

José Miguel Martínez González, Humberto Manuel Trujillo Mendoza
Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante
el tratamiento
International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 5, núm. 1, enero, 2005, pp. 43-66,
Asociación Española de Psicología Conductual
España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33701003>

**International Journal of
Clinical and Health
Psychology**

*International Journal of Clinical and Health
Psychology,*

ISSN (Versión impresa): 1697-2600

jcsierra@ugr.es

Asociación Española de Psicología Conductual
España

¿Cómo citar?

Fascículo completo

Más información del artículo

Página de la revista

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento¹

José Miguel Martínez González

(*Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, España*) y

Humberto Manuel Trujillo Mendoza² (*Universidad de Granada, España*)

(Recibido 14 de abril 2004/Received April 14, 2004)

(Aceptado 14 de julio 2004/Accepted July 14, 2004)

RESUMEN. El objetivo de esta investigación fue estudiar si las creencias relacionadas con la vivencia del acompañamiento de un familiar en el tratamiento de un drogodependiente, y las del mismo paciente, varían en función de aspectos como el tiempo de abstinencia, el tiempo dedicado al tratamiento, la presencia de patología dual en el drogodependiente, la gravedad de ajuste psicológico del acompañante, los años de evolución de la drogodependencia y el tiempo transcurrido desde que se conoce el problema. La muestra estuvo compuesta por 130 personas, 65 familiares y 65 drogodependientes en tratamiento en centros ambulatorios. Para el análisis de los datos, obtenidos éstos, mediante distintos diseños cuasi-experimentales de grupos no aleatorios, se aplicó la prueba "t-Student" para un nivel de significación del 0,05. Se analizaron las relaciones bivariadas entre las variables descritas y las diferentes creencias tanto en los pacientes como en los familiares de éstos. Los resultados mostraron que las creencias evaluadas están presentes en la experiencia del adicto y del familiar, cambiando éstas a través de los valores de las variables manipuladas ya mencionadas.

PALABRAS CLAVE. Drogodependencia. Creencias. Tratamiento. Familiares. Estudio cuasi-experimental.

1 Agradecemos a Guadalupe Cano, María Sánchez, Gracia González, Miguel Ángel Muñoz y Carmen Caballero, psicólogos de centros de tratamiento ambulatorio de la provincia de Granada, su colaboración en la realización de éste estudio.

2 Correspondencia: Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18071 Granada (España). E-Mail: humberto@ugr.es

ABSTRACT.

The aim of this research was to study if the beliefs linked with the experience of accompaniment of a relative during the treatment of drug addict and with those of the same patient are changed in function of circumstances like the time of abstinence, the time dedicated to treatment, the presence of dual pathology in the drug addict person, the graveness psychological adjustment of the companion, the years of evolution in the drug addiction and the lapsed time since the problem is known. The sample was composed by 130 subjects, 65 relatives and 65 drug addicts treated in ambulatory centers. For the data analysis, obtained by different quasi-experimental designs of non aleatory groups, the test «t-Student» was applied for a significance level of 0.05. Likewise, the bivariate correlations were calculated between the described variables and the different beliefs for both the patients and the relatives of these. The results showed that the evaluated beliefs are quite present in the experience of the addict and of his relative, with variations according to the above mentioned manipulated variables.

KEYWORDS. Addiction. Beliefs. Treatment. Relative. Cuasi-experimental study.

RESUMO. O objectivo desta investigação foi estudar se as crenças relacionadas com a vivência do acompanhamento de um familiar no tratamento de um toxicodependente, e as do próprio paciente, variam em função de aspectos como o tempo de abstinência, o tempo dedicado ao tratamento, a presença de patologia dual no toxicodependente, a gravidade do ajustamento psicológico do acompanhante, os anos de evolução da toxicodependência e o tempo decorrido desde que se conhece o problema. A amostra foi composta por 130 pessoas, 65 familiares e 65 toxicodependentes em tratamento em centros ambulatoriais. Para a análise dos dados, obtidos estes, mediante distintos planos quase-experimentais de grupos não aleatórios, aplicou-se a prova “t-Student” para um nível de significância de 0,05. Analisaram-se as relações bivariadas entre as variáveis descritas e as diferentes crenças tanto nos pacientes como nos seus familiares. Os resultados mostraram que as crenças avaliadas estão presentes na experiência do adito e dos familiares, com variações de acordo com as variáveis manipuladas e mencionadas acima.

PALAVRAS CHAVE. Toxicodependência. Crenças. Tratamento. Familiares. Estudo quase-experimental

Introducción

A lo largo de la historia del tratamiento de las drogodependencias destaca la importancia concedida a la implicación de la familia (Coletti, 1998, 1999; Graña y García, 1987; Martínez-González, 1999; Orte, 1994, citado en Sanz, Iraurgi y Martínez, 2002), estando su participación en el tratamiento, bajo determinadas condiciones, asociada a una mejor evolución de éste (Graña, 1994; McCrady, Rodríguez y Otero-López, 1998). Para tener una correcta comprensión de esta implicación debemos tener en cuenta la naturaleza disfuncional de muchos de los sistemas familiares donde hay un drogodependiente (Statonm y Todd, 1982). Según el modelo cognitivo-conductual, las disfunciones en la dinámica entre los miembros de la familia de un drogodependiente

se generan por la presencia de esquemas cognitivos capaces de modular significativamente la percepción de la persona según las experiencias relacionadas con la adicción (Robin y Foster, 1989; citado en Graña, 1994). Además, las emociones están mediatizadas por las cogniciones, atribuciones y expectativas, de forma que las habilidades para la solución de problemas se ven, en ocasiones, alteradas por estados emocionales negativos (Forgatch, 1989). Así, a los esquemas cognitivos se les confiere un peso destacado en el desarrollo de actitudes, por lo que su influencia en la conducta será decisiva. Se han identificado diversas actitudes, a modo de factores estresantes, que generan malestar en los pacientes en recuperación (Solomon, Zimberg y Shollar, 1996). Estas actitudes, ancladas en ciertas expectativas y experiencias, generan conductas que en algunos casos pueden precipitar la emisión de conductas de riesgo de recaída, como ocurre con la sobreexigencia o encubrimiento por parte de alguno de los progenitores (Martínez-González, Molina, Ruiz y Torres, 2001) o la sobreimplicación, que al aumentar el nivel de estrés de los miembros de la familia, acaba siendo un potente factor de predicción de recaídas en el consumo (Goldstein y Doane, 1985; Vaughn y Leff, 1976).

La intervención con familiares de drogodependientes según el modelo cognitivo conductual debe iniciarse con un estudio de las relaciones existentes en el contexto familiar (Barton, Alexander y Robins, 1998; Martínez-González, 2002). Así, en la intervención se debe atender no sólo a las condiciones en las que se encuentran los familiares del paciente, sino también la percepción o creencias que tienen los distintos miembros de la familia de sus interacciones (Ellis, McInerney, Digiuseppe y Yeager, 1992). Hay variables que parecen tener un peso importante sobre las creencias de los familiares del paciente, encontrándose entre ellas, por ejemplo, el tiempo que lleva el drogodependiente en tratamiento, la evolución de la adicción en sí misma, el comportamiento en familia del paciente, el estado psicológico de los miembros de la familia, el tiempo de abstinencia y, probablemente, la presencia o no de patología dual en el paciente. Así mismo, consideramos que un condicionante muy importante de las creencias, y que puede afectar al tipo de relación entre los progenitores y el resto de familiares y el drogodependiente, es el hecho de que éste presente o no patología dual (Gunderson, 2002; López, 1998; Martínez-González, 2002; Martínez-González y Trujillo, 2003; Solomon *et al.*, 1996). Junto a estas variables ya descritas, hay otras importantes como lo son la percepción que tienen los miembros de la familia de la motivación del drogodependiente para dejar definitivamente de consumir, la capacidad atribuida al paciente para realizar conductas favorecedoras para el mantenimiento de la abstinencia, el hecho de que éste tenga relación o no con otros consumidores una vez iniciado el tratamiento, el grado de comunicación en la familia, si el paciente presenta junto a la abstinencia cambios importantes en sus hábitos, el tipo de relación social elegida por el paciente, así como el nivel de sinceridad atribuida al paciente a la hora de analizar su experiencia para dejar de consumir drogas, entre otras. La importancia de estas variables se podría deber a su asociación con estados emocionales agudos.

Así, el objetivo de esta investigación fue analizar si las creencias de los familiares de los adictos y la de los propios adictos sobre la evolución general en el tratamiento son más o menos negativas, en función de variables como el tiempo de abstinencia transcurrido, el tiempo transcurrido desde que se inició el tratamiento, la presencia de

patología dual en el paciente, los años de evolución de la drogodependencia, el tiempo transcurrido desde que el familiar conoce la existencia de la adicción y el índice de gravedad de ajuste psicológico de los familiares. Así mismo, se estudió la relación existente entre el índice de gravedad de ajuste psicológico de los acompañantes y las creencias que mostraban éstos y los pacientes acerca de la evolución del tratamiento.

Para la redacción de este informe de investigación se ha seguido la propuesta que hacen Ramos-Álvarez y Catena (2004), acerca de las normas para la elaboración y revisión de artículos originales.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 130 personas, de las cuales 65 eran drogodependientes (60 hombres y 5 mujeres) y 65 familiares (60 mujeres y 5 hombres) que acompañaban habitualmente al paciente en el tratamiento. La gran mayoría eran madres, aunque también se incluyeron por su implicación algunos padres y parejas de pacientes que se encontraban, cuando se realizó el estudio, en tratamiento ambulatorio por su adicción en centros de la provincia de Granada (Centro Provincial de Drogodependencias de Granada y Centros Comarcales de Drogodependencias de Almuñecar y Motril). Aunque se incluyeron personas cuya adicción principal era la cocaína y alcohol, la gran mayoría de la muestra la componían adictos a *Speedball*.

El muestreo fue de tipo incidental. Con objeto de disponer de información relativa a la presencia o no de patología dual y el tipo de ésta, se consultaron las historias clínicas de los pacientes. El diagnóstico psicopatológico se realizó por medio de entrevista, usando como referencia el DSM-IV-TR. Los participantes del grupo designado como pacientes con patología dual debían presentar psicopatología en el Eje I ó II, como diagnóstico principal.

Procedimiento

La persona acompañante del drogodependiente respondía al cuestionario de creencias (véase el Anexo 1; a partir de ahora se indicará como CCF) y al cuestionario GHQ-28 (véase el Anexo 2), que se pasará a describir más tarde. Los drogodependientes respondían a otro cuestionario de creencias diferente (véase el Anexo 3). A los acompañantes de los pacientes se les pedía que contestaran a los cuestionarios CCF y GHQ-28, asignando valores de respuesta de acuerdo con la forma de pensar que expresaba cada ítem en el momento de la pasación, debiéndose evitar respuestas influidas por periodos de tiempo anteriores. Ambos grupos, familiares y pacientes, completaron los cuestionarios en el transcurso de las sesiones con ayuda de los terapeutas.

Instrumentos de medida

Se usaron tres cuestionarios. Con el empleo de los cuestionario de creencias para drogodependiente y acompañante no se pretendió medir ningún constructo psicológico, si no más bien conocer como pensaban tanto los familiares acompañantes como los propios drogodependientes en relación a determinadas cuestiones relevantes para el

tratamiento de la adicción, y sobre aquellos aspectos relacionados con la convivencia entre ellos. El primer cuestionario sobre creencias para los familiares (CCF) constaba, además de la primera parte en la que se recogía información sociodemográfica de cada persona, de 23 frases que representan creencias en torno a diferentes aspectos de la experiencia de acompañar a una persona drogodependiente en el tratamiento (Anexo 1). Las respuestas se recogieron en una escala tipo Likert, del 1 a 4, donde el uno era ausencia de identificación con la frase del cuestionario y el cuatro significaba la identificación total con ésta. La consistencia interna de éste cuestionario calculada mediante α de Cronbach fue de 0,54.

Los familiares acompañantes contestaron, junto al cuestionario de creencias, al GHQ-28, el cual proporciona una medida general de psicopatología no psicótica a través de un índice de gravedad de ajuste psicológico construido a partir de la suma de cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión (González-Saiz, Carulla, Martínez, López, Ruiz y Guerra, 1997). Este instrumento cuenta con un valor de α de Cronbach de 0,91. La validez concurrente a través del análisis factorial de los componentes principales arroja una estructura bifactorial que explica el 60% de la varianza (Anexo 2).

Por último, los pacientes respondían a un cuestionario compuesto de ocho ítems sobre la valoración de aspectos o creencias de la relación familiar (Anexo 3). La consistencia interna de éste cuestionario, calculada mediante α de Cronbach, fue de 0,64.

Los tres cuestionarios se completaban sin límite de tiempo y en el transcurso de una sola sesión terapéutica.

Diseño y análisis estadístico

La metodología aplicada fue de tipo cuasi-experimental de grupos no aleatorios (Montero y León, 2005). De forma que se utilizaron distintos diseños cuasi-experimentales univariados, manipulándose indirectamente a dos niveles las siguientes variables independientes: 1) tiempo de abstinencia (llevar 4 meses o menos / llevar más de 4 meses de abstinencia); 2) que el drogodependiente presente patología dual o no; 3) tiempo transcurrido desde que el familiar conoce el problema de drogodependencia (menos de 7 años / 7 años o más); 4) índice de gravedad obtenido a través del GHQ-28 (diferenciando dos niveles, las personas que puntuaron como máximo gravedad media y los que puntuaban gravedad media-alta y alta); 5) años de evolución de la drogodependencia (10 años o menos / 11 años o más); y 6) tiempo transcurrido sin interrupción desde que inicia tratamiento en el centro (12 meses o menos / más de 12 meses). Las variables dependientes utilizadas fueron los distintos ítems de los cuestionarios sobre creencias de los acompañantes y de los propios drogodependientes. Para los distintos contrastes se aplicó la prueba *t* de Student con un α de 0,05. También se realizaron correlaciones de Pearson entre las subescalas del GHQ-28 y los distintos ítems de los cuestionarios sobre creencias de los acompañantes y los pacientes.

Resultados

Creencias y ajuste psicológico de los acompañantes / familiares del drogodependiente

La media de los valores de las respuestas a cada uno de los ítems del cuestionario CCF fue en general elevada, pudiéndose decir que las creencias evaluadas mediante él están muy presentes en el modo de pensar de los acompañantes del paciente.

- Primera comparación: llevar cuatro meses o menos frente a más de cuatro meses de abstinencia. Se observó que diez ítems mostraban diferencias estadísticamente significativas según el tiempo de abstinencia de los pacientes (véase la Tabla 1).

TABLA 1. Efecto del tiempo de abstinencia de los pacientes sobre las creencias de los acompañantes de éstos.

	<i>Grupo 1</i>	<i>Grupo 2</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
1. Miedo a la recaída	3,50	2,76	4,195	63	0,000
2. Estar satisfecho con la evolución en el tratamiento	2,31	3,03	-3,533	56	0,001
4. Creer que el paciente debería cambiar en su forma de ser además de dejar de consumir	3,25	2,81	2,564	62	0,013
7. Creer que el paciente quiere realmente dejar de consumir	2,53	3,21	-3,857	52	0,000
10. Confía en el modo en que elige a sus amigos	2,22	2,67	-2,362	63	0,021
11. Discutir con la familia sobre cómo hay que tratar al paciente	2,19	1,76	2,327	63	0,023
12. Creer que la relación social del paciente es buena	2,77	3,12	-2,623	52	0,011
15. Considerar que la comunicación con el paciente es buena	2,66	2,97	-2,649	56	0,010
21. Creer que el paciente mantiene relación con otros consumidores	2,33	1,78	3,065	60	0,003
22. Creer que el paciente es sincero	2,47	3,06	-3,000	63	0,004

Nota: Grupo 1 = Llevan 4 o menos meses de abstinencia; Grupo 2 = Llevan más de 4 meses de abstinencia.

- Segunda comparación: llevar 12 meses o menos frente a más de 12 meses en tratamiento continuado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres ítems según el tiempo de tratamiento (véase la Tabla 2).

TABLA 2. Efecto del tiempo de tratamiento de los pacientes sobre las creencias de los acompañantes de éstos.

	Grupo 1	Grupo 2	t	gl	p
4. Creer que el paciente debería cambiar su forma de ser además de dejar de consumir	2,81	3,25	-2,564	62	0,013
14. Considerar que la imagen que tiene el paciente de sí misma es buena	2,94	2,67	2,091	62	0,041
23. La relación con sus hermanos es buena	3,06	2,70	2,578	54	0,013

Nota: Grupo 1 = Llevan 12 meses o menos en tratamiento / Grupo 2 = Llevan más de 12 meses en tratamiento.

- Tercera comparación: que el paciente presente o no patología dual. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ocho ítems (véase la Tabla 3).

TABLA 3. Efecto de la presencia o no de patología dual en los pacientes sobre las creencias de los acompañantes.

	Grupo 1	Grupo 2	t	gl	p
2. Estar satisfecho con la evolución en el tratamiento	2,93	2,46	2,226	63	0,030
4. Creer que el paciente debería cambiar en su forma de ser además de dejar de consumir	2,80	3,24	-2,545	62	0,013
7. Creer que el paciente quiere realmente dejar de consumir	3,10	2,69	2,195	63	0,032
11. Discutir con la familia sobre cómo hay que tratar al paciente	1,70	2,20	-2,740	63	0,008
12. Creer que la relación social del paciente es buena	3,10	2,83	2,051	62	0,044
15. Considerar que la comunicación con el paciente es buena	2,97	2,69	2,346	60	0,022
16. Haber ocultado información al resto de la familia	1,83	2,43	-3,295	62	0,002

Nota: Grupo 1 = No presenta patología dual; Grupo 2 = Presenta patología dual.

- Cuarta comparación: según que la gravedad de ajuste psicológico de los acompañantes fuera como máximo media frente a que fuese media-alta y alta. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 16 ítems (véase la Tabla 4).

TABLA 4. Efecto del nivel de gravedad de ajuste psicológico de los acompañantes sobre las creencias de éstos.

	<i>Grupo 1</i>	<i>Grupo 2</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
2. Estar satisfecho con la evolución en el tratamiento	3,13	2,24	4,607	63	0,000
5. Creer que su forma de ser ha tenido que ver con que empiece a consumir drogas	2,78	3,21	-2,875	63	0,005
6. Considerar que sabe cómo tiene que actuar para ayudar al paciente	2,65	2,24	2,528	62	0,014
7. Creer que el paciente quiere realmente dejar de consumir	3,28	2,48	4,755	63	0,000
9. Creer que nunca dejará de consumir	1,86	2,27	-2,362	60	0,021
10. Confiar en el modo en que elige a sus amigos	2,88	2,03	5,065	63	0,000
11. Discutir con la familia sobre como hay que tratar al paciente	1,63	2,30	-3,930	63	0,000
12. Creer que la relación social del paciente es buena	3,19	2,73	3,742	62	0,000
13. Creer que el paciente está preparado para trabajar	3,09	2,39	3,806	63	0,000
15. Considerar que la comunicación con el paciente es buena	3,00	2,64	3,156	62	0,002
16. Haber ocultado información al resto de la familia	1,90	2,39	-2,627	62	0,011
17. Quedarse tranquilo /a cuando el paciente sale solo a la calle	2,34	1,73	3,192	55	0,002
21. Creer que el paciente mantiene relación con otros consumidores	1,66	2,39	-4,373	60	0,000
22. Creer que el paciente es sincero	3,06	2,48	2,918	63	0,005
23. La relación con sus hermanos es buena	3,06	2,70	2,586	46	0,013

Nota Grupo 1 = Gravedad baja, media baja y media; Grupo 2 = Gravedad media alta y alta.

- Quinta comparación: llevar 10 años o menos de drogodependencia frente a 11 años o más. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres ítems (véase la Tabla 5).

TABLA 5. Efecto de los años de drogodependencia sobre las creencias de los acompañantes.

	<i>Grupo 1</i>	<i>Grupo 2</i>	<i>t</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i>
13. Creer que el paciente está preparado para trabajar	3,00	2,47	2,698	61	0,009
14. Considerar que la imagen que tiene el paciente de sí mismo es buena	2,97	2,63	2,556	48	0,014
19. Considerar que toda la familia se implica por igual	2,55	2,10	2,346	60	0,022

Grupo 1 = 10 o menos años de evolución; Grupo 2 = 11 años o más.

—Sexta comparación: que el tiempo transcurrido desde que el acompañante conoce el problema sea menor de siete años frente a que sea de siete años o más. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cinco ítems (véase la Tabla 6).

TABLA 6. Efecto del tiempo transcurrido desde que el acompañante conoce el problema de la drogodependencia sobre las creencias de éste.

	Grupo 1	Grupo 2	t	gl	p
2. Estar satisfecho con la evolución en el tratamiento	2,88	2,39	2,235	60	0,029
7. Creer que el paciente quiere realmente dejar de consumir	3,06	2,64	2,155	60	0,035
12. Creer que la relación social del paciente es buena	3,09	2,79	2,091	40	0,043
13. Creer que el paciente está preparado para trabajar	3,00	2,43	2,857	60	0,006
16. Haber ocultado información al resto de la familia	1,88	2,54	-3,557	59	0,001

Nota: Grupo 1 = Hace menos de 7 años que el acompañante conoce el problema de drogodependencia. Grupo 2 = Hace 7 años o más.

Tras realizar un análisis factorial exploratorio sobre los 23 ítems que componen el cuestionario sobre creencias de los familiares o acompañantes, se obtuvieron cinco componentes principales, de los cuales el primero explicó el 24,76 % de la varianza total. En este componente saturaron con valores por encima de 0,30 los siguientes ítems: 1) estar satisfecho de la evolución que tiene el paciente en el tratamiento; 2) creer que se tiene una buena relación con el paciente; 3) creer que el paciente quiere realmente superar su adicción; 4) confianza en el modo en que el paciente elige a sus amigos; 5) creer que el paciente tiene una buena relación social; 6) creer que está preparado para trabajar; 7) creer que se tiene una buena comunicación con el paciente; 8) estar tranquilo cuando el paciente sale a la calle; 9) creer que es sincero; y 10)

considerar que tiene una buena relación con sus hermanos. La consistencia interna encontrada en estos diez ítems del cuestionario CCF (α de Cronbach = 0,90) podría indicar que éstos tienen una relevancia especial en la descripción que hace el familiar de su vivencia como acompañante. Además, siete de los 10 ítems presentaban una correlación negativa significativa con el índice global de gravedad de ajuste psicológico (véase la Tabla 7), lo que podría indicar que el ajuste psicológico podría estar claramente implicado en la percepción y creencias que el acompañante del drogodependiente tiene de sus vivencias con éste.

Se observó que aproximadamente el 50% de los acompañantes en el tratamiento presentaba un nivel de gravedad de ajuste psicológico medio-alto o alto, según indica la puntuación global del GHQ-28. Además, algunos ítems del cuestionario sobre creencias de los acompañantes / familiares correlacionaban significativamente, tanto con el índice global de gravedad de ajuste psicológico del GHQ-28 como con los valores parciales de las distintas subescalas de éste, que ellos mismos presentaban (Tablas 7 y 8).

TABLA 7. Correlaciones estadísticamente significativas entre el índice global de gravedad de ajuste psicológico y los ítems del cuestionario de creencias en el acompañante ($\alpha = 0,01$).

CUESTIONARIO GHQ-28 (<i>Índice de gravedad de ajuste psicológico</i>)		<i>r</i>
Satisfacción con la evolución en el tratamiento		-0,42
Creer que el paciente quiere realmente superar el problema		-0,47
Confiar en cómo elige a los amigos		-0,47
Creer que el paciente tiene buena relación social		-0,37
Creer que está preparado para trabajar		-0,34
Comunicación con el paciente		-0,34
Estar tranquilo cuando sale a la calle		-0,37
Tener discusiones		0,48
Creer que se sigue viendo con consumidores		0,39

TABLA 8. Correlaciones estadísticamente significativas entre las diferentes subescalas del GHQ-28 y los ítems del cuestionario de creencias en acompañantes ($\alpha = 0,01$).

SINTOMAS SOMÁTICOS		<i>r</i>
Satisfacción con la evolución en el tratamiento		-0,48
Saber como actuar		-0,47
Confiar en cómo elige a sus amigos		-0,45
Discutir con la familia sobre como actuar		-0,43
Tipo de relación que cree tener con el paciente		-0,35

	Comunicación con el paciente	-0,35
	Ocultar información a la familia	0,42
	Creer que se sigue viendo con consumidores	0,45
ANSIEDAD		
	Satisfacción con la evolución en el tratamiento	-0,39
	Saber como actuar	-0,48
	Confiar en cómo elige a sus amigos	-0,48
	Tipo de relación que se tiene con el paciente	-0,37
	Creer que está preparado para trabajar	-0,34
	Comunicación con el paciente	-0,34
	Estar tranquilo cuando sale a la calle	-0,42
	Confiar en la sinceridad del paciente	-0,33
	Discutir con la familia	0,46
	Ocultar información	0,42
DISFUNCIÓN SOCIAL		
	Satisfacción con la evolución en el tratamiento	-0,33
	Saber cómo actuar	-0,34
	Confiar en cómo elige a sus amigos	-0,34
	Discutir con la familia	0,34
DEPRESIÓN		
	Discutir con la familia	0,34

También se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la variable tiempo de abstinencia del drogodependiente y las subescalas del GHQ-28 sobre síntomas somáticos ($r = -0,36$) y ansiedad ($r = -0,37$) en acompañantes ($\alpha = 0,01$).

Centrándonos en el nivel de satisfacción que el familiar tiene en relación a la evolución que el paciente presenta en el tratamiento, decir que esta variable correlaciona de forma negativa y estadísticamente significativa con creer que la forma de ser del paciente ha tenido influencia en el comienzo del consumo de drogas ($-0,38$), con creer que el paciente debe cambiar cosas de su forma de ser además de dejar de consumir ($-0,36$), con creer que el paciente nunca dejará de consumir ($-0,38$) y con creer que el paciente se sigue relacionando con adictos ($-0,48$). Así mismo, la satisfacción por la evolución en el tratamiento correlaciona significativamente y de forma positiva cuando el familiar cree saber como actuar con el paciente (0,45), cuando cree que el paciente quiere realmente superar su drogodependencia (0,77), cuando cree que el paciente quiere realmente romper la relación con consumidores de drogas (0,38), cuando confía en el modo en que va eligiendo a sus amigos (0,65), cuando cree que el paciente tiene una buena relación social (0,59), cuando cree que el paciente está preparado para

trabajar (0,44), cuando cree que tiene una buena comunicación con el paciente (0,57), cuando se queda tranquilo si el paciente sale (0,41), cuando cree que el paciente es sincero (0,69) y cuando cree que la relación del paciente con los hermanos es buena (0,42).

La variable tener miedo a la recaída está muy presente en los familiares, miedo que aumenta cuando disminuye el nivel de satisfacción que la familia tiene de la evolución que el paciente muestra en el tratamiento (-0,34) cuando no creen que el paciente quiera realmente superar su drogodependencia (-0,37), cuando no confían en el modo en que el paciente elige a sus amigos (-0,40), cuando tienen peor comunicación con el paciente (-0,41), cuando el paciente sale solo a la calle (-0,40) y cuando no creen en la sinceridad del paciente (-0,51).

Creencias de los pacientes

Los ítems del cuestionario acerca de las creencias de los pacientes también se sometieron a los mismos análisis que los realizados con las creencias de los acompañantes / familiares. Los pacientes que llevaban más tiempo en abstinencia creen en mayor medida que su familia sabe como ayudarles a superar la drogodependencia, creen que tienen una buena relación con su familia, creen que su familia confía en ellos cuando salen a la calle y están más convencidos de que su familia confía en que nunca volverán a consumir (véase la Tabla 9). Los pacientes que llevaban menos de un año en tratamiento creían tener peor relación con su familia en comparación a los que llevaban más de un año (Tabla 10). Al comparar los pacientes que no presentaban patología dual con los que sí la presentaban, se observó que los que no la presentaban creían en mayor medida que su familia sabía como ayudarles, se sentían más apoyados por los miembros de su familia (padres, pareja, hermanos) y creían tener en general una mejor relación familiar (Tabla 11). Un menor índice de gravedad de ajuste psicológico del acompañante, al parecer, influye en el hecho de que el paciente se sienta apoyado por la familia, que crea tener una buena relación con la familia, que crea que su familia confía en él cuando sale a la calle y que crea que su familia confía en que nunca volverá a consumir (véase la Tabla 12).

TABLA 9. Efecto del tiempo de abstinencia de los pacientes sobre las creencias de éstos.

	<i>Medias Grupo 1</i>	<i>Medias Grupo 2</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Mi familia sabe ayudarme	2,44	2,88	-2,051	63	0,044
La relación con mi familia es buena	2,78	3,18	-2,391	53	0,020
Mi familia confía en mí cuando salgo	2,00	2,47	-2,396	62	0,020
Sigo saludando a consumidores	2,25	1,76	2,782	63	0,007
Mi familia confía en que nunca volveré a consumir	2,00	2,48	-2,508	63	0,015

Nota: Grupo 1: 4 meses o menos de abstinencia; Grupo 2: más de 4 meses de abstinencia.

TABLA 10. Efecto del tiempo de tratamiento sobre las creencias de los pacientes.

	<i>Medias Grupo 1</i>	<i>Medias Grupo 2</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
La relación con mi familia es buena	3,19	2,79	2,399	63	0,019

Nota: Grupo 1: 12 meses o menos. Grupo 2: más de 12 meses.

TABLA 11. Efecto de la presencia o no de patología dual en los pacientes sobre las creencias de éstos.

	<i>Medias Grupo 1</i>	<i>Medias Grupo 2</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Mi familia sabe ayudarme	3,03	2,34	3,365	63	0,001
Me siento apoyado por mis padres / pareja	3,34	2,88	2,605	61	0,012
Me siento apoyado por mis hermanos	2,67	2,12	2,344	62	0,022
La relación con mi familia es buena	3,20	2,80	2,394	63	0,020

Nota: Grupo 1: No presenta patología dual. Grupo 2: Sí presenta patología dual.

TABLA 12. Efecto del nivel de gravedad de ajuste psicológico de los acompañantes sobre las creencias de los pacientes.

	<i>Medias Grupo 1</i>	<i>Medias grupo 2</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Me siento apoyado por mis padres / pareja	3,32	2,88	2,521	61	0,014
Me siento apoyado por mis hermanos	2,63	2,13	2,123	62	0,038
La relación con mi familia es buena	3,22	2,76	2,812	63	0,007
Mi familia confía en mí cuando salgo	2,52	1,97	2,839	62	0,006
Sigo saludando a consumidores	1,78	2,21	-2,400	63	0,019
Mi familia confía en que nunca volveré a consumir	2,66	1,85	4,607	63	0,000

Nota: Grupo 1: Baja, media-baja y media. Grupo 2: Media alta y alta.

También se observó una correlación negativa, estadísticamente significativa, entre el índice global de gravedad de ajuste psicológico (GHQ-28) de los acompañantes y algunas creencias de los pacientes (véase la Tabla 13), así como entre estas creencias y los valores obtenidos en los acompañantes en las subescalas sobre síntomas somáticos, ansiedad y disfunción social (Tabla 14).

TABLA 13. Correlaciones estadísticamente significativas entre el índice global de gravedad de ajuste psicológico y las creencias del paciente.

Cuestionario GHQ-28 (índice global de gravedad de ajuste psicológico)	r
La relación con mi familia es buena	-0,345
Mi familia confía en mí cuando salgo	-0,409
Mi familia confía en que nunca volveré a consumir	-0,504

TABLA 14. Correlaciones estadísticamente significativas entre las diferentes subescalas del GHQ-28 y las creencias de los pacientes ($\alpha = 0,01$).

SINTOMAS SOMÁTICOS		r
	Me siento apoyado por mis padres / pareja	-0,341
	La relación con mi familia es buena	-0,320
	Mi familia confía en mí cuando salgo	-0,456
	Mi familia confía en que nunca volveré a consumir	-0,548
ANSIEDAD		
	La relación con mi familia es buena	-0,336
	Mi familia confía en mí cuando salgo	-0,427
	Mi familia confía en que nunca volveré a consumir	-0,470
DISFUNCIÓN SOCIAL		
	La relación con mi familia es buena	-0,341
	Mi familia confía en que nunca volveré a consumir	-0,357

Discusión

Con este estudio se ha intentado profundizar en el conocimiento de las creencias de aquellas personas que acompañan a un drogodependiente durante su tratamiento, así como en el conocimiento de las creencias del propio drogodependiente. Y esto, en un intento de comprender mejor el peso específico que tienen tales creencias, en la relación entre acompañantes y pacientes durante los procesos de tratamiento; conocimiento éste que se muestra como importante para el éxito terapéutico (Ellis *et al.*, 1992). Así, el tiempo de abstinencia, el tiempo transcurrido de tratamiento, la presencia de patología dual en el paciente, el nivel de gravedad de ajuste psicológico en el acompañante / familiar, los años de evolución de la drogodependencia y el tiempo transcurrido desde que se conoce el problema son variables que parecen guardar relación con las creencias que matizan la experiencia terapéutica; por ejemplo, el caso de la satisfacción con la evolución del paciente en el tratamiento y el miedo a la recaída (Martínez-González *et al.*, 2001). En este sentido, se podría decir que las creencias estudiadas se tendrían que tener en cuenta para mejorar las intervenciones con los acompañantes / familiares de drogodependientes (Barton *et al.*, 1998). Hemos podido observar que, al menos, diez

de estas creencias pueden ser indicadores claros de una mayor o menor dificultad del familiar para el acompañamiento terapéutico del drogodependiente. Por lo tanto, parece evidente la importancia de la satisfacción de los acompañantes con respecto a la evolución del drogodependiente en el tratamiento. Se ha observado que una mayor satisfacción con el tratamiento -lo que parece revertir en una buena disposición para ayudar al drogodependiente- está en función de llevar el paciente más tiempo abstinentes, de no presentar patología dual, de presentar el acompañante un índice bajo de gravedad de ajuste psicológico y que haya pasado poco tiempo desde que se conoce la existencia del problema de la adicción. Lo mismo ocurre con creer que el paciente quiere realmente dejar de consumir, lo que según nuestra experiencia influye directa y positivamente en la vivencia del familiar, guarda relación de una forma significativa con un mayor tiempo de abstinencia, con la no presencia en el paciente de patología dual, con un menor grado de gravedad de ajuste psicológico del acompañante y con un menor tiempo transcurrido desde que se conoce el problema de la drogodependencia. En definitiva, que el familiar crea que el paciente quiere realmente superar su drogodependencia suele asociarse en la práctica clínica con el desarrollo de expectativas de éxito en el tratamiento.

Se ha podido observar que el miedo a la recaída en el consumo, como variable claramente invalidante, se incrementa cuando aumentan a su vez otras creencias o cogniciones, y que el tiempo de abstinencia y tiempo transcurrido de tratamiento son variables claramente influyentes en las vivencias y expectativas del acompañante acerca del proceso terapéutico. La presencia de patología dual en el paciente tiene repercusiones importantes para el tratamiento (Martínez-González y Trujillo, 2003). Por ejemplo, favorece en el acompañante la creencia que el drogodependiente debe cambiar cosas de su forma de ser, favorece que se discuta más con el resto de los miembros de la familia en relación al modo en que hay que comportarse con el paciente y favorece el ocultamiento en muchas ocasiones de información sobre el paciente de unos familiares con otros. Todas estas condiciones propician la aparición de conflicto familiar y, como consecuencia, aumenta el estrés soportado por cada uno de los miembros de la familia. Además, si tenemos en cuenta que, aproximadamente, la mitad de los familiares presentan un nivel medio-alto o alto en el índice de gravedad de ajuste psicológico, puede decirse que en esta muestra, podría haber altos niveles de intensidad emocional o sobreimplicación (Goldstein y Doane, 1985 Vaughn y Leff, 1976), debiendo ser por tanto el ajuste psicológico un indicador importante a tener en cuenta por el clínico que atiende a personas que acompañan a drogodependientes durante el tratamiento. Esto es, en la intervención familiar es necesario trabajar sobre el ajuste psicológico del acompañante, ya que se ha observado que la presencia de niveles de gravedad mayores se asocia a la creencia que “el paciente nunca dejará de consumir”, creencia ésta que de no tratarse puede modular la experiencia del acompañante hacia posturas de desesperación e improductivas para el tratamiento y para él mismo. También destacamos que valores altos en GHQ-28 puede relacionarse de forma significativa con el hecho de creer el acompañante que el paciente mantiene relación con otros consu-

midores. Por lo dicho, el nivel de gravedad de ajuste psicológico podría confirmar la presencia de estados emocionales negativos favorecedores de conflicto (Forgath, 1989). En resumen, que el índice mencionado parece tener gran importancia en la vivencia de aspectos relativos al tratamiento en sí.

Por otro lado, el nivel de ansiedad es la variable que habría que cuidar más al atender a los acompañantes / familiares de los pacientes, ya que es la subescala del GHQ-28 que correlaciona con mayor número de creencias negativas. Por ejemplo, se ha observado que la ansiedad aumenta cuando los miembros de la familia creen que el paciente se sigue viendo con consumidores. A su vez, el paciente, en líneas generales, considera que tiene una mejor relación con su familia, cree que la familia sabe como ayudarlo y se siente más apoyado cuando lleva más tiempo abstinente, no presenta patología dual y el familiar que lo acompaña presenta un índice de gravedad de ajuste psicológico menor. Esto viene a confirmar, una vez más, la importancia de estas variables en la percepción de la relación familiar que tiene el paciente, aunque posiblemente la variable más importante a estos efectos sea la presencia o ausencia de patología dual en el drogodependiente (Martínez-González y Trujillo, 2003). Como ocurre con otros problemas psicológicos, para poner en marcha estrategias adecuadas y eficientes de modificación de conducta sobre los familiares de paciente drogodependientes se debe hacer una lectura multinivel y multifactorial de su comportamiento, ya que como se ha podido observar en este tipo de problemas están implicadas variables que se relacionan de forma significativa tanto con las creencias y conductas del acompañante como con las del paciente.

Resumiendo, se puede concluir que casi todas las creencias evaluadas en los participantes de este estudio son importantes para toda intervención terapéutica con la que se aspire a la atención integral del problema de la drogodependencia, así como a la atención de las personas que puedan estar involucradas en el mismo.

Referencias

- Barton C., Alexander J.F. y Robins M.S. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los problemas familiares. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo - conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2) (pp. 601-608). Madrid: Siglo XXI.
- Coletti, M. (1998, junio). *La terapia familiar con las familias de los toxicodependientes*. Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera, Cádiz.
- Coletti, M. (1999, julio). *La dimensión de la pareja en el tratamiento de las drogodependencias*. Ponencia presentada en el VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera. Cádiz.
- Ellis, A., McInerney, J.F., Diguseppe y Yeager R.J. (1992). *Terapia racional - emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Forgath, M.S. (1989). Patterns and outcome in family problem solving. The disrupting effect of negative emotion. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 115-124.
- Goldstein, M.J. y Doane, J.A. (1985). Interventions whit families and the course of schizophrenia. En M. Alpert (Ed.), *Controversies in schizophrenia* (pp. 381-397). Nueva York: Guilford Press.

- González-Saiz, F.M., Carulla, S., Martínez J.M., López, A., Ruiz, J. y Guerra, D. (1997). *Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. Guía práctica*. Barcelona: ArsMédica.
- Graña J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J.L. y García, A. (1987). Reinserción social a nivel familiar. En P.F. Ramos, A. García, J.L. Graña y D. Comas (Eds.), *Reinserción social y drogodependencias* (pp. 301-315). Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- López, L.A. (1998). La patología dual en el entorno familiar. En J. Cabrera (Ed.), *Patología Dual* (pp. 97-101). Madrid: Delos.
- Martínez-González, J.M. (1999). La familia en el proceso de abandono de las drogodependencias. *Toxicodependencias*, 3, 9.
- Martínez-González, J.M. (2002, noviembre). *El tratamiento con familiares de drogodependientes en el medio ambulatorio*. Ponencia presentada en 1ª Jornadas de Recursos Públicos en Drogodependencias. De la Formación a la Intervención. Granada.
- Martínez-González, J.M., Molina, B., Ruiz, M. y Torres, A. (2001). *La familia en el tratamiento del drogodependiente*. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Martínez-González, J.M. y Trujillo, H.M., (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastorno de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- McCready, B., Rodríguez, R. y Otero-López, J.M. (1998). *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Sanz M., Iraurgi, I. y Martínez, A. (2002). Evaluación del funcionamiento familiar en toxicómanos: adaptación española y características de adecuación métrica del FAP-FACES IV. En I. Iraurgi y F. González (Eds.), *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 104-131). Barcelona: Aula Médica.
- Solomon, J., Zimberg, S. y Shollar, E. (1996). *Diagnóstico Dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Stanton M.D. y Todd T.C. (1982). The therapy model. En M.D. Stanton y T.C. Todd (Eds.), *The family therapy of drug abuse and addiction* (pp. 109-153). Nueva York: Guilford Press.
- Vuaghn, C.E. y Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

ANEXO 1. Cuestionario sobre creencias de los acompañantes / familiares del drogodependiente (CCF).

Ocup. paciente _____ N° hermanos son

Nombre del paciente: _____ Edad

Padre Madre Pareja[mujer/hombre] Hermano

PROFESIÓN: _____

Tipo de drogodependencia (principal)
 Mezcla de H/C Cocaína Alcohol Cánnabis Drogas diseño

Actual periodo de tratamiento semanas.

P. metadona SI NO PD _____

Qué tiempo hace que conozco el problema del paciente semanas/meses/años semanas

Cuántas veces has estado en tratamiento con el paciente (en cualquier centro)

Los hermanos del paciente le ayudan a salir de las drogas:
 Nada Muy poco Bastante Muchísimo

Algún otro miembro del núcleo familiar tiene problemas con las drogas: SI NO _____

Has participado en terapias dirigidas a familiares de drogodependientes Sí No

¿El/la paciente tiene hijos? S ↔
 ¿quién se hace cargo de los hijos? (puede señalar varios)
 El/la paciente Los padres del paciente Hermano del paciente Otro familiar

¿Cuánto tiempo lleva abstigente? Días/semanas/meses/años

MARCA UNA SOLA ALTERNATIVA EN CADA PREGUNTA

1.- Tengo miedo a la recaída en el consumo
 Nunca Pocas veces Bastantes veces Continuamente

2.- Estoy satisfecho/a de la evolución que el/la paciente tiene en el tratamiento <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho
3.- Creo que la relación con el/la paciente es <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena
4.- Creo que el/la paciente debería cambiar cosas en su forma de ser además de dejar de consumir (señala el grado en que estés de acuerdo) <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
5.- Creo que su forma de ser ha tenido que ver con el hecho de empezar a tomar drogas (señala el grado en que estés de acuerdo) <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
6.- Creo que sé como tengo que actuar para ayudar al/la paciente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Bastantes veces <input type="checkbox"/> Continuamente
7.- Creo que el/la paciente quiere realmente superar su drogodependencia <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Muchísimo
8.- Creo que el/la paciente está realmente dispuesto/a a romper su relación con amigos consumidores de drogas (señala el grado en que estés de acuerdo) <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
9.- Creo que nunca dejará definitivamente de consumir (señala el grado en que estés de acuerdo) <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
10.- Confío en el modo en que el paciente vaya eligiendo a sus amigos <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho
11.- Tengo discusiones con algún miembro de la familia debido a cómo creo que hay que comportarse con el paciente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Bastantes veces <input type="checkbox"/> Continuamente
12.- Creo que a nivel general su relación social (relación del paciente con las personas) es: <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena
13.- Creo que el/la paciente está preparado/a para trabajar (señala el grado en que estés de acuerdo) <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
14.- Creo que a nivel general, la imagen que tiene el/la paciente de sí mismo/a es: <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena

15.- Creo que la comunicación que tengo con el/la paciente es <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena
16.- Creo que he ocultado información de cosas que ha hecho el paciente a otras personas de la familia (pareja / hijos) <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Bastantes veces <input type="checkbox"/> Continuamente
17.- Creo que cuando el/la paciente sale solo/la a la calle me quedo tranquilo/a: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Bastantes veces <input type="checkbox"/> Siempre
18.- Creo que conozco a los amigos del paciente <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Muy pocos <input type="checkbox"/> Bastantes <input type="checkbox"/> Todos
19.- Creo que existe el mismo grado de implicación en el tratamiento en todos los miembros de la familia <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
20.- Creo que es importante acompañar al paciente a las sesiones de tratamiento con su terapeuta <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Bastantes veces <input type="checkbox"/> Siempre
21.- Creo que el paciente mantiene relación de cualquier tipo (hablando, saludando, saliendo juntos, etc.) con personas consumidoras de drogas o que han sido consumidoras de drogas <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Muy pocos <input type="checkbox"/> Bastantes <input type="checkbox"/> Todos sus amigos son consumidores
22.- Creo que el/la paciente es sincero/a con nosotros <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Bastantes veces <input type="checkbox"/> Siempre
23.- Creo que la relación de los hermanos con el/la paciente es: <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena

ANEXO 2. Cuestionario sobre nivel de gravedad de ajuste psicológico de los acompañantes / familiares del drogodependiente (*General Health Questionnaire-28; GHQ-28*).

POR FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas (mes previo). Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido usted. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE

- A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?
Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Peor que lo habitual
Mucho peor que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
4. Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha sentido oleadas de calor o escalofríos?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
- B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual
4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
No, en absoluto *No más que lo habitual* *Bastante más que lo habitual*
Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
No, en absoluto *No más que lo habitual* *Bastante más que lo habitual*
Mucho más que lo habitual
7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
No, en absoluto *No más que lo habitual* *Bastante más que lo habitual*
Mucho más que lo habitual

- C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
Más activo que lo habitual *Igual que lo habitual* *Bastante menos que lo habitual*
Mucho menos que lo habitual
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
Más rápido que lo habitual *Igual que lo habitual* *Más tiempo que lo habitual*
Mucho peor que lo habitual
 3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?
Mejor que lo habitual *Aproximadamente lo mismo* *Peor que lo habitual*
Mucho peor que lo habitual
 4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
Más satisfecho que lo habitual *Lo mismo que lo habitual* *Menos satisfecho que lo habitual*
Mucho menos satisfecho
 5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en su vida?
Más útil que lo habitual *Igual que lo habitual* *Menos que lo habitual*
Mucho menos capaz que lo habitual
 6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
Más que lo habitual *Igual que lo habitual* *Menos que lo habitual*
Mucho menos capaz que lo habitual
 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
Más que lo habitual *Igual que lo habitual* *Menos que lo habitual*
Mucho menos capaz que lo habitual
- D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
No en absoluto *No más que lo habitual* *Bastante más que lo habitual*
Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?
No, en absoluto *No más que lo habitual* *Bastante más que lo habitual*
Mucho más que lo habitual
 3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
No, en absoluto *No más que lo habitual* *Bastante más que lo habitual*
Mucho más que lo habitual
 4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
No, en absoluto *No más que lo habitual* *Bastante más que lo habitual*
Mucho más que lo habitual
 5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
No, en absoluto *No más que lo habitual* *Bastante más que lo habitual*
Mucho más que lo habitual
 6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
No, en absoluto *No más que lo habitual* *Bastante más que lo habitual*
Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?
Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente
Claramente lo he pensado

Puntuación de la escala Ajuste Psicológico (*GHQ-28*).

Subescala A: ____ Subescala B: ____ Subescala C: ____ Subescala D: ____ TOTAL: _____

ANEXO 3. Cuestionario sobre creencias de los pacientes.

1. Mi familia sabe como ayudarme a superar mi drogodependencia.
1 Nunca 2 Muy pocas veces 3 Bastantes veces 4 Siempre
2. El modo en que se comporta mi familia conmigo influye en la evolución de mi drogodependencia.
1 Nada 2 Poco 3 Bastante 4 Totalmente
3. Me siento apoyado verdaderamente por mis padres / pareja.
1 Nada 2 Poco 3 Bastante 4 Totalmente
4. Me siento apoyado verdaderamente por mis hermanos.
1 Nada 2 Poco 3 Bastante 4 Totalmente
5. La relación con mi familia es:
1 Muy mala 2 Mala 3 Buena 4 Muy buena
6. Creo que mi familia confía en mí cuando salgo a la calle.
1 Nada 2 Poco 3 Bastante 4 Totalmente
7. Mi familia tiene miedo a mi recaída.
1 Nada 2 Poco 3 Bastante 4 Tienen mucho miedo
8. Mi familia confía en que nunca volveré a consumir.
1 Nada 2 Poco 3 Bastante 4 Totalmente