

Recursos para el afrontamiento de eventos vitales estresantes en Familias de Drogodependientes

Coping resources of life stressors in drug dependent's families

VANINA SCHMIDT*

RESUMEN

En anteriores investigaciones, se ha encontrado que familias que experimentan eventos estresantes (como por ejemplo, trastorno psiquiátrico o enfermedad médica de alguno de sus miembros) poseen ciertas características que las diferencian de familias que no experimentan dichos eventos (familias controles). El objetivo del presente trabajo es presentar los recursos para el afrontamiento de situaciones estresantes que poseen familias de drogodependientes. Se trabajó con 32 familias con un miembro drogodependiente en tratamiento y 32 familias que conformaban el grupo control. Se utilizó la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III; Olson, Portner y Lavee, 1985). Los datos fueron analizados con pruebas de diferencia entre medias y entre proporciones, análisis de varianza y de correlación. Se observan diferencias en los niveles de cohesión y adaptabilidad, entre familias que se encuentran en la primera fase del tratamiento (1-12 meses) y familias controles, y entre las primeras y familias que se encuentran en la segunda fase del tratamiento (13-24 meses). Dado que se encontró que las familias de la segunda fase y familias controles tienen similares niveles de cohesión y adaptabilidad, se discute la posibilidad de aplicar estos conocimientos al diagnóstico y tratamiento de familias de drogodependientes, así como la relevancia de continuar estudiando este tipo de variables en familias que experimentan eventos estresantes no normativos.

Palabras Clave

Recursos para el afrontamiento, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, drogodependencia.

* C/. San Luis, 555. V. Ballester (1653)
e-mail: vschmidt@psi.uba.av

ABSTRACT

According to previous researches, families which experiment life stressors (for example, psychiatric or behavioral disorders) present some characteristics that make them different from families which have not experiment such stressors (control families). The purpose of this study is to show the coping resources that families with a drug addicted member have, to meet the demands of stressors events and hardships. We worked with 32 families with a drug addicted member (M1) and 32 families with an adolescent who did not have any problem with drugs (control families or MC). The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III; Olson, Portner and Lavee, 1985) was used. Data were analyzed with tests of differences between means and proportions, correlational analysis and one-way ANOVA. The results show lower levels of cohesion and adaptability in families from the first phase of treatment (1 to 12 months) compare to control families, and compare to families from the second phase of treatment (13 to 24 months). Finally, as these last families and control families have similar levels of cohesion and adaptability, implications for the work with families with a drug addicted member are examined and directions for future research are considered.

Key Words

Coping resources, family cohesion, family adaptability, drug addiction.

INTRODUCCION

La mayor parte de las investigaciones en el campo del estrés, sugieren que familias cuyos miembros padecen algún tipo de desorden psiquiátrico o médico presentan niveles más altos de estrés y muestran ciertas características que las diferencian de familias que no experimentan estos eventos estresantes. Entre los eventos familiares que implican mayor grado de estrés están los relacionados con enfermedad y muerte de un hijo (Holmes y Rahe, 1967; Aszkenazi, 1988). Friedman y Mc Dermut (1997) realizaron un estudio comparado de familias de pacientes con distintos desórdenes psiquiátricos (pacientes con esquizofrenia, desorden bipolar, depresión mayor, trastorno de ansiedad, trastorno de alimentación, trastorno por abuso de sustancias y trastorno adaptativo), y encontraron que tener un miembro enfermo psiquiátrico, más allá de la patología involucrada, está asociado a un pobre funcionamiento familiar comparado con el funcionamiento de las familias de un grupo control. Similares resultados se hallaron con familias en las cuales el estresor es un hijo discapacitado. La literatura más reciente sobre el tema, sugiere que familias de discapacitados muestran diferencias con familias de población general, respecto del nivel de estrés parental (Gowen et al., 1989), del funcionamiento familiar (Frey et al., 1989), de la red de soporte social (Goldberg, 1986) y de la satisfacción marital (Kazak et al., 1984). (Citados en Krauss, 1993).

Mientras en los mencionados trabajos se estudian variables tales como: nivel de estrés, funcionamiento familiar, red de apoyo social, satisfacción marital, etc., en los últimos años ha habido consenso entre los investigadores

respecto de la relevancia de dos dimensiones que se consideran críticas para entender y tratar familias que se encuentran bajo estrés: la *cohesión* y la *adaptabilidad*. Olson y cols. (1985) definen *cohesión familiar* como el grado de unión emocional (o apego) percibido por los miembros de la familia. Esta dimensión está caracterizada por cuatro niveles que permiten clasificar a las familias en cuatro tipos: *desligadas* (muy bajo nivel de cohesión), *separadas* (bajo a moderado), *conectadas* (moderado a alto) y *enmarañadas* (muy alto nivel de cohesión). El segundo y tercer nivel (familias separadas y conectadas), se consideran niveles moderados o balanceados de cohesión. En estos sistemas los individuos son capaces de ser independientes y, al mismo tiempo, pueden estar conectados con sus familias. En las familias con un bajo nivel de cohesión (familias desintegradas) no existe una estructura adecuada de apoyo, los miembros “hacen su propia vida” y predomina el desinterés. En el extremo opuesto, se encuentran las familias que tienen un nivel muy alto de cohesión (familias enmarañadas) y no refuerzan la independencia necesaria de sus miembros.

La *adaptabilidad* (o flexibilidad) está referida al grado en que la familia es capaz de cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas en respuesta al estrés. Existen, asimismo, cuatro niveles de adaptabilidad familiar que permiten clasificar a las familias en: *rígidas* (muy bajo nivel de adaptabilidad), *estructuradas* (bajo a moderado), *flexibles* (moderado a alto) y *caóticas* (muy alto nivel de adaptabilidad). El segundo y tercer nivel (familias estructuradas y flexibles), se consideran niveles moderados o balanceados de adaptabilidad. Estas familias suelen ser flexi-

bles y logran adaptarse a distintas circunstancias. Un bajo nivel de adaptabilidad (familias rígidas) implica un estilo familiar autocrático, en donde la capacidad de cambio es limitada. Las familias que tienen un alto nivel de adaptabilidad (familias caóticas) se caracterizan por falta de estabilidad y por una variabilidad constante que vuelve al sistema desorganizado.

Estos autores consideran que la cohesión y la adaptabilidad están curvilíneamente relacionadas con la salud familiar. Es decir que las familias que funcionan moderadamente a lo largo de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (separadas o conectadas y estructuradas o flexibles) se conducen de manera más saludable y tienen mayor probabilidad de un afrontamiento eficaz frente a las demandas ambientales, comparadas con familias que se ubican en los extremos. Niveles extremos de cohesión o adaptabilidad (sistemas desbalanceados) pueden ser problemáticos a largo plazo para los individuos y para el desarrollo de las relaciones.

Estas dos dimensiones, junto a una tercera variable (*comunicación familiar*), dieron lugar al denominado *Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales* (de Olson, Russell y Sprenkle, 1979, 1983, 1989) que permite identificar diversos tipos de familias propuestos por los autores (ver Figura 1). Los distintos niveles de cohesión (que permiten clasificar a las familias en: desligadas, separadas, conectadas y enmarañadas) y los cuatro niveles de adaptabilidad (que caracterizan a familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas) forman una matriz 4 x 4 que da lugar a una clasificación de 16 tipos de sistemas familiares y maritales. Cuatro de esos 16 tipos, son moderados en ambas dimensiones

(tipo *balanceados*). Ocho, son extremos en una dimensión y moderados en la otra (tipo *rango-medio*) y cuatro, son extremos en ambas dimensiones (tipo *extremos*).

En distintas investigaciones se encontró que familias que estaban atravesando por alguna situación estresante, tenían niveles de cohesión y adaptabilidad tendientes a los extremos, comparadas con familias que no experimentaban tales situaciones. Un estudio de Clarke (1984; citado en Walsh, 1993) se centró en la comparación de familias con esquizofrénicos, familias con neuróticos, familias que habían recibido terapia en el pasado y familias controles. Se encontraron altos niveles de cohesión y adaptabilidad en familias con esquizofrénicos y neuróticos comparadas con familias controles. Inversamente, se encontró un número mayor de familias balanceadas en el grupo control comparado con el resto de los grupos. Carnes (1989; citado en Walsh, 1993) concluyó que las familias de sujetos que habían cometido delitos sexuales tenían niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar, tanto en la familia de origen como en la familia actual. En otro estudio con jóvenes delincuentes, también se encontraron niveles extremos de cohesión y adaptabilidad en las familias de los mismos, mientras que las familias controles tenían niveles medios en ambas dimensiones (Henggeler et al., 1991; citado en Walsh, 1993). Lehr (1991; citado en Walsh, 1993) observó una asociación entre violencia familiar y familias rígidas (adaptabilidad) y desligadas (cohesión). Phillips et al. (1998) compararon familias con pacientes esquizofrénicos y familias controles, concluyendo que en las primeras había niveles significativamente más bajos de cohesión y adaptabili-

dad. Krauss (1993) observó en familias con un miembro discapacitado, altos niveles de estrés parental asociado a bajos niveles de cohesión y adaptabilidad.

Hasta hace no mucho tiempo, el estudio sistemático acerca de las características que posee la familia del sujeto drogodependiente era algo prácticamente inexistente. Es notoriamente superior la cantidad de trabajos que se centran fundamentalmente en las alteraciones médicas, cognitivas y emocionales que padece el sujeto drogodependiente que los que se centran en la familia del mismo. Sin embargo, cada vez hay mayor interés por conocer el funcionamiento de las mismas, dada la importancia que se considera que tienen las familias en el proceso de recuperación del drogodependiente. Así, las características que adoptan las dimensiones del Modelo Circumplejo en familias de drogodependientes han sido motivo de varias investigaciones. McGaha (1993) encontró diferencias significativas en los niveles de cohesión y adaptabilidad al estudiar familias de alcohólicos o drogodependientes (adictos a otras sustancias distintas del alcohol), y familias sin miembros que presenten estas patologías. Mijalkovic et al. (1994) comparando familias de drogodependientes con familias sin un miembro drogodependiente, encontraron que las primeras tenían un mayor número de eventos estresantes, los cuales estaban negativamente asociados a la cohesión y adaptabilidad familiar. Friedman et al. (1990) considera que hay suficiente evidencia empírica para sostener que las familias de adolescentes drogodependientes tienen bajos niveles de adaptabilidad (lo cual las convierte en rígidas) pero, respecto de la cohesión, hay resultados disímiles por lo que no resulta sencillo

decidir si se clasifican como desligadas o enmarañadas.

En nuestro país, son escasas las investigaciones sistemáticas realizadas con familias de drogodependientes y parecen no existir trabajos que incorporen estas dimensiones al estudio del afrontamiento familiar frente al hecho de tener un miembro drogodependiente. El principal objetivo de este trabajo es presentar los niveles de cohesión y adaptabilidad con los que cuentan estas familias para afrontar eventos vitales estresantes y cómo estos recursos varían en función del tiempo de tratamiento. Esperamos encontrar las siguientes relaciones: I- El grupo de familias con un miembro drogodependiente presenta bajos niveles de cohesión y adaptabilidad, comparado con el grupo control. II- Dichos niveles mejoran a lo largo del tratamiento. III- Estos niveles no varían en función de la edad, el género o el tipo de parentesco (madre, padre o hermano del drogodependiente).

MÉTODO

Sujetos. Participaron voluntariamente 64 familias: 32 pertenecían a la muestra de familias con un miembro drogodependiente (M1) y 32 a la muestra control (MC). Las familias de la M1 debían cumplir con la condición de tener un miembro drogodependiente en tratamiento. Las segundas, al menos un miembro adolescente, siendo los criterios de exclusión: no haber consumido ni consumir drogas, no poseer alguna patología que cumpla con los criterios diagnósticos del DSM-IV o trastornos orgánicos severos (cáncer, discapacidad motriz, etc.). Para la M1, participaron sólo familiares que estaban viviendo con el drogodependiente (hasta el momento de la inter-

nación) para asegurarnos que habían experimentado el evento vital estresante.

Las familias de la M1 fueron reclutadas de una Comunidad Terapéutica*, con pacientes drogodependientes de género masculino, de la Provincia de Buenos Aires.

El 50 % de las familias pertenecían a la primera fase del tratamiento, denominada "Internación" (1 a 12 meses) y el 50 % restante, a la segunda fase del tratamiento, denominada "Reinserción Social" (13 a 24 meses). Esta muestra estuvo conformada por 29 madres (42 %), 14 padres (20 %) y 23 hermanos (33 %). También participaron 3 esposas (4 %) que vivían con el sujeto drogodependiente y las familias de estos últimos hasta el momento de la internación. La cantidad promedio de miembros por cada familia que participó en la investigación fue de 2.16 sujetos (SD = 1.18).

La edad media de las madres fue de 48 años (SD = 6); la edad media de los padres fue de 54 (SD = 8.9); la de los hermanos fue de 20 (SD = 5.2), de las esposas fue de 22 (SD = 4.4), y la edad promedio del sujeto drogodependiente en tratamiento fue de 21.59 (SD = 3.36). El nivel de instrucción predominante en madres y padres fue primario y secundario (completo e incompleto), y en hermanos y esposas fue secundario (completo e incompleto). La actividad u ocupación, en el caso de las madres, se distribuyó fundamentalmente entre un 48 % de empleadas en relación de dependencia y 34 % de amas de casa. En el caso de los padres, el 42 % era empleado en relación de dependencia y un 35 % realizaba oficios varios (chofer, albañil, etc.). La mayor parte de los hermanos eran estudiantes (52%) y las esposas eran, en su mayoría, amas de casa (66 %).

Respecto del estado civil, el 46 % de los sujetos de la muestra estaban casados, el 33 % soltero, el 16 % separado y el 4 % viudo.

Los sujetos de la MC provenían de distintas fuentes: vecinos de la Comunidad Terapéutica, una escuela de clase media y una parroquia (ambas instituciones de la zona de residencia de las familias de la M1). Se equipararon ambas muestras en función de las características socio-demográficas de las mismas.

Instrumentos. *Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar*, 3^o Versión (FACES-III) de Olson, Portner y Lavee (1985). Traducida por Zamponi y Pereyra** (1997) y adaptada a nuestro medio para su uso en investigación por Schmidt (2000). FACES III es la tercera versión de una serie de escalas FACES desarrolladas para evaluar dos de las dimensiones más importantes del Modelo Circumplejo: la cohesión y la adaptabilidad. FACES III puede ser administrada a miembros de una pareja o a miembros de una familia que se encuentran en distintos ciclos vitales (desde parejas recién constituidas hasta parejas cuyos hijos ya han dejado el hogar). La escala ha demostrado tener buenos índices de validez y confiabilidad para población norteamericana, y ha mostrado su capacidad para corroborar empíricamente la descripción teórica del Modelo Circumplejo desarrollada en la introducción. Actualmente, estamos desarrollando en el contexto de este proyecto, estudios de validez y confiabilidad así como baremos regionales.

FACES III consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, nunca), divididos en dos partes. Parte I: compuesta de 20 ítems. Eva-

lúa el nivel de cohesión y adaptabilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento (*familia real*). Los ítems son del tipo: “los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí” (cohesión), “mi familia cambia el modo de hacer las cosas” (adaptabilidad), etc. Parte II: compuesta de 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y adaptabilidad que al sujeto le gustaría que haya en su familia (*familia ideal*). Son los mismos ítems que para la parte I, pero se modifica la consigna general. Para la presente investigación se optó por utilizar la primera parte de la escala, ya que no era objeto de la misma estudiar la “familia ideal”. Por otra parte, en la investigación realizada por Phillips (op.cit.), se procede de igual manera por lo que consideramos no altera la validez y fiabilidad del instrumento.

La escala fue diseñada con un formato óptico, para poder luego procesar la información vía scanner, aunque no se modificaron los ítems, opciones o consignas.

Procedimiento. Los sujetos de la M1 concurrían a distintas reuniones como parte de las actividades que se llevan a cabo en la Comunidad Terapéutica. Se les explicó, en líneas generales, en qué consistiría la investigación, aseguramos la confidencialidad de datos personales y se solicitó su consentimiento. Se dio a cada sujeto, en su correspondiente grupo, un cuestionario de datos socio-demográficos y el instrumento FACES-III, para ser completado en el momento.

Debido a que los sujetos de la MC fueron reclutados por distintas vías, se entregó a cada sujeto un sobre, el cual contenía la consigna escrita (la misma dada a la M1), el cuestionario de datos socio-demográficos y el instrumento FACES III.

Análisis de datos. Se realizaron los siguientes análisis estadísticos con los datos obtenidos:

- Medias, Desvíos, Porcentajes, pruebas “t” de diferencias entre medias y pruebas de diferencias entre proporciones, de las distintas variables socio-demográficas evaluadas: edad, género, nivel educativo, parentesco, actividad y estado civil.
- Medias, Desvíos, y análisis de varianza (one-way ANOVA) para las variables cohesión y adaptabilidad, teniendo en cuenta la muestra de procedencia (M1 o MC), el parentesco, el género, la edad y el tiempo de tratamiento (en función de esta variable, se dividió la M1 en dos subgrupos: familias que tenían de 0 a 12 meses y familias con 13 a 24 meses de tratamiento). Se utilizó el test de Tukey como prueba post-hoc.
- Análisis Correlacional (coeficiente de correlación de Spearman) entre las 2 dimensiones del FACES-III, para ambos grupos.

RESULTADOS

No se encontraron diferencias significativas entre la M1 y la MC, respecto de las variables sociodemográficas consideradas relevantes para la presente investigación: edad, nivel de instrucción y cantidad de miembros, teniendo en cuenta el tipo de parentesco; y edad, género, nivel de instrucción, actividad y estado civil para los sujetos de la muestra en general (ya no teniendo en cuenta el parentesco). Sólo se observó que hay un mayor número de madres empleadas en la M1 que madres empleadas en la MC ($z=2.21$, $p<0.05$). Pero aún así, no se observaron diferencias en la variable “empleado”,

cuando se tienen en cuenta todos los sujetos de la M1 y todos los de la MC (es decir, sin tener en cuenta el parentesco). Tampoco se observan diferencias entre las muestras en las otras ocupaciones. En síntesis, se puede afirmar que ambas muestras quedaron equiparadas con respecto a las variables mencionadas, por lo que las características socio-demográficas de la MC son similares a las características de la M1. (Ver Tablas 1 y 2 en ANEXO).

El Análisis de Varianza reveló que las familias que se encuentran en la primera fase del tratamiento (1-12 meses) tienen un nivel de cohesión y adaptabilidad menor que las familias controles ($p < 0.03$ y $p < 0.039$) (Ver Tabla 3). Asimismo, se encontró que las familias que se encuentran en la segunda fase del tratamiento (13-24 meses) tienen un nivel de cohesión y adaptabilidad mayor que las familias de la primera fase ($p < 0.034$ y $p < 0.02$) (Ver Tabla 4). No se encontraron diferencias significativas entre familias con 13 o más meses de tratamiento y familias controles. En la Figura 2 se presentan los diferentes niveles de cohesión y adaptabilidad, en función de la muestra de procedencia y el tiempo de tratamiento.

No se han encontrado diferencias significativas en los niveles de cohesión y adaptabilidad, en función del género, parentesco y edad.

El análisis correlacional para la M1 reveló que existen correlaciones moderadas entre las variables cohesión y adaptabilidad ($r = 0.36$, $p < 0.003$). En el caso de la MC, se encontró una correlación aún mayor ($r = 0.53$, $p < 0.0001$). Las posibles interpretaciones de estos resultados se discutirán en el siguiente apartado.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Respecto de la primera relación que esperábamos hallar, se encontró que las familias de drogodependientes y familias controles tienen niveles similares de cohesión y adaptabilidad. Pero al comparar familias en la primera fase del tratamiento con familias controles, se observó que las primeras tienen niveles más bajos de cohesión y adaptabilidad que las segundas. Asimismo, se encontró que las familias en la primera fase del tratamiento tienen niveles menores de cohesión y adaptabilidad que las familias en la segunda fase.

El hecho de no haber encontrado diferencias entre familias que están terminando su tratamiento y familias controles, estaría indicando que las familias de drogodependientes logran mejorar sus recursos familiares (en este caso, sus niveles de cohesión y adaptabilidad familiar) a lo largo de un tratamiento de rehabilitación del drogodependiente, con lo cual quedaría corroborada la segunda relación planteada.

En cuanto a la tercera relación encontramos que, ya sean varones o mujeres, jóvenes o adultos, madre, padre o hermano de un sujeto drogodependiente, perciben similares niveles de cohesión y adaptabilidad familiar, por lo que se corrobora la misma. En algunos estudios se concluyó que distintos miembros evalúan de manera diferente a su familia (Green et al., 1991; citado en Dundas, 1994). Pero no se encontraron diferencias significativas por género y edad (Dundas, op.cit.).

La correlación entre el grado de cohesión y adaptabilidad familiar hallada en este trabajo contradice los resultados obtenidos por Olson (op.cit.) en el manual de la escala FACES III. De igual forma, Dickinson et al.

(1987; citado en Cluff, 1994) concluyó que la posibilidad de discriminar ambas dimensiones es pobre, dado que encontró que la cohesión y la adaptabilidad están moderadamente correlacionadas ($r = 0.55$, $p < 0.001$). Estos estudios son consistentes con otros que muestran evidencias similares de correlación moderada a alta (Beavers et al., 1985; Hampson et al., 1988, 1991; Jackson et al., 1990; Vandvik, 1992; citados en Dundas, op.cit.). Debido a estos hallazgos algunos autores sostienen que es posible que la mencionada correlación esté reflejando una dimensión general de salud familiar y que no estemos evaluando constructos independientes.

Lo expuesto en el párrafo previo constituye una de las críticas que se le hace al Modelo Circumplejo y a su instrumento de medición (la escala FACES). Pero la crítica más fuerte que debe enfrentar el modelo, es la evidencia empírica que muestra que no hay una relación curvilínea entre la cohesión y la adaptabilidad, y la salud familiar sino que tal relación es lineal (Alexander et al., 1987; Beavers et al. 1985; Day et al., 1987; Eigen, 1987; Olson, McCubbin et al., 1983, etc.) (citados en Cluff et al., op.cit.). Es decir que bajos niveles de cohesión y adaptabilidad podrían caracterizar a familias desligadas y rígidas, pero a medida que aumentan los niveles de cohesión y adaptabilidad, aumenta la probabilidad de una óptima salud familiar. Olson mismo refiere: "Altos puntajes en la escala *cohesión* deberían ser interpretados como familias *muy conectadas* más que como *enmarañadas*. Y altos puntajes en la escala *adaptabilidad* deberían ser entendidos como familias *muy flexibles* más que como *caóticas* (Olson, comunicación personal; Citado en Cluff, op.cit.).

Podríamos preguntarnos, la falta de soporte para la hipótesis curvilínea ¿es resultado de limitaciones propias del instrumento de medición o habría que revisar el Modelo Circumplejo?. Hay autores que afirman que la teoría circumpleja no ha fallado sino el instrumento de medición (por esta razón ha comenzado a desarrollarse la escala FACES IV con un formato de respuesta bipolar). Dundas (op.cit.) afirma que la hipótesis curvilínea recibe soporte cuando los clínicos describen a las familias, pero no cuando las familias se describen a sí mismas. En un estudio con familias de adolescentes drogodependientes realizado por Friedman et al. (1987) (citado en Dundas, op.cit) encontraron que las familias y los terapeutas estaban de acuerdo con respecto a que predominaban interacciones patológicas, pero los terapeutas consideraban a las mismas como enmarañadas, mientras que las familias se autopercebían como desligadas (respecto de la dimensión cohesión), y con respecto a la dimensión adaptabilidad, los terapeutas veían a las familias como caóticas, mientras que éstas se consideraban rígidas. Es por ello que Olson sostiene que es el instrumento y no el modelo lo que está fallando.

Siendo que los resultados de la presente investigación muestran niveles bajos de cohesión y adaptabilidad en familias de drogodependientes, sea una relación lineal o curvilínea la que se establece con la variable salud familiar, no cabe lugar a dudas que hemos hallado familias disfuncionales (no podríamos estar tan seguros de este hecho si hubieran alcanzado niveles extremos superiores en alguna de las dos dimensiones estudiadas).

Por otra parte, en líneas generales se ha llegado a la conclusión que las familias que están atravesando algún suceso vital importante (nacimiento, muerte, enfermedad, casamiento, etc.), experimentan altos niveles de estrés. Pero no todas las familias tienen el mismo nivel de estrés sino que éste último está determinado, en parte, por el tipo de estresor. Al respecto, McCubbin y Patterson (1983) consideran dos tipos de estresores: los normativos (esperables y que suceden a la mayoría de las familias) y los no normativos (impredecibles y, generalmente, crónicos). Los eventos normativos (nacimiento de un hijo, entrada en la adolescencia, jubilarse, etc.), ponen a prueba la capacidad de la familia para adaptarse a las nuevas circunstancias, pero parecerían implicar una dificultad adaptativa menor que los eventos no normativos. A su vez, como fue comentado en la introducción, se ha encontrado una asociación negativa entre el grado de estrés y los niveles de cohesión y adaptabilidad (Mijalkovic, op. cit.). Es decir que es esperable que tales características se vuelvan más evidentes si los estresores son eventos no normativos.

En la presente investigación, tenemos un grupo de familias (M1) que se enfrentan a un evento estresante no normativo (miembro drogodependiente) y con un grupo de familias (MC) que experimentan un evento estresante normativo (miembro adolescente). Si bien ambas familias experimentan eventos estresantes, no cabe duda de que los niveles de estrés de las primeras son mayores que los de las segundas. Es así como las familias de drogodependientes muestran niveles más bajos de cohesión y adaptabilidad que las familias controles.

Esta investigación (dado que utiliza un diseño ex post-facto) no intenta dar respuesta a la polémica acerca de si las características de estas familias son la causa de la enfermedad o son resultado de tener una persona enferma en el hogar. Algunos terapeutas que trabajan en el campo de las adicciones, sostienen la idea que existen características familiares disfuncionales previas a la aparición de patología, pero que esta última exacerba aún más dichas características (Graña-Gómez, 1986). Dado que la mayoría de los diseños sobre esta temática son ex post-facto, este supuesto es de difícil confirmación. Pero, si bien no sabemos con certeza si la patología produce bajos recursos familiares o viceversa, sí sabemos que estos últimos interactúan con la posibilidad de recuperación del individuo drogodependiente. De allí que cada vez haya mayor interés por explorar las características y funcionamiento de estas familias. Hay numerosos trabajos que ponen en evidencia los efectos que ciertas variables familiares tienen sobre la persona que padece una patología. La mayoría de ellos sugieren que ciertos aspectos del contexto familiar influyen en la posibilidad de recuperación de un miembro enfermo (Guthrie et al., 1982; Krauss, op.cit.; Walsh et al., op.cit.). Actualmente, investigadores y terapeutas familiares, postulan que la cohesión y la adaptabilidad son dos de los recursos familiares más importantes para afrontar eventos vitales estresantes y así amortiguar el impacto del estrés (Walsh et al., op.cit.; McCubbin et al., 1983, Olson et al., 1985). La idea de características contextuales o personales que funcionan como amortiguadoras de los efectos deletéreos del estrés, fue claramente planteada por Lazarus y Folkman (1984). A estas caracte-

rísticas las denominaron *recursos* y afirmaban que “la forma en que un sujeto afronta una situación dependerá, en parte, de los recursos de que disponga” (pág. 180).

En estudios de familias con hijos con retraso mental (Blacher et al., 1987; Mink et al., 1983; Nihira et al., 1980; citados en Krauss, op.cit.) se ha demostrado la existencia de una asociación positiva entre ciertas características del contexto familiar (altos niveles de cohesión familiar y armonía, y bajos niveles de conflicto familiar), y desempeño escolar y bienestar parental. McCubbin y Patterson (1989) reportaron que altos niveles de cohesión y adaptabilidad familiar fueron predictores significativos de buena salud en niños con problemas cerebrales, y Minnes (1989; citado en Krauss, op.cit.) encontró que estos mismos aspectos del contexto familiar eran predictores consistentes de bajo estrés familiar entre madres de niños retrasados mentales. Es decir que adecuados niveles de cohesión y adaptabilidad permita a la familia un afrontamiento eficaz frente a la patología de uno de sus miembros.

Dos interrogantes quedan pendientes: En primer lugar, ¿las características observadas en familias de drogodependientes, son privativas de familias que tienen un miembro que padece esta patología o son comunes a familias que experimentan eventos no normativos?. Es decir: ¿Pueden extenderse estos hallazgos a todas las familias que atraviesan estos acontecimientos no normativos?. Y, en segundo lugar, ¿podemos extender estos resultados a todas las familias de drogodependientes o debemos limitarlos a un subgrupo de familias de drogodependientes con determinadas características (por ejemplo, a aquellas familias que se encuentran

realizando un tratamiento)?. Ambas preguntas son un desafío al problema de la generalidad de los resultados.

Respecto del primer interrogante, diremos que en algunos trabajos se encontró que, independientemente de la patología involucrada en la familia, cuando un miembro padece algún tipo de enfermedad (adicción, esquizofrenia, cáncer, discapacidad, etc.) hay mayores probabilidades de un pobre funcionamiento familiar (Friedman, op.cit.; Krauss, op.cit.; Phillips, op.cit.). Pero en otros trabajos se encontró que las familias de drogodependientes tienen características comunicacionales y afrontativas particulares que las diferencia de familias con miembros con otros tipo de trastornos (Graña-Gómez, op.cit.). Es por ello que, en un segundo período de la investigación se incluirá un nuevo grupo de familias: familias con un miembro discapacitado. Es decir que contaríamos con un nuevo grupo control, ya que estaríamos trabajando con familias que experimentan un evento estresante no normativo, pero que no está relacionado con la drogodependencia. De encontrar diferencias entre las familias que son objeto de estudio y familias con un miembro discapacitado, estaríamos en condiciones de afirmar, no sólo que las primeras se diferencian de familias que no experimentan eventos no normativos, sino que lo hacen también de familias que experimentan eventos vitales no normativos distintos de la drogodependencia.

Respecto de la segunda pregunta, creemos que por el momento estos hallazgos podrán aplicarse sólo a familias que se encuentran realizando su tratamiento en una Comunidad Terapéutica, ya que deberíamos contar con un grupo de familias que no hayan recibido

tratamiento o un grupo de familias expuesto a otro tipo de modalidad terapéutica (tratamiento ambulatorio, terapia individual, etc.), para extender estos resultados a todas las familias con miembros drogodependientes.

Más allá de estos interrogantes que quedan abiertos es posible afirmar, con cierto grado de confianza, que las familias de nuestra muestra tienen bajos recursos familiares para el afrontamiento de eventos vitales estresantes (teniendo en cuenta sus niveles de cohesión y adaptabilidad familiar), los cuales logran mejorar a lo largo del tratamiento.

Finalmente, respecto de las implicancias que estos resultados tienen para el diagnóstico y tratamiento en el campo de la drogodependencia diremos, en primer lugar, que dado que familias con bajos niveles de cohesión y adaptabilidad tienen mayor probabilidad de tener problemas a la hora de afrontar eventos estresantes, es importante trabajar con estas familias de manera tal de aumentar los niveles de ambas variables. En este sentido, sería interesante conocer qué tipo de relación se

establece entre las dimensiones evaluadas y otros parámetros de salud familiar para decidir qué estrategia terapéutica es la más adecuada: si se trabaja para aumentar al máximo ambas dimensiones (hipótesis lineal) o para lograr un nivel moderado de las mismas (hipótesis curvilínea).

Por otra parte, dado que las familias sobre el final del tratamiento alcanzan niveles de cohesión y adaptabilidad normales (teniendo en cuenta los resultados en familias controles), ambas dimensiones podrían utilizarse como medidas de diagnóstico y pronóstico familiar al comenzar y concluir el tratamiento. Incluso podría ser un indicador más que ayude al terapeuta a decidir cuándo una familia está preparada para egresar del tratamiento y afrontar eventos vitales estresantes (como podría ser una recaída de la persona adicta recuperada).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aszkenazi, M. (1988). "La evaluación de acontecimientos del ciclo vital o sucesos de vida y las sintomatologías psicopatológicas". En: *Las Técnicas Psicométricas y la Evaluación Psicológica*. Buenos Aires: Tekné Ed.
- Cluff, R.; Hicks, M. y Madsen, Ch. (1994). "Beyond the Circumplex Model: I. A Moratorium on Curvilinearity". *Family Process Journal*, 33, 455-470.
- Cluff, R. y Hicks, M. (1994). "Superstition Also Survives: Seeing Is Not Always Believing". *Family Process Journal*, 33, 479-482.
- Dundas, I. (1994). "The Family Adaptability and Cohesion Scale III in a Norwegian Sample". *Family Process Journal*, 33, 191-202.
- Fisher, L. y Ransom, D. (1995). "An Empirically Derived Typology of Families: I- relationship with Adult Health". *Family Process Journal*, 34 (2), 161-182.
- Friedman, M. y Mc Dermut, W. (1997). "Family Functioning and Mental Illness: A Comparison of Psychiatric and Nonclinical Families". *Family Process Journal*, 36 (4), 357-367.
- Friedman, A., Utada, A. y Morrisey, M. (1990). "Families of adolescents drug abusers are "rigid": Are these families either "disengaged" or "enmeshed", or both?". *Family therapy for adolescent drug abuse*. Friedman y Granick Eds. MA: Lexington Books.
- Guthrie, L. (1982). *Conceptualizando y midiendo los Recursos de la Red Social*. New York: Academic.
- Holmes, T. y Rahe, R. (1967). "The social readjustment rating scale". *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Krauss, M. (1993). "Child-related and parenting stress: similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities". *American Journal on mental retardation*, 97 (4), 393-404.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- McCubbin, H. y Huang, S. (1989). "Family strengths in the care of handicapped children: Targets for Intervention". *Family Relations Journal*, 38, 436-443.
- McCubbin, H. y Patterson, J. (1983). *Family Transitions: Adaptation to Stress*. New York: Brunner/Mazel.
- McCubbin, H. y Patterson, J., (1983). "The Family Stress Process: the Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation". *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.
- McCubbin, H. y Patterson, J., (1989). *Treating Stress in Families*. New York: Brunner/Mazel.
- McGaha, J. (1993). "Alcoholism and the chemically dependent family: A study of adult felons on probation". *Journal of Offender Rehabilitation*, 19 (3-4), 57-69.
- McHale, J. (1997). "Overt and Covert Coparenting Process in the Family". *Family Process Journal*, 36 (4).
- Mijalkovic, S.; Vikov, M. y Marinkovic, J. (1994). "The influence of life events on adaptability and cohesion in drug addict families". *Psihijatrija Danas*, 26 (1), 23-29.
- Olson, D. (1985). Manual de la Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III). Material facilitado por la Universidad de Minnesota, Dpto. de Ciencia Social Familiar.

- Olson, D. (1994). "Curvilinearity Survives: The World Is Not Flat". *Family Process Journal*, 33, 471-478.
- Patterson, J. y Garwick, A. (1994). "Levels of Meaning in Family Stress Theory". *Family Process Journal*, 33, 287-304.
- Phillips, M.; West, Ch., Shen, Q. y Zheng, Y. (1998). "Comparison of Schizophrenic Patients' Families and Normal Families in China, Using Chinese Versions of FACES-II and Family Environment Scales". *Family Process Journal*, 37 (1), 95-106.
- Sawin, K. y Harrigan, M. (1995). *Measures of Family Functioning for Research and Practice*. New York: Springer Publishing.
- Walsh, F. (1993). *Normal Family Process*. Guilford Press: New York.
- Zamponi, J. y Pereyra, M. (1997). Validación de la Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III) en una población argentina. Material facilitado por la Universidad Adventista del Plata.

ANEXO PARA TABLAS, FIGURAS Y GRAFICOS

Figura 1. Tipos de familia según el modelo complejo

	DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
CAOTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
FLEXIBLE	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
ESTRUCTURADA	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
RIGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

* Agradecemos a la Fundación "Juntos por la Vida" y a las familias que participaron en este proyecto por habernos permitido llevar a cabo esta investigación.

** Agradecemos al Lic. Zamponi y Dr. Pereyra (Universidad Adventista del Plata) por habernos facilitado el material correspondiente a la Escala FACES III.

Tabla 1. Datos socio-demográficos de los sujetos de la M1 comparados con los sujetos de la MC, según tipo de parentesco

TIPO DE PARENTESCO (en %)	MADRE			PADRE			HERMANO		
	MI(n = 29)	MC(n = 24)	P	MI(n = 14)	MC(n = 12)	p	MI(n = 23)	MC(n = 25)	p
	EDAD	media (SD)							
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (en %)	42	39,3	N.S.	20,3	19,7	N.S.	33,4	41	N.S.
	48,3 (6)	49,7 (7,2)	N.S.	54 (8,9)	53,5 (4,5)	N.S.	20,8 (5,2)	20,4 (4,6)	N.S.
	48,3	41,7	N.S.	50	58,3	N.S.	4,4	8	N.S.
	44,8	45,8	N.S.	42,9	33,3	N.S.	69,6	72	N.S.
	6,9	8,3	N.S.	0	0	N.S.	0	8	N.S.
Universitario	0	4,2	N.S.	7,1	8,3	N.S.	26	12	N.S.
TOTALES	100%	100%	-	100%	100%	-	100%	100%	-
OCUPACION (en %)	Empleado	20,8	$z=2,21^*$	42,9	50	N.S.	30,4	52	N.S.
	Estudiante	0	-	0	0	-	52,2	44	N.S.
	ama de casa	34,5	45,8	N.S.	0	0	13	0	N.S.
	Docente	6,9	0	N.S.	0	0	4,3	0	N.S.
	oficios varios	3,5	20,8	N.S.	35,7	8,3	0	0	-
	Jubilado	3,5	0	N.S.	7,1	8,3	0	0	-
	Desocupado	0	0	-	0	16,7	N.S.	0	-
	Otro	3	12,5	N.S.	14,2	16,7	N.S.	0	4
TOTALES	100%	100%	-	100%	100%	-	100%	100%	-

* Significativa al nivel .05 (bilateral).

Tabla 2. Datos sociodemográficos de todos los sujetos de la M1 comparados con todos los sujetos de la MC

		M1 (N = 69)	MC (N = 61)	p
EDAD	media (SD)	39,1 (16)	38,4 (16,2)	N.S.
GENERO (en %)	femenino	72,5	60,7	N.S.
	masculino	27,5	39,3	N.S.
	<i>TOTAL</i>	100%	100%	-
EST.CIVIL (en %)	casado	46,0	37,7	N.S.
	soltero	33,0	39,3	N.S.
	div./sep.	16,0	18,0	N.S.
	viudo	4,0	4,9	N.S.
	<i>TOTAL</i>	100%	100%	-
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (en %)	primario	32,0	32,8	N.S.
	secundario	55,0	52,5	N.S.
	terciario	3,0	6,6	N.S.
	universitario	10,0	8,2	N.S.
	<i>TOTAL</i>	100%	100%	-
OCUPACION (en %)	empleado	41,0	37,7	N.S.
	estudiante	17,0	19,7	N.S.
	ama de casa	22,0	18,0	N.S.
	docente	3,0	0,0	N.S.
	oficios varios	1,0	9,8	N.S.
	jubilado	4,0	1,6	N.S.
	desocupado	9,0	3,3	N.S.
	otro	3,0	9,8	N.S.
	<i>TOTAL</i>	100%	100%	-
CANT. MIEMBROS POR FAMILIA	media (SD)	2,15 (1,17)	1,96 (0,73)	N.S.

Tabla 3. Anova en las escalas *cohesión* y *adaptabilidad*, para M1 (con 1 a 12 meses de tratamiento) y la MC

	M1 (1-12 m.)		MC		F	P
	Media	desvío	Media	desvío		
COHESION	28.13	6.64	31.41	6.6	3.625	0.03
ADAPTABILIDAD	22.15	5.65	24.52	4.57	4.342	0.039

Tabla 4. Anova en las escalas *cohesión* y *adaptabilidad*, para las familias de M1 con 1 a 12 meses de tratamiento y las familias de m1 con 13 a 24 meses.

	M1 (1-12 m.)		M1 (13-24 m.)		F	P
	Media	desvío	Media	desvío		
COHESION	28.13	6.64	31.30	5.09	4.71	0.034
ADAPTABILIDAD	22.15	5.65	25.23	3.68	4.34	0.02

Gráfico 1. Puntajes promedios en las escalas de *cohesión* y *adaptabilidad* alcanzados por familias de M1 con 1 a 12 meses de tratamiento, familias de M1 con 13 a 24 meses de tratamiento y familias controles (MC)



