EVALUACIÓN DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN BREVE PARA FAMILIARES DE USUARIOS DE ALCOHOL Y DROGAS. UN ESTUDIO PILOTO

Marcela Tiburcio Sainz*, Guillermina Natera Rey**

SUMMARY

The high prevalence of alcohol and other drugs consumption suggests that living with a substance user has become a frequent situation among the Mexican population. The wide range of social and health problems related to consumption represents significant sources of stress and distress for family members.

Within the family, as well as in the sociocultural environment, there are myths, values, traditions and beliefs that prevent family members from receiving external help to cope with substance-use related problems.

On the other hand, health care alternatives for families under such conditions are scarce and inaccessible. The previous information underlines the need for intervention models to help families improve their physical and psychological health condition when faced to the substance use of one family member.

This paper reports the evaluation of an intervention model based on the stress-coping health approach. This proposal suggests that people living with alcohol and other drugs users are exposed to several unpleasant experiences affecting both physical and psychological levels. Natural responses to such strains are known as coping, which might influence the level of stress experienced, and the consumption problem itself.

Research carried out in Mexico and England revealed a three-factor structure of coping with substance abuse: a) engagement, includes the attempts of family members to change excessive drinking or drug taking, some forms of engaged coping are emotional and controlling, some other are supportive or assertive; b) tolerance, which can take the form of inaction, acceptance, self-sacrifice or support, c) withdrawal, includes actions that lead the relative to his/her independence.

Further analysis showed that the score on withdrawal is negatively correlated to the presence of symptoms suggesting that withdrawal coping might be considered a healthy trait in the coping repertoire.

Based on the results of a broader study about families coping with alcohol and drug abuse, an intervention model was developed aimed at helping family members to identify and reflect around the ways they have coped with consumption and its consequences, in order to find more effective ones that could also reduce the stress they experience.

Intervention consists of five steps: 1) to listen and to explore the perceptions and circumstances about the way alcohol and drug use affect the family; 2) to provide objective and relevant information about the substance and its effects; 3) to identify the natural coping mechanisms analyzing its advantages and disadvantages; 4) to explore the support the family member has received; 5) to refer to specialized sources of help when needed.

A pilot study was carried out in order to evaluate the intervention's effectiveness. The study consisted in the comparison of the different ways of coping used and the presence of physical and psychological symptoms before and three months after the intervention.

The sample included 28 relatives of alcohol and drug users, who were contacted at three different sites located in the Southern area of Mexico City: 1) psychological assistance agency, 2) community agency, and 3) addiction treatment agency.

Changes in coping were accounted for through the Coping Questionnaire, while the presence of symptoms was assessed with the Symptom Rating Test. In addition, a questionnaire to explore satisfaction with the orientation received was also administered after completing the intervention.

Data analysis considers the cases that completed all five steps included in the intervention model. Before the intervention, the most common ways of coping reported were related to the engaged position, for instance, talking to the user about his/her alcohol or drug consumption, insisting on the subject or starting arguments. Other frequent ways of coping tend to tolerance, such as feeling hopeless and pretend everything is all right when it is not.

At follow up the most reported coping actions corresponded again to the engaged position but in a supportive style, for example, to discuss with the user what can be done regarding his/her substance abuse, or explaining to the user the expectations regarding his behavior.

The results show that the use of tolerant and engaged ways of coping decreased after the intervention. Likewise, the use of responses related to withdrawal increased after completing the five steps intervention model. This coping position was identified as a healthy sign in previous studies.

Results also show that the presence of physical and psychological symptoms decreased. Before intervention all

*Investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
**Jefa del Departamento de Investigaciones Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
Correspondencia: Mtra. Guillermina Natera, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan,14370, México, D. F., E-mail: naterar@imp.edu.mx
Recibido: 24 de julio de 2003. Aceptado: 29 de agosto de 2003.

participants reported having experienced symptoms such as *"nervous"*, *"worried"* and *"unhappy or depressed"* from the psychological subscale. Regarding physical symptoms, the more frequently reported were *"dizzy or faint"* and *"feeling tired or lack of energy"*.

The difference between both measurements (before and after intervention) was statistically significant as to *"dizzy or faint"* ($z=-2.646$, $p\leq 0.05$) and *"feelings of pressure or tightness in head"* ($z=2.460$, $p<0.05$).

Regarding satisfaction with the orientation received, participants mentioned it was very useful; after taking part in the study they perceived changes in their lives as well as in the relationship to the alcohol or drug user.

According to participants, receiving information about the substance abuse problem constitutes an additional advantage of the intervention. Moreover, five relatives decided to seek more intense help for other family or individual problems.

The intervention model represents a feasible alternative to approach the problems derived of living with an alcohol or drug user as the findings show a decrease of symptoms and changes in coping.

In general terms, relatives concluded the intervention having a clearer picture of the alternative ways of coping they could use. During follow up the participants mentioned they had practiced those new responses to deal with alcohol or drug abuse. In some cases they noticed changes in the user's behavior that contributed to reaffirm the notion that seeking help was the right decision.

This first approach to evaluation of effectiveness set the basis for future research that should include larger samples and more complex designs in order to compare different groups.

Key words: Intervention, family, coping, alcohol and drug abuse, Mexico.

RESUMEN

La alta prevalencia actual del consumo de alcohol y otras drogas indica que la convivencia con un usuario de estas substancias es una situación que se da cada vez con más frecuencia entre la población mexicana. En estas circunstancias, la diversidad de los problemas sociales y de salud que se asocian con el consumo, se convierte en importante fuente de tensión y malestar para los miembros de la familia.

Al interior de la familia y en el ambiente sociocultural existen mitos, valores, tradiciones y creencias que limitan la posibilidad de que los afectados reciban ayuda externa para hacer frente a los problemas relacionados con el consumo de substancias. Por otra parte, las alternativas para atender los problemas de salud de los familiares de los consumidores son escasas y poco accesibles. De ahí la necesidad de contar con un modelo de intervención que contribuya a que los familiares logren un mejor estado de salud física y psicológica.

En este trabajo se documenta la evaluación de un modelo de intervención basado en la aproximación estrés-enfrentamiento-salud. Esta propuesta sugiere que las personas que conviven cotidianamente con usuarios de substancias están expuestas a diversas experiencias desagradables que se manifiestan a nivel psicológico y físico. El conjunto de respuestas naturales a dicha tensión se conoce como enfrentamiento.

Con base en los hallazgos resultantes de una amplia investigación sobre este tema, se desarrolló un modelo de intervención dirigido a propiciar que los familiares identifiquen y reflexionen respecto a las formas en que le han hecho frente a este problema y a sus consecuencias para que logren reaccionar de formas más efectivas que ayuden a reducir su tensión.

La intervención consta de 5 pasos: 1) escuchar y explorar las percepciones y las circunstancias sobre cómo afecta el consumo a la familia; 2) proporcionar información objetiva y relevante sobre las sustancias y sus efectos; 3) identificar los mecanismos naturales de enfrentamiento y analizar sus ventajas y desventajas; 4) explorar el apoyo recibido, y 5) canalización hacia fuentes de ayuda especializada.

Se llevó a cabo un estudio piloto con el objeto de evaluar la efectividad del modelo de intervención. El estudio consistió en la aplicación de los cinco pasos del modelo, en la comparación de las formas de enfrentamiento, y de la presencia de sintomatología física y psicológica, antes y 3 meses después de la intervención.

En el estudio participaron 28 familiares de usuarios de alcohol y otras drogas a los que se contactó en un centro de atención psicológica, un centro comunitario y un centro especializado en el tratamiento de las adicciones.

El análisis de datos toma en cuenta a los casos que completaron los cinco pasos de la intervención. Los resultados mostraron que los informes sobre la frecuencia en el uso de las formas de enfrentamiento, de tolerancia y de involucramiento se redujeron. Se observó asimismo un incremento en el empleo de algunas formas de enfrentaniento, relacionadas con el retiro, lo que en estudios previos se había identificado como un rasgo saludable. Los hallazgos muestran también una disminución en la frecuencia con que los participantes experimentaron síntomas físicos y psicológicos. La diferencia entre ambas mediciones (antes y después de la intervención) tiene significancia estadística en los reactivos *"mareado o débil"* ($z=-2.646$, $p\leq 0.05$) y *"presión en la cabeza"* ($z=2.460$, $p\leq 0.05$). En cuanto a la satisfacción respecto a la orientación recibida, los participantes indicaron que fue de mucha utilidad y que habían experimentado cambios tanto en su vida como en su relación con el usuario de alcohol o de drogas, a partir de que recibieron dicha orientación.

Los resultados indican que hubo una reducción de los síntomas expresados por los familiares y también cambios en las formas de enfrentamiento. Por esta razón, el modelo de intervención representa una alternativa viable para el abordaje de los problemas que se originan al vivir con un usuario de alcohol o de drogas.

Palabras clave: Intervención, familia, enfrentamiento, abuso de alcohol y drogas, México.

INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo de alcohol y otras drogas, es sin duda uno de los problemas más graves en México y en el resto del mundo. En la actualidad, existe un enorme acervo de bibliografía que advierte sobre las diferentes consecuencias sociales y de salud que se derivan de las prácticas de consumo en la población, lo que hace evidente que vivir con un consumidor de alcohol o de drogas, es una experiencia cada vez más común, dada la prevalencia de este problema. Es así que la familia

se perfila como el grupo que sufre los estragos del consumo de manera más inmediata y directa (8).

Estudios realizados con familias mexicanas indican que el consumo de substancias afecta negativamente la salud de la familia, y que, asimismo, existen mitos, valores, tradiciones y creencias que trastocan la vida familiar. Dichas barreras en la búsqueda de ayuda, actúan generando expectativas en relación con la función de la familia y con la conducta de cada uno de sus miembros, ya que puede existir gran presión por parte de algunos de ellos para evitar que la información referente a los problemas ocasionados por el consumo salga del contexto familiar (7, 8).

Desde este punto de vista, la presencia de un consumidor de alcohol o de drogas en la familia, implica un fracaso en el cumplimiento de las expectativas sociales relacionadas principalmente con los roles familiares y de género. Por ello, es común que los integrantes del grupo familiar experimenten sentimientos de vergüenza, culpa y temor que con frecuencia los pueden llevar a ocultar la problemática existente, en un intento por solucionarla dentro de la familia.

El desconocimiento de lo referente a los servicios de atención, la poca disponibilidad y accesibilidad de los centros de tratamiento y la falta de opciones de intervención que permitan cubrir las necesidades específicas de los solicitantes, constituyen otras barreras para buscar ayuda (7).

De ahí la necesidad de contar con un modelo de intervención orientado hacia la búsqueda de nuevas formas de relacionarse con el resto de la familia, que contribuya a reducir los efectos negativos del consumo y que ayude a los familiares a lograr un mejor estado de salud física y psicológica.

El modelo de intervención cuya evaluación se documenta en este trabajo, se basa en la aproximación estrés-enfrentamiento-salud (13, 14) la cual asume que los individuos que conviven cotidianamente con usuarios de alcohol o drogas están expuestos a una serie de experiencias desagradables —de las que no son directamente responsables— que dan pie a la aparición de diferentes síntomas de tensión o de estrés que se manifiestan a nivel psicológico y físico. El conjunto de las respuestas naturales a dicha tensión se conoce como enfrentamiento, y puede tener influencia en las tensiones experimentadas por los familiares así como en el problema de consumo (6, 11).

En Inglaterra, Orford, Rigby y cols. (11) realizaron una investigación con la intención de identificar las diferentes formas naturales de responder ante el consumo excesivo de substancias en la familia. Los autores tipificaron ocho formas de enfrentamiento ante esta problemática, a partir de los relatos de 50 familiares, a saber: emocional, tolerante, inactiva, evitadora, controladora, asertiva, apoyadora e independiente.

En un estudio posterior realizado con familias mexicanas e inglesas, Orford, Natera y cols. (12), analizaron la estructura del enfrentamiento en un intento por confirmar la existencia de las ocho formas previamente identificadas. En este nuevo análisis los datos se agruparon en tres "posiciones de enfrentamiento" que podrían representar formas universales de responder al consumo de un familiar: a) *Involucramiento*, incluye los intentos de los familiares por cambiar el consumo excesivo e inaceptable; algunas formas de involucramiento son emocionales y controladoras, otras pueden ser tendientes a prestar apoyo y otras más, asertivas; b) *Tolerancia*, que puede presentarse como inacción, aceptación, sacrificio o apoyo, y c) *Retiro*, acciones que conducen a la independencia del familiar.

En relación con los efectos del enfrentamiento sobre la salud familiar, un análisis ulterior de los datos mostró que ciertos grupos de familiares están en mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental; por ejemplo, las esposas de usuarios de alcohol y de drogas, mostraron patrones de enfrentamiento altos en tolerancia e involucramiento, mismos que se correlacionaron significativamente con el nivel de síntomas.

Por otra parte, se observó que la calificación en la escala de retiro tiene una correlación negativa y estadísticamente significativa con la sintomatología. Esto sugiere que las estrategias de retiro pueden ser un signo saludable en el repertorio de los enfrentamientos (12).

Con base en esta experiencia de investigación se elaboró un modelo de intervención (9) cuyo principal propósito es propiciar la reflexión en los familiares de tal forma que aprendan a responder de modo más efectivo, para disminuir la tensión que sufren, aún si el usuario niega tener un problema o no acepta acudir a tratamiento.

El modelo de intervención consta de cinco pasos que pueden completarse incluso en una sola sesión y que a continuación se sintetizan; el documento original expone con mayor detalle cada uno de los pasos (9, 10):

1. Escuchar y explorar las principales percepciones y circunstancias de cómo afecta el consumo a la familia.
2. Proporcionar información objetiva y relevante sobre las substancias y sus efectos.
3. Identificar los ocho mecanismos naturales de enfrentamiento y analizar sus ventajas y desventajas. Mostrar que hay alternativas de respuesta más eficientes.
4. Explorar los apoyos recibidos y sugerir otros nuevos.
5. Canalizar hacia fuentes de ayuda especializadas al familiar si éste así lo requiere.

CUADRO 1
Características de la muestra

No.	*Sexo*	*Edad*	*Escolaridad*	*Ocupación*	*Parentesco*	*Substancia*	*Fuente**	*Usuario en Tx*
1	Femenino	34	Superior técnico	Enfermera	Esposa	Alcohol	CAP	X
2	Femenino	42	Comercio	Jefe estación	Madre	Cocaína	CAP	
3	Masculino	48	Secundaria	Mecánico	Padre	Alcohol	CAP	X
4	Femenino	49	Comercio	Secretaria	Madre	Alcohol	CAP	X
5	Femenino	48	Licenciatura	Maestra	Esposa	Alcohol	CAP	
6	Femenino	42	Licenciatura	Actriz	Esposa	Drogas	CAP	
7	Femenino	45	Licenciatura	Enfermera	Hermana	Cocaína	CAP	X
8	Masculino	75	Primaria	Albañil	Padre	Cocaína	CAP	X
9	Femenino	43	Secundaria	Ama de casa	Madre	Cocaína	CAP	
10	Femenino	28	Secundaria	Ama de casa	Nuera	Alcohol	COM	
11	Femenino	27	Secundaria	Ama de casa	Esposa	Alcohol	COM	
12	Femenino	46	Primaria	Ama de casa	Madre	Inhalables	CT	
13	Femenino	51	Primaria	Ama de casa	Madre	Alcohol	CT	
14	Femenino	21	Licenciatura	Estudiante	Novia	Alcohol	CAP	
15	Femenino	67	Primaria	Ama de casa	Madre	Inhalables	CAP	X
16	Femenino	23	Licenciatura	Maestra	Hija	Alcohol	CAP	
17	Masculino	35	Licenciatura	Comerciante	Cuñado	Alcohol	COM	
18	Femenino	28	Licenciatura	Ama de casa	Hermana	Alcohol	COM	
19	Femenino	32	Preparatoria	Capturista	Esposa	Alcohol	COM	
20	Masculino	22	Preparatoria	Estudiante	Amigo	Alcohol	COM	
21	Femenino	39	Licenciatura	Enfermera	Hermana	Alcohol	COM	
22	Femenino	60	Primaria	Ama de casa	Esposa	Alcohol	COM	
23	Masculino	24	Preparatoria	Vigilante	Hijo	Alcohol	COM	
24	Masculino	25	Preparatoria	Comercio	Hermano	Alcohol	COM	
25	Femenino	18	Preparatoria	Estudiante	Hermana	Alcohol	COM	
26	Masculino	32	Preparatoria	Empleado	Padre	Alcohol	COM	
27	Masculino	23	Licenciatura	Estudiante	Hermano	Alcohol	COM	
28	Masculino	23	Licenciatura	Estudiante	Hermano	Drogas	COM	

*Fuentes: Centro de atención psicológicos (CAP); Comunidad (COM); Centro de tratamiento (CT)

Hasta la fecha se han evaluado diferentes aspectos del modelo de intervención con el propósito de delimitar el perfil del orientador, determinar la pertinencia del lenguaje empleado, definir los materiales de apoyo necesarios para facilitar la labor del orientador* y explorar la factibilidad de su aplicación en el escenario de la atención primaria a la salud y en el ámbito laboral**.

A fin de contar con más información sistemática sobre los resultados de la intervención, se llevó a cabo un estudio piloto cuyo objetivo fue evaluar la efectividad del modelo en la modificación o adquisición de nuevas formas de enfrentar el consumo y sus consecuencias en la familia.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio consistió en la aplicación del modelo de intervención en familiares de usuarios de alcohol y drogas y en la comparación de las formas de enfrentamiento y de la presencia de sintomatología, antes y después de la intervención.

En total, se logró la participación de 28 familiares; se contactó a 14 de ellos en un centro de tratamiento y un centro de atención psicológica y a los otros 14 a través de un centro comunitario localizado en el sur de la ciudad de México. En las dos primeras instituciones, se estableció contacto con los familiares que habían acudido a solicitar ayuda para el usuario, mientras que en la comunidad, se ofreció la intervención en escuelas y centros de salud.

La muestra estuvo integrada por 9 hombres (3 padres, 1 hijo, 3 hermanos, 2 otro parentesco) y 19 mujeres (6 madres, 6 esposas, 4 hermanas, 1 hija, 2 otro parentesco); 20 eran familiares de usuarios de alcohol y 8 de usuarios de drogas, principalmente de cocaína. Las características de la muestra se describen en el cuadro 1.

Una vez que se estableció contacto con los participantes, se les explicó cuál era el objetivo del estudio y cuáles las características del modelo de intervención; asimismo, se solicitó su colaboración para que participaran por lo menos en una sesión de intervención y en una sesión de seguimiento, tres meses después de concluida la intervención. Esta última se llevó a cabo de manera individual para facilitar el análisis de las estrategias de enfrentamiento, excepto en un caso en el que el padre y la madre del usuario optaron por recibir la orientación en conjunto.

De acuerdo con los cinco pasos que integran el modelo

*NATERA G, CASCO M: Informe de evaluación de la prueba piloto del "Manual de capacitación destinado a los orientadores de prevención de alcohol y drogas en los países latinoamericanos, para su trabajo de intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares". Reporte Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993.

**NATERA G, TIBURCIO M: Results from the family component. Mexico. Trabajo presentado en: Final Review Meeting of the ILO/UNDCP/WHO Project on Model Programmes of Drug and Alcohol Abuse Prevention Among Workers and Their Families. Ginebra, Suiza, febrero 3-5 de 1998.

de intervención, durante la primera sesión se identificó la problemática familiar relacionada con el consumo de alcohol o de drogas, a través del relato de los propios familiares; asimismo, se aplicaron los instrumentos de evaluación y se inició el análisis de las formas de enfrentamiento empleadas por dichos familiares.

En las sesiones subsecuentes se continuó el análisis de las ventajas y desventajas de las formas de enfrentamiento señaladas por los familiares y se elaboró un plan de acción específico para cada caso, consistente en el uso de formas de enfrentamiento potencialmente más efectivas o bien, de otras formas que no se hubieran utilizado antes.

El seguimiento se llevó a cabo tres meses después de haber concluido la intervención. Durante esta etapa se indagó cuáles habían sido los cambios en la forma de enfrentar el consumo; si estos cambios habían sido efectivos o si se había observado alguna modificación en el patrón de consumo del usuario. También se aplicaron los instrumentos de evaluación.

La efectividad de la intervención se evaluó a partir de los cambios registrados tanto en las formas de enfrentamiento indicadas por los familiares como su estado de salud, mediante los siguientes instrumentos:

Cuestionario de enfrentamientos (CQ, Orford y cols. [14])

Consta de 30 reactivos que indagan la ocurrencia de diferentes formas de enfrentamiento así como la frecuencia con que se han empleado en los últimos tres meses (nunca=0, una o dos veces=1, algunas veces=2, con frecuencia=3). Explora las tres posiciones de enfrentamiento descritas por Orford y cols. (12) a saber: involucramiento, tolerancia y retiro. Se pidió a los participantes que completaran este cuestionario antes de la intervención y 3 meses después de ésta, para registrar los cambios operados en las formas de enfrentamiento. La aplicación de dicho cuestionario toma aproximadamente 30 minutos.

Escala de Síntomas (SRT, Kellner y Shefield [2])

Consiste en 30 ítems que evalúan el malestar psicológico, entendido como un estado transitorio y cambiante. Tiene tres opciones de respuesta para evaluar la frecuencia con que se experimenta cada uno de los síntomas (nunca=0, algunas veces=1 y a menudo=2). Este instrumento se ha empleado con éxito en investigaciones previas y ha sido validado en una población mexicana de estudiantes; en dicho estudio se encontró un nivel de confiabilidad aceptable (alpha=0.93) y una estructura factorial de dos subescalas claramente definidas: síntomas físicos y síntomas psicológicos (5). También se aplicó antes de la intervención y 3 meses después de la misma.

Cuestionario de Satisfacción con la intervención

Finalmente, se diseñó un cuestionario para evaluar en qué medida cubrió la intervención las expectativas de los participantes y cuáles fueron los cambios más notorios para ellos y para quienes les rodeaban. Asimismo se identificó cuál, desde su punto de vista, fue la estrategia de enfrentamiento más útil para cada caso en particular. El cuestionario consta de 7 preguntas abiertas y de 17 preguntas cerradas. Los familiares contestaron dicho cuestionario al final de la intervención, y éste no fue aplicado por el orientador sino por una persona ajena al proceso de orientación.

RESULTADOS

Los datos que se presentan a continuación, corresponden a once casos que completaron todas las fases de la intervención y que participaron también en el seguimiento. Aun cuando el tamaño de la muestra es ciertamente reducido, se compararon las dos mediciones (Pre-Post) relativas a las formas de enfrentamiento y a la presencia de síntomas, como un ejercicio exploratorio más que con la intención de establecer generalizaciones o de llegar a conclusiones contundentes.

En promedio, se requirieron 4 sesiones para completar la intervención (mínimo 2); sólo en un caso fueron necesarias 7 sesiones dado que el familiar solicitó reuniones adicionales para comentar los resultados que obtuvo con las estrategias de enfrentamiento que puso en práctica. A continuación se describen los resultados obtenidos a través de los instrumentos empleados.

Enfrentamiento del consumo

Las formas de enfrentamiento manifestadas con mayor frecuencia antes de la intervención corresponden a la posición de *involucramiento* en su modalidad asertiva y emocional, y se refieren a las acciones tendientes a hacer saber al usuario que su consumo representa un problema para la familia, por ejemplo hablar con él (o ella), insistir e incluso discutir, ponerse triste o malhumorado (ver figura 1). Otras formas de enfrentamiento frecuentes, se vinculan con la *tolerancia*, por ejemplo, sentirse el familiar desesperado y fingir que todo está bien cuando no es así (figura 2).

Las acciones señaladas con menor frecuencia fueron: darle dinero al usuario sabiendo que lo gastará en drogas *(tolerancia)*, acusar al usuario de no amar al familiar *(involucramiento emocional)*, que el familiar se consienta o se dé sus propios gustos *(retiro)* (figura 3).

En el seguimiento, las formas más comúnmente utilizadas para enfrentar el problema correspondieron nuevamente a la posición de *involucramiento*, pero en

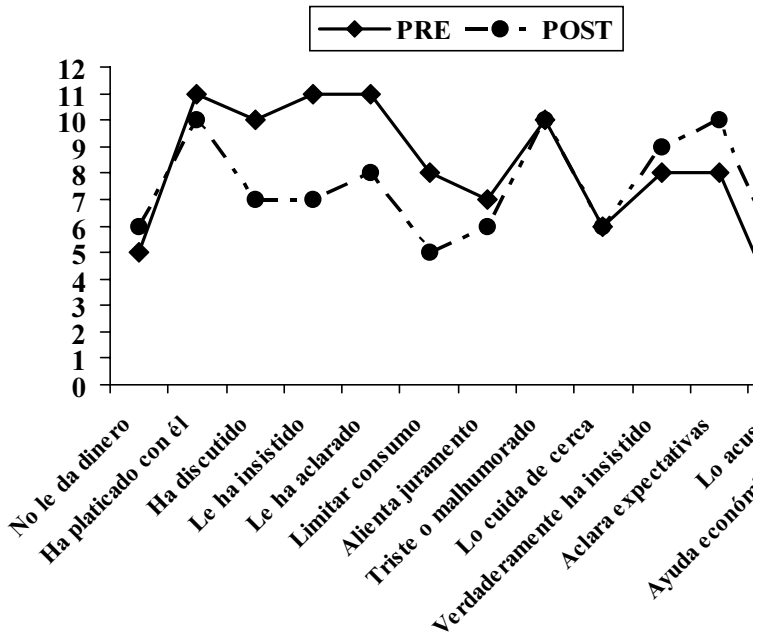
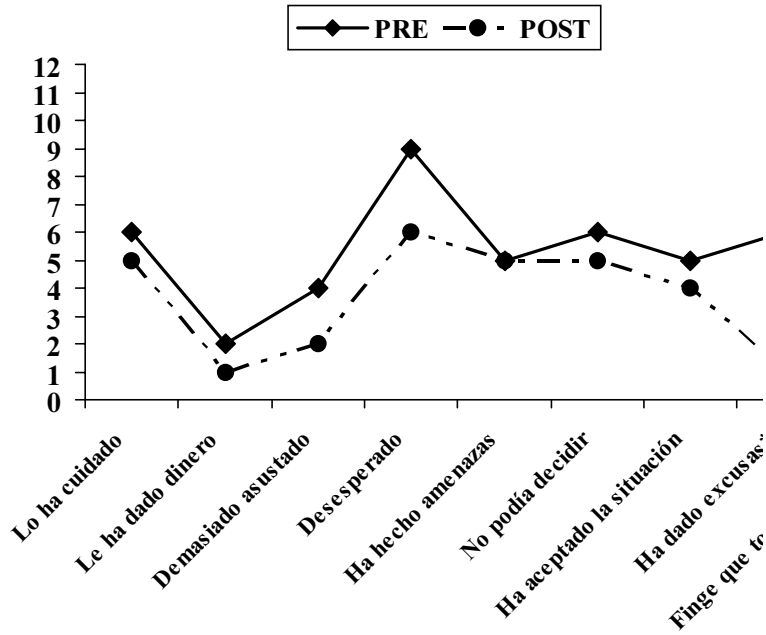


Fig.1. Frecuencias de respuesta a la subescala de involucramiento antes y después de la intervención.



*p≤0.05

Fig. 2. Frecuencias de respuesta a la subescala de tolerancia antes y después de la intervención.

esta ocasión, con una notoria tendencia hacia el *apoyo* y la *asertividad,* por ejemplo, platicar con el usuario sobre lo que podría hacer con su consumo y aclarar cuáles son las expectativas del familiar respecto a la conducta del usuario.

En cuanto a las estrategias señaladas con menor frecuencia en el seguimiento, se encontró la de *"buscar bebidas o drogas"*, que corresponde a un estilo controlador de *involucramiento*, en el área de *tolerancia* las de dar dinero para drogas o alcohol, encubrir al usuario cuando suceden cosas como consecuencia de su consumo, sentirse asustado y fingir que todo está bien. Finalmente, en la subescala de *retiro*, la frecuencia de respuesta más baja se encontró en la acción de esconderse o de evitar al usuario cuando éste ha estado consumiendo alcohol o drogas. Se compararon las medianas de respuesta a cada ítem antes y después de la intervención, con base en la prueba de Wilcoxon*.

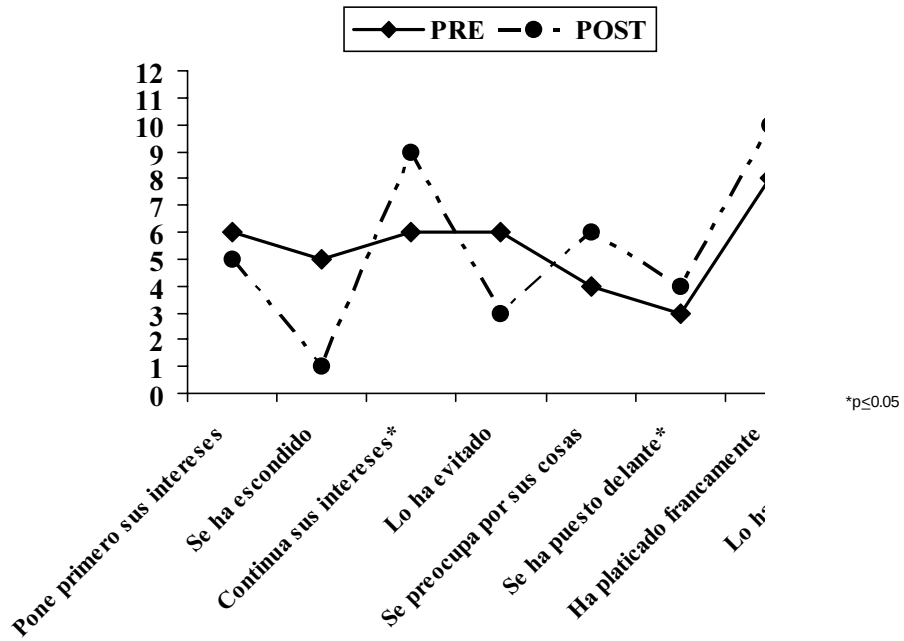


Fig. 3. Frecuencias de respuesta a la subescala de retiro antes y después de la intervención.

En la figura 2 se observa que en la subescala de *Tolerancia* se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los items *"Cuando han sucedido cosas como resultado de su forma de beber o consumir drogas ¿ha dado excusas por él (ella) o lo ha encubierto o se ha culpado usted mismo?"* ($Z=-2.058$, $p<0.05$) y *"Ha tratado de que las cosas se vean normales fingiendo que todo está bien cuando no es así"* ($Z=-2.111$, $p<0.05$). En ambos casos, la mediana fue mayor antes de la intervención.

En relación con la subescala de *Retiro*, la mediana de respuesta fue significativamente más alta en la primera medición en los items *"Ha continuado con sus propios intereses o ha buscado nuevos intereses o actividades para usted"* ($Z=-2.392$, $p<0.05$) y *"Se ha puesto usted por delante consintiéndose o dándose sus propios gustos"* ($Z=-2.392$, $p<0.05$) (figura 3). Respecto a la subescala de *Involucramiento* no hubo diferencias (figura 1).

Presencia de síntomas

En la primera medición, todos los participantes manifestaron haber experimentado síntomas tales como sentirse *"nervioso"*, *"preocupado"* y *"descontento o deprimido"*, correspondientes a la subescala de síntomas psicológicos. En cuanto a la subescala de síntomas físicos, los síntomas más frecuentemente señalados fueron sentirse *"mareado o débil"* y sentirse *"cansado o sin energía"*.

*La prueba de rangos con signos en pares de Wilcoxon es una prueba no paramétrica que se emplea para contrastar dos muestras dependientes relacionadas (1)

Las figuras 4 y 5 muestran una disminución de la frecuencia en la mayoría de los síntomas indicados después de la intervención, con excepción de los reactivos referentes a *"preocupaciones"*, *"ataques de pánico"* y *"dolor en el pecho"* que se mantuvieron sin cambios, y del reactivo *"temblores o sacudimientos"* que registró un incremento.

Como se observa en las figuras 4 y 5, la disminución de los síntomas tiene significancia estadística en los items *"mareado o débil"* ($Z=-2.646$, $p<0.05$) y *"presión en la cabeza"* ($Z=-2.460$, $p<0.05$) de la subescala de síntomas físicos.

Satisfacción con la intervención

Todos los familiares opinaron que la orientación que recibieron fue de mucha utilidad y diez de ellos consideraron que habían experimentado cambios en su vida a partir de la orientación.

La razón principal por la que los familiares acudieron a solicitar apoyo, fue el consumo del usuario y la expectativa de recibir ayuda para poder entenderlo y tratarlo mejor. El siguiente testimonio es representativo de la forma en que los familiares expresaron su preocupación:

"vine por la desesperación de ver que mi hijo empezaba a tomar más seguido y por la impotencia al no poderlo ayudar".

Es importante destacar que ocho familiares ubicaron dicho cambio en ellos mismos en tanto que dos señalaron cambios en la conducta del usuario, como se observa en los siguientes comentarios:

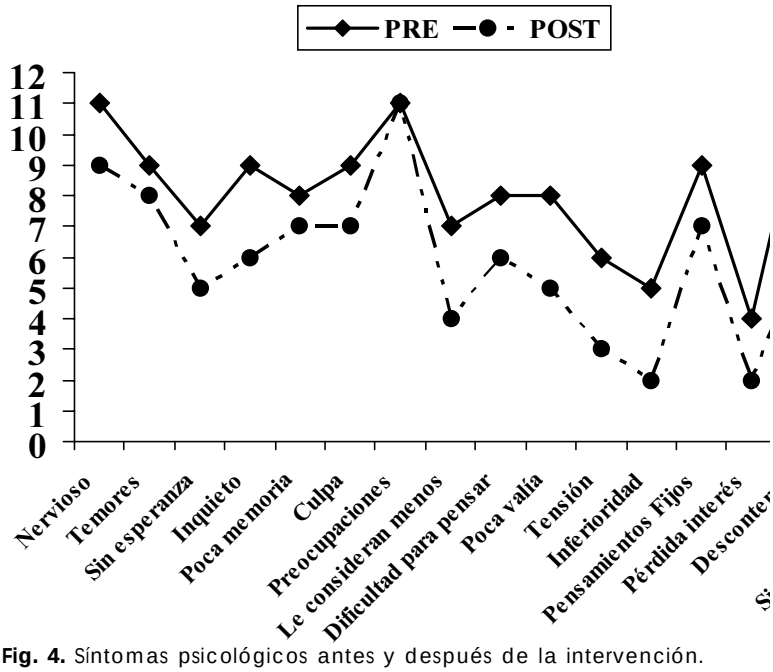


Fig. 4. Síntomas psicológicos antes y después de la intervención.

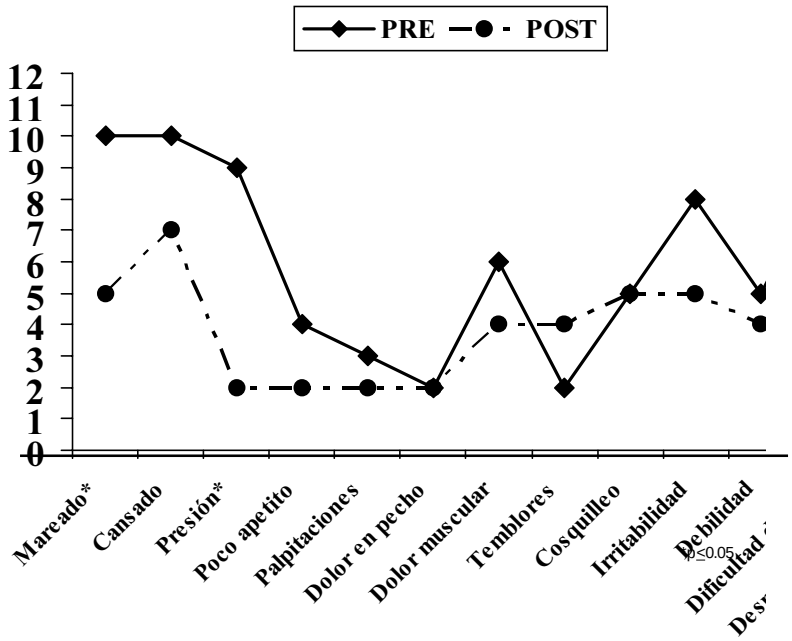


Fig. 5. Síntomas físicos antes y después de la intervención.

"Saber comportarme ante la situación sin perder el control, sin agresión, sin ofender, esperar el momento oportuno para hablar" (madre de un usuario de alcohol).

"Me ubiqué en el problema y pude tomar decisiones y alternativas de solución" (padre de usuario de alcohol).

"Creo que tengo más seguridad al actuar, evitar depresiones que antes tenía, enfrentar los problemas que tengo sin desesperarme" (esposa de usuario de alcohol).

En opinión de los familiares, estos cambios han sido positivos y notorios también para otras personas cercanas quienes han hecho comentarios al respecto:

"la gente a mi alrededor me ha comentado que ya no me irrito tan fácilmente, que ya no me estoy lamentando porque me pasan cosas, sino al contrario, le echo muchas ganas a lo que hago" (esposa de usuario de alcohol).

Nueve de los once familiares consideran que también ha habido cambios positivos en sus relaciones con el usuario después de haber recibido la orientación:

"Se ha vuelto más comprensivo, menos agresivo, más responsable" (padre de usuario de alcohol).
"Al conocer el problema de mi hermano en la orientación que recibí, puedo platicar con él sobre su problema y creo que esto es de ayuda mutua" (hermana de usuario de cocaína).
"Hasta cierto punto dejé de hacerme responsable de su manera de beber y considero que cada quien sabe lo que hace y los daños que esto causa" (novia de usuario de alcohol).
"Ya no siento temor para hablarle, antes me daba miedo que se drogara, ahora me siento fuerte y valiente, antes era más miedosa" (madre de usuario de inhalables).

Sólo en dos casos los familiares no percibieron cambios positivos significativos; por el contrario, consideraron que la conducta de consumo del usuario había empeorado a pesar de sus esfuerzos; no obstante, como se mencionó, se sienten menos angustiados a este respecto.

Los cambios en la forma de relacionarse con el usuario han sido notorios también para otras personas que han hecho comentarios al respecto y que alientan a los familiares a continuar sus esfuerzos, a tener confianza y a reconocer que las nuevas actitudes y acciones que han puesto en práctica han dado buenos resultados.

Otras ventajas de la intervención que los familiares encontraron de utilidad fue que recibieron información que no conocían sobre el problema de consumo del usuario: cinco personas decidieron buscar ayuda más intensiva y prolongada para atender algún otro problema familiar o personal, recibieron información sobre instituciones a las cuales pueden acudir con este propósito.

En general, todos los familiares dijeron sentirse muy satisfechos con la orientación recibida y que ésta había cubierto sus expectativas.

CONCLUSIONES

El estudio piloto que se documenta en este trabajo, tuvo como objetivo el evaluar de manera exploratoria la eficacia de un modelo de intervención breve, para la modificación de las formas de enfrentar el consumo de substancias y sus consecuencias negativas, en la salud familiar.

Dicho modelo de intervención representa una alternativa viable para el abordaje de los problemas que implica el vivir con un usuario de alcohol o drogas ya que, como lo demuestran los resultados, hubo una disminución de la sintomatología y cambios favorables en las formas de enfrentamiento después de que los interesados tomaron parte en sólo cinco sesiones de orientación.

Aunque el número de familiares que completaron todas las etapas de la intervención es muy reducido, los datos preliminares que se presentan son alentadores dado que hubo una reducción de los síntomas indicados por los familiares y una tendencia de estos últimos a adoptar una postura de independencia frente al usuario y su consumo, lo que, como han documentado Orford, Natera y cols. (13) constituye un signo saludable en medio de una situación crítica como el consumo de substancias.

Durante la intervención se empleó la tipología de Orford, y cols. (14) que distingue ocho formas de enfrentamiento, que cuenta con más alternativas para los familiares y que permite un análisis más detallado de las ventajas y desventajas que su patrón de enfrentamiento ofrece. La estructura que propone tres posiciones de enfrentamiento (12) resultó ser más útil en el terreno conceptual y de análisis de datos.

En términos generales, los familiares al concluir la intervención consideraron algunas formas alternativas de enfrentamiento que no habían empleado antes, y de acuerdo a lo que informaron ellos mismos durante el seguimiento, pudieron ponerlas en práctica poco tiempo después. En algunos casos se presentaron cambios en la conducta de consumo del usuario; esto contribuyó a tranquilizar a los participantes y a que tuvieran la certeza de que buscar ayuda fue una decisión acertada. En ocasiones, esto también favoreció que se crearan expectativas respecto a la abstinencia prolongada del usuario, aunque no se cumplieron necesariamente. Sin embargo, los familiares reconocieron la utilidad de cambiar su actitud y sobre todo, las ventajas que obtendrían al buscar su propio bienestar.

En los pocos casos en los que los familiares continuaron experimentando incertidumbre a pesar de la intervención, se dedicó una parte de la sesión de seguimiento a la revisión detallada de las estrategias empleadas y de los cambios logrados con cada una de ellas, con el propósito de reforzar aquéllas que habían resultado más útiles. Se hizo especial hincapié en el hecho de que la modificación de una conducta requiere esfuerzos sostenidos a lo largo del tiempo, por lo que es necesario que en el futuro se mantengan los límites y reglas impuestos, aun cuando el usuario muestre cambios positivos. Este es un aspecto que habrá de enfatizarse en experiencias futuras.

Uno de los elementos cruciales del modelo de intervención es el de aclararles a los familiares participantes que su objetivo es encontrar mejores formas de enfrentar el consumo para disminuir su propia tensión y la que experimenta el resto de la familia, y no necesariamente para hacer que el usuario acepte ir a tratamiento. Hacer énfasis en este objetivo es particular-

mente importante cuando el usuario ha mantenido un patrón de consumo muy fuerte durante muchos años.

Es necesario tomar en consideración otros aspectos como la economía familiar y la integridad física y emocional de los miembros de la familia, que con frecuencia se ven amenazadas ante las reacciones violentas de los usuarios. En estos casos, la intervención representa el primer paso de un proceso más intensivo hacia el cual fueron canalizados los participantes en nuestro estudio cuando resultó pertinente.

Los familiares consiguieron tomar conciencia respecto a su situación e identificar las acciones alternativas que les permitieron alcanzar un mejor nivel de bienestar en un periodo corto de tiempo; de igual forma, se dieron cuenta que el haber tomado parte en este modelo de intervención fue sólo el inicio de una serie de esfuerzos que deberían realizar para contrarrestar las consecuencias negativas del consumo, en la salud de la familia. Para verificar la duración de estos resultados, es conveniente establecer periodos de seguimiento más largos.

Una limitación de este estudio es el número de los casos, lo que puede tener efecto sobre la validez de los resultados. Las razones por las cuales los participantes se rehúsan a continuar, son de naturaleza muy diversa, en este estudio se encontraron las siguientes:

- Limitada disponibilidad de los familiares para participar en el seguimiento; en muchos casos se concertaron citas a las que no acudieron y fue necesario programar nuevas citas hasta en 3 diferentes ocasiones.
- A pesar de que al inicio de la intervención se aseguró la confidencialidad de la información, algunos familiares no proporcionaron datos (i. e. número de teléfono) que permitieran contactarlos para el seguimiento.
- Deserción de los familiares, misma que se presentó en cuatro casos, dos de ellos interrumpieron el proceso en una fase temprana de la intervención.

Al respecto, algunos autores como Lara (3) han comentado que la pérdida de casos es una dificultad inherente a los estudios de intervención y la posibilidad de controlarla o evitarla es muy reducida. Esto lleva a reflexionar sobre la aplicabilidad y pertinencia de los criterios vigentes para la generación de evidencia científica que, como señala McQueen (4) a veces no son apropiados para la evaluación de intervenciones que se ocupan de ciertos comportamientos y enfermedades.

Dichos aspectos deben ser tomados en consideración para el diseño y selección de muestras en estudios posteriores, de manera que se asegure un número suficiente de casos para establecer comparaciones.

Los resultados obtenidos muestran que el modelo de intervención es de fácil aplicación y asimismo, es potencialmente útil en la modificación de las formas de enfrentar el consumo de un familiar, en la reducción de síntomas y en la identificación de fuentes de apoyo social.

REFERENCIAS

1. ELORZA H: *Estadística para las Ciencias Sociales y del Comportamiento.* Oxford University Press. México, 2000.
2. KELLNER R, SHEFFIELD BF: A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine,* 3:88-100, 1973.
3. LARA MA: Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención. Tesis de doctorado. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
4. McQUEEN D: Technical Report 1. Strengthening the evidence base for health promotion. *Fifth Global Conference on Health Promotion.* WHO, PAHO, SSA, 5-9 junio, Mexico 2000.
5. MORA J, NATERA G, ANDRADE P: Validación de la Escala de Síntomas (Symptom Rating Test) en jóvenes mexicanos. *Salud Mental,* 17(39):15-23, 1994
6. NATERA G: La familia ante las adicciones. Análisis conceptual de las estrategias para hacer frente al problema. En: *Las Adicciones en México. Hacia un Enfoque Multidisciplinario.* SSA-CONADIC, 79-86, México, 1993.
7. NATERA G, MORA J, TIBURCIO M: Aspectos estructurales y funcionales del apoyo social en la familia con consumidores de drogas. En: Jiménez GR (comp.). *Familia: Una Construcción Social.* Centro Universitario de Estudios para la Familia, Universidad Autónoma de Tlaxcala, 385-412, México, 1998.
8. NATERA G, MORA J, TIBURCIO M: Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*, 22(Número especial):114-120, 1999.
9. NATERA G, ORFORD J: *Manual Destinado a los Orientadores de Prevención de Alcohol y otras Drogas para su Intervención y Apoyo a las Familias que se Enfrentan a Problemas de Consumo Excesivo de Sustancias en sus Hogares.* SSA-CONADIC-IMP. 2ª. Edición, México, 1995.
10. NATERA G, TIBURCIO M, MORA J, ORFORD J: La prevención en las familias que sufren por el consumo excesivo de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana,* 7(4):47-54, 1999.
11. ORFORD J, NATERA G, DAVIES J, NAVA A, MORA J y cols.: Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental,* 21(1):1-13, 1998.
12. ORFORD J, NATERA G, DAVIES J, NAVA A, MORA J y cols.: Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of family coping in South West England and Mexico City. *Addiction,* 93(12):1799-1813, 1998.
13. ORFORD J, NATERA G, VELLEMAN R, COPELLO A, BOWIE N, BRADBURY C y cols.: Ways of coping and the health of relatives facing drugs and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction,* 96(5):761-774, 2001.
14. ORFORD J, RIGBY K, MILLER T, TODD A, BENNET G, VELLEMAN R: Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *J Community Applied Social Psychology,* 2:163-183, 1992.