía.
	<b>12)Retardo mental:</b> lentitud en la comprensión y uso del lenguaje, incapacidad para el cuidado personal, retraso en las funciones motrices, dificultad en el control de esfínteres.
	<b>13)Violencia familiar:</b> maltrato físico, psicológico, sexual o negligencia y abandono.
	<b>14)Otros problemas:</b>
	<b>15)Estrés psicosociales:</b> enfermedad física: parto reciente, conflicto de pareja, violencia conyugal, maltrato infantil, hijos menores de 6 años, enfermedad/discapacidad física o mental de algún miembro familiar, pobreza, migración, desempleo, ruidos.
	<b>16)Otros datos subjetivos:</b>

**V. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL:**

No ( ) Si ( ) especificar:

**VI. CONCLUSIONES**

Admitido( ) Unidad( ) cita:

No Admitido( ) Derivado a:

Educación sobre el servicio( ) Información Derechos y Deberes( )

Orientación y apoyo( )

Consejería( ) otro:

Responsable del triaje especializado