

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN FAMILIAS. EVALUACIÓN CON EL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

CARMEN GIMENO ESCRIG

Médica Servicio Municipal de Alcoholismo y Drogodependencia. Villajoyosa.

ANGELES AMÉRIGO MARTÍNEZ

Trabajadora Social. Servicio Municipal de Alcoholismo y Drogodependencia. Villajoyosa.

«Dios ya estaba muerto cuando intentaron asesinarle».

Nietzsche

*«¿Por qué la pasión familiar del toxicómano?
El proyecto ideal del toxicómano sería construir una familia de la cual poder separarse».*

José Miguel Arnal

INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de las drogodependencias se ha resaltado la necesidad de impulsar algún tipo de movilización en la dinámica familiar como parte de un proceso terapéutico del toxicómano. De acuerdo con el marco de referencia de cada terapeuta, este trabajo familiar tendrá como objetivo la contención del síntoma dentro de la estructura familiar y la prevención de futuras recaídas, o una reestructuración del sistema que haga al síntoma innecesario para la estabilidad de la familia.

Es poco probable que un adicto desarrolle y mantenga un estilo de vida compatible con la adicción, sin el concurso y la implicación directa y decisiva de sus allegados. Existe un amplio consenso sobre la relación entre problemas de comportamiento del joven, incluido el consumo de opiáceos, y estilo de vida y medio ambiente.

Una de las cuestiones que nos planteamos para poner en marcha el programa de intervención en familias, fue la observación de que los pacientes adictos que habían acudido al recurso tenían un alto nivel de convivencia dentro del núcleo familiar; revisando los casos que constan el Servicio nos encontramos: 104 pacientes conviven con sus padres, 62 viven en pareja, 9 sin domicilio fijo, 14 viven solos (ver gráfico 2). Este fue un dato más que nos llevó a plantearnos la necesidad de

intervenir no sólo con los problemas del adicto, sino dentro del área del núcleo familiar

En las primeras fases del funcionamiento del Servicio, la familia no era objeto de intervención, sino de apoyo al tratamiento, considerando que el adicto tenía que modificar sus pautas dentro de la familia y la sociedad. El trabajo que se realizaba con las familias seguía una línea informativa-formativa.

En un segundo momento, sin abandonar la perspectiva anterior, se incorpora la consideración del núcleo familiar como la unidad de tratamiento: «*la adicción surge como resultado de una disfunción del núcleo familiar y de su entorno*», en consecuencia, el tratamiento de la familia se aborda desde esta perspectiva.

Cancrini refiere cuatro tipologías que nos han servido de modelo teórico y referencial en el tratamiento de las adicciones.

En este trabajo se presenta un estudio de evaluación de un programa de intervención en familias de drogodependientes, a través de un método indirecto: la medición del estado de salud de miembros de la familia antes y después de la intervención. El instrumento de valoración elegido es el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Se pretende medir si existe mejoría tras la intervención terapéutica, así como ver si el resultado del test se correlaciona con la situación del adicto.

Se pretende introducir la valoración del estado de salud para estudiar en qué medida se produce un cambio en dicho estado después de una intervención terapéutica. No profundizamos en cuestiones tales como la génesis de la adicción desde la disfunción personal, familiar, o social.

Desde este modelo, no interesa la visión lineal del problema: causa-efecto, si la adicción es el motivo que causa los trastornos que se detectan inicialmente en el test o si la patología que el test detecta es primaria o secundaria a la adicción de los hijos. Podemos sugerir, sin embargo, que el objetivo de un programa terapéutico es producir cambios favorables tras la realización de dicho programa. En este sentido es razonable esperar una mejoría en el estado de salud mental tras la realización de una terapia. En el contexto de las familias de los toxicómanos es también razonable esperar una mejoría en la forma de funcionamiento tras la realización de una terapia familiar específica. Los resultados que esperamos son dobles: primero, una mejoría en las condiciones objetivas de la adicción del hijo; segundo, una mejoría en el estado de salud de los padres.

MATERIAL Y MÉTODO

INTERVENCIÓN FAMILIAR

Uno de los objetivos básicos de la intervención es conseguir la implicación y el reclutamiento familiar.

Es importante el análisis de la demanda. Teniendo en cuenta el referente, entendiendo como tal, a la persona o institución que deriva el caso, así como estar atentos a quién es el que demanda, quiénes acuden a la primera entrevista, cómo y cuándo surge la necesidad, cómo se presenta. La demanda puede provenir de cualquier miembro de la familia y con cada uno de ellos se intenta elaborar elementos propios, no sólo del familiar adicto. La primera entrevista es de gran importancia, haciéndole ver al que demanda *«que ha llegado al sitio adecuado»*, conteniendo su ansiedad y fomentando la empatía buscando la creación de un vínculo. El estudio de su historia personal familiar fomentará este vínculo, al mismo tiempo que nos dará información sobre su situación presente. Este vínculo va a ser el elemento básico del cambio, que permitirá una relación con el Servicio, aunque todavía no tenga una motivación clara.

El análisis de la estructura familiar se realiza desde un modelo sistémico, es decir, desde las funciones de los subsistemas conyugal, parental, fratria y desde este mismo modelo se analiza la comunicación entre ellos. También se tienen en cuenta, entre ellos, aspectos psicodinámicos relacionados con la teoría de los roles.

Se ha realizado la intervención de modo individual y grupal.

La intervención individual se concretaba en los tres primeros meses mediante un sesión semanal, pasando posteriormente a una sesión cada quince días.

La intervención en el grupo se basa en la búsqueda de elementos comunes que se plantean en las familias con hijos adictos, para analizar cómo se posicionan ellos frente a hijos con problemas de drogadicción, siendo el grupo un elemento de apoyo y de análisis de decisiones tomadas.

El grupo tiene una periodicidad semanal y en él se trabajan aspectos relacionados con el rol materno y paterno, límites, autoridad, comunicación, sistemas parentales, filiales, culpa, autocuidado, formación, tratamiento ambulatorio, enfermedades asociadas a las drogodependencias, menopausia, etc. El grupo tiene una función de apoyo y comunicación, pero con el objetivo de producir cambios.

MUESTRA

Se han seleccionado las familias de los drogodependientes que entraron en tratamiento en nuestro Servicio durante el período de diciembre de 1992 hasta junio de 1993, independientemente de la modalidad de tratamiento aplicada a los hijos. En este programa, han participado 20 padres (18 mujeres y 2 hombres).

MEDICIÓN DEL ESTADO DE SALUD

De cada una de las familias se han seleccionado una serie de variables con respecto a los padres: datos socio-demográficos, sociales, situaciones médicas, antecedentes de trastornos psiquiátricos, laborales y de socialización. Con respecto a los hijos se estudiaron variables sanitarias, laborales, y referentes a la situación de consumo.

Como instrumento de medición se utilizó el General Health Questionnaire de Goldberg (G.H.Q.). Fue desarrollado por Goldberg y Blackweell en 1970 como método de *screening*, para caso psiquiátrico no psicótico. Adaptado y validado en nuestro país por Muñoz en 1979. El cuestionario es autoadministrable y puede contestarse en un tiempo medio aproximado de 10 minutos.

UTILIDAD DEL CUESTIONARIO

El cuestionario puede tener varias utilidades:

- a) Comparar los resultados de dos poblaciones diferentes
- b) En una población valorar los resultados del cuestionario y correlacionarlo con una serie de variables clínicas o sociales.
- c) En una población determinada, repetir el cuestionario en diferentes momentos con el objetivo de valorar los cambios que ocurren.
- d) Finalmente, el cuestionario puede ser utilizado para la obtención de la prevalencia de enfermedades psiquiátricas menores en estudios transversales.

Existen versiones de 120, 60, 30 y 12 ítem que recogen aspectos de síntomas corporales, pasando luego a cuestiones más propiamente psicopatológicas, como ansiedad, insomnio, disfunción social, depresión severa. La versión que hemos utilizado ha sido la de 60 ítems, autoadministrable y con una *línea de corte de 12 puntos*: por encima de 12 puntos se considera que estamos ante un caso psiquiátrico.

En nuestro estudio utilizamos este instrumento para hacer un seguimiento durante un período de un año de 20 familias de drogodependientes

pasando el test en dos ocasiones: previamente a la intervención terapéutica y a los 12 meses del inicio de la intervención. El estadístico utilizado fue el test de Wilcoxon para muestras apareadas. También se realizaron estudios de las diferencias entre los resultados de los diversos grupos según variables clínicas y sociales de los padres y los hijos mediante la H de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

La edad media de los padres es de 53,7 (amplitud: 41-63). En cuanto al estado civil el 80% están casados, el 10% viudos y el restante 10% separados. El 80% (ver gráfico 4) son emigrantes procedentes de provincias del centro y sur de España. El nivel de escolarización es muy limitado con el 45% analfabetos, 40% estudios primarios y el 15% graduado escolar (ver gráfico 3). En cuanto al nivel de ingresos, el 35% están por debajo de 100.000 ptas./mes, 35% 100-200.000, 30% más de 200.000 (ver gráfico 5).

Los ingresos familiares proceden, en el 50% de los casos, del trabajo personal, y en el 50% de pensiones. Las familias están constituidas por una media de 6 miembros. En el 40% de los casos hay otro adicto en la familia. *Con respecto a la necesidad de formación, en el 25% están acudiendo a cursos de alfabetización y neolectores.* En cuanto a la situación laboral de la familia, el 40% de las madres se dedican a la limpieza por horas, el 35% son amas de casa, el 10% pensionistas. En cuanto a la ocupación del padre, 40% pertenecen al gremio de la construcción y un 25% son pensionistas por invalidez. Con respecto al padecimiento de enfermedades de los padres, destacar que un 45% no presentan ningún tipo de patología y un 25% presentan problemas osteoarticulares. Con respecto a los trastornos psiquiátricos de los padres en tratamiento, durante el primer pase del test fue del 20% y en el segundo pase del test del 10%. Los antecedentes de alcoholismo y trastornos psiquiátricos en ambos sexos existían en el 35% de los casos.

Con respecto a la tipología de las familias, un 60% corresponde a las TIPO D o sociopáticas y un 40% a las TIPO B o neurosis actuales.

La media obtenida en el primer pase fue de 18,5 y la obtenida en el segundo test de 12,5 (ver gráfico 1).

Los resultados de la aplicación de la prueba de Wilcoxon para muestras apareadas muestran una $Z = -1,85$ con una $p = 0,06$.

Con respecto a los resultados del test, en el primer pase se obtuvo un 70% por encima de la línea de corte de 12, mientras que en el segundo pase realizado al año del primer test el resultado fue de 35% por encima de 12 (ver gráfico 7).

En cuanto a la situación de los hijos se han tomado dos protocolos de datos con un intervalo de un año.

La situación de los hijos la hemos valorado en dos momentos: en junio del 93 y en junio del 94, encontrándonos con los resultados que se aprecian en la tabla 1.

Se ha estudiado la relación del estado de los hijos con las puntuaciones del cuestionario de los padres sin encontrar resultados significativos.

Uno de los elementos importantes a destacar a la hora de evaluar el resultado, es que todos los padres han mantenido el tratamiento durante todo el año. Los hijos en 17 casos han mantenido el contacto con el servicio, a excepción de 2 casos que abandonaron por razones judiciales (ingreso en prisión) y de 1 caso que reinició el consumo de opiáceos, pero que volvió a empezar tratamiento en marzo del 94. Es decir, que la retención de los pacientes cuyos padres acudieron a intervención fue del 85%, lo que pone en evidencia la importancia del trabajo con la familia. Todos los pacientes en tratamiento con metadona han continuado en el programa y el seguimiento en nuestro servicio con controles periódicos de orina y entrevistas individuales.

DISCUSIÓN

Unos de los primeros elementos que valoramos son las características del grupo familiar. En nuestro estudio encontramos que conviven en familia cerca del 77%, datos semejantes a los obtenidos por Jiménez en 1991 e inferiores a la media de su grupo control que se sitúa alrededor del 88%. En España, la proporción de adictos a la heroína que conviven con sus padres durante su proceso adictivo es mucho mayor que en los países anglosajones, donde la salida del núcleo familiar se realiza más precozmente. Este es uno de los motivos que nos diferencia y que debe servir para plantear alternativas más acordes a nuestra cultura. En el proyecto EMETYST se observó que la convivencia con la familia (el 76% al inicio del tratamiento y el 65% a los dos años), no aumentaba las posibilidades de recuperación, lo cual sugiere que no se utiliza el potencial curativo de la familia, porque no se la implica lo bastante en el tratamiento, por carecer de la información adecuada o por su codependencia (asumir las responsabilidades del adicto y perder el respeto a sí mismo). Sería, por lo tanto, interesante diseñar estudios para analizar si la familia puede ser una ayuda más eficaz en la recuperación del toxicómano.

Con respecto a los antecedentes familiares de alcoholismo y trastornos psiquiátricos en ambos padres nos encontramos con un 35 %, del que un 30 % es alcoholismo paterno y 2,5% corresponde a alcoholismo materno, cifra semejante a la obtenida por Jiménez de un 44%

de alcoholismo, frente a 10 % de la población general. La existencia del alcoholismo paterno es un factor de gran importancia, ya que se considera responsable de una vulnerabilidad alta en los hijos, con una gran frecuencia de psicopatología, sobre todo de patología del comportamiento⁶.

La media de hijos es del 3,95, semejante a los resultados obtenidos por Jiménez con medias cercanas a los 4 hermanos, muy superior al grupo control 2,15, con la importancia que puede tener el fenómeno de contagio sobre miembros más jóvenes de la familia. Es de destacar el porcentaje de otros adictos en nuestra muestra, que se sitúa en el 40% de las familias.

Con respecto al resultado de la evaluación de la intervención realizada durante un año en nuestra muestra de padres con el G.H.Q., es de destacar la mejoría general obtenida en el segundo test con respecto al primero, con tendencia clara hacia la significación estadística. Esta mejoría no se ha podido relacionar estadísticamente con ninguna variable clínica valorada. Sin embargo, si analizamos individualmente los resultados, observamos que en el segundo pase del test se obtienen peores resultados en tres madres. La interpretación que hacemos de este hecho es la mayor conciencia de sus déficits a nivel personal y en su relación de pareja, lo que hace necesario modificar algunos aspectos de la intervención. En estas tres madres es importante señalar que, en dos casos, sus hijos estaban consumiendo y, en el tercero, el hijo estaba en el penitenciario.

En estos tres casos, de no haber utilizado un instrumento de evaluación, consideraríamos que el resultado era positivo, ya que en los tres se había logrado la integración en la escuela de adultos, con todo lo que ello supone de autocuidado personal y la inclusión en actividades asociativas. Sin embargo, su estado de salud general había empeorado. También sería destacable la falta de implicación del padre en estos tres casos, con intentos reiterativos fracasados, por el terapeuta, para su implicación en el proceso.

En definitiva, podemos resaltar que los adictos de nuestra muestra conviven de forma mayoritaria en familia y, por tanto, la intervención sobre el núcleo familiar puede ser un elemento de interés en el tratamiento integral de las adicciones. En nuestro estudio encontramos una tendencia a la mejoría en la situación de las familias que apoya esta hipótesis.

BIBLIOGRAFÍA

- MELERO, J.C. (1994): «Clínica y prevención familiar de las Drogodependencias. Encuentros y Desencuentros». *Adicciones*, vol. 6, n.º 2.
- VALVERDE, M.; MARTÍNEZ, M.; INCHAUSPE, J.A. (1991): «Intervención familiar y retención de adictos a opiáceos en tratamiento ambulatorio». *Adicciones*, vol. 3 y 4.
- GOLDBERG, D.P. (1972): «The detection of psychiatric illness by questionnaire». Maudsle Monograph n.º 21. Oxford University Press. London.
- MUÑOZ P.E. COLS (1979): «Adaptación española del General Health Questionnaire (Q.H.G.) Goldberg». *Archivos de Neurobiología*, n.º 42, vol. 2.
- CANCRINI, L. (1988): «Drogadicción juvenil: tipología de heroinómanos y sus familias». *Family Process*, vol. 27 (3).
- JIMÉNEZ FILLOY, J.L.; REVUELTA BRAVO (1991): «La familia del toxicómano: un estudio comparativo». *Adicciones*, vol. 3, n.º 2.
- SÁNCHEZ CARBONELL, J. (1988): «La evaluación de los programas de tratamiento de las personas adictas a drogas opiáceas». *Revisión en Salud Pública* 1991, 2.
- MARCH, T (1989): «Adolescencia y familia en el Toxicómano». *Rev. Esp. Drogodep.*, 14, 3.
- BADIA, X. (1994): «Seminarios de formación continuada en gestión de Servicios Clínicos». La medida del estado de salud en la investigación y en la práctica clínica. Ed 93-94.
- DÍAZ, O.; SANABRIA, M.A.; SANABRIA, P. (1993): «Resistencias al tratamiento en familias con toxicómanos». *Adicciones*, n.º 5.
- FERNÁNDEZ, M.; MANRIQUE, R.; PASCUAL, C.; VALLEJO, J.A. (1991): «Relaciones familiares y drogadicción». *Adicciones*, vol. 3, 1.
- KALIMA, E.; KOVADLOFF, S. (1987): «La droga máscara del miedo». Ed. Fundamentos Madrid.
- SIEGEL, S. (1985): «Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta». 9ª

TABLA 1: SITUACIÓN DE LOS HIJOS EN LOS DOS MOMENTOS EN QUE SE PASÓ EL TEST

ENFERMEDADES INFECCIOSAS	35% sin patología 35% hepatitis y VIH 20% hepatitis 10% hepatitis VIH y TBC	30% sin patología 45% hepatitis y VIH 20% hepatitis 5% TBC
CONSUMO	Consumo 45% Abstinencia 30% Metadona 25%	Consumo 10% Abstinencia 50% Metadona 40%
TIEMPO DE ABSTINENCIA EN MESES	1'5	11'25
TIEMPO TRATAMIENTO CON METADONA EN MESES	1'8	5'1
TRABAJO	0,35	0,5
TIPO DE CONTRATO	20% laboral temporal 5% laboral fijo 10% subempleo	20% laboral temporal 5% laboral fijo 20% subempleo
PRESTACIONES SOCIALES	25% reciben prestaciones no contributivas	25% reciben prestaciones no contributivas

GRÁFICO 1: Media de los Resultados de los Test - Línea de Corte 12

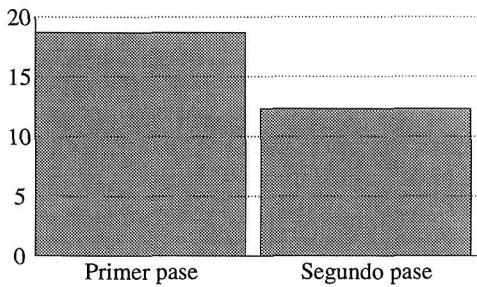


GRÁFICO 2: Convivencia-Total 199

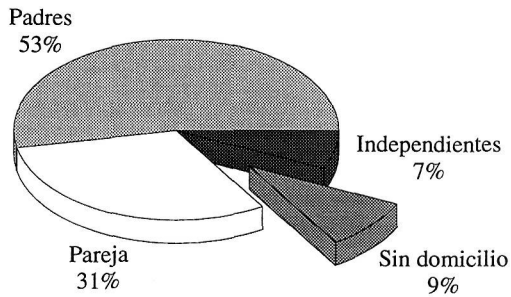


GRÁFICO 3: Nivel de Escolarización

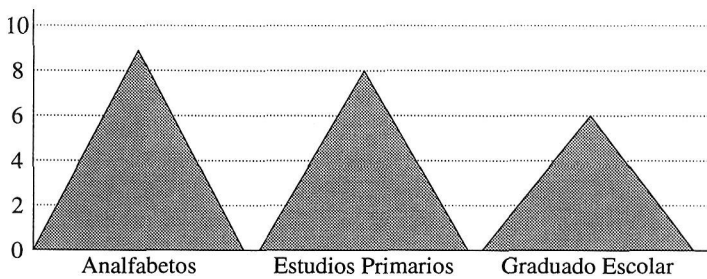


GRÁFICO 4: Estado Civil

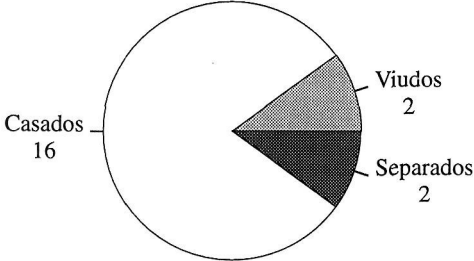


GRÁFICO 5: Nivel de Ingresos - Unidad Familiar

